

Oggetto: Adozione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per il periodo 2022/2024.

IL DIRETTORE GENERALE

Su proposta del Responsabile Aziendale per la prevenzione della corruzione, per la trasparenza e l'integrità con contestuale parere favorevole in ordine ai contenuti formali, sostanziali e di legittimità;

Richiamata la seguente normativa:

- D.Lgs 150/2009 e s.m.i. ad oggetto: "Attuazione della legge 4 marzo 2009, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni";
- Legge 190/2012 ad oggetto: "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- D.Lgs 33/2013 ad oggetto: "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni "e successive modifiche ed integrazioni adottate con D.Lgs. 97/2016;
- DPR 62/2013 ad oggetto: "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del Decreto Legislativo 30.3.2011 n. 165";
- D.L. 101/2013 ad oggetto: "Disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione delle pubbliche amministrazioni" così come convertito con legge 30/10/2013 n. 135;
- D.L. 80/2021, convertito con modificazioni dalla L. 113/2021 recante "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", che introduce il Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO);

Richiamate le seguenti disposizioni della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica -:

- Circolare n. 1/2013 ad oggetto: "Legge n. 190 del 2012 – Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- Circolare n. 2/2013 ad oggetto: "D. Lgs. n. 33 del 2013 – attuazione della trasparenza";

Richiamata inoltre la:

- Determinazione di A.N.A.C n. 12/2015 ad oggetto: "Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione";
- Delibera di A.N.A.C. n. 831/2016 ad oggetto: "Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016";
- Delibera di A.N.A.C. n. 1208/2017 ad oggetto: "Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione";
- Delibera di A.N.A.C. n. 1074/2018 ad oggetto: "Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione";
- Delibera di A.N.A.C. n. 1064/2019 ad oggetto "Approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione 2019";

- Seduta del Consiglio Anac del 21 luglio 2021 nella quale l'Autorità ha ritenuto, rispetto all'aggiornamento del PNA 2019-2021, di fornire un quadro delle fonti normative e delle delibere sopravvenute e rilevanti rispetto alla originaria approvazione del piano triennale;
- Delibera A.N.A.C. n. 1/2022 ad oggetto: "Adozione e pubblicazione dei PTPCT 2022-2024: differimento del termine del 30 aprile 2022";

Richiamata:

- la delibera n. 262 del 30.06.2021 di questa Direzione ad oggetto: "Conferimento dell'incarico di "Responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione, della trasparenza e dell'integrità." con la quale si è proceduto alla nomina della Dr.ssa Silvia Filippi - in possesso dei requisiti e della professionalità richiesti - quale "Responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione, della trasparenza e dell'integrità, e con la quale si è inteso: a) confermare su di un unico funzionario entrambe le attribuzioni in adesione alle indicazioni rappresentate; b) confermare il già costituito Comitato Aziendale, a supporto del predetto incaricato; c) confermare i funzionari che lo compongono per favorire una incisiva azione in tema di legalità, buon andamento e trasparenza in un contesto organizzativo vasto ed articolato quale quello presentato dall'AUSL;
- la delibera n. 200 del 24.05.2018 ad oggetto: "Approvazione del Codice di Comportamento dell'Azienda USL di Reggio Emilia" revisionato in aderenza alle indicazioni fornite da parte della Regione e sulla scorta delle Linee-Guida di A.N.A.C.;
- le delibere dell'Organismo Indipendente di Valutazione Regionale n. 1/2014, n. 2/2015 per le parti che possono applicarsi alla materia di cui alla presente deliberazione e n. 4/2016 ad oggetto: "Prevenzione Corruzione e Trasparenza: Prime indicazioni, ai sensi del D. Lgs. 97/2016, agli OAS e ai RPCT aziendali";

Rilevato che, in base a quanto disposto dal D.Lgs. 97/2016 e dalla delibera A.N.A.C. n.831/2016, si approva con il presente provvedimento il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza essendo stata superata la stesura del Programma triennale della Trasparenza come documento indipendente e che, pertanto la Trasparenza è trattata come "apposita sezione" inserita, quale sua parte integrante, all'interno del Piano triennale qui approvato;

Dato atto che, in ordine all'adozione del Piano di cui all'oggetto e procedendo dai testi vigenti, è stata aperta una consultazione pubblica con pubblicazione sul sito internet aziendale di apposito avviso, richiedendo la comunicazione di eventuali proposte, osservazioni o integrazioni;

Esaurita la fase propedeutica-istruttoria si è proceduto alla redazione del documento, allegato alla presente quale parte integrante, che nei contenuti e nelle misure indicate ha tenuto conto delle vigenti disposizioni e del contesto organizzativo istituzionale;

Dato atto che la costruzione del presente Piano è frutto di un diffuso confronto interno con le strutture coinvolte che sono state responsabilizzate circa il rispetto di quanto previsto nel documento allegato sia in termini di misure già attive che da attivare;

Dato atto inoltre che nel presente Piano il sistema di valutazione e ponderazione del rischio per tutti processi mappati è stato applicato il sistema qualitativo, come da indicazioni Anac contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione 2019;

Preso atto del lavoro sinergico che si è svolto tra Responsabile per la prevenzione della corruzione ed i Responsabili dei servizi coinvolti nella costruzione dei processi, delle misure di prevenzione e nella valutazione del relativo rischio;

Precisato che l'azione di presidio dei contenuti in questa sede adottati impone un'attenzione costante e imprescindibile da parte di tutte le strutture AUSL nella misura in cui alle stesse deve essere noto che le tematiche della "prevenzione della corruzione", dell'"etica" e della

“trasparenza” costituiscono prioritario obiettivo aziendale per il cui conseguimento ogni struttura sarà doverosamente impegnata;

Ritenuto di procedere all'adozione del presente Piano nelle more della definizione della normativa relativa al Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO), alla quale l'Azienda si uniformerà in coerenza ai dettami normativi;

Dato atto della costituzione del Comitato Aziendale Anticorruzione, nelle figure esplicitamente indicate all'interno del testo allegato, a supporto del Responsabile dell'Anticorruzione della Trasparenza e per l'Integrità per favorire una incisiva azione in tema di legalità, buon andamento e trasparenza in un contesto organizzativo vasto ed articolato quale quello presentato dall'AUSL-IRCCS e per garantire quelle azioni di coordinamento e di indirizzo per tutte le strutture operanti nell'azienda;

Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario espresso a sensi dell'art. 3 del D.Lgs 502/92 e s.m.i. nonché del Direttore delle Attività Socio-Sanitarie;

DELIBERA

1. Di approvare, in adesione a tutte le norme e disposizioni richiamate in premessa, per il periodo 2022/2024:
 - il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (all. A) che costituisce parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
2. Di darsi atto che le tematiche oggetto del Piano di che trattasi rappresentano, in via prioritaria, azione doverosa e responsabilizzante da parte di tutte le strutture aziendali cui viene richiesto di procedere costantemente ad assolvere a quanto di competenza garantendo tanto la qualità quanto la tempestività delle azioni previste e/o programmate;
3. Di procedere, all'aggiornamento/revisione del predetto Piano nel rispetto di quanto previsto dalle vigenti disposizioni secondo le indicazioni che nel tempo verranno rappresentate;
4. Di confermare la composizione del Comitato Anticorruzione come da elencazione inserita nell'allegato Piano;
5. Di dare mandato al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione, della Trasparenza e dell'Integrità, supportato dai componenti il Comitato Anticorruzione, di attivare ogni utile iniziativa ai fini dell'attuazione di quanto in questa sede disposto;
6. Di osservare le disposizioni impartite da A.N.A.C. in merito alla trasmissione/pubblicizzazione della documentazione qui adottata;
7. Di dare corso alla pubblicazione del Piano nel sito “Amministrazione Trasparente” nelle correlate sezioni e sulla pagina intranet aziendale pubblicando al contempo idonea informazione su entrambi i siti a favore di tutto il personale dipendente e degli stakeholder dell'azienda;
8. Di informare la pubblica opinione dell'avvenuta adozione della documentazione di che trattasi avvalendosi, al riguardo, del sito internet e di quant'altro ritenuto appropriato;
9. Di dare mandato alle strutture aziendali, competenti per materia, di procedere alla predetta fase di pubblicizzazione/diffusione nei termini innanzi circostanziati;
10. Di individuare quale responsabile del procedimento a sensi della legge 241/90 e s.m.i. la dott.ssa Silvia Filippi;
11. Di dare comunicazione della presente delibera al Collegio Sindacale, alla Direzione Amministrativa, alla Direzione Sanitaria, alla Direzione delle Attività Socio Sanitarie, ai Distretti Aziendali, al Dipartimento Aziendale Cure Primarie, al Presidio Ospedaliero, ai Dipartimenti di Sanità Pubblica/Assistenziale Integrato in Salute Mentale e

D.P./Farmaceutico, ai Servizi del Dipartimento Amministrativo e Tecnico, alle Funzioni di Staff, ai componenti il Comitato Anticorruzione.

Letto, approvato e sottoscritto

Firma apposta digitalmente da:
Il Direttore Generale
Dott.ssa Cristina Marchesi

Sulla presente delibera hanno espresso il parere favorevole:

Firma apposta digitalmente da:
Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Nicoletta Natalini

Firma apposta digitalmente da:
Il Direttore Amministrativo
Dott. Davide Fornaciari

Firma apposta digitalmente da:
Il Direttore delle Attività Socio Sanitarie
Dott.ssa Elisabetta Negri

Documento firmato digitalmente e archiviato nel rispetto della normativa vigente.
Il presente documento e' una copia elettronica del documento originale
depositato presso gli archivi dell'A.U.S.L. di Reggio Emilia.

46-2B-FD-C4-9E-FC-74-FB-82-3E-85-EB-E9-C2-7C-11-64-9C-71-0C

CAdES 1 di 4 del 25/01/2022 17:21:21

Soggetto: NICOLETTA NATALINI
S.N. Certificato: 1D0E D614 EF1D B2AE
Validità certificato dal 27/12/2017 10:07:54 al 26/12/2023 10:07:54
Rilasciato da Actalis EU Qualified Certificates CA G1, Actalis S.p.A., IT'

CAdES 2 di 4 del 26/01/2022 09:38:03

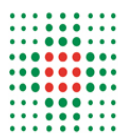
Soggetto: CRISTINA MARCHESI
S.N. Certificato: 6D1F B691 906E ABA9
Validità certificato dal 21/12/2017 12:31:57 al 20/12/2023 12:31:57
Rilasciato da Actalis EU Qualified Certificates CA G1, Actalis S.p.A., IT'

CAdES 3 di 4 del 25/01/2022 13:09:05

Soggetto: DAVIDE FORNACIARI
S.N. Certificato: 13CC 0EC5 31DD C36C
Validità certificato dal 16/05/2018 09:35:35 al 14/05/2024 09:35:35
Rilasciato da Actalis EU Qualified Certificates CA G1, Actalis S.p.A., IT'

CAdES 4 di 4 del 25/01/2022 10:36:43

Soggetto: ELISABETTA NEGRI
S.N. Certificato: 0390 340B A66C A495 6F1E FB6D 6D63 0E42
Validità certificato dal 30/04/2021 12:54:38 al 30/04/2027 12:54:38
Rilasciato da Actalis EU Qualified Certificates CA G1, Actalis S.p.A., IT'



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia
IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia



Piano triennale della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2022 – 2024

(ai sensi dell'art. 1, comma 5, lett. a della Legge n.190 del 6/11/2012)

INDICE

1. Sintesi del documento	pag. 5
2. Premessa	pag. 6
2.1 Piano ed emergenza sanitaria	pag. 8
3. Processo di redazione del Piano	pag. 9
3.1 Coinvolgimento organi di indirizzo	pag. 9
Obiettivi strategici	pag. 9
Coordinamento con gli strumenti di programmazione	pag.10
3.2 Soggetti Aziendali coinvolti	pag.10
3.3 Rapporti con la società civile e comunicazione	pag.14
4. Contesto esterno	pag.15
4.1 Contesto internazionale	pag.15
4.2 Contesto nazionale	pag.19
4.3 Contesto regionale e locale	pag.20
5. Contesto interno/Sistema di governance	pag.34
5.1 I valori aziendali	pag.35
5.2 L'organizzazione	pag.39
5.3 Sistema dell'offerta	pag.46
5.4 Obiettivi aziendali	pag.49
5.5 Il personale	pag.49
6. Valutazione del rischio	pag.51
6.1 Il metodo di ponderazione del rischio	pag.52
7. Trattamento del rischio	pag.56
Previsioni misure generali	
7.1 Codice di Comportamento	pag.57
7.2 Rotazione del personale	pag.59
7.3 Obbligo di astensione e conflitto di interessi	pag.66
7.4 Inconferibilità e incompatibilità ex D.Lgs. 39/2013	pag.68
7.5 Incompatibilità successiva (pantouflage)	pag.68
7.6 Conferimento incarichi extra-istituzionali	pag.69
7.7 Tutela del dipendente che effettua segnalazione di illecito (c.d. whistleblower)	pag.70
7.8 Commissioni ex art. 35 bis D.Lgs. 165/2001	pag.71
7.9 Anagrafica Unica delle stazioni appaltanti	pag.71
7.10 Antiriciclaggio	pag.72
Previsione misure specifiche	
7.11 Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	pag.74
7.12 Governo liste d'attesa	pag.75
7.13 Sperimentazioni cliniche	pag.78
7.14 Informazione scientifica sui farmaci e dispositivi medici	pag.79
7.15 Formazione sponsorizzata	pag.80
7.16 Decesso intraospedaliero	pag.80

8. Censimento delle aree di rischio e mappatura dei processi	pag.81
9. Formazione	pag.87
10. Controlli	pag.90
10.1 Organismo indipendente di valutazione	pag.90
11. Sistemi di monitoraggio	pag.91
12. Sviluppo e aggiornamento del Piano	pag.94
Sezione Trasparenza	pag.95

Allegati:

- Allegato 1** “Valutazione indice rischio dei processi”
- Allegato 2** “Mappatura dei Processi a rischio”
- Allegato 3** “Valutazione del rischio antiriciclaggio”
- Allegato 4** “Adempimenti degli obblighi di Trasparenza”
- Allegato 5** “Codice di Comportamento”
- Allegato 6** “Policy Whistleblowing”



“Essere migliori per il mondo, creatori di buona vita per tutti, attraverso la bellezza, l’etica e la sostenibilità”

1. SINTESI DEL DOCUMENTO

Il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2022-2024 (di seguito anche Piano o PTPCT) viene adottato dall'Azienda Usl di Reggio Emilia in adempimento a quanto prevede la Legge 190/2012.

Il Piano è stato costruito avvalendosi anche dell'apporto dei Responsabili delle strutture aziendali coinvolte nelle misure preventive e nei processi a rischio mappati. E' anche il risultato, in alcune sue parti, dell'azione coordinata e condivisa nel contesto regionale.

Il termine anticorruzione assume nel testo e nelle azioni programmate per contrastarla, il significato più ampio di **cattiva amministrazione** intesa come deviazione dal perseguimento degli interessi pubblici che possano o non possano sfociare in fattispecie di natura penale in senso stretto.

Il contesto esterno è stato elaborato anche con il contributo della **Rete per l'integrità Regionale**, costituitasi nel corso del 2017 ed ora operativa, che costituisce un elemento innovativo e importante per la programmazione e il coordinamento di misure anticorruptive di natura sovraziendale.

Il contesto interno recepisce la realtà aziendale derivante dall'**Atto Aziendale** e dai valori che sono stati posti a fondamento dell'agire dell'Azienda e riporta l'organizzazione aggiornata dell'Azienda.

Il Piano contiene le **misure già attive e le programmate** per prevenire le diverse forme di comportamenti corruttivi.

Si propongono alcuni temi che caratterizzano aspetti nuovi o si ritengono maggiormente significativi:

- Mappatura dei processi

Nel corso del 2021 è proseguita l'attività di mappatura dei processi, così come indicato nel PNA 2019 - Allegato 1, per le Aree a rischio inerenti l'acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine nonché la libera professione, attraverso un lavoro ampiamente condiviso a livello di Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna (come illustrato nel paragrafo "Censimento delle aree di rischio e mappatura dei processi").

- Valutazione del rischio

La metodologia della stima del rischio, come determinata da ANAC nell'allegato n. 1 del PNA 2019-2021, è avvenuta attraverso l'utilizzo di un approccio qualitativo volto a far emergere giudizi soggettivi basati sull'effettiva conoscenza dei fatti e delle situazioni che influiscono sul rischio. Tale metodo ha consentito di utilizzare già come indicatori buona parte dei fattori di contesto che favoriscono il verificarsi dell'evento a rischio: i c.d. "fattori abilitanti" esplicitati nel PNA 2019.

- Anticorruzione ed emergenza sanitaria

A fronte del perdurare dell'emergenza sanitaria, i servizi sono stati nuovamente sollecitati a valutare eventuali nuovi rischi determinati dall'emergenza sanitaria.

- Antiriciclaggio

La sinergia tra PTPCT e Referente per l'antiriciclaggio ha consentito di procedere nella strutturazione di un modello dedicato. Si allega la valutazione dei processi e dei relativi rischi di riciclaggio predisposto dal Referente aziendale.

- Raccordo con altri documenti aziendali di programmazione

Si conferma il coordinamento con il Piano della Performance e con il documento di Budget che si concretizza, tra l'altro, con la predisposizione di specifici obiettivi in tema di anticorruzione e trasparenza per tutte le articolazioni aziendali.

- Rotazione del personale

Sono confermate le misure di rotazione che si realizzano sia nelle sue specifiche forme e nelle diverse forme alternative previste.

- Controlli e monitoraggi

Nell'ottica di un miglioramento continuo degli strumenti utili alla prevenzione della corruzione, nel presente Piano si è proceduto ad una revisione dell'attività di monitoraggio della prevenzione della corruzione, che si svolgerà attraverso monitoraggi di primo e di secondo livello. Si rimanda al paragrafo "Sistemi di monitoraggio" per maggiori dettagli.

- Condivisione con altre Amministrazioni

- a) Rete per l'Integrità Regionale

Il Piano ha recepito anche il contributo della Rete per l'Integrità Regionale che, oltre ad organizzare preziosi momenti formativi e di condivisione sui temi dell'integrità e della trasparenza, mette a disposizione, come sopra ricordato, una dettagliata ed aggiornata analisi del contesto esterno della Regione Emilia Romagna.

- b) Interazione con Intercenter e Area Vasta

La mappatura dei processi dell'Area Contratti Pubblici, deriva dalla condivisione a livello di Area Vasta.

2. PREMESSA

La Legge 190/2012 entrata in vigore il 28/11/2012 definisce le "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione". Il provvedimento legislativo è emanato in attuazione dell'art. 6 della Convenzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite contro la corruzione, adottata dall'Assemblea Generale dell'ONU il 31 ottobre 2003 e ratificata dallo Stato Italiano con Legge n. 116 del 3 agosto 2009.

La predisposizione di un Piano anticorruzione rappresenta per l'Italia l'occasione di adeguarsi alle migliori prassi internazionali introducendo nell'ordinamento ulteriori strumenti in grado di dare nuovo impulso alle politiche di prevenzione del fenomeno corruttivo nella direzione più volte sollecitata dal Groupe d'Etats contre la Corruption (GRECO) in seno al Consiglio d'Europa, dal Working Group on Bribery (WGB) e dal Implementation Review Group (IRG) per l'implementazione della Convenzione contro la corruzione delle Nazioni Unite e dalle Raccomandazioni emanate in sede OCSE in materia di **integrità pubblica** di cui OCSE dà anche una definizione intendendo per integrità pubblica *il coerente allineamento a valori etici condivisi, principi, norme al fine di dare priorità all'interesse pubblico sopra gli interessi privati*.

La Legge 190/2012 individua, in ambito nazionale, *"l'Autorità nazionale anticorruzione e gli altri organi incaricati di svolgere, con modalità tali da assicurare azione coordinata, attività di controllo, di prevenzione e di contrasto della corruzione e della illegalità nella pubblica amministrazione"*.

La Legge stabilisce che l'organo di indirizzo politico delle amministrazioni pubbliche di cui all'art.1 comma 2 del D. Lgs n. 165 del 30/03/2001, e successive modifiche ed integrazioni:

- individua, di norma tra i dirigenti amministrativi di prima fascia in servizio, il responsabile della prevenzione della corruzione salvo diversa e motivata determinazione, dandone comunicazione ad ANAC in una apposita sezione del sito dedicata alla raccolta dei relativi dati;
- su proposta del Responsabile individuato adotta, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (ora PTPCT).

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT o Piano) costituisce pertanto il documento programmatico dell'Azienda Usl di Reggio Emilia in adesione all'ordinamento normativo vigente.

Il documento comprende gli aggiornamenti sia per la parte riferita alla prevenzione della corruzione sia per la parte inerente la trasparenza con apposita Sezione, come da art. 10 c.2 D.Lgs. 33/2013 e s.m.i.

PIANO DI TRANSIZIONE VERSO IL PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE (PIAO)

Il presente Piano si inserisce in un contesto normativo in corso di definizione, infatti con il D.L. 80 del 9 giugno 2021, convertito nella L. 113 del 6 agosto 2021, è stato introdotto il Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO), il cui obiettivo è quello di raccogliere diversi strumenti di programmazione, ad oggi in vigore, in un piano unico. Si tratta di un documento di programmazione che unirà il Piano della Performance, il Piano per il lavoro agile, il Piano triennale del fabbisogno del personale ed il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza. Il Decreto legge 228/2021 ha differito al 31 marzo 2022 sia il termine per l'adozione del decreto del Presidente della Repubblica per l'individuazione e abrogazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal PIAO, sia il termine per l'adozione del decreto del Ministro per l'adozione del Piano tipo. Con Delibera n. 1/2022 l'ANAC ha differito al 30 aprile 2022 il termine per l'adozione del PTPCT 2022-2024. Nelle more della definizione del quadro normativo di riferimento e del Piano tipo, l'Azienda ha proceduto all'aggiornamento del presente Piano in coerenza con la normativa vigente e con le indicazioni dell'ANAC.

Il presente Piano comprende i seguenti allegati:

- **Allegato 1** “Valutazione indice rischiosità dei processi”
- **Allegato 2** “Mappatura dei Processi a rischio”
- **Allegato 3** “Valutazione del rischio antiriciclaggio”
- **Allegato 4** “Adempimenti degli obblighi di Trasparenza”
- **Allegato 5** “Codice di Comportamento”
- **Allegato 6** “Policy Whistleblower”

DEFINIZIONE DI CORRUZIONE

Il presente Piano accoglie una nozione ampia di corruzione in adesione alla normativa internazionale e nazionale di riferimento. Si intende per corruzione ogni caso di abuso da parte del dipendente del potere a lui affidato al fine di ottenere indebiti vantaggi privati.

Sono ricomprese altresì, nell'accezione che si vuole adottare, le situazioni in cui, a prescindere dalla rilevanza penale, venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni o dei compiti attribuiti, che possono rivestire carattere amministrativo, tecnico o sanitario o di altro genere e riguardare ogni dipendente quale sia la qualifica ricoperta.

Le situazioni rilevanti, pertanto, non si esauriscono nella violazione degli artt. 318 e seguenti del Codice Penale e vanno oltre la gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati nel Titolo II, Capo I del codice penale.

Il concetto di corruzione, nella fattispecie, amplia i confini della definizione imponendo una rigorosa ed attenta applicazione delle procedure di verifica in particolare all'interno delle Aziende Sanitarie, la cui “mission” è prioritariamente la cura del malato e la tutela della sua dignità.

OBIETTIVI DEL PIANO

L'Azienda ha nominato, con decorrenza dal 1/07/2021, il nuovo Responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione, per la trasparenza e l'integrità con Delibera del Direttore Generale n.

262 del 30/06/2021 nella persona della dr.ssa Silvia Filippi, Collaboratore Amministrativo, titolare di Incarico di Funzione, dell'Azienda Usl di Reggio Emilia-IRCCS.

Il Piano per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) è uno strumento di programmazione che viene adottato annualmente, si inserisce tra gli strumenti di Programmazione dell'Azienda e si pone in stretta correlazione con il Piano della Performance adottato ai sensi del D. Lgs. 150/2009.

L'Azienda Usl di Reggio Emilia-IRCCS approva il presente Piano 2022-2024 che, pur in continuità con il Piano precedente, tiene tuttavia conto di quanto nel frattempo è stato emanato in termini normativi e di quanto approvato da ANAC con propria Delibera n. 1064/2019 (e successivo aggiornamento approvato dal Consiglio di ANAC nella seduta del 21 luglio 2021).

Il presente Piano pertanto, in aderenza a quanto previsto dai Piani Nazionali Anticorruzione (PNA) che si sono susseguiti, affronta le tematiche e i settori oggetto di attenzione, seppur nella logica di continuità richiamata dall'Autorità, cercando di apportare modifiche e valutazioni implementative nell'ottica del miglioramento dell'efficacia dell'analisi e delle conseguenti misure che sono state adottate o che si intendono adottare.

In coerenza con gli obiettivi su cui si fonda la strategia anticorruzione messa a fuoco a livello nazionale, vengono assunti analoghi obiettivi strategici all'interno del presente PTPC aziendale.

Tale strategia può essere ricondotta a tre principali obiettivi:

- contribuire a creare sempre più un clima sfavorevole alla corruzione e una cultura dell'integrità;
- ridurre le opportunità di porre in essere episodi corruttivi;
- favorire l'emersione di casi di corruzione.

Il Piano contiene pertanto, in applicazione della Legge n. 190 del 6.11.2012, l'analisi delle aree di rischio, la mappatura dei processi e l'individuazione dei livelli di rischio, indica l'adozione di misure di prevenzione in atto e l'adozione di misure ulteriori che vengono individuate o implementate prevedendone i tempi di attuazione nonché i sistemi di monitoraggio. Evidenzia inoltre i meccanismi di informazione, formazione e controllo idonei a prevenire e contrastare tale rischio.

In seguito alla modifica introdotta del D. Lgs. 97/2016, che ha modificato il D. Lgs. 33/2013, il presente Piano contiene, un'apposita Sezione denominata "Sezione Trasparenza" con l'indicazione degli adempimenti previsti e le rispettive responsabilità attribuite.

Con separata evidenza formale si procede all'adozione del Piano della Performance, documento programmatico triennale, in adesione alle indicazioni rappresentate dall'O.I.V. Regionale con Delibere n. 1/2014, n. 2/2015 e n. 3-4/2016 nonché in conformità alla DGR 819/2021 "Linee guida per lo sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della performance nelle Aziende e negli Enti del SSR". Il Piano della Performance, introdotto dal D.Lgs. 150/2009, definisce gli elementi fondamentali su cui si basa la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance, ed è costruito in coerenza e stretta connessione con il presente Piano.

Si rimanda al Piano della Performance 2021-2023 per gli approfondimenti inerenti gli aspetti specifici riguardanti la programmazione e definizione di obiettivi e indicatori per la prevenzione della corruzione e la trasparenza che costituiscono parte rilevante ed imprescindibile della performance aziendale.

2.1 PIANO ED EMERGENZA SANITARIA

La pandemia Covid ed il suo perdurare ha fortemente segnato il funzionamento aziendale e la costruzione di questo Piano per i seguenti motivi:

- il documento ha, per sua natura, una funzione programmatoria anche a medio termine che potrebbe non conciliarsi con l'impegno che l'Azienda dovrà approfondire nel contrastare

l'emergenza. Pertanto si è consapevoli che, pur avendo procrastinato alcuni termini per l'adozione di nuove misure, potrebbero esserci slittamenti nelle tempistiche programmate;

- è stato chiesto, per contro, ai Responsabili Aziendali di valutare se l'emergenza sanitaria potesse favorire l'insorgere di nuovi fattori di rischio e se fosse necessario prevedere processi nuovi non presenti nelle precedenti edizioni del Piano.

3. PROCESSO DI REDAZIONE DEL PIANO

3.1 COINVOLGIMENTO DEGLI ORGANI DI INDIRIZZO

OBIETTIVI STRATEGICI

Il tema dell'etica, dell'integrità e della prevenzione della corruzione è stato individuato tra i temi strategici che la Direzione Aziendale ha posto anche a fondamento del proprio mandato affinché potessero costituire il riferimento dell'agire professionale ai diversi livelli organizzativi.

L'Atto Aziendale, di cui più diffusamente si dirà al paragrafo "Contesto Interno", pone **Legalità, Integrità ed Etica** tra i valori fondanti cui si ispira l'Azienda.

Per sottolineare l'importanza che l'etica rappresenta nell'Azienda, sono state fatte innanzitutto:

A) Scelte organizzative che consentissero di perseguire con efficacia gli obiettivi strategici. In particolare si è provveduto alla:

- partecipazione del Responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione, per la trasparenza e integrità al Board di Direzione Strategica Aziendale;
- nomina di un Comitato aziendale a supporto del Responsabile, con individuazione mirata dei professionisti afferenti a Servizi/Staff/Dipartimenti aziendali che svolgono la loro attività in settori chiave, come ad esempio il Presidio Ospedaliero, la Direzione delle Attività Socio-Sanitarie, la Direzione delle Professioni Sanitarie, il Servizio Ispettivo, la funzione di Audit interno, la funzione dell'antiriciclaggio, la gestione del personale, degli appalti, il Servizio Affari Generali, la funzione di Staff Accountability e Performance, l'Ufficio Privacy, i Distretti, il Servizio Tecnologie Informatiche e Telematiche. La composizione va nella direzione di raccordare sempre più le diverse funzioni di controllo che operano all'interno dell'Azienda con i settori che esprimono le maggiori criticità sotto il profilo qui trattato.
- nomina di referenti aziendali dei Servizi/Dipartimenti/Staff, che a livello capillare e in collaborazione con il Comitato aziendale possano supportare il servizio di afferenza nelle attività in tema di prevenzione della corruzione e nell'alimentazione del sito Amministrazione Trasparente.

Inoltre, tra le misure messe in atto in questi anni e che continuano a costituire obiettivi strategici aziendali in tema di etica si richiamano:

B) Formazione, articolata in percorsi formativi declinati di seguito:

- formazione rivolta a tutti gli operatori (con la realizzazione di un corso FAD già nel 2015 per tutti i dipendenti e che dal 2016 è proposto anche a tutti i nuovi assunti);
- formazione specifica rivolta ai professionisti afferenti alle macro articolazioni organizzative;
- organizzazione di un incontro annuale di approfondimento sui temi dell'etica e dell'integrità.

La formazione ha come obiettivi la diffusione della cultura della legalità anche attraverso la conoscenza della normativa e dei codici di comportamento nazionale e aziendale, nonché la sensibilizzazione rispetto all'individuazione dei processi a rischio (mappatura, analisi e trattamento).

C) Trasparenza: viene interpretata come una delle principali misure anticorruzione; in Azienda è tra i principi alla base dell'intero ciclo di gestione della performance (Piano della Performance, Budget annuale e Relazione sulla performance). La Trasparenza è altresì intesa come adempimento di tutti i servizi aziendali nell'alimentazione del sito Amministrazione Trasparente. Anche a questo fine si è scelto di ampliare la griglia della trasparenza con la pubblicazione di dati ulteriori rispetto a quelli obbligatori (si rinvia in proposito alla "Sezione Trasparenza").

COORDINAMENTO CON GLI STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE

Al fine di rendere evidenti ed espliciti i collegamenti tra le misure di prevenzione della corruzione, gli obblighi di trasparenza e gli obiettivi di performance, in attuazione della delibera n. 3/2016 dell'OIV Regionale e della DGR 819/2021, è stata individuata nella dimensione della performance dei processi interni una specifica area dell'anticorruzione e della trasparenza, avendo previsto indicatori specifici di misurazione e valutazione. Tali indicatori sono declinati nel Piano della Performance e vengono rendicontati nelle Relazioni annuali sulla performance; documenti pubblicati nel sito internet aziendale, Amministrazione Trasparente - sezione "Performance".

Obiettivi di budget presso le singole articolazioni organizzative

Altro indicatore che testimonia che il tema dell'anticorruzione è nell'Azienda strettamente correlato ai più ampi concetti di etica e integrità dell'agire ed è ritenuto strategico per la Direzione Aziendale è rappresentato dal concreto collegamento tra l'enunciazione dei principi e gli obiettivi assegnati alle strutture aziendali.

Per rendere più efficaci alcune misure la Direzione Aziendale ha collegato le rispettive azioni, così come del resto prevede anche ANAC, al sistema degli obiettivi di budget e alla performance. A tal fine sono stati pertanto declinati nelle schede budget di performance obiettivi riferiti a:

- Libera professione: Prenotazione informatizzata di almeno il 95% delle prestazioni in LP su agende CUP o comunque su applicativi informatizzati che consentano il monitoraggio e la visibilità delle prenotazioni da parte dell'Azienda;
- Esito Monitoraggio: Esito delle verifiche sul rispetto delle misure di prevenzione della corruzione e sul rispetto degli adempimenti in tema di trasparenza. Il monitoraggio è presente in tutte le aree aziendali dove viene rilevato ad eccezione dei dipartimenti ospedalieri.

Gli obiettivi così individuati concorrono, con la propria pesatura, al raggiungimento degli obiettivi di budget delle Unità Operative coinvolte.

Si rimanda inoltre al paragrafo "Sistemi di monitoraggio" per maggiori approfondimenti sul tema.

3.2. SOGGETTI AZIENDALI COINVOLTI

Sono soggetti aziendali coinvolti nel processo di prevenzione e repressione della corruzione in ambito aziendale e pertanto chiamati a partecipare attivamente all'elaborazione del piano di prevenzione della corruzione e all'attuazione e controllo di efficacia delle misure con esso adottate:

- il Direttore Generale;
- il Responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione, per la trasparenza e l'integrità;
- il Comitato aziendale anticorruzione e per la trasparenza e l'integrità;

- tutti i dirigenti per l'area di rispettiva competenza;
- i Referenti locali per i servizi/strutture di competenza;
- l'Organismo Indipendente di Valutazione Regionale (O.I.V.) e l'Organismo Aziendale di Supporto (O.A.S);
- l'Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.);
- tutti i dipendenti dell'amministrazione.

Il **Direttore Generale** nell'ambito delle sue funzioni:

- designa il Responsabile per la prevenzione della corruzione, per la trasparenza e l'integrità (RPCT);
- adotta, su proposta del RPCT, entro il 31 gennaio di ogni anno, il piano triennale della prevenzione della corruzione;
- garantisce al RPCT un adeguato supporto, mediante assegnazione di appropriate risorse umane, strumentali e finanziarie, nei limiti della disponibilità di bilancio;
- adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione;
- indica, in collaborazione con RPCT, le principali linee di indirizzo cui fare riferimento nella programmazione delle misure di prevenzione.

Il Responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione, per la trasparenza e l'integrità

Con Delibera n. 262 del 30/06/2021, il Direttore Generale ha nominato - con decorrenza 01/07/2021- il nuovo Responsabile per la prevenzione della corruzione, per la trasparenza e l'integrità (di seguito RPCT). Il Responsabile, in stretta collaborazione con la Direzione Aziendale, con il Comitato aziendale anticorruzione e per la trasparenza e l'integrità e con tutti i dirigenti per le aree di rispettiva competenza, svolge i compiti indicati nelle vigenti disposizioni normative e disciplinari. Propone il Piano Triennale coordinandone la elaborazione e redige la relazione annuale sull'attività svolta assicurandone la pubblicazione (art. 1 comma 14 della Legge n.190/2012). Svolge funzioni di vigilanza sull'applicazione del Codice di Comportamento aziendale come da art. 19 del Codice stesso approvato con deliberazione n. 200/2018.

Il Comitato Aziendale Anticorruzione

In considerazione della complessità organizzativa dell'Azienda Usl di Reggio Emilia-IRCCS, fin da subito è stato previsto un supporto al RPCT individuato nel Comitato Anticorruzione dando vita, nel contempo, anche ad un nuovo modello di riferimento per le attività non solo di supporto al Responsabile per la prevenzione della corruzione, per la trasparenza e l'integrità ma anche per favorire sempre più il consolidarsi di un sistema "a rete" che crei un tessuto culturale diffuso su questi temi.

Altre funzioni caratterizzano il Gruppo così come si è delineato: facilitare il collegamento tra le tematiche richiamate dai Piani di Programmazione, non solo in modo formale ma anche sul piano concreto, con la creazione di specifici momenti organizzativi che colleghino l'operato e gli obiettivi alle misure e ai fini che si prefigge il presente Piano; promuovere momenti di studio e approfondimento della normativa; essere di supporto alle strutture aziendali e rendere operativi i

momenti di controllo e di monitoraggio interni per verificare il livello di attuazione di quanto programmato o previsto dagli adempimenti normativi.

COMITATO AZIENDALE ANTICORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ	
Silvia Filippi	Responsabile Aziendale per la prevenzione della corruzione, per la trasparenza e l'integrità
Roberto Ligabue	Servizio Tecnologie Informatiche e Telematiche
Marina Brunello	Servizio Affari Generali
Sara Baruzzo	Responsabile Accountability e Performance
Gianluca Rivi	Responsabile Servizio Ispettivo e Direttore del Dipartimento Amministrativo
Cinzia Armani	Responsabile Amministrativo Dipartimento Salute Mentale
Maurizia Gambarelli	Servizio Approvvigionamenti/Gestore antiriciclaggio
Roberto Caroli	Direzione Professioni Sanitarie
Laura Cavazzuti	Direzione Medica Ospedaliera
Marina Coccolini	Direzione Presidio Ospedaliero
Barbara Gilioli	Ufficio Privacy e Direttore di Distretto
Francesca Fratto	Direzione Presidio Ospedaliero
Alessia Gazzani	Servizio Gestione Giuridica del Personale
Elisa Morini	Responsabile Ufficio Audit Interno
Brenda Ferrarini	Coordinatore Amministrativo Distretto di Montecchio
Simone Tirelli	Direzione delle Attività Socio-Sanitarie
Federica Mazzoli	Area Tecnica Patrimoniale

I componenti il Comitato svolgono attività informativa nei confronti del RPCT per favorire ulteriormente l'acquisizione di elementi utili e riscontri sull'intera organizzazione. Nello specifico, il Comitato aziendale supporta il RPCT nell'elaborazione del piano fornendo attiva partecipazione, nell'ambito delle linee aziendali definite sul tema dalla Direzione Generale, per:

- la determinazione delle scelte operative;
- per la definizione degli obiettivi;
- per la realizzazione delle azioni;
- per la mappatura delle aree di rischio e lo svolgimento delle azioni di monitoraggio.

Tutti i **dirigenti** per l'area di rispettiva competenza:

- svolgono attività informativa nei confronti del RPCT, del Comitato e dell'autorità giudiziaria;

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- propongono le misure di prevenzione;
- assicurano l'osservanza del Codice di Comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale;
- osservano le misure contenute nel Piano;
- garantiscono la corretta pubblicazione sul sito "Amministrazione Trasparente" delle informazioni di competenza dei servizi cui sono preposti in qualità di Direttori/Responsabili tanto in termini di contenuti, quanto nel rispetto della tempistica di cui alla "griglia ANAC".

Referenti locali: hanno lo scopo di dare un ulteriore supporto interno ai loro rispettivi Dirigenti in previsione del nuovo Piano, della revisione della mappatura sempre più ampia dei processi e alle nuove implementazioni previste in materia di Trasparenza. La scelta, è stata altresì opportuna, anche in questo caso, per la complessa organizzazione dell'Azienda Sanitaria territoriale dell'intera Provincia. L' impianto organizzativo consente una copertura ancor più capillare delle articolazioni cui è composta l'azienda nonché una maggiore diffusione delle conoscenze sui temi e della responsabilizzazione diffusa in ordine all'adozione delle misure presenti nel Piano.

Organismo Indipendente di Valutazione Regionale (O.I.V.)

Svolge un ruolo importante nel sistema della gestione della performance e della trasparenza assolvendo ai compiti attribuiti dal D.lgs. 150/2009 così come modificato dal D.lgs. 74/2017.

Partecipa al processo di gestione del rischio attraverso la formulazione di pareri e proposte e attribuendo concreta rilevanza ai rischi e alle azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti attribuiti ai medesimi (PNA, All.to 1, par. A.2 e par. B.1.2).

All'O.I.V., compete, inoltre:

- esprimere parere obbligatorio nell'ambito del procedimento di adozione del Codice di Comportamento aziendale;
- attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed integrità, secondo le linee guida fornite dall'Autorità Nazionale Anticorruzione;
- svolgere le nuove funzioni ad esso attribuite dal PNA 2016 e successive determinazioni di ANAC.

Organismo Aziendale di Supporto (O.A.S)

È organismo Aziendale di supporto all'unico O.I.V. costituito su base Regionale. Svolge attività istruttoria interna al fine di coadiuvare l'O.I.V. nelle sue funzioni di controllo secondo quanto previsto nelle citate delibere dell'Organismo Regionale. La composizione dell'O.A.S. aziendale è stata definita con delibera n. 380 del 9/11/2020 e successiva delibera 455 del 24/12/2020.

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.)

- svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art. 55 bis d.lgs. 165/2001 e modifiche di cui al D.lgs. 75/2017);
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 DPR. 3/1957; art. 1, c. 1, legge 20/1994; art. 331 c.p.p.);

- ha funzioni di vigilanza sull'applicazione del Codice di Comportamento (art. 19 Codice di Comportamento aziendale) e in questa funzione opera in stretta collaborazione con RPCT, assicura le garanzie di cui all'articolo 54-bis del decreto legislativo n. 165 del 2001;
- redige relazione annuale sul suo operato al RPCT.

TUTTI i dipendenti dell'amministrazione

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- osservano le misure contenute nel piano;
- segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'U.P.D.;
- segnalano casi di personale conflitto di interessi.

I collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione

- osservano le misure e le prescrizioni contenute nel Piano;
- segnalano le situazioni di illecito al Responsabile della struttura cui afferiscono o al RPC o all'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari.

3.3. RAPPORTO CON LA SOCIETÀ CIVILE E COMUNICAZIONE

Uno degli obiettivi principali dell'azione di prevenzione della corruzione riguarda l'emersione di eventi di cattiva amministrazione e di fenomeni corruttivi, per i quali è particolarmente importante il coinvolgimento dell'utenza e l'ascolto della cittadinanza. In questo contesto si collocano le azioni di sensibilizzazione che sono volte a creare dialogo con l'esterno per implementare un rapporto di fiducia che possa far emergere fenomeni corruttivi altrimenti "silenti". Un ruolo chiave è svolto dagli uffici relazioni con il pubblico (URP), quale principale interfaccia con la cittadinanza, e dai Comitati Consultivi Misti (CCM) distrettuali. I CCM sono composti da rappresentanti delle associazioni di tutela e volontariato in numero maggioritario, da componenti dell'Azienda Usl, da rappresentanti dei medici di medicina generale e degli enti locali. Tra gli scopi primari del CCM c'è quello di stimolare l'Azienda nel miglioramento dei servizi sanitari, in particolare nel percorso di accesso alle strutture sanitarie e nella valutazione della qualità dal lato degli utenti.

L'adozione del presente Piano è stato preceduto dalla pubblicazione sul sito internet aziendale di un avviso di consultazione pubblica finalizzato alla raccolta di proposte, osservazioni e integrazioni partendo dai testi vigenti del Piano 2021-2023. Non sono pervenuti contributi nelle occasioni precedenti e non è pervenuto alcun contributo nemmeno in occasione della stesura del presente Piano.

Comunicazione

La comunicazione costituisce uno degli strumenti di prevenzione della corruzione attraverso le diverse modalità rivolte sia ai dipendenti e collaboratori dell'azienda, sia verso l'esterno ai cittadini e stakeholder.

"La comunicazione interna, esterna, organizzativa, istituzionale riveste un ruolo strategico nell'ambito della gestione Aziendale. Inoltre, per la pubblica amministrazione una comunicazione trasparente e responsabile soddisfa il moderno concetto di "accountability" istituzionale verso i numerosi portatori di interesse, la opinione pubblica e la cittadinanza" (dal Piano di Comunicazione Aziendale 2018-2020).

La comunicazione è correlata concretamente agli obiettivi strategici della programmazione e dell'organizzazione aziendali ed ha come obiettivi:

- ✓ comunicare con gli organi di informazione e con gli interlocutori istituzionali in maniera chiara, trasparente e tempestiva;
- ✓ mantenere un flusso continuo di comunicazione sia all'esterno che all'interno anche per coinvolgere gli operatori nel cambiamento.

Tra i fini della comunicazione interna si possono annoverare:

- ✓ favorire la circolazione delle informazioni sulle scelte aziendali e sugli obiettivi della Direzione;
- ✓ rispondere in modo coordinato ai bisogni informativi degli operatori;
- ✓ assicurare la diffusione delle informazioni necessarie per migliorare lo svolgimento dei servizi;
- ✓ diffondere la cultura dell'appartenenza e della condivisione degli obiettivi dell'Azienda.

L'Azienda si avvale dei principali strumenti messi a disposizione anche dalle nuove forme di comunicazione:

- internet;
- intranet;
- Social network;
- Ufficio Stampa;
- URP (Ufficio relazioni con il pubblico).

L'Azienda pubblica sul sito "Amministrazione trasparente" in ottemperanza a quanto previsto dal D.Lgs. 33/2013 e s.m.i.; il Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici adottato con DPR 62/2013 e il Codice di Comportamento aziendale, nella versione definitiva adottata; nella intranet pubblica le iniziative di eventi aziendali sui temi dell'anticorruzione, dell'integrità e dell'etica.

Sulla home page del sito aziendale è inoltre pubblicata una news che invita i cittadini a compilare un questionario in forma anonima su Amministrazione trasparente.

Il questionario ha la finalità di rilevare il gradimento dei visitatori sulla sezione stessa del sito aziendale e di acquisire suggerimenti utili per migliorare l'accessibilità e la fruibilità delle informazioni.

I risultati del questionario saranno pubblicati annualmente, in forma aggregata, sul sito Amministrazione Trasparente nella sezione "Altri contenuti" sotto-sezione "Dati ulteriori".

4. CONTESTO ESTERNO

4.1 CONTESTO INTERNAZIONALE

Tanti sono ormai i documenti, le analisi sul fenomeno corruttivo presente in molte realtà socio-economiche in diversi paesi. Il fenomeno, di dimensioni assai più diffuse di quanto possa apparire, ci incita pertanto a ricercare (anche nella nostra realtà) misure preventive e di controllo sempre più permeanti il contesto organizzativo in cui operiamo.

"Il tema della legalità – e quelli speculari della violazione dei diritti e della corruzione – sono di grande attualità in questo momento storico e coinvolgono tutte le istituzioni e i settori della nostra società. La

crisi economica generale, la crisi del lavoro e la riduzione delle risorse per i servizi ai cittadini hanno di colpo reso evidente ai più che le risorse scarse non possono essere sprecate a causa di comportamenti opportunistici e fuori dalle regole stabilite per tutelare il benessere della collettività. Il mondo della Sanità e il servizio sanitario nazionale sono uno dei principali ambiti economici della nostra società (per numero di addetti nei servizi pubblici, nel privato e nell'indotto, per volumi di attività e di scambi, per assorbimento di risorse dello Stato e delle Regioni). È quindi atteso che esso sia più o meno diffusamente minacciato da fenomeni e comportamenti ascrivibili alla violazione della trasparenza, della legalità o addirittura della corruzione. Contrastare tali minacce significa impegnarsi per l'equità e per la qualità dei servizi sia del settore pubblico sia di quello privato e contribuire a garantire il miglior uso delle risorse dei singoli e della comunità.”

“Il tema merita attenzione anche perché nel settore sanitario e sociale la corruzione produce effetti non solo economici (in particolare sulle finanze pubbliche), ma anche sulla salute delle popolazioni: riduce l'accesso ai servizi, soprattutto fra i più vulnerabili; peggiora in modo significativo – a parità di ogni altra condizione – gli indicatori generali di salute ed è associata a una più elevata mortalità infantile. Più in generale le varie forme di illegalità presenti nel settore sanitario non si limitano a sottrarre risorse ai programmi di assistenza, ma minano la fiducia nel sistema di tutela della salute da parte delle persone. Per tale ragione il contrasto della illegalità nel settore sociale e sanitario deve costituire un impegno prioritario per i responsabili delle politiche pubbliche e i professionisti del settore, soprattutto in un momento di grave crisi economica...”

Da: “Illuminiamo la Salute – Per non cadere nella ragnatela dell'illegalità – “Introduzione di Nerina Dirindin Presidente Coripe Piemonte.

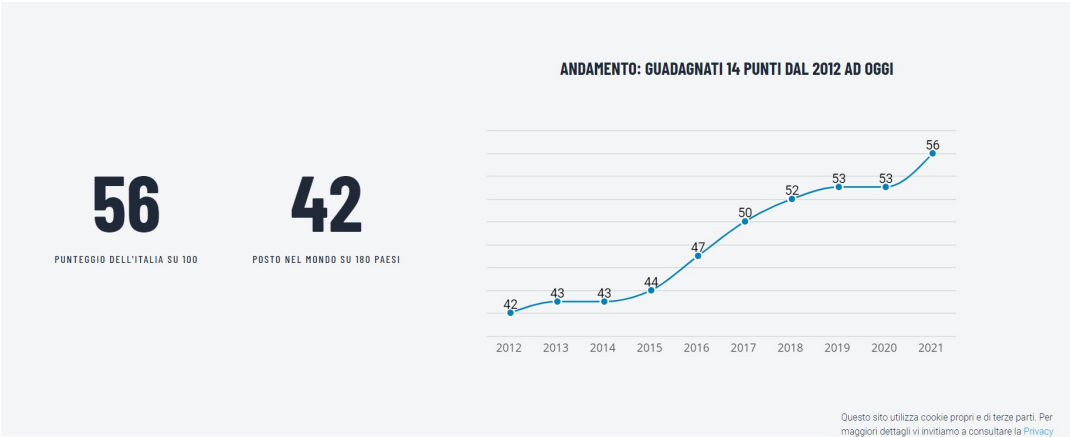
I concetti espressi continuano a rappresentare, con lucida sintesi l'essenza del problema con specifico riguardo al mondo della Sanità e sono tutt'ora di attualità.

I rapporti tra Corruzione e Sanità sono stati analizzati all'interno di diversi studi portati avanti da diverse organizzazioni che hanno pubblicato i loro Studi: Libro Bianco sulla Corruption in Sanità a cura di ISPE Sanità (anno 2014), Corruzione e sprechi in Sanità di Transparency International Italia (anno 2016) e Italia-Agenda Anticorruzione 2017 (per citarne alcuni) che rilevano come il nostro Paese sia tra quelli in cui è più alto il grado di *corruzione percepita*: 2016: Italia al 60° su 176 Paesi a livello mondiale (voto 47/100); tuttavia, sotto questo profilo, il grado di percezione si è comunque positivamente modificato in quanto nel 2012 (cioè quando il nostro Paese ha cominciato a definire un sistema più organico di intervento sul fenomeno – anche sul piano normativo -) **l'Italia era al 72° posto a livello mondiale (voto 42/100)** (Fonte: *Transparency International Italia-Agenda Anticorruzione 2017*).

Nel 2019 l'Indice di Percezione della Corruzione (CPI) portava l'Italia al 51° posto della classifica mondiale con 53/100 punti.

Il CPI relativo all'anno 2020 classificava l'Italia al 52° posto nel mondo con un punteggio di 53/100.

Con l'edizione 2021, l'Italia guadagna 3 punti e compie un balzo di 10 posizioni nella classifica dei paesi presi in esame. L'Italia si attesta al 42° posto, con un punteggio di 56/100.



Concentrando l'attenzione sul mondo della Sanità, gli ambiti che maggiormente sono analizzati come possibili zone in cui è più facile l'instaurarsi di fenomeni corruttivi sono individuati, per ricordare i più significativi, negli appalti, nei rapporti con l'industria farmaceutica (individuazione dei fabbisogni, comparaggio, prescrizioni non necessarie, brevetti e uso di farmaci equivalenti, ecc.), nella ricerca scientifica (fenomeni di misconduct scientifica), nei rapporti con la Sanità privata (controlli e rimborsi) e nei controlli che le Aziende Sanitarie a loro volta sono tenute a fare verso soggetti esterni. A livello Internazionale è inoltre alta l'attenzione da parte degli organi istituzionali ONU, Consiglio d'Europa, Commissione Europea e OCSE tra tutti.

In particolare l'Ocse governa un processo di raccomandazioni e controlli nei confronti dei propri Stati membri affinché attivino e favoriscano un sistema di integrità al proprio interno come base delle proprie regole di funzionamento riconoscendo che l'integrità è fondamentale nell'amministrazione pubblica, poiché salvaguarda l'interesse pubblico e rafforza valori fondamentali come l'impegno per una democrazia multiforme basata sullo stato di diritto e il rispetto dei diritti umani.

E' stata approvata una Raccomandazione (*Recommendation on integrity* 26/01/2017) volta a consolidare un sistema completo di integrità nei Paesi aderenti che dovranno tra l'altro:

1. dimostrare il proprio impegno nelle sfere politiche e gestionali più alte all'interno del settore pubblico e rafforzare l'integrità pubblica, riducendo la corruzione;
2. fissare delle leggi/norme di condotta severe per i funzionari pubblici;
3. promuovere una cultura dell'integrità pubblica che comprenda la società nel suo complesso in collaborazione con il settore privato, la società civile e le persone fisiche;
4. investire in una leadership integra con il fine di dimostrare l'impegno nell'integrità di un ente del settore pubblico;
5. favorire una cultura organizzativa della trasparenza all'interno del settore pubblico che risponda alle preoccupazioni relative all'integrità;
6. applicare un sistema di controllo e gestione dei rischi che salvaguardi l'integrità negli enti pubblici;
7. rafforzare il ruolo di supervisione e controllo esterni al sistema di integrità del settore pubblico, in particolare;
8. promuovere la trasparenza e la partecipazione delle parti interessate in ogni fase del processo politico e del ciclo di elaborazione di politiche pubbliche con l'obiettivo di promuovere la responsabilità e l'interesse generale, in particolare.

Nella considerazione che la corruzione e altre violazioni dell'integrità, dalle quali nessun paese è immune, sono diventate sempre più complesse e articolate, la Raccomandazione va a sostituire quella del Consiglio sul miglioramento della condotta etica nel settore pubblico adottata nel 1998.

Focalizzando poi l'attenzione sulla situazione specifica del nostro Paese, diverse sono state nel tempo le verifiche effettuate da organismi internazionali sulla situazione italiana.

La Commissione Europea nel 2014 incitava l'Italia ad esercitare **un'azione repressiva immediata** ed efficace in quanto «*i casi contro funzionari di alto livello in cui le sanzioni sono stata effettivamente applicate sono pochi*» (Rapporto sulla corruzione negli Stati Membri)

Il Consiglio d'Europa, inoltre, attraverso il proprio organismo per la lotta alla corruzione (GRECO) aveva già reso noto il proprio rapporto relativo all'anno 2015 rilevando, con riferimento all'Italia, il percorso di riforme intrapreso con l'inasprimento delle pene in tema di corruzione e di traffico di influenze illecite; nel 2017 tuttavia testualmente sosteneva che: «*La lotta alla corruzione deve diventare **una questione di cultura e non solo di regole**; ciò richiederà un approccio a lungo termine, un'istruzione continua in tutti i settori della società come componente indispensabile della strategia anticorruzione e un inequivocabile impegno politico*» (fonte: 4° Rapporto di valutazione dell'Italia). Ciò a comprova che ancora molto deve essere fatto nel nostro sistema nazionale non tanto e solo nell'adozione di norme ma soprattutto nella diffusione della cultura dell'integrità nella società civile.

Ad ulteriore testimonianza dell'impegno internazionale nella lotta ai fenomeni corruttivi e per lo sviluppo della cultura della legalità, nel mese di ottobre 2018 è stato avviato il processo di creazione di una **rete continentale di Autorità** per la prevenzione della corruzione tra i rappresentanti di 16 Paesi Europei (accordo di Sibenik – Croazia), che vede protagonista l'Italia, con lo scopo di fornire un luogo di scambio di informazioni e di buone pratiche e per elaborare anche standard comuni su vari temi ritenuti di rilievo. Soprattutto si vuole, con l'iniziativa, individuare misure comuni di prevenzione che possano essere il più efficaci possibili.

IL CPI 2021 IN UNIONE EUROPEA

64/100

PUNTEGGIO MEDIO

L'Italia si colloca al 17° posto
su 27 Paesi Membri
dell'Unione Europea



PUNTEGGIO/PAESE

88	Danimarca
88	Finlandia
85	Svezia
82	Paesi Bassi
81	Lussemburgo
80	Germania
74	Irlanda
74	Estonia
74	Austria
73	Belgio
71	Francia
62	Portogallo
61	Lituania

61	Spagna
59	Lettonia
57	Slovenia
56	Italia
56	Polonia
54	Repubblica Ceca
54	Malta
53	Cipro
52	Slovacchia
49	Grecia
47	Croazia
45	Romania
43	Ungheria
42	Bulgaria



4.2 CONTESTO NAZIONALE

Indagine Istat: L'Istat per la prima volta ha studiato (nel 2017) il fenomeno corruttivo in Italia all'interno dell'indagine sulla sicurezza dei cittadini. Quindi possiamo analizzare un'indagine svolta non più solo sulla percezione bensì basata su accadimenti vissuti.

Dalla lettura del resoconto si evidenziava che circa il 7,9% delle famiglie nel corso della vita fosse stato coinvolto direttamente in eventi corruttivi quali richieste di denaro, favori, regali o altro in cambio di servizi o agevolazioni (2,7% negli ultimi 3 anni, 1,2% negli ultimi 12 mesi).

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

La corruzione in sanità risultava più frequente in Abruzzo (4,7%) e in Campania (4,1%).

La richiesta di effettuare una visita privata prima del trattamento nella struttura pubblica era elevata in Puglia (20,7%), Basilicata (18,5%), Sicilia (16,1%) e Lazio (14,4%).

La richiesta di tangenti o favori in cambio di benefici assistenziali era risultata invece sensibilmente superiore al dato medio nazionale (2,7%) in Molise (11,8%), Puglia (9,3%), Campania (8,8%) e Abruzzo (7,5%).

Risultava che in sanità la richiesta di denaro o altri beni avvenisse da parte di un medico nel 69% dei casi (da un primario di medicina nel 20,2%), da un infermiere nel 10,9% o da altro personale sanitario nel 19,6% dei casi, mentre per un altro 11,1% da parte di figure professionali non sanitarie.

L'attenzione sul contesto giudiziario e sul fronte delle indagini attivate dagli organi inquirenti porta quindi ad individuare diversi filoni che possono coinvolgere il settore sanitario, della salute e dell'ambiente e che vengono qui sinteticamente riepilogati al fine di evidenziare quali possono essere i rischi connessi alle attività delle Aziende sanitarie e che devono essere considerati nella fase di individuazione dei processi e della loro graduazione di rischio:

- accertamenti e verifiche:
 - ✓ sulle disposizioni anticorruzione per le autorizzazioni concesse dall'AIFA;
 - ✓ sulla spesa farmaceutica e sulla tracciabilità del farmaco per la prevenzione ed il contrasto alle truffe in danno del Servizio Sanitario Nazionale e regionali;
 - ✓ monitoraggio sugli eventi avversi connessi all'uso dei farmaci (farmacovigilanza).
- preparazione e somministrazione di farmaci imperfetti, non muniti di risultati di studio pre-clinici e clinici a dimostrazione dell'efficacia sull'uomo, nonché in assenza delle necessarie autorizzazioni degli Enti regolatori nazionali;
- traffico illecito di rifiuti speciali e pericolosi;
- importazione, distribuzione e somministrazione ceppi virali e vaccini per uso veterinario a base di virus patogeni;
- falsi ricoveri;
- gestione delle liste d'attesa e prestazioni specialistiche, con elusione delle liste d'attesa stesse, nonché del previsto pagamento del *ticket* sanitario;
- frodi in commercio, in ordine alla vendita di prodotti contraffatti;
- commercio illegale di sostanze dopanti o anabolizzanti;
- prescrizione inappropriata di integratori artificiali ai neonati;
- abbandono e sequestro persone incapaci in strutture assistenziali.

ANAC ha condotto una rilevazione nell'ambito di un progetto che punta ad individuare un set di indicatori atti a far emergere il rischio corruttivo della Pubblica Amministrazione, circa "numeri, luoghi e contropartite nel malaffare".

Il lavoro è stato pubblicato nell'ottobre del 2019 e offre importanti informazioni sulla dislocazione della registrazione degli episodi di corruzione. E' interessante evidenziare che il 74% dei casi (113) ha riguardato il settore degli appalti pubblici, mentre il restante 26% (39) ha riguardato altri settori quali procedure concorsuali, concessioni edilizie, corruzione in atti giudiziari ecc.

Altro elemento significativo della rilevazione sta nelle nuove modalità di esigere il "prezzo" della corruzione: oltre al denaro, sono oggetto di "scambio" altri benefici quali un posto di lavoro, prestazioni professionali, consulenze ed altri benefit di diversa natura.

4.3 CONTESTO REGIONALE E LOCALE

L'analisi del contesto regionale costituisce il prodotto di una collaborazione interistituzionale, nell'ambito della "Rete per l'integrità e la trasparenza", della Regione Emilia Romagna, nata per condividere tra tutti i Responsabili della corruzione e della trasparenza degli enti aderenti documenti e criteri di riferimento per la descrizione del contesto socio-economico e criminologico del territorio regionale emiliano-romagnolo.

L'analisi si suddivide in:

1. **Scenario economico-sociale**
2. **Quadro criminologico;**

1. SCENARIO ECONOMICO-SOCIALE

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 subito 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 disuguaglianza, 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 disuguaglianza.

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 l'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.

2. QUADRO CRIMINOLOGICO

Evoluzione dei fenomeni di illegalità in Emilia-Romagna collegati alla criminalità organizzata e di tipo mafioso.

Diverse indagini condotte negli ultimi trent'anni dalle forze investigative hanno portato alla luce la presenza delle mafie fuori dalle zone di origine¹, 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.

¹ 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.

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 (DNA) 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.

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 attive².

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-Romagna³, 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 perseguono uno scopo criminale comune.

In particolare, qui saranno esaminati: i reati di associazione a delinquere semplice e mafiosa; gli omicidi di mafia; le estorsioni⁴; i danneggiamenti e gli attentati dinamitardi e incendiari⁵; i reati di produzione, traffico e spaccio di stupefacenti⁶; lo sfruttamento e il favoreggiamento della prostituzione⁷; i furti e le rapine organizzate⁸; i reati di ricettazione⁹; le truffe, le frodi e i reati di contraffazione¹⁰; il riciclaggio e l'impiego di denaro illecito¹¹; l'usura¹².

² 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 qui si discute, ma anche per valutare e programmare in maniera più mirata le linee di intervento regionali in materia di legalità.

³ 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).

⁴ 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.

⁵ Nelle analisi sulle mafie questi reati generalmente sono utilizzati come indicatori di controllo mafioso del territorio.

⁶ 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.

⁷ Al pari del mercato della droga, anche quello della prostituzione è un mercato estremamente complesso, in continua evoluzione e

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 tempo¹³.

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 primi¹⁴.

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

fiorenti. 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).

⁸ 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.

⁹ 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.

¹⁰ 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.

¹¹ 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 riciclare 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 pagarli. 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.

¹² 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.

¹³ 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.

¹⁴ 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.

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-spia» 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 disponibili¹⁵.

TABELLA 1:
Numero 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.

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

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-Est¹⁶.

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*

¹⁵ 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.

¹⁶ 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%.

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		
	Totale delitti denunciati	Tasso di variazione medio annuale	Tasso su 100 mila ab.	Totale delitti denunciati	Tasso di variazione medio annuale	Tasso su 100 mila ab.	Totale delitti denunciati	Tasso di variazione medio annuale	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
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);
- 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;
 - 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;
 - 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;
 - nella provincia di **Bologna** si sono registrati valori superiori alla media regionale per i reati riguardanti il riciclaggio e le estorsioni;
 - 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;
 - 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;
 - 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;
 - 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
Totale	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:

1. 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);
2. 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);
3. la provincia di *Reggio Emilia* ha tassi superiori alla media regionale riguardo ai danneggiamenti e agli attentati dinamitardi, oltre che all'usura;
4. 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.

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

Una sintesi utile di quanto è stato illustrato finora, è possibile ottenerla dalla tabella 5. La tabella 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 Syndacate*" - ricadono una serie di reati-spia 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 Syndacate*" - 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 economica-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 Syndacate", "Enterprise Syndacate" 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 Syndacate (Controllo del territorio)			Enterprise Syndacate (Gestione dei traffici illeciti)			Crimine 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.

CONTESTO LOCALE

A livello locale risulta sempre alta l'attenzione al fenomeno mafioso, nello specifico riconducibile soprattutto alla 'ndrangheta che vede nel processo cosiddetto Aemilia una delle più articolate indagini che si sono intraprese nel Nord del Paese per combattere il fenomeno del crimine organizzato.

Strettamente collegate all'aspetto processuale si possono collocare le interdittive antimafia (importante strumento per colpire i rapporti tra criminalità e mondo economico-imprenditoriale).

E' importante segnalare in proposito che il numero di interdittive emesse ogni 100 mila abitanti nella Provincia di Reggio Emilia è dell'8,3%; percentuale che risulta essere più del doppio rispetto alla media nazionale del 3,3% (fonte: ANAC "le imprese destinatarie di interdittive antimafia (2014-2018)"). Questo dato evidenzia non solo una significativa presenza del fenomeno sul territorio provinciale, ma anche una maggiore attenzione e sensibilizzazione che caratterizza e ha caratterizzato il sentire dell'opinione pubblica e delle istituzioni preposte al controllo.

Si segnala in proposito che, proprio quando determinati fenomeni stavano emergendo, alcuni anni fa, l'Azienda Usl di Reggio Emilia ha aderito a forme di collaborazione istituzionale promosse dalla Prefettura territoriale, proprio per fare sistema tra pubbliche istituzioni; si riporta in seguito quanto

pattuito.

PROTOCOLLO DI LEGALITÀ

L'Azienda già nell'aprile 2011 ha proceduto alla sottoscrizione di un Protocollo di Legalità con la Prefettura di Reggio Emilia, finalizzato alle attività di prevenzione e contrasto dei fenomeni corruttivi e di infiltrazione della criminalità organizzata, attraverso l'estensione dei controlli antimafia nel settore delle opere pubbliche garantendo altresì la legalità e la trasparenza nelle procedure di affidamento e di esecuzione delle opere.

In particolare l'Azienda si impegna a richiedere alla Prefettura le informazioni Antimafia di cui all'art.91 del D.Lgs n. 159/2011 e s.m.i. oltre che nei casi ivi contemplati, anche per appalti e concessioni di lavori pubblici di importo pari o superiore a € 250.000,00, per i subcontratti di lavori, forniture e servizi di importo pari o superiore a € 50.000 e in ogni caso, indipendentemente dal valore, nei confronti dei soggetti ai quali vengono affidati le forniture e i servizi "sensibili", di cui all'art. 2 del Protocollo di che trattasi.

Ai fini di una più approfondita attività di prevenzione delle infiltrazioni della criminalità nella esecuzione dei lavori, l'Azienda Usl di Reggio Emilia-IRCCS acquisirà tutti i dati delle imprese partecipanti alle gare e delle eventuali imprese sub-contraenti con riferimento anche al legale rappresentante ed agli assetti societari, nonché la dichiarazione sostitutiva del Certificato di iscrizione CCIAA e le dichiarazioni sostitutive riferite ai familiari conviventi dei soggetti da controllare. Esperite le procedure, prima di procedere alla stipula dei contratti o alla conclusione degli affidamenti ovvero prima di procedere all'autorizzazione dei sub-contratti o dei sub-affidamenti, i dati suddetti e le relative autodichiarazioni dovranno essere comunicati alla Prefettura ai fini del rilascio delle informazioni di cui all'art.91 del D.Lgs n. 159/2011. Qualora la Prefettura accerti elementi relativi a tentativi di infiltrazione mafiosa ed emetta una informativa ostativa, l'Azienda non procede alla stipula del contratto di appalto, ovvero revoca l'aggiudicazione o nega l'autorizzazione al subappalto, e intima all'appaltatore o concessionario di far valere la risoluzione del subcontratto.

Allo scopo di predisporre gli strumenti adeguati per attuare e rendere effettivi i controlli di cui sopra, l'Azienda prevede nei bandi di gara, nei contratti di appalto o concessione o nel capitolato:

- che la sottoscrizione del contratto ovvero le concessioni o le autorizzazioni effettuate prima dell'acquisizione delle informazioni di cui all'art.91 del D.Lgs n. 159/2011, anche al di fuori delle soglie di valore ivi previste, siano sottoposte a condizione risolutiva e che la stazione appaltante procederà alla revoca della concessione e allo scioglimento del contratto qualora dovessero intervenire informazioni interdittive;
- l'obbligo per l'aggiudicatario di comunicare all'Azienda Usl di Reggio Emilia l'elenco delle imprese coinvolte nel piano di affidamento con riguardo alle forniture ed ai servizi di cui agli artt. 2 e 3 del Protocollo di Intesa, nonché ogni eventuale variazione successivamente intervenuta per qualsiasi motivo;
- l'obbligo per l'aggiudicatario di inserire in tutti i subcontratti la clausola risolutiva espressa per il caso in cui emergano informative interdittive a carico dell'altro subcontraente; tale clausola dovrà essere espressamente accettata dall'impresa aggiudicataria.

L'Azienda si impegna altresì, sia direttamente sia con apposite clausole da inserire nei bandi e negli appalti, a far sì che le imprese appaltatrici e le eventuali imprese sub-contraenti presentino autonoma denuncia all'Autorità Giudiziaria di ogni illecita richiesta di denaro od altra utilità, ovvero offerta di protezione, che venga avanzata nel corso della esecuzione dei lavori nei confronti di un suo rappresentante o di un suo dipendente, dandone notizia senza ritardo alla Prefettura.

Allo scopo di garantire la tracciabilità dei flussi finanziari nell'ambito dei rapporti contrattuali connessi con l'esecuzione dei lavori o con la prestazione di servizi o forniture e per prevenire eventuali fenomeni di riciclaggio, ma anche altri gravi reati (es. corruzione), l'Azienda Usl di Reggio Emilia adempie alle disposizioni normative di cui alla L. 136/2010 "Tracciabilità dei flussi finanziari" e s.m.i. Essa, pertanto, è tenuta ad inserire nei contratti di appalto o di concessione o nei capitolati, l'obbligo a carico dell'appaltatore o concessionario di effettuare i pagamenti o le transazioni finanziarie, relative all'esecuzione del contratto di appalto o della concessione, esclusivamente per il tramite degli intermediari autorizzati, vale a dire le banche e Poste Italiane S.p.A.

L'Azienda provvederà a verificare l'inserimento da parte delle imprese appaltatrici o concessionarie nei contratti sottoscritti con i subappaltatori ed i subcontraenti di analoga clausola.

In entrambi i casi, in caso di violazione, si procederà alla risoluzione immediata del vincolo contrattuale nonché alla revoca dell'autorizzazione al subappalto e/o al subcontratto.

Anche in relazione a quanto emerso nelle rendicontazioni delle Autorità più sopra evidenziate particolare attenzione viene sempre data alla Sezione "Contratti Pubblici".

La Direzione Generale dell'azienda Usl di Reggio Emilia-IRCCS ha aderito con propria decisione n. 341 del 18/12/2017 all'iniziativa regionale e il RPCT aziendale partecipa quale componente della Rete per l'integrità e la Trasparenza.

Inoltre l'Assessorato Regionale alle Politiche Sociali, anche in attuazione del ruolo assegnato alle Regioni dal PNA 2016 nella parte speciale Sanità, ha costituito il già citato **Tavolo permanente regionale dei RPCT** delle Aziende Sanitarie che prevede la partecipazione, oltre che dei RPCT anche la presenza dell'OIV regionale. Lo scopo è quello di favorire la condivisione e l'approfondimento di criticità o di ambiti di interesse comuni alle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna, la definizione di linee guida o modalità applicative comuni, la promozione di misure o azioni a livello regionale o sovraziendale.

L'evidenza degli aspetti che si sono raccolti in sintesi nei paragrafi precedenti hanno contribuito alla definizione del complesso delle misure anticorruzione (nuove o ridefinite) comprese all'interno del presente Piano.

5. CONTESTO INTERNO/SISTEMA DI GOVERNANCE

La Legge Regionale n. 9 del 1/06/2017 ha decretato la fusione per incorporazione dell'Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova – IRCCS nell' Azienda Usl di Reggio Emilia a far tempo dal 1/07/2017. L'Azienda Usl di Reggio Emilia ha mantenuto la propria personalità giuridica e la propria sede legale precedenti mantenendo invariate anche le proprie coordinate fiscali.

L'Azienda Usl è subentrata nei rapporti attivi e passivi in essere alla data della fusione in capo all'Azienda Ospedaliera e sempre dal 1/07/2017 l'Azienda Usl ha acquisito, in seguito alla fusione, la titolarità dell' IRCCS "*Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia*" costituito all'interno dell'Azienda incorporata.

Con Deliberazione n. 239 del 28/06/2018 è stato adottato il nuovo Atto Aziendale, approvato poi dalla Regione Emilia Romagna con Deliberazione n. 1611 in data 1/10/2018. Con il nuovo documento si sono delineati i principi cui si ispira l'agire dell'Azienda la sua mission, la sua vision e i valori che l'azienda pone a fondamento della sua organizzazione e delle relazioni che essa intrattiene sia all'interno che all'esterno e sono state poste la basi per la costruzione del "Sistema Azienda" sia sul Piano degli Organi e degli Organismi che la governano sia sul piano della modalità

di funzionamento. Di seguito si riportano le informazioni che si ritengono importanti, ai fini del presente Piano, per far comprendere più nel dettaglio il contesto aziendale.

5.1 I VALORI AZIENDALI

Migliorare l'offerta dei servizi per la salute attraverso lo sviluppo di alleanze e sinergie sia all'interno dell'organizzazione, valorizzando il capitale dei professionisti, sia all'esterno, con le altre Aziende Sanitarie della Regione e in particolare dell'Area Vasta Emilia Nord, con le istituzioni e i soggetti sociali locali secondo gli indirizzi della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, costituisce la visione strategica dell'Azienda Usl di Reggio Emilia.

L'Azienda ricerca ed incoraggia le forme di integrazione, partecipazione e collaborazione con il più ampio contesto sociale delle competenze localmente distribuite, per arricchire il capitale sociale già fortemente radicato nella provincia e sviluppare la capacità di differenziazione e di specializzazione delle risposte che possono contribuire al miglioramento della qualità della vita e delle opportunità di salute dei cittadini. La complessità e pluralità dei bisogni, i rapidi mutamenti della struttura socio-demografica necessitano di forti capacità di lettura dei bisogni di salute e flessibilità, che rendono necessarie lo sviluppo di alleanze con più soggetti sia pubblici che privati.

L'Azienda promuove una gestione improntata ad una ricerca continua di nuove modalità di offerta di servizi coerenti con l'evolversi della domanda e del bisogno, con la nuova cultura della salute e con l'innovazione continua e rapida delle conoscenze scientifiche e tecniche in campo medico.

Tale visione si fonda su **valori** che rappresentano il patrimonio aziendale, in particolare.

I valori fondanti a cui si ispira l'Azienda sono:

Qualità dell'assistenza definita dalle dimensioni classiche (efficacia, efficienza, accettabilità, accessibilità, equità, rilevanza) e riconducibile al "fare al meglio le cose giuste".

Equità e solidarietà, come uguaglianza di opportunità di accesso e trattamento e come diversità, quale riconoscimento e valorizzazione delle differenze (di genere, di età, fisica, religiosa, sociale e culturale) con impegno alla reciprocità e garanzia di pari opportunità.

Rispetto e valorizzazione della persona, come soggetto informato e consapevole che prende parte attivamente al proprio progetto di salute.

Appropriatezza: prendersi cura in sicurezza del paziente giusto nel luogo giusto nel modo giusto e nel tempo giusto con il giusto consumo di risorse.

Coinvolgimento e partecipazione dei professionisti nella programmazione e nello sviluppo dei servizi.

Centralità del cittadino, continuità della cura, integrazione dei percorsi e servizi secondo i principi della responsabilizzazione e del coinvolgimento attivo nelle scelte e l'utilizzo di strumenti quali il patient-engagement, l'empowerment, la promozione della salute e di corretti stili di vita (health promotion), una comunicazione adeguata (health communication, health literacy).

Sicurezza delle prestazioni, da un punto di vista clinico, organizzativo, strutturale e ambientale.

Efficienza gestionale, come dovere sociale nella gestione di risorse pubbliche.

Sostenibilità nelle scelte sanitarie, nel rispetto dei principi di tutela della salute, dell'ambiente e della sicurezza all'interno della società civile.

Trasparenza e attitudine a rendere conto dell'utilizzo e della gestione delle risorse affidate nell'ambito delle proprie responsabilità e dei risultati ottenuti (accountability).

Legalità, integrità ed etica

Tali valori si calano nell'attività aziendale attraverso un modello di gestione e di organizzazione improntato a criteri di semplificazione, trasparenza, integrazione multiprofessionale, decentramento e partecipazione ai processi decisionali, al fine di realizzare un'efficiente allocazione delle risorse in funzione di una tempestiva ed appropriata erogazione dei servizi.

Più concretamente l'Azienda persegue e sviluppa:

Equità di accesso e centralità del paziente

L'equità di accesso ai servizi e la centralità del cittadino in quanto titolare del diritto alla salute sono punti irrinunciabili nelle scelte di pianificazione e programmazione aziendale.

La centralità dei bisogni dell'utente è perseguita attraverso la flessibilità organizzativa, e la progettazione di percorsi clinici sulle patologie di maggiore impatto epidemiologico e che condizionano maggiormente la vita quotidiana del cittadino garantendo continuità tra ospedali e servizi territoriali.

L'attenzione ai bisogni degli utenti stranieri viene consolidata con iniziative di supporto ai professionisti e attraverso la predisposizione di strumenti e modalità per un'accoglienza e una gestione che tenga conto degli usi e costumi dell'etnia di origine. È facilitata la rimozione delle barriere linguistico-culturali, la promozione, la conoscenza ed il rispetto delle culture d'appartenenza.

Ascolto e partecipazione dei cittadini

L'obiettivo è migliorare la relazione operatore-utente e di conseguenza la compliance ed incrementare il livello di soddisfazione di entrambe le parti.

L'ascolto dei cittadini è orientato a prevenire la conflittualità per mantenere fiducia reciproca. L'attenzione costante alle associazioni di volontariato sviluppa progetti comuni al fine di creare un ambiente ospedaliero e non solo, partecipato e aperto.

Promozione della salute, empowerment, health literacy

L'Azienda Usl di Reggio Emilia accoglie i valori e i concetti della promozione della salute all'interno della sua struttura e cultura organizzativa, ed estende le sue responsabilità oltre gli stretti confini dell'episodio clinico per cooperare con il territorio. L'obiettivo è di sostenere la definizione di una struttura organizzativa che faciliti l'integrazione delle attività per la promozione della salute nei percorsi di cura del paziente. Ciò significa porre una generale attenzione all'empowerment dei pazienti affinché divengano co-produttori del loro percorso di cura, di recupero e miglioramento delle loro condizioni di salute. In questo contesto diventa estremamente importante che le informazioni siano ottenute e trasmesse al paziente in modo corretto ed appropriato. A questo scopo l'Azienda Usl di Reggio Emilia-IRCCS si impegna a migliorare la relazione e comunicazione coi pazienti ed i cittadini, in primo luogo riconoscendo che le persone posseggono livelli di health literacy differenti, ed in secondo luogo, fornendo messaggi ed informazioni comprensibili a tutti e predisponendo specifici programmi per orientare gli utenti nel sistema dell'offerta dei servizi.

Partecipazione e sviluppo delle risorse umane

L'investimento sui professionisti quale motore per praticare nuove conoscenze e diventare punto di riferimento nei dipartimenti per il governo clinico vede la Direzione Aziendale definire obiettivi e azioni atte a coinvolgere i professionisti nell'elaborazione delle strategie aziendali e nella definizione dei percorsi assistenziali. Nel rispetto dell'autonomia professionale, il confronto interdisciplinare e interprofessionale viene incentivato quale modalità per garantire la trasversalità e per operare in funzione dei risultati finali sull'utente. Le opportunità formative sono orientate a sviluppare competenze professionali avanzate in coerenza con gli obiettivi aziendali nonché con le attività di innovazione e ricerca.

Per fornire prestazioni di elevata qualità tecnica gli investimenti sono orientati anche a sviluppare la qualità delle relazioni tra professionista e utente. Una migliore relazione con gli utenti deve essere garantita da un'informazione/comunicazione adeguata, chiara, comprensibile, esaustiva, attenta ai contenuti tecnici e alla cultura-disponibilità ad essere informati.

Governo Clinico

La Direzione sostiene le azioni tese a creare un ambiente favorevole per l'adozione delle migliori pratiche cliniche ed assistenziali, per favorire l'attività di ricerca e di sperimentazione e per valorizzare le risorse professionali.

L'Azienda si impegna ad investire e valorizzare il confronto tra professionisti e Collegio di Direzione per un governo dell'Azienda partecipato e condiviso che tende alla massima qualità delle prestazioni a costi sostenibili mantenendo il giusto equilibrio tra funzione manageriale e professionale.

Il perseguimento della qualità delle cure e dell'assistenza è favorito anche dall'introduzione di nuove tecnologie che permettono di garantire al meglio l'efficacia delle prestazioni strumentali, e dalla funzione di Health Technology Assessment (HTA) a supporto delle decisioni.

L'impegno sulla gestione del rischio porta ad innalzare i livelli di qualità e sicurezza dell'assistenza e delle prestazioni sanitarie, attraverso la prevenzione, la formazione e la promozione di azioni finalizzate a contenere i rischi, attività che rappresenta per l'Azienda un impegno costante.

Innovazione e ricerca

L'obiettivo principale della ricerca scientifica è la produzione di nuove conoscenze, con ricadute positive in termini di miglioramento delle strategie assistenziali, sia a livello ospedaliero che territoriale. L'attività di ricerca prodotta dall' IRCCS prende spunto dalle più avanzate conoscenze scientifiche e tende ad aumentarle, consolidarle o confutarle, renderle trasferibili, replicabili e disponibili alla collettività e alla comunità scientifica nel più breve tempo possibile, in un'ottica di condivisione ampia.

In questo senso, l'attività di ricerca affianca l'attività assistenziale non come obbligo di servizio, bensì come opportunità di crescita professionale. Compito delle strutture è valorizzare le disponibilità individuali a svolgere attività di ricerca e considerare la predisposizione e la capacità di fare ricerca quale elemento qualificante nel reclutamento di nuovo personale.

L'attività di ricerca e innovazione viene mantenuta costantemente aggiornata in coerenza con gli indirizzi definiti a livello regionale e nazionale. L'Azienda promuove e sostiene in particolare la ricerca spontanea, impegnando risorse ed expertise per mettere i professionisti in condizione di sviluppare al meglio la propria attività di ricerca.

L'Azienda favorisce il coinvolgimento dei cittadini, dei pazienti e delle loro associazioni in tutte le fasi del processo di ricerca, dalla messa a punto del protocollo, all'implementazione degli studi, all'analisi e alla disseminazione dei risultati.

Rapporti con l'Università

L'Azienda Usl attua una politica di sviluppo delle attività formative nell'ambito della rete regionale prevista dai Protocolli d'intesa Regione-Università, attivando percorsi di formazione specialistica per medici e sanitari in convenzione con gli Atenei e sviluppando progetti di ricerca collaborativi.

Trasparenza e integrità

L'Azienda persegue la trasparenza nei confronti dei cittadini, degli utenti e delle loro rappresentanze quale principio ispiratore della propria attività e quale condizione per tutte le forme di partecipazione, a tutti i livelli di governo e di gestione dei servizi.

Tale principio si traduce principalmente nei seguenti impegni: garantire un sistema di verifiche continue, interne ed esterne, degli impegni assunti; assicurare la leggibilità dei criteri di valutazione e

dei risultati; sviluppare un sistema di comunicazione aziendale che tenda all'omogeneità, coerenza, diffusione e correttezza dell'informazione verso l'interno e l'esterno; promuovere l'attivazione di percorsi espliciti e di procedure gestionali che favoriscano l'utilizzo ottimale delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie; utilizzare strumenti di rendicontazione previsti nel contesto normativo vigente nei confronti degli stakeholder.

L'Azienda riconosce quali principi strategici quelli dell'etica, della legalità e dell'integrità; favorisce quindi lo sviluppo di una cultura aziendale fortemente orientata alla loro diffusione nel contesto organizzativo e tra tutti i suoi operatori e collaboratori.

L'Azienda, altresì, adotta tutti gli strumenti necessari a prevenire e a reprimere comportamenti corruttivi e per favorire il massimo perseguimento della legalità in ogni propria azione. A tal fine garantisce adeguati supporti organizzativi ed operativi al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione, per la Trasparenza e l'Integrità.

Tutela della Privacy

L'Azienda adotta tutti gli strumenti necessari per garantire la tutela dei dati personali riconoscendo il diritto alla privacy quale importante elemento a garanzia della dignità e della libertà delle persone. L'Azienda ha infatti posto in essere una serie di azioni volte ad uniformare l'organizzazione e le attività ai principi ed alle norme contenute nel Regolamento Europeo GDPR 2016/679 e nel Codice in materia di protezione dei dati personali D.lgs. 196/2003 e s.m.i..

Le misure che l'Azienda adotta sono rivolte alla riservatezza e alla protezione dei dati personali dei terzi siano essi cittadini che si rivolgono alle sue strutture oppure propri operatori.

L'Azienda Usl è titolare del trattamento dei dati.

L'Azienda designa, quali autorizzati al trattamento, tutti coloro che operano in nome e per conto dell'Azienda stessa; ad essi vengono fornite istruzioni operative e formazione specifica richiamandoli al rispetto del segreto d'ufficio.

L'Azienda garantisce altresì lo svolgersi di attività formativa continua e dedicata, finalizzata a consolidare negli operatori la cultura del rispetto della dignità e della riservatezza nei confronti dei dati di terzi e, contemporaneamente, ad approfondire con gli operatori stessi le indicazioni normative e dell'Autorità Garante con lo scopo, tra gli altri, di predisporre gli strumenti che possano mantenere le attività coerenti con la norma.

Ai sensi del Regolamento Generale Europeo sulla protezione dei dati (GDPR) 2016/679, l'Azienda si avvale della figura del Data Protection Officer (D.P.O.), che ha funzioni consultive e informative nei confronti del Titolare, di controllo rispetto all'osservanza del regolamento aziendale sulla tutela del trattamento dati. Fornisce pareri in merito alla valutazione d'impatto e funge da punto di contatto con l'autorità di controllo per le questioni connesse al trattamento.

L'Azienda assicura e si impegna a garantire adeguati supporti di natura tecnica ed organizzativa al fine di agevolare la corretta ed appropriata applicazione delle disposizioni in materia emanate dal legislatore e dall'Autorità Garante, e a tale scopo ha istituito l'Ufficio Privacy il cui Responsabile, per la funzione ricoperta e la rilevanza strategica, è invitato permanente alle riunioni del Board di Direzione Strategica, per gli aspetti rilevanti di programmazione, e collabora costantemente con il DPO.

E' stato inoltre costituito il Comitato Privacy, un gruppo di lavoro multidisciplinare vocato a supportare l'Ufficio Privacy nelle attività di adeguamento alla normativa vigente nonché alla valutazione dei rischi specifici correlati al trattamento dei dati personali in ambito aziendale.

E' stata infine istituita la rete dei Referenti Dipartimentali e di Distretto sul tema della protezione di dati personali con la finalità di diffondere tempestivamente e con uniformità le policy aziendali in materia.

5.2 L'ORGANIZZAZIONE

GLI ORGANI

Il Direttore Generale

Il Direttore Generale è uno dei cinque organi dell'Azienda Usl. È nominato pro-tempore dalla Regione ed è titolare di tutti i poteri di gestione per l'esercizio delle funzioni di istituto ascritte dalle norme nazionali e regionali di settore all'Azienda sanitaria.

È il titolare della rappresentanza legale dell'Azienda Usl e, ai sensi di quanto previsto dal D.Lgs.81/2008, riveste la qualifica di "datore di lavoro" di cui all'art.2 comma 1 lett. b), con il connesso esercizio delle responsabilità di rilevanza generale per l'intero sistema prevenzionale di cui all'art.17 del predetto D.Lgs. essendo le stesse non delegabili ai sensi della normativa medesima. In quanto "datore di lavoro" è titolare del sistema delle relazioni sindacali e provvede a definire la composizione delle delegazioni trattanti.

Al Direttore Generale dell'Azienda Usl, anche ai sensi di quanto previsto dalla normativa Nazionale e Regionale, è affidata la gestione ordinaria e straordinaria dell'IRCCS in Tecnologie Avanzate e Modelli Assistenziali in Oncologia, nel rispetto dei principi di imparzialità, buon andamento e trasparenza dell'amministrazione, nonché dei criteri di efficacia, efficienza ed economicità; assicura il perseguimento delle finalità dell'Istituto avvalendosi dell'attività degli organismi e delle strutture organizzative a ciò preposti; adotta lo Statuto e l'Atto organizzativo dell'Istituto nonché i documenti di programmazione e di rendicontazione previsti dalla normativa.

Il Direttore Generale nomina, in ottemperanza alla normativa vigente, il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo e il Direttore delle Attività Socio-Sanitarie che, per le aree di rispettiva competenza e oltre alle funzioni di cui sono direttamente investiti ovvero delegati, sono tenuti a fornire al Direttore Generale proposte e pareri nell'ottica di garantire le migliori forme di governo del sistema.

Il Direttore Scientifico

Il Direttore Scientifico dell'IRCCS in Tecnologie Avanzate e Modelli Assistenziali in Oncologia, è nominato dal Ministero della Salute con le modalità e nei termini previsti dalla normativa vigente.

Il Direttore Scientifico promuove e coordina l'attività di ricerca scientifica dell'Istituto, gestendo le risorse assegnate in coerenza con la programmazione nazionale e regionale ed in attuazione del Piano Pluriennale Strategico, autorizzato dal Direttore Generale su proposta del Consiglio di Indirizzo e Verifica.

Il Direttore propone la costituzione del Comitato Tecnico Scientifico, ai sensi dell'atto di intesa luglio 2004 della Conferenza Permanente per i rapporti tra Stato e le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, lo presiede ed esprime parere obbligatorio sugli atti inerenti le attività cliniche e scientifiche e su quelli inerenti le assunzioni e l'utilizzo del personale della dirigenza medica, sanitaria non-medica e professionale dell'istituto.

Al fine di garantire l'integrazione tra l'attività assistenziale e l'attività di ricerca, il Direttore Scientifico, per l'esercizio delle sue funzioni opera in stretta collaborazione con il Direttore Generale.

Il Collegio di Direzione

Il Collegio di Direzione, in base alla normativa regionale vigente, assume il ruolo di organo dell'Azienda Usl con una rilevanza del tutto peculiare finalizzata all'esercizio di specifiche funzioni di concorso al governo del sistema.

Il Collegio di Direzione è l'organo con compiti di elaborazione e di proposta nei confronti del Direttore Generale per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi e per le attività di formazione, di ricerca e di innovazione. Costituisce primario strumento di analisi, confronto e coordinamento tra board di

Direzione Strategica e professionisti nella elaborazione delle linee di sviluppo dell'Azienda, concorrendo alla funzione di governo complessivo, affidata al Direttore Generale.

Nell'esercizio dei compiti attribuiti spetta al Direttore Generale motivare le decisioni assunte in dissonanza rispetto a quanto proposto dall'organo.

Il Collegio di Direzione rimane in carica tre anni ed è presieduto dal Direttore Sanitario, alle riunioni è prevista la partecipazione, in qualità di invitato, del Direttore Generale. La composizione è definita da uno specifico atto del Direttore Generale.

Il Collegio Sindacale

Il Collegio Sindacale è organo dell'Azienda Usl. Ad oggi, la normativa prevede che l'organo sia composto da tre membri, di cui uno designato dalla Regione con funzioni di Presidente, uno designato dal Ministero della Salute e uno nominato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Le competenze del Collegio sono esplicitate dalla normativa vigente. La funzione del Collegio si estrinseca in una azione di vigilanza riguardo al rispetto da parte dell'Azienda delle regole di buon governo, nonché delle norme vigenti disciplinanti la garanzia della legittimità procedurale e la tenuta della contabilità, in ciò ricomprendendo tutte le disposizioni finalizzate alla corretta compilazione dei libri previsti, nonché la scrupolosa annotazione delle registrazioni.

Per lo svolgimento delle funzioni i componenti possono procedere ad atti di ispezione e controllo presso i servizi aziendali che sono tenuti a rendere, a richiesta, tempestivo debito informativo salvo il caso di impossibilità di riscontro causa la sussistenza di previsioni inibitorie previste dalla norma.

L'esercizio delle forme mediante le quali procedere all'esercizio dei compiti previsti dalla Legge è demandata alle autonome determinazioni del Collegio Sindacale.

Ai sensi dell'accordo Stato-Regioni del 01/07/2004, il Collegio Sindacale è organo dell'IRCCS e come tale è invitato alle sedute del Consiglio di Indirizzo e Verifica, insieme al Direttore Generale ed al Direttore Scientifico.

Il Consiglio di Indirizzo e Verifica

Il Consiglio di Indirizzo e Verifica, ai sensi della normativa vigente, svolge funzioni di indirizzo e controllo, con particolare riferimento alle scelte strategiche dell'ente ed alla gestione e valorizzazione del patrimonio, nonché alle funzioni di ricerca e assistenza prevista dalla legge ed alle linee strategiche dell'IRCCS in Tecnologie Avanzate e Modelli Assistenziali in Oncologia, e alla gestione e valorizzazione del suo patrimonio. È costituito da cinque membri: tre nominati dalla Regione, uno nominato dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di Reggio Emilia, uno dal Ministero della Salute. I componenti durano in carica cinque anni.

Il Consiglio determina le linee strategiche e di indirizzo dell'attività dell'Istituto su base annuale e pluriennale, assicurando il raggiungimento degli obiettivi di ricerca ed assistenziali in coerenza con le risorse assegnate dallo Stato e dalle Regioni.

Al Consiglio di Indirizzo e Verifica competono funzioni di indirizzo e controllo nell'elaborazione delle linee strategiche dell'Istituto e nella gestione e valorizzazione del relativo patrimonio.

Ai sensi dell'accordo Stato - Regioni del 01/07/2004, il Collegio Sindacale è organo dell'IRCCS e come tale è invitato alle sedute del Consiglio di Indirizzo e Verifica, insieme al Direttore Generale ed al Direttore Scientifico.

Il Direttore Operativo vi partecipa in quanto soggetto delegato dal Direttore Generale ai sensi di quanto stabilito dall'atto aziendale dei poteri di gestione nell'ambito dell'IRCCS.

L'organizzazione

I dipartimenti rappresentano la struttura organizzativa fondamentale per la produzione con l'obiettivo di garantire la globalità degli interventi preventivi ed assistenziali e la continuità dell'assistenza. Sono macrostrutture organizzative dotate di autonomia tecnico-funzionale e professionale, nonché di

autonomia gestionale nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuiti. I dipartimenti aggregano servizi/unità operative di discipline o funzioni assistenziali affini o complementari e, assicurando una gestione delle risorse unitaria e coerente con gli obiettivi aziendali negoziati, garantiscono servizi corrispondenti alle necessità assistenziali della popolazione, nonché tecnicamente appropriati sul piano clinico e organizzativo.

L'organizzazione interna dei dipartimenti è definita in modo da sviluppare globalità di interventi e continuità nell'assistenza, promuovere la crescita tecnico-professionale degli operatori nonché facilitarne forme di partecipazione alle scelte strategiche, organizzative e gestionali per il miglioramento continuo della qualità dei servizi resi. I dipartimenti possono interessare servizi sanitari ospedalieri e/o territoriali, servizi amministrativi e/o tecnici e possono assumere valenza interaziendale di Area Vasta.

La forma organizzativa generale dei dipartimenti garantisce la distinzione delle funzioni di gestione della produzione, proprie dei dipartimenti, dalle funzioni di governo. D'altra parte il carattere gestionale e non puramente funzionale dei dipartimenti richiede una sempre maggiore responsabilizzazione relativa non solo alle garanzie della realizzazione efficiente del piano di produzione, ma anche alle modalità di compartecipazione all'adeguatezza del quadro generale di assistenza definito.

Le strutture organizzative semplici e complesse

Per strutture organizzative si intendono le articolazioni aziendali che aggregano risorse umane, tecnologie e strutture in relazione a precisi obiettivi e risultati aziendali. La loro individuazione è funzionale all'efficacia, all'efficienza, alla produttività ed alla sostenibilità economica dell'Azienda. Le strutture possono essere complesse o semplici in relazione alla rispondenza, in un quadro complessivo, ad almeno uno dei seguenti criteri:

- la rilevanza strategica dell'azione svolta rispetto al governo complessivo (servizi o linee di controllo), agli obiettivi aziendali, alla domanda di servizi, alla qualità richiesta dei servizi offerti;
- la complessità delle relazioni organizzative necessarie (intersectorialità), nonché della multiprofessionalità e multidisciplinarietà richiesta per l'efficacia e l'efficienza dell'offerta;
- la visibilità esterna e le necessarie interfacce organizzative interistituzionali richieste;
- il mix di prodotti/servizi offerti definibili nella dimensione qualitativa, nella specificità tecnica (disciplinare) e nell'innovatività;
- la quantità di risorse assorbite (budget) e da gestire e produzione di entrate proprie;
- la complessità (in relazione anche alla storia) dell'articolazione interna;
- il livello di responsabilità e autonomia che viene richiesto come condizione per il successo organizzativo.

La definizione delle strutture in cui si articola l'organizzazione dipartimentale e della relativa formalizzazione dei livelli di complessità viene effettuata dalla Direzione aziendale con specifico provvedimento, su proposta della Direzione Sanitaria o Amministrativa e previo parere del Collegio di Direzione e informazione alle OO.SS., motivandone le scelte in relazione ai criteri sopracitati. In sede di definizione delle posizioni, di cui alle norme contrattuali, verranno graduati i livelli di complessità organizzativo-gestionale, potendosi in tal modo identificare più classi di strutture complesse e strutture semplici. L'assegnazione degli incarichi di direzione delle strutture complesse e delle responsabilità delle strutture semplici avviene nel rispetto della normativa in atto e dei contratti collettivi di lavoro nazionali e aziendali.

L'Azienda Usi mediante l'assegnazione degli incarichi e delle responsabilità intende perseguire gli obiettivi previsti dalla pianificazione nazionale e regionale e dalla propria programmazione dando concreta attuazione alle scelte organizzative effettuate.

I programmi

Il programma è una risorsa a supporto e a beneficio dell'integrazione, laddove scelte organizzative determinate dalla complessità dei problemi di salute e della molteplicità di risorse da attivare, richiedono garanzie di omogeneità dei percorsi tecnici e di presidio delle interfacce significative tra parti orientate a risultati comuni. I programmi possono avere valenza aziendale o provinciale negli ambiti di specifica competenza.

La costituzione di un programma può essere motivata da diverse tipologie di bisogni organizzativi:

- a) problemi di salute a rilevante impatto epidemiologico e organizzativo;
- b) percorsi di offerta dove le dimensioni organizzative e la necessità di integrazione sono un elemento importante di garanzia della qualità dell'offerta;
- c) aree di lavoro ad alta complessità organizzativa che richiedono da una parte la garanzia di specificità di competenze professionali e di soluzioni organizzative e dall'altra il presidio di valori quali l'equità, la continuità e la confrontabilità tra sottosistemi di offerta;
- d) supporto al Collegio di Direzione nell'esercizio delle proprie funzioni attinenti ai temi della qualità dell'assistenza, dello sviluppo professionale, della ricerca e innovazione.

I programmi sono mirati su temi di salute prioritari e selezionati e limitati nel numero, orientati su temi trasversali coinvolgenti diverse competenze professionali di più unità operative, servizi o dipartimenti. Possono essere incarichi a tempo che si esauriscono in relazione alla modifica dei contesti e della programmazione aziendale, o strutturati in ambito intradipartimentale, interdipartimentale o di staff, istituiti anche a seguito di specifica normativa nazionale o regionale.

Le Reti clinico assistenziali

Le Reti clinico-assistenziali sono entità organizzative che a matrice incrociano i dipartimenti che costituiscono la componente verticale dell'organizzazione, alle quali compete la gestione delle risorse produttive e l'attuazione dei percorsi di cura per quelle specifiche categorie di pazienti i cui bisogni assistenziali richiedano l'erogazione di servizi ad alta integrazione con il concorso strutturato di team multidisciplinari e multiprofessionali.

Le Reti sono articolate in unità funzionali (Unit) operanti in modo integrato mediante la figura di coordinatore designato con incarico fiduciario dal Direttore Generale.

In questo modo costituiscono l'ambito che assicura continuità ed integrazione ai percorsi assistenziali dei pazienti attraverso i Percorsi Diagnostici Terapeutico-Assistenziali (PDTA) alla cui realizzazione concorrono le componenti specialistiche e professionali ospedaliere e territoriali, allo scopo di privilegiare la trasversalità, ridurre la variabilità clinica non giustificata dalle esigenze assistenziali dei singoli pazienti e potenziare l'integrazione tra ospedale e territorio. Operativamente le attività delle Reti clinico-assistenziali sono realizzate dai singoli Dipartimenti che vi afferiscono.

Per loro natura quindi, le Reti si configurano come il contesto in cui le competenze presenti a livello dipartimentale trovano l'opportunità di avere il necessario confronto multidisciplinare e multiprofessionale per una piena integrazione dei percorsi assistenziali dei pazienti. In questo senso, sono anche il luogo elettivo di concreta espressione della partecipazione professionale allo sviluppo innovativo dei servizi ed alla loro costante manutenzione necessaria ad assicurare qualità e sicurezza delle cure. Le Reti clinico-assistenziali detengono quindi la responsabilità di applicare operativamente il governo clinico ed individuano al proprio interno modalità organizzative consone a rendere possibile una costante verifica della qualità dei processi e dei risultati clinici, l'elaborazione di conseguenti proposte di innovazione clinico, organizzativo e tecnologico e, laddove necessario, di iniziative di ricerca funzionali allo sviluppo dei servizi.

I Dipartimenti territoriali

Dipartimento di Sanità Pubblica

Il Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP) comprende i servizi di:

- Igiene e sanità pubblica;
- Igiene degli alimenti e della nutrizione;
- Sanità pubblica veterinaria;
- Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro;
- Sicurezza impiantistica antinfortunistica in ambienti di vita e di lavoro;
- Medicina legale.

Tutti questi servizi hanno valenza provinciale.

I servizi operano per garantire:

- la programmazione della attività connesse allo svolgimento delle funzioni proprie, garantendo verifica e valutazione dei risultati;
- lo svolgimento, coordinato e uniforme, su base provinciale, delle funzioni e delle attività;
- l'integrazione operativa tra servizi;
- il coordinamento tecnico-professionale delle discipline specialistiche afferenti;
- i rapporti di integrazione e di sinergia operativa con le altre strutture dipartimentali aziendali e con enti ed organizzazioni esterne.

L'attività del Dipartimento Sanità Pubblica si articola in obiettivi, processi e setting di lavoro al fine di migliorare l'efficacia dell'azione dei servizi e aggiungere valore negli interventi di prevenzione, cura e assistenza alla persona o a gruppi di popolazione con sempre maggior attenzione alla promozione di stili di vita sani.

Sugli interventi di sanità pubblica rivolti a gruppi di popolazione, il Dipartimento esercita funzioni di stimolo, promozione e partecipazione, anche all'interno dei processi assistenziali.

In tal senso, i percorsi di cura alla persona assumono anche significato di servizio alla salute della comunità: l'interazione tra servizi di cura e di sanità pubblica è il presupposto per saldare e finalizzare in modo congruente l'approccio individuale e quello collettivo alla salute, come previsto dai Piani della Prevenzione nazionali e regionali.

Di particolare importanza sono gli interventi su gruppi di popolazione per la prevenzione di patologie acute o croniche derivanti da comportamenti, stili di vita non corretti e determinanti sociali.

Nell'assolvimento delle proprie funzioni di prevenzione e vigilanza, il Dipartimento di Sanità Pubblica collabora con diversi Enti pubblici.

L'emergenza sanitaria ha portato in grande evidenza, se mai ce ne fosse stato ancora bisogno, la fondamentale importanza della sanità e dell'igiene pubblica e territoriale. Questa esperienza ne ha sottolineato il ruolo ma ne ha anche profondamente cambiato le funzioni e l'approccio, rendendo imprescindibile un'ampia riflessione sulla sua organizzazione e sugli obiettivi primari.

Dipartimento ad attività integrata Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DAI SM-DP)

Il Dipartimento ad Attività Integrata di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DAI SM-DP) istituito con delibera del Direttore Generale n. 465 del 15/12/2021, in conformità al Protocollo di intesa Regione Università di cui alla DGR n. 1207/2016, e in relazione al quale, sono ricondotti i requisiti assistenziali di cui al D.L. n. 402/2017 e smi, è articolato nei seguenti Servizi:

- Salute mentale adulti che comprende i Centri di salute mentale (a cui afferiscono anche i Servizi per i disturbi del comportamento alimentare), le strutture semiresidenziali (Centri

diurni e Day hospital) e residenziali (residenze per trattamenti intensivi, residenze terapeutico riabilitative e un Servizio psichiatrico ospedaliero di diagnosi e cura (SPDC);

- Servizi per le dipendenze patologiche che comprendono Servizi ambulatoriali, per utenti con bassa soglia, Centri semiresidenziali;
- Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza che comprende anche i servizi di secondo livello (autismo).

L'organizzazione del DAI SM-DP si basa sul Regolamento di Dipartimento ad attività integrata approvato dal Direttore Generale d'intesa con il Rettore.

Il Dipartimento ad Attività Integrata Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DAI SM-DP) persegue la promozione della salute mentale come parte integrante e inscindibile della salute generale in ogni fascia d'età, la tutela dei diritti delle persone con disagio psichico, disturbo mentale e dipendenza patologica e dei minori con disabilità e con difficoltà neuropsicologiche, favorendo una cultura di lotta allo stigma e al pregiudizio, orientata alla recovery e all'empowerment degli utenti. Garantisce prestazioni in ambito di prevenzione, cura, assistenza, riabilitazione e riduzione del danno ai cittadini del territorio provinciale e alla popolazione sottoposta a misure detentive nelle strutture del territorio.

Caratterizza l'attività del Dipartimento la stretta collaborazione con il privato sociale e non profit.

Le Unità Operative, nelle specifiche realtà territoriali, si interfacciano con i distretti e con gli Enti locali collaborando alla programmazione locale in ambito socio-sanitario. Nell'ambito della salute mentale la partecipazione attiva di utenti e familiari alla vita dei servizi è riconosciuta come essenziale, essendo gli uni e gli altri portatori non solo di bisogni, ma anche di risorse e competenze. In parallelo con il lavoro della Consulta regionale della salute mentale e coerentemente con le indicazioni regionali, è attivo un Comitato "Utenti e familiari" della salute mentale, composto da rappresentanti dell'associazionismo e del volontariato a cui partecipa il DAI SM-DP.

In un'ottica di salute mentale, e quindi di promozione del benessere psicofisico dei cittadini, anziché solamente di cura e riabilitazione di patologie mentali, il lavoro del Dipartimento si sviluppa inoltre in stretta connessione con altri servizi aziendali.

La centralità del cittadino e la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori sono fra i principi cardine della politica sanitaria aziendale.

In un'ottica di miglioramento continuo della pratica clinica e di sviluppo della ricerca, il Dipartimento assicura l'integrazione tra le aree della clinica, della ricerca e della formazione sulle tematiche di peculiare interesse per l'AUSL-IRCSS.

Il DAI SM-DP dell'Azienda USL di Reggio Emilia è individuata quale sede di formazione della Scuola di Specializzazione in Psichiatria dell'Università di Modena e Reggio.

Dipartimento Farmaceutico

Il Dipartimento Farmaceutico è una struttura organizzativa che garantisce l'assolvimento delle funzioni finalizzate al governo del processo di assistenza farmaceutica:

- pianificazione, programmazione, controllo, coordinamento;
- approvvigionamento e distribuzione;
- produzione;
- promozione della qualità ed appropriatezza secondo i principi del governo clinico;
- informazione;

- vigilanza;
- formazione ed aggiornamento;
- collaborazione nella gestione flussi informativi.

Il Dipartimento partecipa alle scelte aziendali e collabora con tutte le macroarticolazioni nell'individuazione dei bisogni e nella pianificazione delle azioni necessarie al governo del processo di assistenza farmaceutica ospedaliera e territoriale, garantendo gli standard professionali e i livelli di prestazione concordati, sottoponendoli a periodici monitoraggi.

Il Dipartimento supporta la Direzione aziendale, per le materie di competenza, nei rapporti con gli organi istituzionali, le associazioni di categoria e di volontariato, con particolare riguardo alla diffusione delle informazioni.

Il Dipartimento sviluppa le attività di farmacia clinica e di produzione galenica di terapie oncologiche e tradizionali, promuove e coordina le integrazioni professionali e le iniziative di formazione necessarie a formulare raccomandazioni finalizzate ad una corretta selezione, conservazione, manipolazione, somministrazione dei farmaci e dei dispositivi medici, anche attraverso lo sviluppo di sistemi innovativi per promuovere e garantire l'uso sicuro ed appropriato dei farmaci.

Il Dipartimento collabora con l'IRCCS e con le articolazioni aziendali nei percorsi relativi alla sperimentazione clinica di farmaci e dispositivi medici.

Dipartimento Cure Primarie

Il Dipartimento Cure Primarie Aziendale (DCP) risponde ai bisogni assistenziali nei luoghi della domiciliarità (domicilio, strutture residenziali e semiresidenziali, sedi ambulatoriali, Os.Co., Case della salute, consultori) sull'intero territorio della provincia.

Garantisce l'unitarietà della programmazione, dell'organizzazione, della costruzione e dello sviluppo delle reti cliniche e organizzative, della valutazione dei processi e dei percorsi clinico-assistenziali nell'ambito delle cure primarie.

Stante la complessità territoriale, il DCP aziendale è organizzato in aree territoriali di riferimento in cui si esercitano funzioni gestionali e di produzione.

A supporto delle funzioni di produzione, al fine di garantire omogeneità dei processi di cura, integrazione trasversale tra le strutture organizzative gestionali e favorire l'equità di accesso, la struttura organizzativa del DCP aziendale è articolato in reti e programmi per la gestione di diverse tematiche:

- Anziani e Fragilità;
- Specialistica Ambulatoriale;
- PDTA nella Cronicità;
- Materno-Infantile;
- Cure Primarie;
- Salute negli istituti penitenziari;
- Cure Palliative.

I Nuclei di Cure Primarie (NCP) e le Unità Pediatriche di Cure Primarie (UPCP) sono le unità organizzative di base del sistema delle cure primarie, al cui interno operano in équipe i medici di medicina generale, i medici di continuità assistenziale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti ambulatoriali, gli infermieri e le ostetriche.

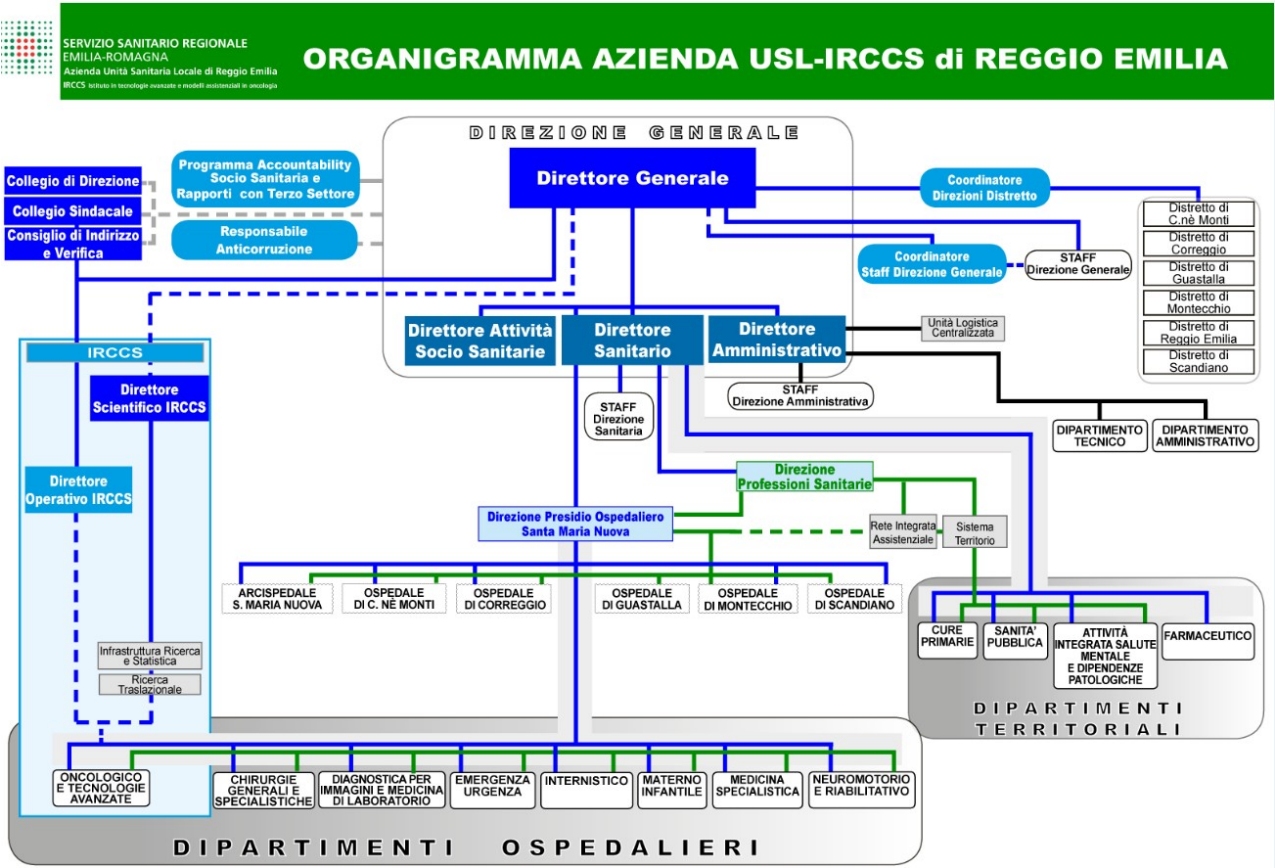
Le Case della Salute sono il punto di riferimento per l'accesso alle cure primarie, il luogo in cui si concretizzano accoglienza, orientamento ai servizi, continuità dell'assistenza.

Rappresentano il contesto nel quale attuare interventi di prevenzione e promozione della salute, attivare percorsi di cura multidisciplinari, garantire la presa in carico secondo il paradigma della medicina d’iniziativa.

Per garantire la continuità della cura, dell’assistenza e della presa in carico, il DCP collabora e si interfaccia con il Presidio Ospedaliero Provinciale e le altre macroarticolazioni aziendali, i servizi sociali dei comuni e i diversi stakeholder della comunità.

Analogamente al Dipartimento di Sanità Pubblica questo Dipartimento, che si fa carico dei bisogni di salute del territorio e delle fragilità, ha svolto un ruolo significativo ed è tutt’ora schierato in prima linea per fronteggiare l’emergenza sanitaria in costante dialogo con il Presidio ospedaliero da una parte e i Medici di famiglia dall’altra.

Di seguito si inserisce l’Organigramma Aziendale nella sua versione “sintetica” in cui si evidenziano la macro-strutture presenti.



5.3 SISTEMA DELL’OFFERTA

La Legge Regionale dell’Emilia-Romagna n. 9/2017 ha disposto la fusione per incorporazione dell’Azienda Usl di Reggio Emilia con l’Azienda Ospedaliera "Arcispedale Santa Maria Nuova", per effetto della quale risulta costituita un’unica Azienda sanitaria, denominata Azienda USL di Reggio Emilia, cui è stata trasferita la titolarità dell’Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico "Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia", riconosciuto formalmente IRCCS

con D.M. 12 aprile 2011, confermato rispettivamente con D.M. 8 settembre 2015 e con D.M. 23 novembre 2017.

La legge regionale prevede l'istituzione di un unico Presidio ospedaliero provinciale attraverso l'incorporazione dell'ex presidio provinciale dell'Azienda UsI nel Presidio ospedaliero Santa Maria Nuova con sede nel capoluogo di Provincia. Non si modifica la governance e l'organizzazione dell'IRCCS in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in tecnologia.

L'Azienda UsI ha come **territorio di competenza** la provincia di Reggio Emilia che è sita circa al centro della regione Emilia-Romagna e rappresenta una delle zone più industrializzate d'Italia con una popolazione residente di oltre 530 mila abitanti distribuiti in 2292,89 Km² di superficie che si presenta per il 74% pianeggiante, per il 20% collinare e per il restante 6% circa montana. È articolata in sei distretti: Castelnovo ne' Monti, Correggio, Guastalla, Montecchio, Reggio Emilia e Scandiano, e come detto gestisce un unico presidio ospedaliero strutturato su più sedi e organizzato in rete.

La provincia di Reggio Emilia confina a est con la provincia di Modena, a ovest con Parma, a nord con Mantova e a sud con Lucca e Massa Carrara.



Il Territorio di competenza dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia con l'indicazione territoriale dei 6 Distretti.

Negli ultimi decenni il **quadro demografico** della provincia di Reggio Emilia ha subito forti modificazioni: nel 1988 Il numero totale dei residenti era di 414.264 e da allora la popolazione è cresciuta molto ed ha registrato il massimo nel 2013 con 535.869 residenti. Tuttavia, negli ultimi anni è stato registrato un calo costante e al 01.01.2021 i residenti erano 530.352.

I motivi di questi cambiamenti demografici sono dovuti negli anni di crescita della popolazione a fenomeni immigratori e ad un aumento della natalità, prevalentemente a carico della popolazione straniera, mentre la progressiva riduzione appare strettamente correlata alla variazione della capacità di assorbire negli anni di crisi economica più forte la forza lavoro proveniente da fuori provincia per la riduzione dei posti di lavoro e ad una contestuale riduzione della natalità.

Il **contesto di offerta provinciale** vede la presenza di:

- un Presidio Ospedaliero aziendale che comprende 6 stabilimenti ospedalieri, uno in ogni distretto: Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia, Ospedale San Sebastiano di Correggio, Ospedale C. Magati di Scandiano, Ospedale E. Franchini di Montecchio,

Ospedale Sant'Anna di Castelnovo ne' Monti, Ospedale Civile di Guastalla, per un totale di 1.512 posti letto al 31/12/2021;

- due case di cura private accreditate: Salus Hospital e Casa di Cura Villa Verde, con complessivi 206 posti letti autorizzati.

A livello provinciale i posti letto (pubblici e privati) per 1.000 abitanti sono 3,3 (di cui 2,7 per acuti e 0,6 di lungodegenza e riabilitazione), nel rispetto degli standard di riferimento definiti dal Decreto Legge 95/2012, cosiddetta "Spending review", convertito nella Legge 135/2012, recepito nell'Intesa Stato-Regioni del 10/07/2014 (Patto per la salute 2014-2016) e successivamente rivisto con il D.M. 70/2015: "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera".

La rete ospedaliera della provincia di Reggio Emilia costituisce un sistema ben integrato tra le aziende sanitarie pubbliche e gli ospedali privati accreditati, sviluppatosi in coerenza con una programmazione orientata ad eliminare le ridondanze nell'ambito dell'offerta e strutturata per dare un'adeguata risposta ai bisogni di cura ospedaliera espressi dal territorio di riferimento.

L'Azienda Usl persegue il disegno del sistema curante inteso come progetto complessivo di offerta dei servizi partendo dalla centralità del cittadino e della comunità provinciale.

La rete dei servizi sanitari e socio-sanitari in provincia comprende, oltre ai 6 Ospedali pubblici e alle 2 strutture private accreditate, anche:

- 23 Nuclei cure primarie, 33 medicine di gruppo e 7 pediatrie di gruppo,
- Servizio CUP erogato da 19 punti CUP aziendali, 65 medicup e parafarmacie, 153 farmacie, 13 centri convenzionati esterni (che possono prenotare su se stessi, es. Villa Verde e Salus Hospital),
- 21 punti di guardia medica prefestiva/festiva e notturna,
- 6 Servizi infermieristici domiciliari,
- 25 Consultori salute donna, un Centro per la Famiglia Straniera e 6 ambulatori di pediatria di comunità,
- 18 Poliambulatori, di cui 2 odontoiatrici,
- 12 Case della salute attive e 3 in corso di realizzazione,
- 2 Hospice,
- 29 centri per disabili, di cui 8 residenziali, 20 diurni e 1 Nucleo per le gravi disabilità acquisite (GRAD),
- i Servizi del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche che comprendono 6 Centri di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (1 in ogni distretto) e un Centro per l'autismo a Reggio Emilia, 7 Centri di salute mentale (1 in ogni distretto e 2 a Reggio Emilia), 6 Strutture residenziali, 12 semiresidenziali e 15 Gruppi appartamenti di salute mentale, 8 SerDP (Servizi per le dipendenze patologiche),
- i Servizi per anziani con 48 CRA, 37 Centri diurni, 2 Nuclei speciali demenze,
- 16 Servizi di assistenza domiciliare per anziani e disabili,
- i Servizi di Sanità Pubblica, di cui presenti in ogni distretto: Servizio di Igiene Pubblica, Servizio Medicina Legale, Servizio per la Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, Servizio Veterinario, Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione; 4 sedi di Medicina dello sport e il Servizio Sicurezza Antinfortunistica e Impiantistica con unica sede aziendale a Reggio Emilia,
- la struttura di riferimento regionale "Luoghi di prevenzione",
- il Servizio farmaceutico con 155 farmacie convenzionate (di cui 44 pubbliche e 111 private), 9 unità farmaceutiche aziendali per la distribuzione diretta dei farmaci e altri beni

sanitari, situate una c/o ogni ospedale del presidio (3 all'Ospedale di Reggio Emilia) e 1 presso servizi territoriali del Distretto di Reggio Emilia,

- l'Unità logistica centralizzata dell'Area Vasta Emilia Nord.
- 1 REMS - Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza, struttura da 30 posti che ospita gli autori di reato curati dai servizi dei Dipartimenti di Salute Mentale.

Le strutture per disabili e per anziani sono nella maggioranza gestite dal privato sociale/terzo settore e per la restante quota da pubblico, rappresentato da ASP (Agenzie per i servizi alla persona), Comuni e Azienda Usl.

Per le prestazioni di specialistica ambulatoriale ai poliambulatori pubblici si affianca l'offerta del privato accreditato convenzionato, nonché un'offerta non convenzionata.

5.4 OBIETTIVI AZIENDALI

Gli obiettivi dell'Azienda Usl di Reggio Emilia si inseriscono nell'ambito degli indirizzi e orientamenti nazionali e regionali, derivano da indicazioni regionali per ambiti specifici e da scelte di livello locale condivise nella Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria nell'ambito della programmazione sanitaria e socio-sanitaria provinciale. È rilevante a livello locale l'attenzione costante alla partecipazione alla programmazione da parte dei principali stakeholder, in particolare Enti Locali, nel loro ruolo di lettura dei bisogni sociali e sociosanitari della popolazione del territorio. Gli Atti di indirizzo della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) individuano le priorità su cui orientare le scelte di programmazione in ambito sociale, socio-sanitario integrato e sanitario.

Gli obiettivi regionali, in coerenza con quanto indicato nel Piano Sociale e Sanitario Regionale (PSSR) che definisce le linee di indirizzo per la programmazione territoriale con le successive linee guida attuative, sono di tre tipi:

1. di mandato, pluriennali, definiti nella delibera di nomina del Direttore Generale;
2. annuali, definiti nella delibera inerente le linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende sanitarie;
3. ad hoc, specifici, contenuti in piani, atti, delibere, circolari, note.

Alcuni degli obiettivi regionali declinati annualmente richiamano obiettivi a respiro pluriennale, come accade ad esempio per quelli che fanno riferimento al Piano regionale della prevenzione.

Gli obiettivi regionali rientrano nel più ampio quadro della programmazione strategica definita a partire dagli obiettivi di mandato del Direttore Generale.

A livello aziendale questi obiettivi orientano la programmazione dell'anno, in coerenza con i temi strategici trasversali, che guidano l'agire ai diversi livelli organizzativi.

A livello distrettuale, il Piano distrettuale per la salute e il benessere sociale ed i relativi Piani Attuativi, programmi e accordi, individuano le priorità strategiche nelle diverse aree di intervento sociale, socio-sanitario e sanitario relative ai servizi territoriali.

5.5 IL PERSONALE

L'Azienda Usl di Reggio Emilia rappresenta una delle principali aziende della provincia per numero di dipendenti (7.198 al 31/12/2021) e personale con rapporto di convenzione costituito da 319 medici di medicina generale (MMG titolari e incarichi provvisori), 81 pediatri di libera scelta (PLS titolari e incarichi provvisori), 119 medici di continuità assistenziale, 258 specialisti ambulatoriali, 18 MET (medici emergenza territoriale).

Personale dipendente per ruolo e genere al 31/12/2021

Ruolo	Maschi	Femmine	Totale	% Maschi	% Femmine
Sanitario	1.238	3.919	5.157	24,0	76,0
Professionale	17	3	20	85,0	15,0
Tecnico	353	875	1.228	28,7	71,3
Amministrativo	121	672	793	15,3	84,7
Totale	1.729	5.477	7.198	24,0	76,0

Nel ruolo sanitario rientra il personale medico, veterinario, sanitario (es. farmacisti, biologi, psicologi, fisici sanitari, chimici), delle professioni sanitarie (es. professioni infermieristiche-ostetriche, della riabilitazione, tecniche sanitarie, della prevenzione). Il ruolo professionale nell'Azienda Usl di Reggio Emilia è costituito da ingegneri e avvocati. Nel ruolo amministrativo rientrano i coadiutori, gli assistenti, i collaboratori e i dirigenti amministrativi. Del ruolo tecnico fanno parte gli operatori socio-sanitari, gli operatori tecnici e il restante personale tecnico non sanitario non ricompreso nei ruoli amministrativo e professionale.

Il personale dipendente è di seguito rappresentato per categoria e genere al 31/12/2021

Categoria	Maschi	Femmine	Totale	% Maschi	% Femmine
Dirigenti medici e veterinari	483	596	1.079	44,8	55,2
Altri dirigenti sanitari	43	162	205	21,0	79,0
Altri dirigenti sanitari APT	26	31	57	45,6	54,4
Personale infermieristico	504	2.457	2.961	17,0	83,0
Personale tecnico sanitario	111	302	413	26,9	73,1
Personale della prevenzione	48	40	88	54,5	45,5
Personale della riabilitazione	43	326	369	11,6	88,4
Personale OTA - OSS	163	647	810	20,1	79,9
Ausiliari specializzati	1	4	5	20,0	80,0
Personale amministrativo	115	655	770	14,9	85,1
Altro personale	192	249	441	43,5	56,5
Totale	1.729	5.469	7.198	24,0	76,0

La categoria “Altro personale” comprende tutto il personale del ruolo tecnico non sanitario e non già descritto in altre voci. Si tratta quindi di periti, geometri, operatori CED, elettricisti, magazzinieri, autisti, operatori di centralino e portineria, operatori tecnici di cucina, di magazzino, di farmacia, idraulici, imbianchini, fattorini, assistenti sociali. È inoltre incluso il personale dedicato alla ricerca scientifica.

Come si evince dalle tabelle sopra riportate, le donne costituiscono il 76% di tutto il personale dipendente.
Il personale infermieristico rappresenta il 41% di tutto il personale dipendente, seguito da medici e veterinari (15%).

Personale dipendente al 31/12/2021 per fasce d'età e genere

Età	Maschi	Femmine	Totale	% Maschi	% Femmine
≤35	328	1.049	1.377	23,8	76,2
36-44	402	1.112	1.514	26,5	73,5
45-54	488	1.812	2.300	21,2	78,8
55-64	469	1.450	1.919	24,4	75,6
≥65	42	46	88	47,7	52,3
Totale	1.729	5.469	7.198	24,0	76,0

La fascia d'età più rappresentata è 45-54 anni, corrispondente al 32% del totale dei dipendenti, di cui le donne costituiscono circa il 79% e gli uomini il 21%.

Segue la fascia d'età 55-64 anni, pari al 26,7% del totale e subito dopo la fascia 36-44 anni (21%), mentre la fascia d'età più giovane (≤35 anni) rappresenta il 19,1% del totale.

Per quanto riguarda il **turn-over del personale dipendente**, nel 2021 sono state registrate 453 uscite di personale con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, tra cui 230 pensionamenti, 82 trasferimenti ad altre Aziende, 126 dimissioni volontarie. La quota più rilevante di uscite ha riguardato il personale infermieristico (34,2%) seguito dal personale della Dirigenza medica e veterinaria (22,3%).

Il personale assunto a tempo indeterminato nel 2021 ha riguardato 313 unità, principalmente personale infermieristico (43,8%).

Rispetto all'anno precedente si registra un leggero incremento del personale di fascia ≤ 35 anni (+63 unità), conseguenza dell'ingresso in Azienda di personale giovane (soprattutto infermieristico) anche per continuare a far fronte all'emergenza sanitaria.

6. VALUTAZIONE DEL RISCHIO

La gestione del rischio è parte integrante del processo decisionale con riferimento a tutti i processi dell'organizzazione. È quindi un percorso sistematico e strutturato che al tempo stesso deve cercare di garantire adeguamenti il più possibile tempestivi. Si caratterizza quindi come un processo dinamico dovendo rispondere ai cambiamenti di contesto interni od esterni. Tale impostazione porta ad effettuare valutazioni specifiche e “su misura” che si basano proprio sul contesto specifico in termini di aspettative interne ed esterne e su specifici fattori umani e culturali.

Quanto sopra nella piena consapevolezza che tale analisi deve favorire il miglioramento continuo dell'organizzazione.

Il processo di valutazione e di conseguente gestione del rischio pertanto si è svolto secondo il seguente percorso logico-temporale:

- Mappatura dei processi: effettuata a livello decentrato con l'individuazione da parte di ogni struttura aziendale coinvolta dei processi e/o di sotto-processi.
- Identificazione del/i rischio/i.
- Valutazione dei rischi: individuazione dei processi a rischio attraverso un confronto interno al fine di definire le priorità di intervento.
- Analisi e relativa graduazione.
- Trattamento del rischio.

- Monitoraggio.
- Azione di coordinamento da parte del RPCT.

6.1 IL METODO DI PONDERAZIONE DEL RISCHIO

L'analisi del rischio ha il duplice obiettivo di analizzare i fattori abilitanti della corruzione (cioè quei fattori che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione come ad esempio la mancanza di trasparenza, la mancanza di misure di trattamento del rischio, la mancanza di normativa...) e stimare il livello di esposizione dei processi al rischio.

Nel presente Piano si è proceduto alla valutazione del rischio secondo le indicazioni del PNA 2019, che prevede un approccio qualitativo.

L'analisi del rischio è stata effettuata con riferimento ad ogni processo e/o sotto-processo/fase, coinvolgendo i dirigenti e gli operatori dei servizi aziendali interessati.

Il metodo di valutazione del rischio proposto per ogni singolo processo presuppone l'incrocio di due indicatori compositi (cioè composti da più variabili), rispettivamente per la Probabilità e per l'Impatto:

- 1) la probabilità consente di valutare quanto è probabile che l'evento rischioso accada in futuro
- 2) l'impatto valuta l'effetto nel caso in cui il rischio si verifichi

Per ciascun indicatore si è individuato un set di variabili e una scala di misura articolata in **ALTO**, **MEDIO** e **BASSO**.

Ogni singolo processo è stato sottoposto alle seguenti valutazioni:

INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITA' (P)		
Fattore abilitante: eccessiva discrezionalità		
Discrezionalità (P.1) Individua il grado di discrezionalità nelle attività svolte o negli atti prodotti; esprime l'entità del rischio in conseguenza delle responsabilità attribuite e della necessità di dare risposta immediata all'emergenza	Criteri di valutazione	
	Ampiamente discrezionale relativa sia alla definizione degli obiettivi operativi che alle soluzioni organizzative da adottare, necessità di dare risposta immediata all'emergenza	ALTO
	Apprezzabile discrezionalità relativa sia alla definizione degli obiettivi operativi che alle soluzioni organizzative da adottare, necessità di dare risposta immediata all'emergenza	MEDIO
	Modesta discrezionalità sia in termini di definizione degli obiettivi sia in termini di soluzioni organizzative da adottare e di assenza di situazioni di emergenza	BASSO
Fattore abilitante: eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa		
Coerenza operativa (P.2) Coerenza fra le prassi operative sviluppate dalle unità organizzative che svolgono il processo e gli strumenti normativi e di regolamentazione che disciplinano lo stesso	Criteri di valutazione	
	Il processo è normativamente regolato sia a livello nazionale sia regionale in cui si disciplinano i singoli aspetti, subisce ripetutamente interventi di riforma, modifica e/o integrazione da parte sia del legislatore nazionale sia di quello regionale, le pronunce del TAR, della Corte dei Conti e di altre Autorità regolatorie in materia sono contrastanti	ALTO
	Il processo è regolato da norme di livello nazionale che disciplinano i singoli aspetti, subisce ripetutamente interventi di riforma, modifica e/o	MEDIO

	integrazione da parte del legislatore, le pronunce del TAR, della Corte dei Conti e di altre Autorità regolatorie in materia sono contrastanti	
	Il processo è regolato da normativa puntuale, di livello nazionale che non subisce interventi di riforma, modifica e/o integrazione ripetuti da parte del legislatore, le pronunce del TAR, della Corte dei Conti e di altre Autorità regolatorie in materia sono uniformi	BASSO
Fattore abilitante: livello di interesse “esterno”		
Rilevanza degli interessi “esterni” (P.3) Entità del beneficio economico e non, ottenibile dai soggetti beneficiari del processo	Criteri di valutazione	
	Il processo da luogo a consistenti benefici economici o di altra natura per i destinatari	ALTO
	Il processo da luogo a modesti benefici economici o di altra natura per i destinatari	MEDIO
	Il processo da luogo a benefici economici o di altra natura per i destinatari con impatto scarso o irrilevante	BASSO
Fattore abilitante: mancanza di trasparenza		
Livello di opacità del processo (P.4) Capacità di dare conoscenza dell’intero svolgimento del procedimento dall’avvio alla conclusione sia attraverso l’applicazione degli obblighi di “Amministrazione Trasparente” sia attraverso il diritto di “accesso civico”, sia attraverso le disposizioni di cui alla Legge 241/1990 (es. comunicazione avvio procedimento, intervento nel procedimento...)	Criteri di valutazione	
	Gli obblighi di “Trasparenza amministrativa”, nonché le disposizioni di cui alla Legge 241/1990 sul procedimento amministrativo ed il diritto di “accesso civico”, consentono di conoscere esclusivamente i risultati finali del processo	ALTO
	Gli obblighi di “Trasparenza amministrativa”, nonché le disposizioni di cui alla Legge 241/1990 sul procedimento amministrativo ed il diritto di “accesso civico”, consentono di conoscere i risultati finali del processo e solo limitatamente le fasi endoprocedimentali e prodromiche;	MEDIO
	Gli obblighi di “Trasparenza amministrativa”, nonché le disposizioni di cui alla Legge 241/1990 sul procedimento amministrativo ed il diritto di “accesso civico”, consentono di conoscere i risultati finali del processo, le fasi endoprocedimentali e prodromiche;	BASSO
Fattore abilitante: inadeguata diffusione della cultura della legalità		
Presenza di eventi sentinella (P.5) Procedimenti avviati dall’autorità giudiziaria o contabile o ricorsi amministrativi nei confronti dell’Ente o procedimenti disciplinari avviati nei confronti dei dipendenti impiegati sul processo in esame	Criteri di valutazione	
	Un procedimento avviato dall’autorità giudiziaria o contabile o amministrativa e/o un procedimento disciplinare avviato nei confronti di un dipendente impiegato sul processo in esame, concluso con una sanzione indipendentemente dalla conclusione dello stesso, nell’ultimo anno	ALTO

	Un procedimento avviato dall'autorità giudiziaria o contabile o amministrativa e/o un procedimento disciplinare avviato nei confronti di un dipendente impiegato sul processo in esame, indipendentemente dalla conclusione dello stesso, negli ultimi tre anni	MEDIO
	Nessun procedimento avviato dall'autorità giudiziaria o contabile o amministrativa nei confronti dell'Ente e nessun procedimento disciplinare nei confronti dei dipendenti impiegati sul processo in esame, negli ultimi tre anni	BASSO
Fattore abilitante: mancanza di misure di trattamento del rischio o mancata attuazione di quelle previste		
Livello di attuazione delle misure di prevenzione sia generali sia specifiche previste dal PTPCT (P.6) per il processo/attività, desunte dai monitoraggi effettuati	Criteri di valutazione	
	Il responsabile in sede di monitoraggio ha collaborato con consistente ritardo, non fornendo elementi a supporto dello stato di attuazione delle misure dichiarate e trasmettendo in ritardo le integrazioni richieste	ALTO
	Il responsabile in sede di monitoraggio ha collaborato puntualmente o con lieve ritardo, non fornendo elementi a supporto dello stato di attuazione delle misure dichiarate ma trasmettendo nei termini le integrazioni richieste	MEDIO
	Il responsabile in sede di monitoraggio ha collaborato puntualmente, dimostrando in maniera esaustiva attraverso documenti e informazioni circostanziate l'attuazione delle misure	BASSO
Fattore abilitante: inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi/ inadeguata diffusione della cultura della legalità		
Segnalazioni, reclami (P.7) pervenuti con riferimento al processo in oggetto, intese come qualsiasi informazione pervenuta a mezzo e-mail, telefono, ovvero reclami o risultati di indagini di customer satisfaction, avente ad oggetto episodi di abuso, illecito, mancato rispetto delle procedure, condotta non etica, corruzione vera e propria, cattiva gestione, scarsa qualità del servizio.	Criteri di valutazione	
	Segnalazioni in ordine a casi di abuso, mancato rispetto delle procedure, condotta non etica, pervenuti nel corso degli ultimi tre anni	ALTO
	Segnalazioni in ordine a casi di cattiva gestione e scarsa qualità del servizio, pervenuti nel corso degli ultimi tre anni	MEDIO
	Nessuna segnalazione e/o reclamo	BASSO
Fattore abilitante: mancanza di controlli		
Criticità nei controlli (P.8) previsti da leggi, o regolamenti in ordine alla capacità di neutralizzare i rischi individuati per il processo	Criteri di valutazione	
	I controlli previsti da leggi o regolamenti non consentono di neutralizzare i rischi connessi al processo se non in minima parte	ALTO
	I controlli previsti da leggi o regolamenti consentono di neutralizzare parte dei rischi connessi al processo	MEDIO

	I controlli previsti da leggi o regolamenti consentono di neutralizzare la maggior parte dei rischi connessi al processo	BASSO
--	--	-------

INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO (I)		
Impatto sull'immagine dell'Ente (I.1) misurato attraverso il numero di articoli di giornale pubblicati sulla stampa locale o nazionale o dal numero di servizi radio-televisivi trasmessi, che hanno riguardato episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione	Criteri di valutazione	
	Un articolo e/o servizio negli ultimi tre anni riguardante episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione	ALTO
	Un articolo e/o servizio negli ultimi cinque anni riguardante episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione	MEDIO
	Nessun articolo e/o servizio negli ultimi cinque anni riguardante episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione	BASSO
Impatto economico-patrimoniale ed extra-patrimoniale (I.2) inteso come effetto dannoso del verificarsi dell'evento rischioso	Criteri di valutazione	
	Un pregiudizio a beni/interessi fondamentali dei cittadini/utenti, quali la salute, la sicurezza, la privacy, la salvaguardia dell'ambiente e simili, eventualmente anche associato a un danno economico e/o funzionale	ALTO
	Un pregiudizio alla funzionalità ed efficienza dei servizi, eventualmente anche associato ad un pregiudizio economico	MEDIO
	Un pregiudizio economico per l'Azienda e/o l'utente/assistito	BASSO
Impatto organizzativo e/o sulla continuità del servizio (I.3) inteso come l'effetto che il verificarsi di uno o più eventi rischiosi inerenti il processo può comportare nel normale svolgimento delle attività dell'Ente	Criteri di valutazione	
	Interruzione del servizio totale o parziale ovvero aggravio per gli altri dipendenti dell'Ente	ALTO
	Limitata funzionalità del servizio cui far fronte attraverso altri dipendenti dell'ente o risorse esterne	MEDIO
	Nessuno o scarso impatto organizzativo e/o sulla continuità del servizio	BASSO
Impatto organizzativo (I.4) Inteso a quale livello può collocarsi il rischio dell'evento (livello apicale, livello intermedio o livello basso) ovvero la posizione/ruolo che l'eventuale soggetto riveste nell'organizzazione	Criteri di valutazione	
	A livello di direttore di dipartimento, direttore di struttura operativa complessa, direttore di struttura semplice dipartimentale oppure tutti i livelli	ALTO
	A livello di incarico funzionale, di dirigente o di responsabile di struttura operativa semplice	MEDIO
	A livello di addetto (cat. dalla A alla C) o a livello di collaboratore o funzionario (cat. D)	BASSO

La misurazione del valore di ciascuna delle variabili espressa in ALTO, MEDIO e BASSO, è stata riportata nel documento “**Valutazione del rischio PTPCT 2022-2024**” nelle apposite celle (P.1, P.2, P.3.....I.1, I.2, I.3.....).

Si è definita poi la misurazione intermedia individuandola nel valore presente con maggiore frequenza (c.d. Moda) inserendola nelle colonne “**PROBABILITA’**” e “**IMPATTO**” adottando un criterio di natura prudenziale, ma tenendo conto al tempo stesso delle misure di prevenzione già adottate.

PROCESSO	STRUTTURA RESPONSABILE	PROBABILITA’									IMPATTO					VALUTAZIONE DEL RISCHIO
		P.1	P.2	P.3	P.4	P.5	P.6	P.7	P.8	PROBABILITA’	I.1	I.2	I.3	I.4	IMPATTO	
Concorso pubblico	Servizio Gestione Giuridica del Personale															

L’attribuzione definitiva del livello di rischio - “**VALUTAZIONE DEL RISCHIO**” - a ciascun processo si basa su cinque livelli: **RISCHIO ALTO, RISCHIO CRITICO, RISCHIO MEDIO, RISCHIO BASSO E RISCHIO MINIMO**. Tale valore si è ottenuto attraverso l’applicazione della seguente tabella che rappresenta il valore sintetico degli indicatori di Probabilità e di Impatto calcolati con le modalità di cui sopra.

PROBABILITA’	IMPATTO	LIVELLO DI RISCHIO
Alto	Alto	Rischio alto
Alto	Medio	Rischio critico
Medio	Alto	
Alto	Basso	Rischio medio
Medio	Medio	
Basso	Alto	
Medio	Basso	Rischio basso
Basso	Medio	
Basso	Basso	Rischio minimo

Il processo di valutazione sopra descritto trova, quindi, esplicitazione nell’allegato al Piano (All. 1).

7. TRATTAMENTO DEL RISCHIO

PREVISIONE MISURE GENERALI

Le misure generali, aventi altresì carattere trasversale, per la prevenzione e riduzione del rischio corruttivo che l’Azienda ha attivato nello svolgimento della propria attività istituzionale, in coerenza con le Linee Guida diramate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica si elencano riassuntivamente di seguito.

1. Conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti

2. Incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali
3. Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro
4. Formazione di Commissioni, assegnazione di Uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione

Nel corso del 2021 sono state effettuate verifiche sulle autodichiarazioni rilasciate dai soggetti interessati presso il casellario giudiziale a cura delle strutture competenti.

5. Estensione delle previsioni di cui al Codice di Comportamento a soggetti esterni collaboratori e contraenti economici

Misure di carattere generale sono adottate come modalità di lavoro ormai consolidata:

- a) controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio rese dai dipendenti e dagli utenti da parte dei servizi competenti;
- b) promozione di convenzioni tra amministrazioni per l'accesso alle banche dati istituzionali;
- c) affidamento delle ispezioni, dei controlli e degli atti di vigilanza di competenza dell'amministrazione di norma ad almeno due dipendenti abbinati in settori individuati;
- d) sottoscrizione da parte degli utenti dei verbali redatti a seguito di attività di vigilanza;
- e) ascolto dell'utente, raccolta di suggerimenti, osservazioni e proposte di miglioramento anche riguardo ai temi della trasparenza e della prevenzione della corruzione attraverso i canali di comunicazione presenti (Uffici URP distrettuali, sito web aziendale);
- f) svolgimento di incontri e riunioni periodiche tra dirigenti competenti in settori diversi per finalità di aggiornamento sull'attività dell'amministrazione, circolazione delle informazioni e confronto sulle soluzioni gestionali;
- g) informatizzazione e dematerializzazione dei processi che consentano la tracciabilità delle diverse fasi;
- h) dematerializzazione del ciclo passivo relativo agli acquisti Magazzino Farmaceutico e progressiva implementazione di questo processo anche con riferimento a tutti gli altri beni/servizi;
- i) pubblicazione sul sito internet degli adempimenti previsti dalla normativa vigente in tema di trasparenza (cfr. Sezione Trasparenza).

7.1 CODICE DI COMPORTAMENTO

Lo strumento dei Codici di comportamento è una misura di prevenzione fondamentale in quanto le norme in essi contenute regolano in senso legale ed eticamente corretto il comportamento dei dipendenti e, per tal via, indirizzano l'azione amministrativa.

Con DPR n. 62 del 16 aprile 2013 è stato emanato il nuovo Codice di Comportamento dei dipendenti delle Pubbliche Amministrazioni. L'art.1 comma 2 del Codice prevedeva che ciascuna amministrazione, con procedura di partecipazione aperta, debba dotarsi di un proprio Codice di Comportamento, ad integrazione di quello nazionale.

L'Azienda Usl di Reggio Emilia ha adottato un nuovo Codice di Comportamento con Delibera n. 200 del 24/05/2018. L'adozione del Codice è stata preceduta da un processo di condivisione a livello Regionale tra le Aziende del sistema sanitario presenti sul territorio che ha condotto ad uno "schema tipo" che ha tenuto conto di quanto indicato dalle linee-guida predisposte congiuntamente da Ministero della Salute/Anac/Agenas del 20 settembre 2016 e ha voluto fornire indicazioni di comportamento comuni per tutti gli operatori che appartengono alla Aziende Sanitarie del sistema regionale.

La diffusione del documento è stata assicurata mediante la pubblicazione nella intranet aziendale e nel sito web istituzionale, la trasmissione via e-mail al personale dipendente, la consegna al personale neoassunto. Al personale neo-assunto vengono consegnati: i Codici di comportamento nazionale e aziendale, norme disciplinari, un documento di sintesi sulla prevenzione della corruzione, la trasparenza e l'integrità.

Il Codice definisce i doveri di diligenza, lealtà, imparzialità, buona condotta e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico, nonché i valori e i principi etici di riferimento (art. 1 e 3).

Il Codice si applica, salvo quanto disposto nei singoli articoli, a tutto il personale che a qualsiasi titolo presta attività lavorativa per l'Azienda e nello specifico a:

- a) dipendenti con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e determinato;
- b) dipendenti di altre pubbliche amministrazioni in comando, distacco o fuori ruolo;
- c) collaboratori e consulenti dell'Azienda con qualsiasi tipologia di contratto e incarico, conferito a qualsiasi titolo;
- d) medici e altro personale universitario integrati per l'assistenza;
- e) medici di medicina generale¹⁷, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali interni¹⁸ per quanto compatibile con le convenzioni vigenti;
- f) medici in formazione specialistica, ricercatori a tempo determinato e/o con contratti flessibili, dottorandi, assegnisti di ricerca autorizzati allo svolgimento delle attività assistenziali e tirocinanti;
- g) direttore generale, amministrativo e sanitario, scientifico e socio-sanitario ove presenti;
- h) personale a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni, servizi o lavori, in conformità con quanto previsto dai Patti di integrità dagli stessi sottoscritti;
- i) volontari componenti di associazioni di volontariato, in conformità con quanto previsto dagli accordi dalle stesse sottoscritte.

Sono stati, inoltre, disciplinati temi che aggiornano le indicazioni comportamentali dei destinatari avendo presente le tematiche e le situazioni che possono generare, in Sanità, maggiori rischi di mala gestio o corruttivi di cui in sintesi si dà conto:

- ✓ *Le liste di attesa sono gestite con il massimo rigore e secondo criteri di trasparenza. Il destinatario tiene rigorosamente separate l'attività libero professionale da quella istituzionale (art. 14).*
- ✓ *Le attività di ricerca e sperimentazione sono svolte osservando le buone pratiche previste dalla comunità scientifica e garantendo l'assenza di pregiudizi per l'attività assistenziale. Il personale coinvolto conduce l'attività libero da condizionamenti e pressioni di ogni genere, assicurando la massima tutela dei diritti e della dignità delle persone e l'integrità, indipendenza e trasparenza del ricercatore (art. 15).*
- ✓ *La formazione sponsorizzata è ammessa qualora porti ragionevolmente un beneficio all'attività istituzionale e sulla base di proposte non nominative indirizzate all'Azienda (art. 16).*
- ✓ *I rapporti con società farmaceutiche e di dispositivi medici sono gestiti evitando qualsiasi comportamento volto a favorire indebitamente qualunque soggetto. Nell'attività di informazione dei medicinali è fatto divieto di ricevere premi, vantaggi pecuniari o in natura, salvo di valore trascurabile e collegabili all'attività espletata (art. 17).*

¹⁷ Medici di medicina generale, medici di continuità assistenziali, medici dei servizi territoriali e medici dell'emergenza sanitaria territoriale.

¹⁸ Medici, veterinari, biologi, chimici, psicologi.

- ✓ *Nelle attività conseguenti al decesso, i destinatari rispettano l'obbligo di riservatezza, non accettano né richiedono omaggi compensi o altre utilità e non suggeriscono ai parenti alcuna specifica impresa di onoranze funebri (art. 18).*

La formazione sponsorizzata sarà regolata in modo unitario ed il più possibile omogeneo a livello regionale attraverso la definizione di una procedura che sia coerente con i principi inseriti nel Codice di Comportamento sull'argomento specifico. Nel corso del 2022 verrà pertanto adottata la nuova procedura aziendale.

Particolare attenzione è stata inoltre posta nei rapporti tra RPCT ed UPD volti a favorire il passaggio di informazioni che possano essere utilizzate dal RPCT per la definizione di eventuali misure conseguenti.

Si allega al presente Piano il Codice di Comportamento (All. 5).

7.2 ROTAZIONE DEL PERSONALE

La rotazione del personale costituisce uno dei principi introdotti dalla legge 190/2012 e s.m.i. al fine di prevenire il rischio di corruzione.

L'instaurarsi di misure organizzative di rotazione a livello preventivo è pertanto finalizzato a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche di "mala gestio" dell'attività della pubblica amministrazione, evitando che il dipendente pubblico subisca pressioni derivanti dal contatto con i medesimi utenti ed instauri dinamiche inadeguate.

Nel settore della sanità, per stessa ammissione di ANAC, ribadita da ultimo nella Delibera n. 1064 del 13/11/2019 di approvazione del nuovo Piano Nazionale Anticorruzione 2019, l'applicabilità del principio della rotazione presenta, tuttavia, delle criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali e non solo.

Nell'ottobre 2021 il Presidente ANAC (raccomandazione del 21 ottobre 2021) ribadisce l'importanza di tale misura come *"strumento fondamentale di prevenzione della corruzione e, pur nel rispetto del principio di autonomia/responsabilità, che caratterizza il sistema delle aziende sanitarie e i suoi sottoinsiemi, il principio della rotazione deve essere un obiettivo effettivo, documentale e pertanto verificabile"*.

Il settore clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di *expertise* consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità ed occorrerà tener presente soprattutto altre misure di prevenzione.

Il percorso di conferimento di incarichi dirigenziali di struttura complessa nell'area clinica è caratterizzato dalla specificità del profilo che ne può determinare l'infungibilità. Peraltro si precisa che detto percorso è disciplinato con delibera di giunta regionale e che la nomina a Direttore del Dipartimento presuppone che il prescelto sia già titolare di incarico dirigenziale di struttura complessa.

Inoltre, anche gli incarichi amministrativi e/o tecnici richiedono, in molti casi, competenze tecniche specifiche (ad es., ingegneria clinica, fisica sanitaria, informatica, ecc.), e spesso le figure in grado di svolgere questo compito sono in numero molto limitato all'interno di un'azienda (si consideri a titolo esemplificativo la funzione del responsabile del settore protezione e prevenzione).

La rotazione va infatti sempre 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 talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico.

Queste doverose premesse, non hanno indotto nemmeno in passato questa Azienda a ritenere impraticabile ogni intervento sotto questo profilo. Anzi, si è cercato di intervenire in diversi settori, considerati più a rischio, per individuare misure che, pur con valenze organizzative diversificate,

andassero nella direzione auspicata di favorire maggiore condivisione delle funzioni o vere e proprie rotazioni di professionisti ed operatori. L'**Atto Aziendale** sul tema dispone che ***“l'Azienda utilizza lo strumento della rotazione, laddove possibile, quale misura per prevenire eventuali comportamenti impropri o il consolidarsi di possibili comportamenti corruttivi. Il principio di rotazione assume sempre maggiore rilevanza e la programmazione delle attività avviene con modalità volte a favorire l'interscambiabilità delle funzioni per superare situazioni di prolungata esclusività delle competenze”***.

La nuova organizzazione ha portato un ulteriore progressivo cambiamento in cui anche l'elemento della rotazione degli incarichi e delle funzioni e l'adozione di misure alternative vengono individuate, laddove possibile, tra gli strumenti di organizzazione.

CRITERI DI ROTAZIONE

I criteri che si elencano di seguito sottendono comunque un presupposto fondamentale: le misure che si adotteranno dovranno sempre contemperarsi con la garanzia di un corretto svolgimento delle funzioni aziendali in termini di conoscenze, competenze tecniche specifiche, di efficienza e di efficacia. Ciò comporta che si adotti un altro criterio importante, vale a dire quello della gradualità al fine di mantenere in equilibrio l'esigenza di avere delle buone performance, un'efficienza organizzativa e l'esigenza di favorire un sistema di “rotazione” inteso nelle sue diverse forme, anche alternative, che vengono esplicitate.

Di seguito si enucleano quelli che sono i principali criteri seguiti per attuare con modalità più sistematiche e programmate le misure in argomento.

1) Identificazione delle principali funzioni valutate a questi fini

Si dà evidenza delle funzioni ritenute maggiormente a rischio e oggetto di attenzione ai fini che qui rilevano:

- contratti pubblici;
- incarichi e nomine;
- erogazione pagamenti;
- gestione delle entrate e del patrimonio;
- commissioni che erogano benefici;
- controlli, verifiche, ispezioni ed eventuali sanzioni;
- gestione e stoccaggio prodotti con particolare attenzione a quelli ad alto costo.

2) Caratteristiche della rotazione

Sono presi in considerazione diversi criteri e di seguito si elencano i principali:

- rotazione territoriale, che prevede l'assegnazione del dipendente ad un diverso ambito territoriale;
- rotazione funzionale, che prevede l'assegnazione del dipendente ad altre competenze nella medesima struttura;
- rotazione funzionale e territoriale: che prevede l'assegnazione del dipendente ad altre competenze e in altra struttura;
- principio della “segregazione delle funzioni”: questo principio si potrà esplicitare all'interno della stessa articolazione organizzativa, in diverse articolazioni organizzative dell'azienda o anche in articolazioni organizzative appartenenti ad enti diversi (caso specifico: nel sistema dei contratti pubblici);

- principio della compartecipazione del personale alle attività dell'ufficio: nelle aree maggiormente a rischio, verranno attuati meccanismi di condivisione tra più soggetti delle fasi procedurali in modo tale che più colleghi condividano le valutazioni degli elementi rilevanti per la decisione finale e si eviti la criticità che un solo soggetto abbia il controllo esclusivo dei processi a rischio.

La scelta dell'applicazione di uno dei predetti criteri dovrà essere operata in base alle esigenze organizzative del Dipartimento/Servizio interessato, avendo riguardo al tipo di rischio connesso, alle specifiche attività e al momento in cui si opererà la misura.

Rotazione personale dirigenziale

Per quanto riguarda la periodicità della rotazione, per i dirigenti delle aree maggiormente a rischio, non si può prescindere almeno dal limite minimo legale fissato per la durata degli incarichi conferiti. Laddove la rotazione risulti impossibile da attuare, temporaneamente o permanentemente, devono potersi identificare misure alternative o, in ultima analisi fornire adeguate motivazioni circa l'impraticabilità della misura.

Infungibilità

La rotazione non si applica per le figure infungibili. Sono infungibili le figure professionali per le quali sono richieste competenze ed esperienze specifiche e/o è richiesto il possesso di lauree specialistiche non presenti per altre figure dirigenziali o particolari requisiti del reclutamento. La infungibilità delle figure professionali dovrà essere adeguatamente motivata.

3) Formazione

L'Azienda considera la formazione del personale uno strumento fondamentale per riuscire a garantire l'applicazione del principio della rotazione. La formazione del personale concorre a promuovere l'elevazione delle capacità professionali accrescendo le conoscenze e la preparazione del lavoratore.

L'obiettivo deve quindi essere quello di creare attraverso apposito Piano formativo competenze di carattere trasversale e professionalità che possano essere utilizzate in una pluralità di settori, tenendo conto del principio della continuità e del buon andamento dell'attività e dei servizi erogati.

4) Monitoraggio

L'attuazione delle misure di rotazione o di misure alternative dovrà essere oggetto di specifico monitoraggio annuale per valutarne l'applicazione e i risultati organizzativi e di garanzia dell'efficienza delle attività. Attualmente sono oggetto di monitoraggio le misure già in atto di cui si dirà appresso.

MODALITÀ DI ROTAZIONE IN ATTO

Si conferma che da diversi anni sono state introdotte misure che favoriscano rotazioni in senso stretto, alternanze e altre forme alternative (come ad esempio la segregazione delle funzioni) nell'esercizio di determinate attività soprattutto nell'ambito dei settori ritenuti più a rischio (es. contratti pubblici, autorizzazioni di spesa, funzioni varie di controllo interno ed esterno). Il Responsabile dell'anticorruzione ha più volte sensibilizzato strutture e servizi perché tengano in considerazione questa misura nella organizzazione delle funzioni di loro competenza. Appresso si dà pertanto conto delle principali misure che si adottano nei settori più esposti al rischio corruzione:

- **Servizio Gestione Giuridica del Personale:** in riferimento all'attività di segretariato nei processi di reclutamento del personale, assicura la rotazione ordinaria del personale amministrativo, nei limiti di quanto espressamente previsto nei DPR 220/2001 e DPR 483/97

(personale amministrativo di categoria non inferiore alla C), programmando formazione mirata all'attività da svolgere. Unitamente alla rotazione del segretario, nelle selezioni per assunzioni a tempo determinato per soli titoli o per titoli e colloquio il segretario verrà coadiuvato, nell'attività di valutazione dei titoli, da colleghi competenti a garanzia di una corretta ed imparziale attività di valutazione dei titoli stessi. Gli stessi criteri di rotazione sono utilizzati nelle procedure per l'affidamento di incarichi di lavoro libero professionali o co.co.co. L'evidenza di quanto sopra è rinvenibile nei rispettivi verbali di selezione. Un'ulteriore misura a garanzia della rotazione con salvaguardia delle competenze, si concretizza nelle nuove modalità di espletare i concorsi per il personale non dirigenziale che si svolgono attraverso procedure per Area Vasta, le quali favoriscono una maggiore rotazione di segretari e commissari dei concorsi stessi, coinvolgendo più Aziende Sanitarie nelle procedure concorsuali svolte in forma aggregata.

- **Servizio Gestione Economica del Personale:** il Servizio assicura il rispetto del principio di rotazione dei collaboratori assegnati all' Area Stipendi. Nello specifico, ogni mese alcune tipologie di variazioni stipendiali vengono inserite a rotazione da un collaboratore dell'ufficio stipendi mentre il controllo viene effettuato da parte di un altro operatore dello stesso ufficio, garantendone l'alternanza. Delle suddette attività viene data evidenza inserendo sulla documentazione cartacea la sigla di chi ha inserito e la sigla di chi ha effettuato il controllo, distinto tra tipologia di variazione stipendiale.

Per altre variazioni stipendiali il controllo si limita a verificare la quadratura tra quanto inserito da altri Servizi (es. rimborsi da formazione, libera professione intramoenia, prestazioni aggiuntive, ecc) e quanto effettivamente erogato in busta paga. Lo stesso si verifica con le voci accessorie che vengono acquisite tramite flusso dal modulo GRU presenze-assenze (es: indennità di turno, indennità festive, mensa, ecc). Anche di queste attività di quadratura viene data evidenza con rilevazioni mensili.

Inoltre a consuntivo, viene effettuata dal Direttore del Servizio e dal Coordinatore dell'Area Stipendi, a completamento della verifica sulle attività svolte e sull'effettiva rotazione tra chi inserisce e chi controlla l'inserimento, il controllo sui cedolini stipendiali dell'anno precedente degli operatori assegnati al Servizio. Tale controllo viene esteso anche al personale afferente al Servizio Gestione Giuridica del Personale, in quanto coinvolto nella determinazione delle variabili stipendiali mensili e negli inserimenti/modifiche degli inquadramenti giuridici dei dipendenti dell'Azienda.

Del controllo dei cedolini stipendiali viene data idonea evidenza con specifico verbale inviato al Responsabile RPCT.

- **Dipartimento Farmaceutico:** la Commissione di Vigilanza, Ispezione e Controllo sulle farmacie, è attualmente composta da n° due farmacisti e pertanto sono stati individuati altri due dirigenti farmacisti subentrano a turno nella commissione suddetta. Si sottolinea che la Commissione è costituita non solo da un Dirigente Farmacista, ma anche da un Dirigente del Dipartimento Sanità Pubblica ed un operatore amministrativo.
- **Servizio Appalti e Patrimonio, Servizio Programmazione e Sviluppo Investimenti e Servizio Gestione Manutenzione Immobili:** compatibilmente con la disponibilità delle risorse tecniche ed amministrative qualificate, applicano il principio di rotazione del personale secondo quanto segue:
 - ✓ la partecipazione alle commissioni di gara viene selezionata attraverso criteri di rotazione del personale, sulla base delle professionalità richieste e compatibilmente con gli altri

eventuali ruoli svolti dai colleghi in qualità di Progettista, Direttore Lavori o Responsabile Unico del Procedimento (RUP);

- ✓ in modo analogo ci si comporta nella attribuzione dei ruoli di Direttore Lavori, Coordinatore della Sicurezza, Responsabile Unico del Procedimento, Collaudatore, Direttore dell'Esecuzione, cercando comunque, per evidenti ragioni di efficienza operativa, di far corrispondere le competenze professionali e la conoscenza territoriale ai diversi tecnici disponibili all'interno dei servizi;
 - ✓ in riferimento agli appalti affidati come da art. 36 D.Lgs. 50/2016, in quanto sotto soglia, si opera attraverso l'apporto ed il confronto tra le indicazioni pervenute dai tecnici di riferimento, l'integrazione delle ditte che hanno fatto richiesta di partecipazione alle gare di appalto o che abitualmente lavorano con l'Azienda. La partecipazione di diversi professionisti dei Servizi di Area Tecnica Patrimoniale nell'individuazione delle ditte da invitare alle procedure ad evidenza pubblica, secondo le modalità sopra richiamate, garantisce un controllo reciproco che rappresenta uno strumento efficace come misura di contrasto alla corruzione.
- **Servizio Approvvigionamenti:** da diversi anni il sistema di gestione degli appalti è stato regolato da modalità operative interaziendali, di Area Vasta e Regionali. La programmazione degli appalti è disposta a livello Regionale (Masterplan) da parte di Intercent-er quale soggetto aggregatore; il sistema poi si articola, in modalità assolutamente coordinata, su tre livelli come diffusamente illustrato nel paragrafo "Mappatura dei processi". Il sistema degli acquisti, così sintetizzato, evidenzia come l'impostazione della gara, la definizione delle caratteristiche tecniche e dei relativi capitolati di gara, le modalità di valutazione (intese quali fasi critiche per ipotetici fini corruttivi) sono oggetto di procedure di lavoro determinate e definite attraverso il regolamento ed altre linee-guida sulla gestione degli appalti, condivise dalle Direzioni Aziendali in sede di Area Vasta e ora anche a livello regionale. I professionisti che partecipano alle gare sono scelti, di volta in volta, dalle Direzioni delle Aziende o dalle Direzioni delle Aree Vaste garantendo, l'alternanza tra chi predispone le caratteristiche tecniche e chi andrà a valutare le offerte. Nella specifica area che si occupa di acquisizione di beni e servizi sono diversi, inoltre, i Responsabili Unici del Procedimento che si occupano della gestione delle procedure in riferimento alle svariate categorie merceologiche e, laddove possibile, tenuto conto del diverso grado di preparazione e delle specifiche competenze acquisite dagli stessi, se ne stabilisce l'alternanza. Il modello di riferimento già assume in sé una concreta applicazione del principio c.d. della "segregazione delle funzioni" con una distinzione nella titolarità tra chi interviene nella:
 - individuazione del fabbisogno;
 - trasmissione del fabbisogno;
 - programmazione;
 - fase della gara;
 - fase dell'esecuzione.

Si richiama inoltre la Piattaforma telematica Regionale (SATER) il cui utilizzo è stato reso obbligatorio per le procedure di gara delle Aziende Sanitarie (cfr. Del. Reg. n. 2194/2016); sono quindi stati profilati compiti, ruoli e modalità in ordine alla raccolta dei fabbisogni che si aggiungono andranno ad aggiungere alle norme già codificate in materia di gestione della

programmazione degli acquisti che è in capo, come già ricordato, alla Centrale di Committenza Regionale.

Un' ulteriore modalità di avvicendamento che si ritiene di adottare in un'altra funzione critica sotto questo punto di vista attiene all'attività di autorizzazione al pagamento dei fornitori: al fine di evitare che il medesimo operatore dell'ufficio competente tratti lo stesso tipo di procedura per lungo tempo e si relazioni sempre con i medesimi fornitori, si prevede che con cadenza semestrale, venga attivata la rotazione del personale che predispone le autorizzazioni al pagamento con particolare riferimento alle posizioni collegate alla fornitura di beni farmaceutici e dispositivi medici che rappresentano la maggiore fonte di spesa per beni e servizi. Il criterio oggettivo di turnazione utilizzato è quello dell'ordine alfabetico dei fornitori da pagare. L'evidenza di quanto sopra è rinvenibile nelle distinte di autorizzazione al pagamento, che riportano l'operatore che le ha predisposte.

- **Dipartimento di Sanità Pubblica:** l'attività di vigilanza e controllo è svolta dal Servizio Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro (SPSAL), dal Servizio Sicurezza Impiantistica Antinfortunistica (S.S.I.A.), dal Servizio Sanità Pubblica Veterinaria (SSPV), dal Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione (SIAN) e dal Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SIP).

Nel SPSAL e nel SIP gli interventi ispettivi sono effettuati di norma da due operatori con nomina di ufficiali di polizia giudiziaria e il principio di rotazione applicato riguarda sia il personale ispettivo, ricomponendo periodicamente le "coppie", sia l'ambito territoriale su cui è effettuata la verifica.

Il S.S.I.A. come compito istituzionale effettua verifiche periodiche di attrezzature ed impianti ma prevalentemente su richiesta dell'Utente. Tali verifiche vengono di norma effettuate da un singolo operatore per motivi di individuale competenza ed elevata specializzazione mirata alla verifica richiesta.

Vengono pertanto effettuate ove possibile, periodiche rotazioni delle zone d'intervento dei tecnici per le singole specialità.

E' stata implementata la rotazione dei Dirigenti e degli operatori che effettuano l'attività di vigilanza del Servizio Sanità Pubblica Veterinaria sia attraverso l'assegnazione degli ambiti territoriali che attraverso l'attribuzione di allevamenti e strutture.

L'attività di vigilanza svolta dal SIAN è effettuata di norma in base a una pianificazione dettagliata che garantisce la rotazione del personale e degli ambiti territoriali.

Nel **Servizio Medicina Legale (SML)** il principio della rotazione del personale è applicato in modo sistematico per i Presidenti dei collegi per la valutazione di inabilità al lavoro; per quanto riguarda le Commissioni per l'accertamento della disabilità il principio è applicato in modo strutturato in tutte le sedi ove si alternano quattro diversi medici legali nel ruolo di presidente della Commissione.

- **Servizio Gestione Risorse Economiche e Finanziarie:** con riferimento all'attività di pagamento a fornitori e altri beneficiari, settore ritenuto tra i più critici sotto il profilo che qui interessa, viene confermata la misura già attiva della rotazione del personale.
I criteri oggettivi di turnazione individuati al fine di evitare che i medesimi funzionari trattino lo stesso tipo di procedure per lungo tempo e si relazionino sempre con i medesimi fornitori sono i seguenti:
 - forniture di beni e parte di servizi (misura già attiva a cadenza semestrale): il criterio di turnazione utilizzato è quello dell'ordine alfabetico dei fornitori da pagare e viene formalizzato

per iscritto ogni sei mesi dal Direttore del Servizio. L'evidenza di quanto disposto è rinvenibile dagli ordinativi di pagamento che riportano il nome dell'operatore che li ha disposti;

- forniture di servizi alla persona: la misura prevede la turnazione del personale a cadenza quadrimestrale con riferimento alle seguenti tipologie: Case di cura, assistenza termale e assistenza protesica. Il criterio di turnazione utilizzato è quello della tipologia di fornitura da pagare. Il Direttore del Servizio assegnerà le competenze agli operatori con lettera annuale e l'evidenza di quanto disposto dallo stesso sarà rinvenibile dagli ordinativi di pagamento che riportano il nome dell'operatore che li ha disposti.
- **Unità Logistica Centralizzata (ULC):** la struttura, come evidenziato nel paragrafo "Contesto Interno", si occupa dell'approvvigionamento di farmaci e dispositivi medici per l'Area Vasta Emilia Nord (4 Province: Piacenza, Parma, Reggio Emilia e Modena) e di stoccare e conservare detti beni per poi procedere alla loro distribuzione a tutte le Unità operative delle aziende sanitarie. Il valore dei beni movimentati è assai significativo e necessita di grande attenzione sotto il profilo dei controlli per evitare sottrazioni, ammanchi o altri fenomeni correlati. In questa ottica la rotazione del personale viene individuata come uno degli strumenti per prevenire i fenomeni citati. In particolare:
 - 1) **Inventario annuale:** in riferimento alle modalità di esecuzione degli inventari, in conformità all'Istruzione Operativa n°02 "Gestione dei beni farmaceutici all'interno della Unità Logistica Centralizzata" viene effettuato un conteggio totale di tutto il materiale presente in giacenza; i conteggi vengono eseguiti da tre persone: due operatori della ditta appaltatrice e un operatore dipendente. È poi prevista una successiva fase di controllo ove vengono verificati i prodotti segnalati dal Responsabile della ULC e di norma individuati tra quelli con differenze tra giacenza fisica e giacenza virtuale maggiormente significative in valore o in numero di pezzi; la verifica viene eseguita da tre persone diverse rispetto a quelle che hanno effettuato il primo controllo.
 - 2) **Altri controlli:** inoltre, in conformità a quanto prevede l'Istruzione Operativa n° 05 "Modalità di esecuzione dei controlli in carico al personale amministrativo e farmacista della Unità Logistica Centralizzata", vengono effettuati controlli periodici per i prodotti gestiti a scorta:
 - Controllo trimestrale: eseguito da un operatore amministrativo su un elenco di circa 200 prodotti, estratto a campione con modalità informatizzate, rispetto ai diversi elementi quali la presenza di confezioni danneggiate, lo stato di conservazione anche rispetto alla pulizia dei prodotti e degli scaffali ove sono alloggiati e la verifica a campione della corrispondenza tra giacenza fisica e giacenza del sistema informativo. L'operatore che effettua le verifiche viene individuato a rotazione tra tutto il personale amministrativo di ULC. Al termine delle operazioni redige verbale da sottoscrivere anche da parte del responsabile di magazzino. Il verbale viene consegnato al Responsabile della ULC per le valutazioni conseguenti. Il responsabile di ULC conserva copia della documentazione.
 - Controllo prodotti ad alto costo: viene effettuato un controllo giornaliero a livello del gestionale E00 sulle rettifiche delle giacenze e dove si rilevano differenze di valore significative il Direttore di ULC chiede di attivare ulteriori controlli agli operatori di Coopservice eventualmente coinvolgendo anche operatori di ULC anche in questo caso coinvolgendo il personale a rotazione.

La situazione pandemica che si è protratta anche nel 2021 non ha consentito di mantenere inalterate le forme di controllo effettuate a rotazione ed in presenza, sia per motivi organizzativi che per motivi di ridurre il più possibile i contatti interpersonali.

Se il 2022 lo consentirà i controlli trimestrali come sopra riformulati verranno integralmente riattivati. Inoltre per il 2022 è in programma di riprendere la rotazione delle attività dei Farmacisti: dopo la rotazione già attuata sulle aree di riferimento provinciale, assegnando ad ognuno una nuova area territoriale, si intende ruotare anche parzialmente l'afferenza ai settori merceologici di competenza.

ROTAZIONE STRAORDINARIA IN CASO DI AVVIO DI PROCEDIMENTI PENALI O DISCIPLINARI

L'azienda, in caso di avvio di procedimenti penali o disciplinari per fatti di natura corruttiva a carico di un dipendente, così come disposto dalle vigenti normative di legge, procederà ad attuare la cosiddetta rotazione straordinaria del personale dirigenziale (con revoca dell'incarico in essere e passaggio ad altro incarico) e non dirigenziale (con assegnazione ad altro servizio). Si rinvia in proposito a quanto disposto dalla Delibera ANAC n. 215 del 26/03/2019 con particolare riferimento ai reati cui si applica, al momento processuale in cui va applicata e alle disposizioni procedurali in essa contenute.

7.3 OBBLIGO DI ASTENSIONE E CONFLITTO DI INTERESSI

Tutti i dipendenti/collaboratori/consulenti devono, nei loro rapporti esterni con utenti/fornitori/contraenti e concorrenti, comunque curare gli interessi dell'Azienda rispetto ad ogni altra situazione che possa concretizzare un vantaggio personale anche di natura non patrimoniale.

I dipendenti, in particolare il responsabile del procedimento, i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale, devono astenersi, ai sensi dell'articolo 6 bis della Legge n. 241/1990, in caso di conflitto di interessi, segnalando tempestivamente ogni situazione di conflitto anche potenziale.

Il conflitto di interessi, reale o potenziale, si realizza quando un interesse secondario (economico o non economico) interferisce con un interesse primario; in altre parole quando un interesse privato interferisce con un interesse pubblico che è l'interesse primario cui deve tendere ogni pubblico dipendente. Tale situazione può compromettere l'indipendenza nelle scelte da parte del dipendente/collaboratore/consulente e portare a far prevalere l'interesse secondario e il prefigurarsi di episodi di "mala gestio" con pregiudizio per l'azienda sanitaria.

L'art. 4 del Codice di Comportamento aziendale (approvato con delibera n. 200 del 24/05/2018), regola il **Conflitto d'interesse, anche potenziale**, le modalità di astensione e i rapporti con il superiore gerarchico.

Nell'ambito del Codice di Comportamento sono quindi indicate le misure operative cui attenersi.

La violazione sostanziale della norma, che si realizza con il compimento di un atto illegittimo, dà luogo a responsabilità disciplinare del dipendente suscettibile di essere assoggettata all'irrogazione di sanzioni in esito al relativo procedimento, oltre a poter costituire fonte di illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello stesso, quale sintomo di eccesso di potere sotto il profilo dello sviamento della funzione tipica dell'azione amministrativa.

L'Azienda ha poi attivato nel 2018, aderendo ad un progetto coordinato a livello regionale, il nuovo software gestionale del personale attraverso il quale vengono gestite, in modalità informatizzata, le dichiarazioni di **tutti i dipendenti** circa la loro situazione in merito al conflitto di interessi e le specifiche richieste di astensione da inviare al proprio responsabile.

Nel novembre 2021 il software di gestione del personale è stato implementato da un nuovo modulo, in applicazione della legge regionale n. 43/2001, art. 18 bis (introdotta dalla legge regionale n. 24/2019), che gestisce le dichiarazioni di tutti i dipendenti al fine di prevenire conflitti di interessi nell'assegnazione del personale, in particolare la sussistenza di vincoli di parentela o di affinità sino al secondo grado, di coniugio o convivenza, con altri dipendenti con i quali sono in un rapporto di subordinazione/sovraordinazione gerarchica diretta.

Questo sistema informatizzato consentirà di avere una mappatura della situazione aziendale ed una agevole modalità di adeguamento nel tempo delle situazioni dei singoli dipendenti sotto questo profilo. Le dichiarazioni così rese, disponibili al superiore gerarchico del dichiarante, sono in tal modo fruibili per le valutazioni da effettuarsi nell'ambito delle procedure di affidamento di forniture e servizi. Analogamente il dipendente dovrà utilizzare lo stesso strumento per comunicare la propria situazione di possibile conflitto di interessi, anche potenziale, e la sua richiesta di astensione su cui deciderà il superiore gerarchico.

Particolare attenzione deve essere posta, altresì, anche ai fini dell'individuazione dei componenti le Commissioni nei percorsi di scelta del contraente, agli incarichi extraistituzionali e alle conseguenti situazioni che possono generare conflitti di interessi a seguito dei contatti intercorrenti tra professionisti ed operatori economici che hanno rapporti con l'Azienda e, a tal fine, diventa strumento di prevenzione il monitoraggio degli incarichi extraistituzionali, messo a punto dal Servizio di gestione giuridica del personale onde far emergere gli eventuali rapporti intercorrenti tra l'Azienda, l'ente che conferisce l'incarico o che eroga il compenso. Tale banca dati viene resa disponibile ai servizi competenti per la nomina delle Commissioni di gara, quale strumento per verificare l'eventuale sussistenza di conflitti di interesse.

Il conflitto di interessi nelle procedure di affidamento di contratti pubblici

Considerato che il settore contratti pubblici è individuato tra quelli più esposti al maggior rischio corruzione è significativo l'inserimento nel codice degli appalti di una disposizione ad hoc per il conflitto di interessi che recepisce le direttive UE¹⁹. Tale articolo ha la funzione di completamento del reticolato normativo già corposo che discendendo dai principi costituzionali (art 97) trova il suo fondamento nella L190/2012 (attuativa delle raccomandazioni OCSE) e nel codice di comportamento dipendenti. Fonti che trovano tutte applicazione in via generale rispetto alle quali l'art 42 del codice ha una portata più specifica per l'ambito dei contratti pubblici.

In considerazione della particolare importanza che l'argomento riveste in ambito sanitario, il Dipartimento Interaziendale Acquisti (DIA) dell'Area Vasta Emilia Nord (AVEN), aveva già affrontato la materia dando attuazione a quanto già anticipato come misure preventive nel Piano Aziendale 2016/2018 per definire una corretta gestione dei conflitti potenziali e/o effettivi. Conformemente alle previsioni dei PTPC delle Aziende Sanitarie AVEN il DIA aveva approvato idonea documentazione per le gare che si svolgono a livello di area vasta consistente in:

- a) una Guida pratica alla individuazione e gestione del conflitto di interessi nelle procedure di appalto finalizzata a facilitare l'implementazione coordinata delle misure preventive che

¹⁹ Art 42 Codice Appalti Conflitto di Interesse 1. Le stazioni appaltanti prevedono misure adeguate per contrastare le frodi e la corruzione nonché per individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni ipotesi di conflitto di interesse nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni, in modo da evitare qualsiasi distorsione della concorrenza e garantire la parità di trattamento di tutti gli operatori economici.

agiscono contemporaneamente sul piano della sensibilizzazione e della responsabilizzazione degli attori coinvolti;

- b) una modulistica per le dichiarazioni di assenza di conflitti di interesse che dovrà essere compilata da tutti gli attori delle procedure di affidamento (DEL/Gruppo tecnico per Capitolato/Commissione di gara) con definizione di apposite procedure per la raccolta, tenuta ed aggiornamento di tali dichiarazioni;
- c) un documento informativo/esplicativo da consegnare ai componenti dei Gruppi Tecnici e delle Commissioni di Gara in allegato al modulo di autodichiarazione, volto a facilitare l'autovalutazione delle situazioni personali e relazionali con riferimento al contesto in cui ciascun soggetto si trova ad operare.

La validità di tali documenti è confermata alla luce delle Linee Guida n. 15 recanti «Individuazione e gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici» approvate con delibera di Consiglio n. 494 del 05 giugno 2019 in cui l'ANAC fornisce una interpretazione autentica dell'art 42 del codice dei contratti a supporto della corretta applicazione ²⁰.

7.4 INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA' EX D. Lgs 39/2013

Si richiama la delibera ANAC n.149 del 22.12.2014 che al punto 2 riconduce le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità nelle Aziende sanitarie ai soli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario attesa la disciplina dettata dall'art.1 commi 49 e 50 della L.190/2012 e dagli artt. 5, 8,10,14 del D.Lgs 39/2013. Pertanto, considerato che l'incarico di Direttore Generale è conferito dalla Regione Emilia Romagna, l'Azienda provvede alla verifica dell'insussistenza delle cause specifiche di inconferibilità e incompatibilità, previste dalla normativa vigente, limitatamente agli incarichi di Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, Direttore delle Attività Socio-Sanitarie e Direttore Scientifico.

Il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo nonché il Direttore delle Attività Socio Sanitarie e il Direttore Scientifico, sono tenuti ad attestare l'insussistenza di cause ostative mediante apposita dichiarazione redatta ai sensi dell'art. 20 del D.Lgs 39/2013 da effettuarsi all'atto di conferimento dell'incarico e, nel corso del rapporto, con cadenza annuale.

Viene altresì effettuato un controllo semestrale al Casellario Giudiziale della Procura della Repubblica presso il Tribunale di Reggio Emilia (ai sensi dell'art. 39 del DPR 313/2002) per il rilascio del certificato del Casellario Giudiziale.

7.5 INCOMPATIBILITA' SUCCESSIVA (PANTOUFLAGE)

La Legge 190/2012 all'art. 53 del D.lgs. 165/2001 il c. 16-*ter* dispone che i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari della loro attività amministrativa svolta attraverso i medesimi poteri. La violazione di questa norma comporta sanzioni pesanti quali la nullità del contratto concluso in violazione del divieto e la preclusione, per i soggetti privati, di

²⁰ Le Linee Guida ANAC n 15, la cui validità è confermata anche dopo l'entrata in vigore del Regolamento Unico di esecuzione, di cui all'art 216 comma 27-*octies* del Codice, rientrano tra i provvedimenti previsti all'articolo 213, comma 2 del Codice pertanto non vincolano le stazioni appaltanti)

contrarre con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con il contestuale obbligo di restituire i compensi eventualmente percepiti.

In tal modo si vogliono scoraggiare comportamenti impropri del dipendente finalizzati ad approfittare della propria posizione lavorativa per precostituirsì successivi vantaggi.

L'istituto pertanto assume un fondamentale scopo quale presidio per ridurre il rischio corruttivo.

L'ambito di applicazione è quello che si è venuto a determinare con diverse pronunce giurisprudenziali e di ANAC. Pertanto il divieto si applica non solo a chi abbia personalmente adottato la decisione definitiva ma anche a coloro che abbiano partecipato al procedimento nelle sue fasi endoprocedimentali (pareri, certificazioni, perizie ecc.).

L'azienda in proposito ha già attivato una misura a detrimento del fenomeno del *pantouflage* in materia di procedure di appalti pubblici prevedendo nei propri bandi e/o documenti prodromici alla gara la specifica clausola che le ditte fornitrici dovranno sottoscrivere, a pena di esclusione, che non si trovano nella condizione soggettiva di cui all'art. 53 c. 16-ter del D.Lgs. 165/2001 e cioè di non avere concluso contratti di nessun genere, negli ultimi tre anni, con ex dipendenti dell'Azienda Usl di Reggio Emilia o soggetti equiparati che abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali nei loro confronti.

Si è ritenuto, per potenziare l'attuazione dell'istituto e quindi la sua funzione di deterrente al verificarsi di situazioni corruttive od opportunistiche, di introdurre l'obbligo per il dipendente che cessa dal servizio la sottoscrizione che lo impegni a rispettare il divieto di *pantouflage* onde evitare qualsiasi contestazione circa la conoscibilità della norma.

I Responsabili delle strutture competenti per materia che affidano incarichi o effettuino assunzioni, prevedono nel contratto o nelle note di incarico la sottoscrizione dell'impegno a rispettare la norma che vieta l'assunzione di incarichi di cui all'art. 53 c. 6-ter del D. Lgs. 165/2001.

7.6 CONFERIMENTO INCARICHI EXTRA-ISTITUZIONALI

Lo svolgimento di incarichi extra-istituzionali da parte di dipendenti pubblici, sia oggetto di preventiva autorizzazione che di sola comunicazione, conferiti da enti privati o pubblici diversi dall'amministrazione di appartenenza, può realizzare situazioni di conflitto di interesse, anche potenziali, che possono compromettere il buon andamento e l'imparzialità dell'azione amministrativa, ponendosi altresì come sintomo dell'evenienza di possibili fatti corruttivi. Lo svolgimento di incarichi e attività extra-istituzionali da parte dei dipendenti dell'Azienda Usl di Reggio Emilia è pertanto consentito nei limiti e nel rispetto della disciplina prevista dall'art. 53 del D.Lgs. 165/2001 e dalle altre norme di legge ivi richiamate. La Legge n. 190/2012 è intervenuta a modificare il regime dello svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti pubblici contenuto nell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001 disponendo, in particolare, che le amministrazioni adottino dei criteri generali per disciplinare le modalità di conferimento e i criteri di autorizzazione degli incarichi extra-istituzionali. L'azienda USL di Reggio Emilia ha provveduto ad adottare, con Delibera n. 30 del 30.01.2018, un "Regolamento aziendale in materia di incarichi extra-istituzionali" e predisposto una specifica Istruzione operativa (codice IO 04 del 01.03.2018 – "Incarichi extra-istituzionali") finalizzata ad assicurare il corretto sviluppo del processo di autorizzazione/comunicazione degli incarichi extra-istituzionali definendone modalità, ruoli e responsabilità.

Stante la delicatezza delle situazioni di cui trattasi, si è altresì ritenuto doveroso proseguire nell'azione di monitoraggio degli incarichi extra-istituzionali svolti dai dipendenti. Dal 2017 è attiva un'unica banca dati informatizzata, che continua ad essere periodicamente aggiornata e consente di avere la completa ed aggiornata evidenza dei dati relativi all'ente conferente e all'ente che eroga l'eventuale compenso. I dati così raccolti rappresentano un ulteriore strumento di verifica per individuare situazioni, potenziali od attuali, di conflitto di interessi, anche, ad esempio, ai fini della

partecipazione alle procedure di gara da parte dei dipendenti stessi; i dati raccolti vengono infatti messi a disposizione di chi dovrà individuare i componenti dei gruppi di lavoro e delle commissioni che si andranno ad occupare della scelta del contraente in occasione di affidamenti di servizi e forniture.

7.7 TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONE DI ILLECITO (C.D. WHISTLEBLOWER)

L'Azienda Usl riconosce l'importante funzione svolta ai fini di prevenzione della Corruzione da parte del whistleblower che, se motivato in ordine al perseguimento del pubblico interesse, può svolgere una fondamentale azione ai fini del buon andamento complessivo dell'ente.

La legge n. 179 del 30 novembre 2017 recante "*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*" disciplina la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità, prevedendo fra l'altro, all'articolo 1, con la sostituzione dell'articolo 54-bis del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, che il dipendente pubblico che segnala illeciti, oltre ad avere garantita la tutela alla riservatezza dell'identità, non possa essere sanzionato, demansionato, licenziato o trasferito. Sempre nello stesso articolo 1 è precisato che in caso di misure ritorsive dovute alla segnalazione, l'ANAC informerà il Dipartimento della Funzione pubblica per gli eventuali provvedimenti di competenza e potrà erogare sanzioni da 5.000 a 30.000 euro nei confronti del responsabile, mentre in caso di licenziamento il lavoratore sarà reintegrato nel posto di lavoro.

La disposizione pone tre principi:

- la tutela della identità del segnalante;
- il divieto di discriminazione nei confronti del *whistleblower*;
- la previsione che la denuncia è sottratta all'accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della L. n. 241/1990 e successive modificazioni.

L'Azienda Usl di Reggio Emilia-IRCCS, attraverso lo strumento messo a punto dal Servizio Tecnologie Informatiche e Telematiche aziendale, mette a disposizione dei dipendenti la possibilità di effettuare eventuali segnalazioni di illecito. A tal fine, l'Azienda si è dotata, sulla intranet locale, di un sistema di modulistica informatizzato capace di inoltrare "segnalazioni" al Responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione o ad altro soggetto individuato nel Direttore Amministrativo aziendale. Le funzionalità introdotte garantiscono la tutela del dipendente, sulla base dei seguenti criteri:

- il sistema informatizzato per la segnalazione è utilizzabile in tutti i computer dell'azienda;
- il modulo viene inviato sempre in forma "riservata" e crittografata;
- il modulo può essere gestito solo dal Responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione o dal suo delegato;
- nei casi previsti dalla norma, l'identità del segnalante può essere gestita ancora una volta solo dal Responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione o dal suo delegato, previa dichiarazione obbligatoria informatizzata del "motivo";
- tutti gli eventi del processo, dalla segnalazione alla gestione, sono tracciati in un registro di sicurezza;

- l'applicazione è sottoposta a test periodici al fine di verificarne il corretto funzionamento e configurazione.

La soluzione informatica installata, nel corso del 2018, è stata aggiornata attraverso l'implementazione di elementi architetture di sicurezza informatica. Le comunicazioni avvengono su protocollo protetto HTTPS ed il database è stato protetto con l'introduzione della crittografia. Lo strumento della crittografia permette di tutelare il sistema da eventuali accessi impropri. Infatti, l'accesso al Data Base può essere gestito solo utilizzando la "coppia di chiavi pubblica e privata" emesse sul sistema. La chiave privata è stata consegnata in gestione al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

A seguito della delibera ANAC n. 469 del 9/06/2021 "*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)*", l'Azienda ha provveduto ad aggiornare, secondo le indicazioni impartite da ANAC, la "Policy" aziendale, allegata al presente Piano (Allegato n. 6) e disponibile sulla intranet aziendale.

7.8 COMMISSIONI EX ART. 35 BIS D. LGS 165/2001

Ai sensi dell'art. 35 bis del D.Lgs. 165/2001, la sussistenza di condanne penali, anche non passate in giudicato, per reati contro la pubblica amministrazione rileva in relazione alla formazione di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi, per la scelta del contraente, per l'attribuzione di vantaggi economici e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione.

Le Strutture/Servizi coinvolti nella nomina delle succitate commissioni devono acquisire apposita autodichiarazione liberatoria da parte del soggetto interessato.

L'Azienda a seguito di alcune criticità rilevate nel corso dei monitoraggi della prevenzione della corruzione con particolare riferimento alle commissioni per l'attribuzione di vantaggi economici, ha meglio definito criteri e modalità operative, condivise ed uniformi, tra le strutture coinvolte (Dipartimento Cure primarie, Dipartimento Salute Mentale e Distretti Aziendali) in particolare:

- acquisire la dichiarazione sostitutiva di certificazione da ogni componente la commissione aziendale (dipendente, convenzionato o dipendente di altri enti);
- effettuare il controllo a campione di almeno il 30% delle autocertificazioni acquisite presso il Casellario Giudiziale.

Quale ulteriore misura di efficacia è stato istituito apposito archivio informatizzato delle dichiarazioni sostitutive di certificazione all'interno del sistema di gestione documentale aziendale, al fine di rendere disponibile a tutte le strutture interessate la documentazione acquisita.

7.9 ANAGRAFICA UNICA DELLE STAZIONI APPALTANTI

Individuazione RASA

Con delibera del Direttore Generale n. 222 del 19.12.2013 questa Azienda ha provveduto a nominare il Responsabile dell'Anagrafe Unica per la Stazione Appaltante (RASA).

E' stata individuata la Dr.ssa Maurizia Gambarelli Dirigente Amministrativo presso il Servizio Approvvigionamenti; ad essa è stato attribuito l'incarico di inserimento e aggiornamento annuale degli dati identificativi gestiti nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA) secondo quanto previsto dall'art. 33-ter Legge n. 221/2012 (cfr. Comunicati del Presidente AVCP del 16 maggio e del

28 ottobre 2013). Si conferma quindi la sua abilitazione ad operare per la stazione appaltante da parte del RASA di questa Azienda già dalla data della sua nomina avvenuta con la delibera sopra citata. Il PNA 2016 precisa che l'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

7.10 ANTIRICICLAGGIO

Il vigente sistema antiriciclaggio discende da una normativa specifica, il Decreto Legislativo 21 novembre 2007, n. 231 concernente *la prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo*, che l'Italia ha adottato in attuazione di direttive europee (da ultimo V direttiva antiriciclaggio 843/2018). Come stabilito dall'art. 10 del citato decreto legislativo la pubblica amministrazione è chiamata a svolgere un ruolo di collaborazione attiva con le autorità preposte nella prevenzione del fenomeno, a fianco degli altri soggetti obbligati indicati all'art 3 del citato decreto (Intermediari bancari e finanziari, professionisti, società di revisione, prestatori di servizi relativi a società e trust, commercio opere d'arte e case d'asta o gallerie d'arte, mediazione immobiliare anche nella locazione, servizi di valute virtuali, servizi di portafoglio digitale, ecc.) che sono tenuti ad una serie di adempimenti e all'adozione di una serie di presidi.

L'Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia-IRCCS ha individuato il proprio “gestore” con delibera del Direttore Generale n. 175 del 18.11.2016: è stata individuata la Dr.ssa Maurizia Gambarelli, Dirigente Amministrativo del Servizio Approvvigionamenti, quale gestore delle segnalazioni che riguardano ipotesi di riciclaggio o finanziamento del terrorismo ai sensi del Decreto Ministero dell'Interno 25/09/2015 ed ha adottato una procedura per regolamentare le modalità di emersione e gestione delle segnalazioni (PR06/2018).

Anticorruzione e antiriciclaggio sono due modelli che partono divergenti. Con l'anticorruzione l'analisi è rivolta ai fenomeni che accadono all'interno dell'amministrazione mentre con l'antiriciclaggio l'analisi si sposta su attività e soggetti che vengono a contatto con i nostri procedimenti.

L'Azienda ha ritenuto, tuttavia che i due ambiti di intervento possano essere integrati e visti come aspetti complementari volti a prevenire rischi di malaffare e di illegalità e per questo se ne parla anche all'interno di questo Piano. La pandemia ha messo ulteriormente in luce le conseguenze che possono determinarsi nel tessuto socio economico attraverso il riciclaggio di denaro illecito.

Infatti dopo la dichiarazione del marzo 2020 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, a livello internazionale il GAFI²¹ si è immediatamente attivato per emanare una serie di istruzioni sui rischi, le best practices e le risposte politiche alle nuove minacce e vulnerabilità sistemiche in ottica antiriciclaggio e contrasto al finanziamento del terrorismo, con lo scopo di implementare rapide ed efficaci misure per affrontare l'emergenza pandemica.

A livello nazionale la Banca d'Italia ha sottolineato più volte i rischi determinati dell'emergenza Covid-19, in quanto il blocco di molte attività industriali e commerciali indebolisce le imprese dal punto di vista economico e finanziario esponendole a infiltrazioni criminali e al compimento di alcuni reati come usura. Nel mese di gennaio 2021 la UIF (Unità di Informazione Finanziaria-Banca d'Italia) ha pubblicato il *Rapporto Statistico* delle Segnalazioni di operazioni sospette relative all'anno 2020.

²¹ Il Gruppo d'Azione Finanziaria Internazionale (GAFI) o Financial Action Task Force (FATF), organismo intergovernativo costituito nel 1989, in occasione del G7 di Parigi, ha lo scopo di assicurare l'elaborazione e lo sviluppo di strategie di lotta al riciclaggio dei capitali di origine illecita e al finanziamento al terrorismo. Del Gruppo fanno parte 35 membri in rappresentanza di stati e organizzazioni e centri finanziari internazionali del settore (tra i quali FMI, Banca Mondiale, Nazioni Unite, Europol, ecc.). Il GAFI emana norme, raccomandazioni, Linee Guida di livello internazionale cui ogni Stato deve aderire. La definizione di normative a livello internazionale serve ad evitare fenomeni opportunistici di spostamento di fondi da uno Stato all'altro al fine di eludere eventuali normative restrittive. Una specifica raccomandazione GAFI riguardava l'onere a carico di ogni Stato, di costituire una Unit Intelligence Financial (UIF).

Sulla base di questi dati e delle precedenti serie storiche, si evidenzia un sensibile incremento dell'andamento dei flussi segnalatici.

Nell'Audizione al Parlamento del 28.01.2021 il Direttore UIF evidenzia la rilevante quantità di SOS (Segnalazioni di Operazioni Sospette) riconducibili al fenomeno Covid-19 che, nell'intero anno, sono risultate pari a 2.257.

I nuovi fattori di rischio da tenere in considerazione ai fini della collaborazione attiva in materia antiriciclaggio hanno formato oggetto della Comunicazione pubblicata dalla UIF l'11 febbraio 2021. Particolari cautele vanno adottate per le operazioni connesse a **procedure pubbliche** per la fornitura di prodotti medicinali o dispositivi di protezione, per le eventuali garanzie richieste e per i flussi finanziari collegati.

Rimane alto il rischio di infiltrazione da parte delle **organizzazioni criminali** sia attraverso il tentativo di accaparramento delle commesse pubbliche sia mediante la gestione diretta o indiretta di imprese operanti in settori economici più attrattivi o in crisi a causa della pandemia. A tal fine, particolare rilievo assume il monitoraggio dei ruoli chiave delle imprese.

La progressiva diffusione dei **vaccini** potrebbe determinare l'insorgere di interessi economici da parte di gruppi criminali e quindi di tipi di illeciti simili a quelli già individuati in connessione con la pandemia (es. manovre speculative, fenomeni corruttivi, condotte fraudolente o distrattive).

Nel primo semestre del 2021 la UIF ha ricevuto 70.157 segnalazioni di operazioni sospette, in aumento rispetto a quelle pervenute nel periodo corrispondente del precedente anno (+32,5 per cento); l'incremento è stato particolarmente rilevante tra marzo e giugno, mesi in parte condizionati nel 2020 dal primo *lockdown* e dalla successiva fase di incertezza.

Si osserva una maggiore partecipazione per la quasi totalità delle categorie di segnalanti. Le comunicazioni della Pubblica amministrazione, pur restando contenute, registrano il numero più elevato in un semestre (82) e sono riferibili principalmente ad anomalie riscontrate in operazioni di finanziamento nell'ambito delle misure straordinarie legate all'emergenza Covid-19.

Sotto il profilo della ripartizione territoriale si registrano incrementi in termini assoluti in tutte le regioni; i più significativi si rilevano in Lombardia (da 9.230 del primo semestre 2020 a 12.701 di quello in esame), nel Lazio (da 6.755 a 8.840), in Emilia-Romagna (da 3.481 a 4.902), in Piemonte (da 2.829 a 4.213) e in Sicilia (da 3.561 a 4.863); notevole anche l'aumento delle segnalazioni su operazioni effettuate a distanza (da 122 a 1.655).

Nella nostra Provincia le segnalazioni di operazioni sospette ricevute dalla UIF nel 1 semestre 2021 sono state 723 con **una incidenza di c.a. 14,75% sul totale regionale di 4.902, al 2° posto** dopo la provincia di Bologna (1.105 incidenza 22,54%)

Ricevute: ripartizione per provincia						
(valori assoluti)						
LOCALIZZAZIONE TERRITORIALE	2020			2021		
	1° sem.	2° sem.	Totale	1° sem.	2° sem.	Totale
Emilia-Romagna	3.481	4.329	7.810	4.902		4.902
Bologna	824	1.028	1.852	1.105		1.105
Ferrara	231	279	510	307		307
Forlì-Cesena	275	352	627	423		423
Modena	518	542	1.060	647		647
Parma	367	513	880	502		502
Piacenza	181	201	382	232		232
Ravenna	266	424	690	437		437
Reggio Emilia	471	534	1.005	723		723
Rimini	348	456	804	526		526

Nel periodo considerato l'Unità ha complessivamente analizzato e trasmesso agli Organi investigativi 68.823 segnalazioni (+29,4 per cento rispetto al primo semestre del 2020) e ha adottato 20 provvedimenti di sospensione per un valore di complessivi 14,3 milioni di euro.

Il *trend* fortemente crescente della collaborazione con l'Autorità giudiziaria, già rilevato nel corso del 2020 rispetto all'anno precedente (oltre 40 per cento), è ulteriormente confermato dai dati relativi al primo semestre del 2021, che evidenziano un incremento del 14 per cento circa rispetto allo stesso periodo dell'anno scorso.

OBIETTIVI 2022

Nel Piano Triennale Anticorruzione 2021 sono stati inseriti i risultati dell'attività di analisi dei **processi dell'area Contratti Pubblici rivolta alla valutazione contestuale dei rischi corruttivi e di riciclaggio** (si rinvia all'Allegato 3 del presente Piano):

- 1) **Elenco Processi Antiriciclaggio:**
- 2) **Selezione degli indicatori UIF**
- 3) **Metodologia di Valutazione rischio riciclaggio:**
- 4) **“Vademecum per l'utilizzo degli indicatori di anomalia antiriciclaggio”**

Nel 2021 è stato svolto un intervento formativo rivolto agli istruttori /responsabili di procedimento dei Servizi Approvvigionamenti, e operatori del Servizio Appalti sulla prevenzione del riciclaggio nella P.A. suddiviso in due giornate (13 e 19 ottobre) con una prima giornata dedicata alla illustrazione del fenomeno – quadro normativo – gli indicatori di anomalia e la seconda giornata dedicata all'analisi di Modelli – Procedure – definizione di titolari effettivi – integrazione tra sistemi – patti di integrità.

Partendo da queste basi per il **2022** si intende proseguire con:

- 1) utilizzo degli indicatori di anomalia in procedure soprasoglia a supporto dell'attività di analisi degli istruttori /responsabili di procedimento;
- 2) revisione della procedura adottata recante “*Segnalazione ed eventuale comunicazione di Operazione Sospetta di riciclaggio e finanziamento del terrorismo*”;
- 3) aggiornamento della pagina Intranet.

PREVISIONE MISURE SPECIFICHE

Oltre alle misure di carattere generale, l'Azienda ha introdotto misure in settori che più specificatamente coinvolgono le organizzazioni sanitarie e che sono stati individuati anche nei diversi PNA che Anac ha adottato.

7.11 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC)

In Azienda si è consolidato il “Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC) dei dati e dei bilanci delle aziende e degli enti del SSN”.

Il percorso, inserito all'interno di un processo guidato e coordinato dalla Regione Emilia – Romagna ha lo scopo di:

- 1) costituire strumento fondamentale per il controllo sulle attività amministrativo-contabili e quindi anche come strumento di prevenzione di possibili azioni di frode nel settore;
- 2) costituire un importante momento di analisi e revisione delle modalità organizzative in essere in diversi settori dell'apparato aziendale con lo scopo di contribuire al suo costante miglioramento;
- 3) garantire ancor meglio la corretta contabilizzazione dei fatti aziendali e la conseguente qualità dei dati contabili;
- 4) costruire percorsi procedurali per gestire i principali processi aziendali preconstituendo un valido strumento di prevenzione di fenomeni di cattiva gestione.

Il sistema viene mantenuto per garantirne l'utilità e l'efficacia ed è momento importante per la verifica ed il consolidamento della correttezza amministrativo-contabile e per il controllo procedurale delle attività nel settore.

Nel 2019 si è provveduto ad aggiornare/revisionare le procedure adottate nel rispetto di quanto previsto dalle Linee guida regionali, tenuto conto dei cambiamenti organizzativi e procedurali intervenuti ed in particolare conseguenti alla costituzione della nuova azienda unificata.

La funzione interna di verifica, controllo, revisione e valutazione delle attività e delle procedure amministrativo contabili adottate, anche al fine di individuare le necessarie azioni di revisione e integrazione delle procedure non conformi, è stata assegnata all'Ufficio di Audit interno Aziendale, secondo quanto disposto dall'art. 26 della L. R. 16 luglio 2018 n. 9.

Nel sito "Amministrazione Trasparente" dell'Azienda - sez. "Altri contenuti", in base anche a quanto indicato da ANAC, viene dato conto del progressivo aggiornamento del processo in atto.

7.12 GOVERNO LISTE D'ATTESA

La gestione delle liste di attesa per le prestazioni sanitarie rappresenta un elemento fondamentale per l'efficienza di un sistema sanitario pubblico e universale. Il tema dell'equità di accesso alle prestazioni sanitarie, richiede una garanzia particolare nella trasparenza della gestione delle liste di attesa e un'attenta valutazione del rapporto tra attività istituzionale ed attività libero-professionale per evitare comportamenti opportunistici e disparità di trattamento. L'abbattimento dei tempi di attesa per la fruizione di visite mediche e/o di esami diagnostici è sempre stato uno degli obiettivi prioritari del Sistema Sanitario Nazionale. Non esistono soluzioni semplici e univoche al problema; occorrono al contrario azioni complesse e articolate, che non possono prescindere dal rispetto e dalla promozione del principio di appropriatezza nelle sue due dimensioni: clinica ed organizzativa.

È attivo un sistema regionale di monitoraggio dei tempi di attesa attraverso il flusso informativo MAPS2 della specialistica ambulatoriale che dal 2017 in tempo reale, giornalmente, consente alla Regione di valutare la performance della singola azienda sanitaria.

A livello Aziendale, si dà evidenza delle principali misure adottate:

- nomina del "Responsabile Unitario dell'Accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali" (RUA), con funzioni di coordinamento del "team operativo" multidisciplinare di controllo sull'efficacia delle misure adottate in tema di accessibilità delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e sulla correttezza del percorso "prescrizione –prenotazione –erogazione" ;
- attivazione e sviluppo di uno strumento informatico per il monitoraggio in tempo reale della offerta e delle attese del CUP delle prestazioni monitorate dalla Regione Emilia Romagna, con proiezione a nove settimane sulle agende;

- attivazione e sviluppo di un sistema di alert che invia quotidianamente alle direzioni sanitarie e ai responsabili coinvolti nel monitoraggio e nell'organizzazione delle risorse professionali, la situazione dell'offerta;
- garanzia di maggiore apertura di presidi ambulatoriali pubblici per un utilizzo maggiore delle potenzialità produttive;
- accesso diretto ai centri prelievo almeno in una sede poliambulatoriale per distretto;
- facilitazione dei percorsi di prenotazione (numero verde, prenotazioni online);

Sono state attivate specifiche procedure regionali per ridurre il fenomeno del Drop out:

- applicazione di una sanzione per il cittadino che non disdice per tempo la prenotazione o non si presenta senza avere disdetto come definito dalla legge regionale 2/2016 e DGR 377/2016;
- invio di un SMS di recall che ricorda al cittadino l'appuntamento con l'indicazione del numero verde al quale inviare la disdetta;
- programma di comunicazione sulle modalità di prenotazione e obbligo della disdetta al fine di ridurre le mancate presentazioni. Tale programma ha previsto: interventi informativi relativi alla prenotazione, disdetta e pagamento delle prestazioni specialistiche, sui principali mass media (televisivi, giornali), attraverso materiale informativo nei luoghi di maggiore affluenza e infine nei siti aziendali;
- implementazione del sito internet aziendale con le indicazioni per la corretta disdetta della prestazione e per fornire il giustificativo della eventuale mancata presentazione all'appuntamento.

Nel secondo semestre del 2021 sono state messe in campo alcune azioni finalizzate a migliorare i tempi di attesa per le prestazioni di 1° accesso ed in particolare, per alcune discipline, si è provveduto a riportare la tempistica della prestazione alla durata prevista in epoca pre-Covid, tenuto conto delle condizioni logistiche e organizzative dei diversi contesti e garantendo le condizioni di sicurezza (distanziamento e sanificazione). E' stato inoltre attivato un percorso di revisione e aggiornamento dei protocolli di appropriatezza prescrittiva, che verrà completato nel corso del 2022.

La situazione epidemiologica sul finire del 2021 ha nuovamente determinato un significativo rallentamento degli interventi finalizzati al miglioramento dell'offerta e dell'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Per quanto attiene alle liste d'attesa per interventi chirurgici programmati la Regione Emilia Romagna con delibera 272/2017 avente per oggetto: "Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati" ha definito in modo articolato e puntuale le azioni da mettere in campo per ridurre i tempi di attesa in tale ambito. Gli obiettivi primari della delibera 272 sono di seguito esposti:

- garantire una gestione trasparente delle liste di attesa;
- fare sì che l'accesso alle cure, agli interventi chirurgici ed alle procedure interventistiche non avvenga in modo opportunistico nel senso cioè che l'accesso si realizzi attraverso una corretta attribuzione del codice di priorità degli interventi;
- pianificare accordi di rete;
- incrementare l'attività chirurgica.

Presso l'Azienda USL di Reggio le azioni messe in campo ab initio sono state:

- pulizia delle liste di attesa e manutenzione continua delle stesse;
- definizione dei criteri per l'inserimento dei pazienti nelle liste d'attesa e proposta dei relativi codici di priorità;
- monitoraggio puntuale dei Tempi di attesa (TDA).

E' stata costituita una specifica Struttura denominata "Gestione Operativa" (Operation Manager) per dare concreta attuazione, all'interno dell'Azienda, a quanto previsto dalle indicazioni regionali.

Le principali azioni sono state:

- nomina del Responsabile (RUA/Responsabile della gestione operativa), che si occupa della gestione e del controllo dei processi produttivi chirurgici compreso il layout di spazi, tecnologie necessari per espletarli oltre che delle risorse umane necessarie;
- governo dei criteri di assegnazione dei pazienti a classi di priorità messo a punto anche attraverso la preventiva condivisione con i professionisti dell'azienda al fine di garantire omogeneità e coerenza di indicazioni su tutto l'ambito provinciale;
- controllo quotidiano, da parte della gestione operativa, dell'attribuzione del codice di priorità per verificare la conformità rispetto ai criteri concordati con conseguente eventuale segnalazione ai professionisti di non conformità o conseguente accoglimento delle variazioni di codice proposte in relazione a specifici problemi clinici;
- predisposizione di specifica procedura aziendale avente per oggetto: "Gestione delle liste di attesa dei ricoveri programmati" codice PR01 i cui contenuti sono coerenti con le indicazioni regionali;
- predisposizione della procedura di pre-ricovero;
- formazione del personale;
- standardizzazione del numero di interventi per seduta.

Particolare rilievo assume la misura di verifica sulla immissione in lista di attesa dei pazienti che hanno effettuato una visita libero professionale per valutare eventuali favoritismi e disparità di trattamento.

Grazie all'informatizzazione della scheda di proposta di ricovero, che permette di identificare gli inserimenti in lista di attesa che fanno seguito ad una visita eseguita in regime di libera professione, è possibile un monitoraggio e una verifica periodica dei tempi medi di attesa degli interventi eseguiti a seguito di visita in libera professione o in regime istituzionale. L'ultimo monitoraggio effettuato nel corso del 2021 dei tempi medi di attesa degli interventi chirurgici non ha evidenziato particolari criticità.

Purtroppo, nel corso del 2020 e del 2021, a seguito dell'emergenza pandemica si è registrato un peggioramento complessivo delle performance sui tempi di attesa degli interventi chirurgici effettuati sia in regime di degenza ordinaria che day hospital e ambulatoriale.

Durante i picchi delle ondate epidemiche, infatti, si rende necessario incrementare i posti letto di terapia intensiva per pazienti affetti da Covid-19 e, conseguentemente, ridurre o in alcuni casi sospendere l'attività chirurgica programmata per recuperare dai comparti operatori risorse mediche e infermieristiche.

Il servizio di Gestione Operativa, sia nel corso del 2020 che del 2021, ha collaborato strettamente con la Direzione del Presidio nel processo di rimodulazione continuo delle degenze (ordinarie e semintensive/intensive) necessario a far fronte all'emergenza. La Gestione Operativa, inoltre, ha proceduto a rimodulare costantemente la pianificazione delle sedute operatorie presso i comparti del Presidio cercando, per quanto possibile, di salvaguardare nelle fasi più critiche dell'epidemia gli interventi per patologia neoplastica o improcrastinabili.

7.13 SPERIMENTAZIONI CLINICHE

Il Servizio Sanitario Regionale (SSR) ha da tempo acquisito la consapevolezza della rilevanza delle attività di ricerca come elemento essenziale al proprio sviluppo strategico, individuandole, con la Legge Regionale 29 del 2004 e s.m.i, tra le funzioni istituzionali fondamentali proprie di tutte le aziende sanitarie, al pari della funzione assistenziale e della formazione con le quali deve integrarsi (DGR n.1066/2009).

La tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere delle persone in sperimentazione rappresenta un preciso mandato dei Comitati Etici (CE), che hanno altresì - ove non già attribuita a specifici organismi - funzioni consultive in relazione a questioni etiche connesse con le attività scientifiche e assistenziali, allo scopo di proteggere e promuovere i valori della persona (DM 8/2/2013).

Grande rilievo assume questa materia dal momento che all'interno dell'Azienda Usl di Reggio Emilia è presente un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS).

Con deliberazione n. 831 del 03.08.2016 l'Autorità Nazionale Anticorruzione ha sottolineato con ancora maggior forza l'attenzione che occorre porre al settore delle sperimentazioni sponsorizzate, argomento già segnalato con determinazione ANAC n. 12 del 28 Ottobre 2015 ad oggetto: "Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione".

In tale contesto, la rilevazione dei potenziali rischi, oggetto di misure preventive già in atto, ha evidenziato la necessità di adottare una specifica procedura di "Gestione Misconduct Scientifica", approvata con Deliberazione del D.G. dell'ex Azienda Ospedaliera n. 172 del 10.10.2016, volta alla promozione della sensibilizzazione all'osservanza dei principi etici di rigore, onestà e integrità nella ricerca, tramite l'istituzione di regole di buona pratica clinica e scientifica racchiuse, pertanto, in una policy interna con lo scopo di prevenire e gestire casi di frode scientifica. La diffusione capillare di tale procedura presso i professionisti, anche nell'ambito di specifici momenti formativi, vuole promuovere ed accrescere la cultura etica della ricerca e promuovere l'integrità della stessa. Lo sperimentatore principale e tutto il personale coinvolto nell'attività di ricerca sono tenuti inoltre alla più scrupolosa osservanza dei principi sanciti dal codice di comportamento aziendale.

Nel presente Piano, all'interno di questa Area di rischio, sono stati confermati i processi precedentemente censiti che si collocano nella direzione indicata da Anac in questo specifico settore. Si cita la Procedura sulla Misconduct Scientifica, sopra ricordata e le sue successive revisioni (ultima revisione del 14/10/2020); l'aggiornamento delle procedure per la corretta allocazione delle spese derivanti dall'attività di ricerca anche in attuazione di quanto specificato nelle procedure contabili approvate nel PAC; la contrattualistica con gli sponsor; la destinazione dei fondi e il Comitato Etico.

Si è colta l'occasione dell'analisi organizzativa per procedere a revisionare alcuni aspetti gestionali e per darne una regolamentazione maggiormente sistematica, in particolare, l'Azienda ha adottato con Delibera del Direttore Generale n. 0318 del 30/08/2019 il Regolamento degli aspetti procedurali, amministrativi ed economici per la conduzione di ricerche e sperimentazioni cliniche nell'Azienda U.S.L. - IRCCS di Reggio Emilia.

In questo contesto si inserisce anche l'aggiornamento, revisione, della Procedura Operativa Procedura Operativa (PR03) Segreteria Comitato Etico "Gestione degli aspetti amministrativi delle sperimentazioni", relativa alla gestione degli aspetti amministrativi delle sperimentazioni, nella quale l'Azienda ha disciplinato le prescrizioni più operative per uniformare le modalità di gestione dei processi amministrativi, giuridici e contabili previsti dalla normativa vigente in materia di sperimentazione clinica e garantirne quindi una sempre maggiore trasparenza.

Per il dettaglio si rinvia alla parte contenente la mappatura dei processi a rischio (All. n. 2).

Rileva, inoltre, la scelta, significativa ai fini degli obiettivi che si prefigge il presente Piano per cui l'attività di sperimentazione è effettuata in orario di servizio essendo riconosciuta come attività istituzionale, ai sensi della già citata L.R. 29/2004.

Attualmente, quindi, vigono disposizioni secondo cui gli introiti derivanti dall'attività di sperimentazione sponsorizzata vengono reinvestiti dall'Azienda a beneficio delle strutture che hanno condotto le ricerche stesse, detratte le quote a copertura dei costi generali e per l'alimentazione del Fondo della ricerca, di cui al D.M. 17.12.2004.

Non sono pertanto previste ripartizioni di proventi derivanti dall'attività di ricerca a favore dei singoli operatori.

Infine, nell'ambito del riordino dei Comitati Etici intrapreso in ambito regionale con DGR 2327/2016 è opportuno ricordare che si sono costituiti tre Comitati Etici corrispondenti alle tre Aree Vaste. Pertanto dal 1 gennaio 2018 è stato costituito il Comitato Etico di Area Vasta Emilia Nord (delibera n. 373 del 28/12/2017) che ha portato al superamento del nostro precedente CE già peraltro di ambito Provinciale e non aziendale.

7.14 INFORMAZIONE SCIENTIFICA SUI FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI

La Regione Emilia-Romagna con propria Delibera di Giunta Regionale n. 2309/2016 si è dotata di indirizzi e direttive in materia di informazione scientifica sul farmaco per promuovere modalità omogenee su tutto il territorio regionale e per agevolare la trasparenza nei rapporti tra aziende farmaceutiche, aziende sanitarie e medici prescrittori. La regolamentazione ha tra gli obiettivi principali quelli di garantire una corretta informazione per una scelta appropriata, razionale del farmaco e per un suo utilizzo efficiente nella pratica clinica declinando concretamente i principi di trasparenza e tracciabilità.

Sulla base delle indicazioni regionali l'Azienda USL di Reggio Emilia ha attivato dal 2017 un sistema informatizzato che gestisce e traccia gli specifici incontri degli Informatori scientifici del farmaco con i medici prescrittori sulla base di calendari informatizzati prodotti da tutte le SOC aziendali attraverso un piattaforma web informatizzata che consente la tracciabilità degli incontri da tenere sulla base di regole procedurali definite. Si è lavorato nel corso del 2019 ad una prima revisione della Procedura aziendale estendendo le regole definite in materia di informazione scientifica dei Beni Farmaceutici anche a quella sui Dispositivi Medici, Diagnostici in Vitro ed alla stesura di una apposita Istruzione Operativa per regolamentare l'accesso in particolari aree sanitarie, quali ad es. i Comparti Operatori, le Sale Operatorie e locali ad essi assimilati, degli Specialisti di Prodotto ovvero di professionisti specializzati in un'attività o studio particolare, richiesti a supporto degli operatori sanitari per favorire l'acquisizione da parte degli stessi delle competenze e delle conoscenze all'uso di particolari Dispositivi Medici. In data 23/01/2020 la Regione Emilia Romagna ha fatto pervenire alle Aziende Sanitarie l'aggiornamento alla procedura precedente dando mandato alle stesse di sospendere ogni aggiornamento in attesa della Piattaforma Unica regionale che sarà alimentata secondo le nuove modalità operative.

Nel medesimo contesto è stata regolamentata la cessione di campioni gratuiti promozionali di Dispositivi Medici, che prevede, previa autorizzazione della Direzione Sanitaria per l'impiego di campioni gratuiti di classe III, la tenuta di un Registro informatizzato che consente piena tracciabilità delle richieste e controllo del materiale consegnato.

Nella Intranet aziendale è disponibile apposita sezione dedicata a tali richieste come riportato nella Istruzione Operativa aziendale denominata "*Gestione campioni gratuiti nella Vigilanza Dispositivi Medici*".

Come per diverse altre azioni di miglioramento volte alla prevenzione del rischio corruttivo, si deve registrare una sospensione di ogni attività già peraltro intraprese a livello regionale con la

costituzione di un Gruppo paritetico che doveva portare avanti un progetto unitario e omogeneo sul territorio regionale. Non sono possibili, ad oggi, previsioni circa i tempi di ripresa dei lavori del Gruppo regionale.

Nell'ambito della gestione della pandemia sono stati ulteriormente regolamentati gli accessi degli utenti esterni alle Strutture del Presidio Ospedaliero provinciale, compresi quelli degli ISF e degli Specialist di prodotto per i quali vigevano le indicazioni rivolte all'utenza esterna, che sono state modificate in base all'evoluzione del quadro pandemico.

Sono state predisposte le seguenti procedure aziendali:

- PR56 della Direzione Sanitaria *“Procedura per l'informazione scientifica sui Beni Farmaceutici e sui Dispositivi Medici/Dispositivi Diagnostici in Vitro”*.
- IO11 del Presidio Ospedaliero *“Regolamentazione accesso degli Specialist di prodotto”*.

In attesa di nuove indicazioni regionali in materia nonché della creazione del Portale Unico regionale rimangono in vigore i documenti sopra citati che verranno revisionati in conformità con quanto previsto dalle nuove indicazioni regionali in materia.

7.15 FORMAZIONE SPONSORIZZATA

Il tema della formazione sponsorizzata riveste grande rilievo all'interno delle Aziende Sanitarie e va affrontato con attenzione perché può sottendere elementi di criticità, ai fini della valutazione del rischio corruttivo o del semplice conflitto di interesse che può contribuire a determinare.

Il Codice di Comportamento richiama in proposito i principi di trasparenza, imparzialità e pubblicità ed ammette gli eventi sponsorizzati al verificarsi di determinati presupposti, sulla base di proposte non nominative indirizzate all'Azienda, garantendo il rispetto dei criteri di imparzialità e rotazione del personale.

Stante il prolungarsi della situazione pandemica, la regolamentazione di dettaglio, già oggetto di confronto da parte del gruppo di lavoro istituito dal Tavolo di Coordinamento Regionale degli RPCT sul tema *“formazione sponsorizzata”* delle Aziende sanitarie/IRCCS pubblici, è tuttora in fase di approvazione e prevederà un periodo di sperimentazione finalizzato anche a valutare l'opportunità di eventuali integrazioni/specifiche al percorso definito.

Nel corso dell'anno 2022 si procederà comunque ad una revisione dell'istruzione operativa aziendale in linea con l'impostazione regionale, basata sui seguenti aspetti caratterizzanti:

- 1) Riconoscimento e gestione del ruolo dei provider come fenomeno sempre più diffuso e spesso elusivo rispetto al diretto intervento dello sponsor;
- 2) Evento formativo sponsorizzato non in contrasto con i fini istituzionali, coerente con il bisogno formativo, il ruolo organizzativo, le competenze e gli obiettivi di sviluppo di competenze professionali specifiche del partecipante, in regola con le autorizzazioni di legge (ove previste) ed in assenza di situazioni di conflitto di interesse;
- 3) La partecipazione ad eventi sponsorizzati, senza la preventiva approvazione aziendale, comporta responsabilità disciplinare ai sensi del Codice di Comportamento aziendale e della disciplina contrattuale di riferimento.

7.16 DECESSO INTRAOSPEDALIERO

Il tema è già stato oggetto di analisi ai fini di determinare i rischi corruttivi che da questo evento possono derivare prevedendo uno specifico processo mappato dal punto di vista del rischio e oggetto di specifiche misure di prevenzione.

I fatti di cronaca che hanno dato vita all'inchiesta nel territorio bolognese su presunti accordi corruttivi in tema di decessi intraospedalieri tra operatori delle Aziende Sanitarie ed esponenti di Imprese Funebri, hanno indotto la Giunta Regionale a rivedere e potenziare le misure di prevenzione e contrasto degli eventi corruttivi in ambito funebre attraverso l'introduzione di una procedura diretta all'accreditamento delle Imprese di Onoranze Funebri e degli operatori delle stesse che accedono ai locali delle Camere Mortuarie delle strutture sanitarie oltre al riesame delle procedure adottate in ambito funebre dalle strutture sanitarie.

Al fine di rafforzare le misure specifiche adottate con precedenti disposizioni è stata approvata con DGR n.1678/2019 la Direttiva Regionale ad oggetto *“Riordino dell'esercizio dell'attività funebre e di accreditamento delle imprese funebri operanti in strutture sanitarie pubbliche e private accreditate”* allo scopo di introdurre nuove modalità di gestione dei servizi funebri che si svolgono all'interno delle strutture ospedaliere in modo da rendere le procedure omogenee su tutto il territorio regionale.

La Direttiva regionale prevede l'implementazione di una Piattaforma informatica (Portale CA.MER) da utilizzare per l'accreditamento delle Imprese Funebri e dei loro rappresentanti autorizzati ad entrare e operare nelle strutture ospedaliere.

Attraverso l'attivazione del Portale e delle nuove procedure di accreditamento delle Imprese si è inteso potenziare l'azione di prevenzione della corruzione legata alle attività successive al decesso intra-ospedaliero, costituire un deterrente per la messa in atto di operazioni illegali e fornire alle Aziende sanitarie uno strumento di controllo immediato delle attività svolte dagli operatori del settore funebre.

Considerato che la situazione eccezionale determinata dall'emergenza covid non ha consentito ai destinatari del provvedimento di attuare compiutamente le misure organizzative previste dalla DGR n. 1678/2019, con successivi provvedimenti regionali (DGR n. 582/2020 – DGR n. 1801/2020- DGR n. 1670/2021) i termini per l'entrata in vigore della direttiva sono stati differiti al 28 febbraio 2022.

Nel corso del 2022, con l'entrata in vigore del provvedimento, l'Azienda sarà chiamata alla messa in atto delle azioni e delle misure previste dalle nuove procedure di accreditamento e a valutarne attentamente l'impatto sull'organizzazione delle proprie attività all'interno dei servizi mortuari degli Ospedali del Presidio provinciale e, ove necessario, introdurre gli adeguamenti necessari da realizzare in linea con le indicazioni regionali.

8. CENSIMENTO DELLE AREE DI RISCHIO E MAPPATURA DEI PROCESSI

La mappatura dei processi è il frutto di un lavoro che si è affinato nel tempo e ha trovato una progressiva implementazione all'interno dei Piani che si sono succeduti con il coordinamento dell'RPCT e con l'intervento diretto da parte dei Dirigenti responsabili e loro collaboratori.

L'individuazione dei processi (mappatura) ha tenuto principalmente conto delle Aree di rischio individuate dal primo PNA e dai successivi aggiornamenti operati da parte di ANAC e avendo particolare riguardo alle Aree tematiche in Sanità.

Tutti i processi, nel tempo, sono stati oggetto di una valutazione o rivalutazione sulla scorta delle misure individuate o che si intendevano individuare e sulla scorta dell'esperienza maturata. I fattori considerati sono stati principalmente:

- analisi del contesto interno e del contesto esterno in ordine a determinati eventi di cui si poteva avere conoscenza;
- analisi dell'efficacia delle misure già messe in campo;
- confronto con le altre aziende Sanitarie in ordine a procedure comuni da adottarsi su temi ritenuti sensibili in materia (Area Vasta, Centrale Committenza Regionale);

Le misure specifiche adottate al fine di contrastare i c.d. fattori abilitanti, cioè quei fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione (cfr. PNA 2019), possono ricondursi principalmente alle seguenti macro tipologie aventi carattere generale e che vengono declinate nello specifico contesto del processo mappato:

- Funzioni regolatorie/riorganizzazione dei percorsi;
- Trasparenza e tracciabilità;
- Informatizzazione;
- Controlli;
- Rotazione del personale;
- Segregazione delle funzioni;
- Gestione del conflitto di interessi;
- Formazione specifica

Area di rischio generale: A) Contratti Pubblici

La **Raccomandazione dell'OCSE sugli appalti pubblici** enuncia principi e meccanismi per garantire l'integrità e frenare la corruzione negli appalti pubblici (integrità, trasparenza, partecipazione, accessibilità, appalti elettronici, supervisione e controllo).

Avendo presente questi principi e preso atto del consolidarsi di un sistema degli appalti sempre più integrato a livello regionale il Tavolo di Coordinamento Regionale degli RPCT, di concerto con l'Assessorato, ha promosso l'attivazione di un Gruppo di confronto con il Soggetto Aggregatore Regionale – Intercent-er e con le Aree Vaste della Regione per affrontare in modo condiviso e il più possibile omogeneo una materia che sempre più deve essere gestita in una logica di sistema: quella degli Appalti e dei Contratti Pubblici.

I lavori svolti nel corso del 2018 hanno portato all'emanazione, da parte della Direzione Generale Cura della Persona, salute e welfare presso l'Assessorato Regionale Politiche per la Salute di **Linee Guida** ed alla predisposizione di una mappatura condivisa dei processi.

La pianificazione è stata aggiornata in sede di Area Vasta Emilia Nord. Si riportano di seguito i tratti salienti del documento condiviso.

Linee guida per il coordinamento nei piani triennali per la prevenzione della corruzione di processi, rischi e misure tra Intercent-ER e Aziende Sanitarie per l'Area Contratti Pubblici

Il progressivo consolidamento delle analisi e delle conseguenti misure in materia di prevenzione della corruzione in Regione Emilia-Romagna e presso le Aziende Sanitarie della Regione si è caratterizzato negli ultimi anni per una serie di iniziative di carattere generale e specifico che promuovono un miglior livello di coordinamento tra tali enti, anche in attuazione di quanto previsto dai Piani Nazionali Anticorruzione.

In tale ambito è stato attivato uno specifico approfondimento per rendere più strutturate ed organiche le relazioni tra Intercenter-ER che, quale ente strumentale della Regione Emilia-Romagna, è inserita nel PTCP della suddetta Regione, e Aziende sanitarie nella filiera degli acquisti. Come noto, si tratta di area di rischio particolarmente critica per tutte le pubbliche amministrazioni, ma in modo specifico nel settore sanitario.

L'obiettivo è migliorare l'efficienza e l'efficacia delle attività svolte per la prevenzione della corruzione nei processi di acquisto, con un approccio effettivamente sistemico, evitando che la (necessaria ed opportuna) collaborazione tra soggetti diversi crei spazi di incertezza nell'applicazione della normativa e dei regolamenti interni.

L'attività contrattuale delle Aziende Sanitarie della Regione ER si svolge stabilmente su tre livelli:

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

Su tale base sono state individuate:

- misure aventi carattere generale.
- misure specifiche, legate alle diverse fasi del processo di acquisto.

Tali misure sono descritte di seguito.

Per la definizione delle fasi del processo di acquisto si è assunto quale riferimento principale quanto previsto nel capitolo "AREA DI RISCHIO CONTRATTI PUBBLICI" del PNA 2015 (Determinazione ANAC n.12/2015).

Misure di carattere generale

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

Segregazione delle funzioni

La presenza di più soggetti appartenenti a diverse Aziende Sanitarie ed alla Centrale Regionale quali attori che intervengono nella "filiera" in differenti processi, già di per sé, aiuta ad andare nella direzione suggerita da ANAC nei propri PNA.

Le decisioni risultano infatti diffuse su più soggetti ed in fasi diverse, e questo giova ai fini di un controllo all'interno dell'articolazione del processo.

Rotazione degli operatori con ruolo attivo nei processi di acquisto

Viene perseguita, compatibilmente con le esigenze organizzative e le necessarie competenze specialistiche, per il RUP, i componenti dei gruppi tecnici e per i Commissari di gara.

Corretta gestione dei conflitti di interesse

E' prevista una regolamentazione per la nomina dei commissari e dei partecipanti ai Gruppi Tecnici che preveda:

- la verifica sostanziale dell'assenza di conflitti di interesse (in carico alle Aziende prima della designazione) tenendo conto delle dichiarazioni che ogni Azienda sta raccogliendo ai sensi del Codice di Comportamento dei Dipendenti e delle altre informazioni a disposizione.
- la raccolta di una specifica dichiarazione da parte dell'interessato relativamente all'assenza di conflitti di interesse, da conservare agli atti della procedura.

Procedure informatizzate ed utilizzo di piattaforma telematica

Tale modalità, introdotta dal Codice dei contratti a far tempo dal 18.10.2018 ma per le Aziende del SSR Emilia-Romagna già dal 1.10.2017 in forza della DGR n. 2194/2016, assicura una maggiore garanzia e tracciabilità nelle fasi che vengono gestite con questi strumenti che sottraggono alcuni

passaggi all'intervento manuale con evidenti minori rischi di errore o, peggio, di comportamenti "distorsivi".

Il sistema adottato in Emilia-Romagna è denominato SATER (<https://piattaformaintercenter.regione.emilia-romagna.it/portale/>), realizzato in conformità con quanto previsto dall'art. 58 del D.lgs. 50/2016, e che garantisce i necessari livelli di sicurezza e segretezza mediante una piena tracciabilità delle operazioni svolte e un articolato sistema di profilazione degli utenti che assicura, in particolare, la segretezza dei partecipanti alle procedure di gara e delle offerte, tecniche, economiche ed amministrative, collocate a sistema. Esso garantisce anche la gestione degli eventuali malfunzionamenti e/o data breach.

Costante flusso informativo fra IntercentER ed Aziende sanitarie

Rappresenta un elemento di grande importanza per evitare asimmetrie informative e per fare emergere anomalie, comportamenti opportunistici ed altro.

Reportistica e benchmark

Una volta definite misure ed indicatori risulta opportuno che periodicamente si proceda alla loro valorizzazione ed alla divulgazione, mediante la redazione di appositi report, partendo da quanto già ordinariamente prodotto da IntercentER per le Aziende. Per avviare tale percorso, sono programmati periodici incontri tra IntercentER ed il tavolo di Coordinamento RPCT; risulta infatti di grande utilità il confronto fra i valori delle diverse aziende/aree vaste al fine di evidenziare anomalie o situazioni critiche.

Misure di carattere specifico

Nella tabella allegata "Mappatura dei processi a rischio" sono riportate le diverse fasi in cui si articola il processo di acquisizione di beni e servizi (anche la materia lavori pubblici) sviluppate in coerenza con le macrofasi e le successive sotto fasi individuate da ANAC.

Per ciascuna di esse vengono evidenziati:

- Rischi: sono descritti in maniera discorsiva i rischi;
- Anomalie significative: sono riportati eventi "sentinella" che possono verificarsi e devono indurre a porre in essere analisi relative all'operato.
- Misure specifiche: sono elencate sia misure in essere che misure da attuare. Si è cercato di individuare misure il più possibile omogenee fra le Aziende ed Intercent-ER. Misure generali, con indicazione delle misure applicabili a quella specifica fase/processo.

Tra le misure di carattere specifico deve essere considerata la messa a disposizione di tutti gli operatori impegnati nelle attività di gara del Manuale Operativo pubblicato sul sito di AVEN - Gestione Acquisti - Sezione Regolamenti e linee guida. L'aggiornamento normativo rispetta l'obiettivo di disporre di una completa ed aggiornata documentazione di gara da parte di tutti gli operatori coinvolti nel processo di acquisto, nonché della corretta modulistica destinata ai componenti dei gruppi che predispongono il capitolato di gara e della commissione aggiudicatrice. Inoltre, in applicazione del D.lgs. 82/2005 art. 50 Disponibilità dei dati delle pubbliche amministrazioni e art. 58 Modalità della fruibilità del dato, nell'ambito dei processi di razionalizzazione, integrazione, ottimizzazione nell'uso delle risorse assegnate al DIA, è attivo da alcuni anni presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena l'Ufficio che si occupa delle attività di controllo sui requisiti soggettivi dei fornitori di beni e servizi con particolare riferimento a quelle attività prettamente esecutive di richiesta, raccolta, aggiornamento e conservazione delle certificazioni. Le singole Aziende deleganti sono e rimangono titolari dell'attività di controllo

attraverso i soggetti che ne svolgono la funzione in rapporto alla normativa vigente, in tal modo l'attività delegata si configura come attività esecutiva svolta su specifica richiesta dei RUP e degli altri soggetti interessati. Infatti molte delle ditte controllate sono comuni a tutte le aziende sanitarie e pertanto una raccolti i documenti questi vengono messi a disposizione nella banca dati e i referenti possono ottenere i certificati richiesti nel periodo di validità (4 – 6 – 12 mesi) tutte le volte che per quella determinata ditta venga disposto un affidamento.

La maggiore criticità riscontrata è la mancanza di risposta in tempi brevi da parte di alcuni enti certificatori che culmina nei tempi lunghissimi per il rilascio delle certificazioni antimafia per cui rappresenta un valore aggiunto fondamentale disporre di documentazione già richiesta da altre aziende sanitarie.

Il PNA 2019 ha introdotto, nell'Allegato 1, 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 vengono fornite indicazioni di metodo puntuali sulla loro realizzazione che, tutte le amministrazioni, operando secondo il principio della gradualità nel tempo, sono tenute a rispettare per giungere a quelli che si possono definire i 3 obiettivi del processo di gestione del rischio:

• Obiettivo 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 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 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.

Nel corso del 2021, alla luce delle modifiche dettate da ANAC attraverso il PNA 2019, l'Azienda Usl di Reggio Emilia-IRCCS ha proceduto alla revisione della mappatura delle seguenti Aree di rischio:

- Area di rischio generale: B) Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine**
- Area di rischio specifica A) Attività libero professionale**

Di seguito viene descritta la metodologia applicata:

1) MAPPATURA DEI PROCESSI

La fase della "mappatura dei processi" si articola nelle seguenti tre fasi:

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

La mappatura dei processi è stata realizzata grazie ad un lavoro ampiamente condiviso con le Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna (prevenzione della corruzione, Uffici Gestione del Personale, Uffici Attività Libero Professionale). Questa metodologia ha consentito la formalizzazione di un elenco dei macroprocessi dell'Area di rischio di riferimento unico per tutte le Aziende.

I processi sono stati descritti attraverso le fasi e attività che li compongono e si è proceduto all'individuazione delle responsabilità e dei soggetti che intervengono nel processo.

2) VALUTAZIONE DEL RISCHIO

La fase della “valutazione del rischio” si articola nelle seguenti tre fasi:

- identificazione
- analisi;
- ponderazione.

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, attraverso l'utilizzo delle fonti informative disponibili.

La valutazione del rischio è stata effettuata attraverso la valutazione della presenza dei “fattori abilitanti” (cioè quei fattori che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione come la mancanza di trasparenza, l'eccessiva regolamentazione, la mancanza di misure di trattamento del rischio, inadeguata diffusione della cultura della legalità...).

Per la stima del livello di esposizione al rischio dei processi è stato utilizzato un approccio qualitativo dove ogni singolo processo è stato valutato attraverso l'incrocio di due indicatori compositi, rispettivamente per la Probabilità (che consente di valutare quanto è probabile che l'evento rischioso accada in futuro) e per l'Impatto (che valuta l'effetto nel caso in cui il rischio si verifichi).

I fattori abilitanti del rischio corruzione e i correlati indicatori e dati oggettivi esemplificativi per la stima del livello di rischio adottati dall'Azienda sono riportati nel paragrafo “Valutazione del rischio”.

3) TRATTAMENTO DEL RISCHIO

La fase del trattamento del rischio ha come obiettivo quello di identificare misure di prevenzione, puntuali e concrete, idonee a prevenire i rischi corruttivi individuati, in funzione sia del livello di rischio, sia dei fattori abilitanti.

Tutte le attività poste in essere attraverso la mappatura e la valutazione del rischio sono state, quindi, propedeutiche all'identificazione e progettazione di misure adeguate a contrastare il rischio corruttivo in concreto.

La rappresentazione delle misure di prevenzione del rischio è data dall'Allegato 2 “Mappatura dei processi a rischio”.

9. FORMAZIONE

La legge n. 190/2012 prevede una serie di misure di formazione del personale, in particolare:

- procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, eventualmente verificando l'esistenza di percorsi di formazione ad hoc (art. 1 comma 8 e 11);
- previsione, per le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, di meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione (art.1 comma 9);
- organizzazione di attività di formazione per la conoscenza e la corretta applicazione del Codice di comportamento dei dipendenti delle Pubbliche Amministrazioni (art. 1 comma 44).

Il Piano Nazionale 2019 di nuovo ritorna sull'importanza della formazione riconducendola sempre ad un doppio significato: formazione generale e formazione specifica. La prima ha un valore principalmente etico e culturale ed il compito di tenere sempre alta la tensione dell'organizzazione all'integrità e alla legalità. La seconda ha lo scopo di calare questi principi nell'operato quotidiano in base ai compiti specifici svolti da ognuno all'interno dell'organizzazione.

La situazione di emergenza sanitaria tutt'ora in atto ha consentito di attivare solo in parte specifici percorsi formativi che si erano programmati per l'anno 2021, in quanto le energie operative sono state impiegate per contrastare la pandemia.

La formazione è stata erogata prevalentemente nella seconda metà dell'anno esclusivamente nella forma dei webinar e in FAD sincrona e asincrona.

Di seguito se ne dà sinteticamente conto:

FORMAZIONE SPECIALISTICA IN TEMA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

DATA	TITOLO	N. PARTECIPANTI	DURATA (IN ORE)
11/05/2021 7/06/2021 17/06/2021 13/09/2021	IL COMITATO PER L'ETICA NELLA CLINICA DELL'AZIENDA USL-IRCCS DI REGGIO EMILIA: STRUMENTI E SERVIZI PER GESTIRE I CONFLITTI ETICI NEI CONTESTI DI CURA	143	8
24/06/2021	L'INDIPENDENZA DEL RPCT: UNA QUESTIONE APERTA	1	2.5
1/07/2021	IL MONITORAGGIO ANTICORRUZIONE: ASPETTI TEORICI E PRATICI	1	2.5
8/07/2021	IL PIANO TRIENNALE ANTICORRUZIONE: STESURA, CRITICITÀ, BUONE PRATICHE	1	2.5
15/07/2021	WHISTLEBLOWING: PROCEDURE E INDICAZIONI OPERATIVE	1	2.5
30/09/2021	I SOGGETTI CHE CONCORRONO ALLA STESURA DEL PTPC- IL RUOLO DEL RPCT	1	1.5

7/10/2021	LE FASI DEL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO: L'ANALISI DEL CONTESTO	1	1.5
14/10/2021	LE FASI DEL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO:LA VALUTAZIONE E IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO	1	1.5
21/10/2021	LE FASI DEL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO: IL MONITORAGGIO E LA COMUNICAZIONE	1	1.5
26/10/2021	SULL'ONDA DELLA SEMPLIFICAZIONE E DELLA TRASPARENZA- PIANIFICAZIONE 2022-2024	1	3
28/10/2021	LE MISURE GENERALI DEL PTPCT: I CONFLITTI DI INTERESSE	1	1.5
4/11/2021	LE MISURE GENERALI DEL PTPCT: LA TRASPARENZA	1	1.5
11/11/2021	LE MISURE GENERALI DEL PTPCT: LE MISURE SULL'IMPARZIALITA'	1	1.5
18/11/2021 25/11/2021	LA PIATTAFORMA DI ACQUISIZIONE DEI PTPCT	1	3
26/11/2021	LE STRATEGIE ANTICORRUZIONE IN PERIODI DI EMERGENZA	1	3
2/12/2021 9/12/2021 16/12/2021	IL WHISTLEBLOWING:LA RISERVATEZZA GLI OBBLIGHI DEL RPCT IL RAPPORTO TRA ANAC E RPCT	1	4.5
2-3/12/2021	ETICA E PROFESSIONE: IL VALORE SOCIALE DELLE PROFESSIONI NELL'AFFERMAZIONE DELLA CULTURA DELLA LEGALITÀ	1	10
21/12/2021	PIANO ANTICORRUZIONE 2021-2023 SUGGERIMENTI PRATICI PER IL RECEPIMENTO DEGLI AGGIORNAMENTI RICHIESTI DA ANAC- LINEE GUIDA P.I.A.O. PIANO INTEGRATO ATTIVITA' E ORGANIZZAZIONE	1	3
14/01/2022	GIORNATA DELLA TRASPARENZA: I NUOVI ORIZZONTI DEL SISTEMA ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA DOPO IL D.L. N. 80/2021	NON QUANTIFICATI *	3

*TRATTASI SI CORSO ORGANIZZATO A LIVELLO REGIONALE LA CUI PARTECIPAZIONE ERA APERTA A TUTTI I DIPENDENTI DELL'AZIENDA

FORMAZIONE SPECIALISTICA IN TEMA DI CONFLITTO DI INTERESSI

DATA	TITOLO	STRUTTURA INTERESSATA	N. PARTECIPANTI	DURATA (IN ORE)
17/12/2021 21/01/2022	CONFLITTO DI INTERESSI NELLE ATTIVITA' DI CONTROLLO, VIGILANZA E ISPEZIONI	DIPARTIMENTO SANITA' PUBBLICA	85	6

FORMAZIONE SPECIALISTICA IN TEMA DI APPALTI

DATA	TITOLO	STRUTTURA INTERESSATA	N. PARTECIPANTI	DURATA (IN ORE)
15/11/2021 22/11/2021	PROJET MANAGEMENT PER I RUP	APPROVVIGIONAMENTI APPALTI	25	12

FORMAZIONE SPECIALISTICA IN TEMA DI ANTIRICICLAGGIO

DATA	TITOLO	N. PARTECIPANTI	DURATA (IN ORE)
13/10/2021 19/10/2021	LA PREVENZIONE DEL RICICLAGGIO NELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE	25	12

E' stato comunque mantenuto attivo e riproposto nella versione aggiornata, il corso in modalità FAD, sui temi della prevenzione della corruzione, della legalità, della trasparenza e sui principi del codice di comportamento rivolta principalmente al personale neoassunto e al personale che, a diverso titolo ha operato in forme stabili per l'Azienda che ha visto la partecipazione di n. 917 operatori.

Per il 2022 si ripropone nella versione aggiornata, il corso FAD a valenza generale sui temi della prevenzione della corruzione, della legalità, della trasparenza e sui principi del codice di comportamento, rivolto a tutti coloro che inizieranno, a diverso titolo, ad operare in forme stabili per l'Azienda.

Nella consapevolezza che in ambito formativo sono da considerarsi destinatari prioritari dell'investimento formativo la figura del RPCT e le figure di supporto (componenti del Comitato Prevenzione della Corruzione, referenti locali della Prevenzione della Corruzione), si prevede di garantire la presenza di diversi di loro ad eventi formativi/informativi organizzati da Enti esterni valutando la partecipazione in rapporto alle esigenze di crescita complessiva.

Il permanere dello stato di emergenza anche per l'anno in corso non consente di fare una pianificazione delle attività formative a breve termine.

Si conferma tuttavia che nel periodo di vigenza del presente Piano triennale è l'intenzione di proseguire l'azione formativa/informativa favorendo anche la logica della diffusione e

implementazione della esperienza e delle buone pratiche, da condursi anche sul campo, finalizzate a costruire la consapevolezza e la corresponsabilizzazione degli operatori e dei responsabili delle aree a rischio nelle attività di monitoraggio dei processi e dei procedimenti.

Particolare attenzione si ritiene rivolgere a tematiche formative riguardanti il codice di comportamento aziendale e alla gestione di potenziali conflitti di interessi in specifici settori quali ad esempio il Dipartimento Tecnico ed Amministrativo.

10. CONTROLLI

L'art. 4 del D.Lgs 165/2001 così recita: "Ai Dirigenti spetta l'adozione degli atti e provvedimenti amministrativi compresi tutti gli atti che impegnano l'amministrazione verso l'esterno, nonché la gestione finanziaria, tecnica e amministrativa mediante autonomi poteri di spesa di organizzazione delle risorse umane, strumentali e di controllo. Essi sono responsabili in via esclusiva dell'attività amministrativa, della gestione e dei relativi risultati".

In virtù di quanto disposto ai **Dirigenti responsabili di struttura** è attribuita la responsabilità di garantire che l'attività posta in essere sia conforme ai canoni di legalità, trasparenza e buon andamento; ne consegue che compete agli stessi l'approntamento di tutte le forme di controllo necessarie per garantire la correttezza tanto delle attività svolte presso le unità organizzative cui sono preposti quanto che i comportamenti agiti dai loro collaboratori siano costantemente ispirati ai canoni come sopra richiamati.

A latere dell'attività di competenza dei dirigenti, quale organo dell'Azienda, agisce il **Collegio Sindacale** cui spetta lo svolgimento di una azione di vigilanza riguardo al rispetto delle regole di buon governo nonché delle norme vigenti disciplinanti la garanzia della legittimità procedurale e della corretta gestione delle risorse finanziarie.

E' stata costituita la funzione di **Audit Interno** al fine di supportare la direzione aziendale nelle attività di armonizzazione delle procedure amministrative assicurandone la costante rispondenza alla mission aziendale e di garantire una funzione di verifica indipendente sulle attività di tipo amministrativo per migliorare i processi di controllo e di gestione al fine di perfezionare la qualità dei servizi aziendali. Tale funzione opererà anche nella ambito della complessiva attuazione del Percorso regionale Attuativo della Certificabilità (PAC) e dovrà verificare, controllare, revisionare e valutare le attività e le procedure adottate, con lo scopo di certificarne la conformità ai requisiti legali, alle linee guida e agli indirizzi regionali nonché alle migliori pratiche, indicando la necessità di azioni di revisione e integrazione delle procedure interne non conformi. A partire dal 2020 il Responsabile della funzione viene inserito nel Comitato Anticorruzione dove è anche presente il Responsabile dell'Ufficio Ispettivo nonché il Gestore dell'antiriciclaggio. La scelta ha lo scopo di ulteriormente rafforzare le sinergie tra chi, in Azienda, si occupa dei controlli sotto diversi profili al fine di coordinare al meglio possibile le attività evitando duplicazioni o, peggio, interventi discordanti tra loro.

Nel periodo di vigenza del presente Piano si svilupperanno nuove forme di collaborazione tra le varie funzioni che esercitano i controlli sull'azione amministrativo-gestionale per rendere sempre più efficace il sistema, dotandolo di maggiore sinergia e di una visione unitaria dell'approccio.

10.1 ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE

Un ruolo specifico in merito al monitoraggio del funzionamento complessivo del sistema dei controlli interni è inoltre svolto dall'**Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) Regionale**.

Le modifiche che il D.Lgs. 97/2016 ha apportato alla L.190/2012, l'aggiornamento al Piano Nazionale 2017 rafforzano le funzioni affidate agli OIV sia in materia di trasparenza che in materia di anticorruzione. Il Piano Nazionale 2019 conferma il ruolo degli OIV consolidandoli tra i principali attori dei processi di controllo in tema di trasparenza ma anche in relazione ai processi anticorrittivi chiedendo loro di supportare metodologicamente nel monitoraggio dell'idoneità delle misure adottate nei Piani.

Gli ambiti di competenza OIV, le modalità di funzionamento e di integrazione con gli Organismi Aziendali di Supporto (OAS) all'OIV regionale, già oggetto della delibera OIV n.2/2015, sono stati aggiornati nella delibera n.4/2016 dell'OIV Regionale dedicata in modo specifico alla prevenzione della corruzione e trasparenza. Essa fornisce indicazioni, proprio ai sensi del D.Lgs. 97/2016 e del PNA 2016, agli OAS e ai Responsabili per la prevenzione della corruzione e trasparenza aziendali.

L'Azienda ne recepisce i contenuti, con particolare riferimento al sistema di responsabilità e di relazioni in essa delineato tra Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza (RPCT), OIV regionale ed OAS aziendale:

- verifica della corrispondenza tra misure pianificate nel PTPCT, documenti di pianificazione strategica ed obiettivi di budget di struttura ed individuali, oltre che della loro realizzazione in fase di verifica degli obiettivi stessi: competenza assegnata a livello aziendale all'OAS che rendiconta all'OIV regionale secondo le scadenze da questo definite;
- attestazione annuale degli obblighi di trasparenza e verifiche conseguenti: sulla base delle indicazioni dell'ANAC, l'OIV regionale fornisce al RPCT eventuali indicazioni metodologiche per la compilazione della griglia ANAC di attestazione; l'OAS collabora nella verifica di congruenza tra quanto attestato nella griglia e quanto pubblicato in Amministrazione trasparente, evidenziando eventuali criticità e trasmettendo i risultati all'OIV regionale; l'OIV verifica quanto ricevuto e rilascia l'attestazione all'Azienda che la pubblica sul proprio sito secondo le indicazioni dell'ANAC;
- parere obbligatorio sui Codici di Comportamento: l'OAS effettua l'istruttoria preliminare sui requisiti e contenuti del Codice, utilizzando una checklist prevista dall'OIV regionale e condivisa dai RPCT a livello regionale, inviando i risultati all'OIV regionale che esprime formalmente il parere previsto dall'art. 54 c. 5 D.Lgs.165/2001. Questo percorso è stato rispettato in occasione dell'adozione del nuovo Codice di Comportamento Aziendale adottato nel corso del 2018.

Si rimanda per approfondimenti alla delibera n. 4/2016 dell'OIV regionale, pubblicata in Amministrazione Trasparente, sezione "Disposizioni generali" - sottosezione "Atti generali" nonché nella sezione "Controlli e rilievi sull'amministrazione" – sottosezione "Organismi indipendenti di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe".

11. SISTEMI DI MONITORAGGIO

Il monitoraggio e il riesame rappresentano strumenti specificatamente volti alla verifica dell'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e dell'efficacia dei sistemi di prevenzione del rischio adottati in azienda, anche ai fini di identificare aree e progetti di miglioramento all'interno del sistema.

L'Azienda, fin dal primo anno di vigenza del Piano, ha sperimentato modalità di monitoraggio pensando a un progetto "in divenire", arricchendolo in corso d'opera grazie all'esperienza maturata e ai contributi degli attori aziendali coinvolti nel percorso.

I risultati dell'attività di monitoraggio, di cui è assicurato un supporto documentale idoneo a tracciare le attività svolte, costituiscono indicazioni e approfondimenti utili ai fini dell'implementazione della qualità del processo di prevenzione della corruzione e una puntuale fonte d'informazioni per il Responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione, per la trasparenza e l'integrità, utile ai fini della redazione della relazione annuale, e per la predisposizione delle attività future. Degli esiti è stata sempre data ampia diffusione alla Direzione aziendale e a tutte le strutture coinvolte e, nel caso di scostamenti rispetto agli interventi pianificati, sono fornite puntuali indicazioni operative alle quali prestare osservanza.

L'esito delle verifiche effettuate e le relative valutazioni concorrono all'attribuzione di un unico punteggio finale per ogni unità organizzativa aziendale; punteggio che concorre a definire, insieme con altri indicatori, i risultati in termini di performance di Dirigenti e strutture di appartenenza.

Metodologicamente il percorso di monitoraggio si svolge attraverso due ambiti di intervento:

- Controllo sullo stato di attuazione delle indicazioni e delle misure di prevenzione della corruzione contenute nel Piano;
- Controllo sull'implementazione del sito *Amministrazione Trasparente*.

MODALITÀ ATTUATIVE

Trasparenza:

Il sistema informatico di gestione documentale aziendale, utilizzato anche per le pubblicazioni su *Amministrazione Trasparente*, è stato sviluppato con specifiche funzionalità che permettono di selezionare tipologie/sezioni di pubblicazioni, struttura, responsabile e periodo di riferimento e consentono di ottenere tabelle riepilogative che, utilizzando la funzionalità di analisi progressiva (*drill down*), agevola considerevolmente l'attività di campionamento. La struttura verificata può visualizzare i controlli effettuati.

Vengono costituiti nuclei di tre verificatori, individuati tra i componenti del Comitato Anticorruzione, appositamente organizzati, che svolgono la verifica "da remoto" e trasversalmente per sezioni del sito aziendale *Amministrazione Trasparente*. Per ogni sezione e per ogni struttura sono verificati, a campione, tre oggetti pubblicati ai quali è attribuito un punteggio. Ogni nucleo approfondisce poi ulteriormente una specifica sezione.

Al termine degli accertamenti è prevista la produzione di un report per singola struttura nel quale è integrato il risultato finale della valutazione.

In considerazione delle caratteristiche, tempistiche e dei risultati ottenuti nel tempo si ritiene, anche per l'anno 2022, di mantenere sostanzialmente invariato l'impianto collaudato dove ogni sezione di Amministrazione Trasparente viene monitorata. Lo stesso dicasi per le modalità operative utilizzate.

Misure di prevenzione della corruzione:

La verifica sull'attuazione delle misure di prevenzione previste nel Piano si è svolta direttamente presso le strutture aziendali, attraverso specifici incontri organizzati tra i verificatori, designati tra i membri del Comitato Anticorruzione, i Direttori delle strutture e i referenti locali. Della verifica è redatto apposito verbale che evidenzia i controlli effettuati con i relativi risultati.

PER IL 2022

Nel corso del 2022, a seguito di una approfondita analisi dell'attività di monitoraggio sino ad oggi svolta e nell'ottica di un miglioramento ed arricchimento degli strumenti utili alla prevenzione della corruzione, come previsto nel PNA 2019, si ritiene di procedere alla verifica sull'attuazione delle misure di prevenzione previste nel presente Piano attraverso un monitoraggio di primo e di secondo livello.

Il monitoraggio di secondo livello: si svolgerà con cadenza annuale attraverso specifici incontri organizzati tra i verificatori, designati tra i membri del Comitato Anticorruzione, i Direttori delle strutture e i referenti locali e riguarderà:

- Tutti i processi valutati con rischio alto, critico e medio;
- Il 33% delle strutture aziendali con processi valutati a rischio basso e minimo (nel corso del triennio di vigenza del Piano saranno monitorati tutti i processi e le strutture aziendali).

Al fine dell'individuazione del 33% delle strutture da monitorare saranno applicati i seguenti criteri ragionati:

- 1) presenza di criticità riscontrate nei monitoraggi dell'ultimo triennio (punteggio inferiore a 100);
- 2) eventuali segnalazioni pervenute in corso d'anno da whistleblowing o altri canali;
- 3) strutture che non hanno fatto pervenire al RPCT la propria autovalutazione (monitoraggio di primo livello)

Il monitoraggio di primo livello: si svolgerà con cadenza annuale attraverso relazioni di autovalutazione redatte dai Direttori delle strutture e dai referenti locali, corredate di idonea documentazione a supporto, e riguarderà tutte le strutture aziendali ed i processi valutati a rischio basso e minimo non soggetti al monitoraggio di secondo livello.

A seguito dell'attività di monitoraggio è redatto apposito verbale che evidenzia i controlli effettuati con i relativi risultati.

Criteri di attribuzione dei punteggi:

I criteri per l'attribuzione dei punteggi sono comuni alle due modalità di rilevazione indicate; nelle schede di budget è presente un indicatore riferito alla sintesi degli esiti del monitoraggio relativo alla Prevenzione della corruzione, trasparenza e integrità, con un obiettivo standard fissato in un punteggio >70 punti.

I punteggi sono attribuiti secondo il seguente schema:

Punti		
100	=	Integrale adempimento
66	=	Prevalente adempimento
33	=	Prevalente inadempimento
0	=	Nessun adempimento

Pur garantendo la necessaria competenza da parte di chi controlla, viene comunque prevista periodicamente una rotazione dei componenti dei nuclei di controllo per evitare situazioni consolidate tra controllore e controllato.

Esiti del monitoraggio – anno 2021

La programmazione delle attività di monitoraggio nel corso del 2021, seppur in un contesto critico e orientato a contrastare l'emergenza sanitaria, ha subito solo alcune modifiche rispetto alla previsione.

E' stato possibile verificare sia l'implementazione del sito Amministrazione Trasparente portando a termine il monitoraggio con le stesse modalità utilizzate negli anni precedenti, sia procedere alla valutazione delle misure previste nel Piano Anticorruzione. I monitoraggi sui processi e sulle misure di contrasto alla corruzione sono stati portati comunque avanti, fatta eccezione per quelli riferiti al Dipartimento di Sanità Pubblica in quanto maggiormente impegnato nell'emergenza sanitaria. La disponibilità dell'Azienda è stata davvero significativa e da sottolineare positivamente in quanto ha dimostrato comunque attenzione al perseguimento degli obiettivi prefissati laddove ciò è stato possibile.

L'analisi è stata svolta complessivamente su 29 articolazioni aziendali (Dipartimenti/Servizi) interessate all'applicazione di misure di prevenzione.

Per la valutazione effettuata in materia di trasparenza, sono state controllate 27 strutture (2 strutture non soggette a obblighi nel 2021).

Per la valutazione del rispetto delle altre misure di prevenzione della corruzione sono state eseguite 25 visite presso le strutture (3 strutture non soggette a obblighi e 1 struttura non sottoposta a monitoraggio per le ragioni di cui sopra).

Tutte le articolazioni aziendali verificate hanno superato il valore minimo previsto per una valutazione positiva.

CONCLUSIONI

Si ritiene che i risultati del monitoraggio effettuato nel corso del 2021 sono stati positivi e superano ampiamente il punteggio standard previsto per il raggiungimento degli obiettivi di budget delle Unità Operative coinvolte.

12. SVILUPPO E AGGIORNAMENTO DEL PIANO

L'arco temporale di riferimento del presente piano è il triennio 2022-2024 e, in ottemperanza alla normativa vigente, il documento verrà aggiornato annualmente. Il Piano è stato predisposto e aggiornato secondo le indicazioni che ANAC ha emanato. Il metodo di lavoro utilizzato anche per la costruzione del presente Piano viene confermato ed è caratterizzato da un importante e fondamentale coinvolgimento dei responsabili e dei loro collaboratori e da una successiva diffusione sia all'interno che all'esterno.

La consapevolezza che il Piano è strumento di lavoro e di programmazione per affrontare con sempre migliore efficacia e completezza i temi della corruzione nella accezione più ampia, fa sì che il processo di individuazione, costruzione ed applicazione delle misure di prevenzione si caratterizzi come lavoro in costante progressione intesa come implementazione, revisione ed aggiornamento.

L'adozione del Piano ed i suoi aggiornamenti saranno pubblicati sul sito web aziendale e sulla intranet.

SEZIONE



AMMINISTRAZIONE  TRASPARENTE
(Dlgs n. 33 del 14 marzo 2013)

***LA MANCANZA DI TRASPARENZA SI TRADUCE IN SFIDUCIA E
IN UN PROFONDO SENSO DI INSICUREZZA.***

(DALAI LAMA)

SEZIONE TRASPARENZA

OBIETTIVI STRATEGICI IN MATERIA DI TRASPARENZA

La presente Sezione è redatta in ottemperanza alle disposizioni in materia di trasparenza, di cui al D. Lgs. n. 33/2013, così come modificato dal D. Lgs 97/2016, alle linee guida emanate da ANAC con delibera n. 1310/2017, nonché alle indicazioni dell'OIV Regionale di cui alla Delibera n. 4/2016.

In considerazione del fatto che la pubblicazione di dati rappresenta la principale modalità di attuazione della trasparenza, è necessario garantire un adeguato livello di trasparenza ed assicurare il più ampio sviluppo di una cultura della legalità.

Si ritiene infatti che il recepimento del lavoro sino ad oggi svolto in materia di trasparenza e le eventuali successive implementazioni, possano concretamente contribuire, da un lato, a rafforzare la fiducia dei cittadini-utenti nei confronti dell'amministrazione e, dall'altro lato, a coinvolgere e sensibilizzare tutto il personale rispetto ai percorsi attivati. Il cittadino-utente, portatore di quell'interesse pubblico nel cui perseguimento e nella cui tutela va ricercata la stessa ragion d'essere della pubblica amministrazione, diviene il diretto interlocutore della stessa, tenuta a renderlo partecipe della maggior parte delle proprie scelte aziendali.

La Trasparenza è tra gli obiettivi strategici esplicitati dalla Direzione Aziendale nella sua duplice accezione: sia come modalità di operare con riferimento all'intero ciclo di gestione della performance (Piano della performance, budget annuale e relazione sulla performance), sia intesa come adempimento di tutti i servizi aziendali nell'alimentazione e aggiornamento del sito Amministrazione Trasparente.

Nel corso del 2021, in applicazione della Delibera ANAC n. 468 del 16 giugno 2021 in materia di obblighi di pubblicazione degli atti di concessione, contributi, sussidi e attribuzione di vantaggi economici a persone fisiche ed enti pubblici e privati, attraverso un lavoro condiviso con il Tavolo di coordinamento Regionale degli RPCT, sono state individuate le tipologie di provvedimenti di competenza delle Aziende Sanitarie oggetto di pubblicazione obbligatoria, in quanto non rientranti nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

L'Azienda, come già in passato, prevede la pubblicazione sul proprio sito "Amministrazione Trasparente" di altre informazioni (oltre a quelle previste come obbligatorie) nella logica di rendere disponibili ulteriori dati che possano dar conto del funzionamento Aziendale e dei risultati raggiunti. Tali informazioni sono riportate nella Sezione "Altri contenuti" – sotto sezione: "Dati ulteriori".

Le pubblicazioni non più obbligatorie in base al D. Lgs. 97/2016 rimarranno visibili fino alla loro naturale scadenza ad eccezione di quelle informazioni, ancorché non più obbligatorie, che si è ritenuto o si riterrà di mantenere comunque alimentate nella Sezione "Altri contenuti".

INDIVIDUAZIONE DEI DIRIGENTI RESPONSABILI DELLA PRODUZIONE, AGGIORNAMENTO, TRASMISSIONE E PUBBLICAZIONE DEI DATI

Al fine di assicurare il più efficace svolgimento degli adempimenti relativi agli obblighi di pubblicazione obbligatoria di dati e informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività aziendale, si precisa che la pubblicazione di cui al D. Lgs. n. 33 del 2013 e s.m.i. costituisce parte del procedimento amministrativo che rientra tra i compiti dei singoli responsabili di procedimento, ovvero del soggetto titolare del potere sostitutivo ex art. 2 comma 9 bis della L. n. 241/1990.

Ai sensi dell'art. 43, comma 3, del D. Lgs n. 33 del 2013 e s.m.i. i dirigenti responsabili degli uffici sono pertanto tenuti a garantire il tempestivo e regolare flusso di informazioni da pubblicare sul sito istituzionale dell'Azienda secondo le modalità e le specifiche tecniche previste dal D. Lgs. n. 33 del 2013 e s.m.i. nonché dalle Delibere ANAC, dal presente Piano e quant'altro conferente al riguardo.

Si è scelto quindi un modello organizzativo a responsabilità diffusa nel senso che ogni articolazione Aziendale è responsabile per la pubblicazione dei propri dati. Altra regola organizzativa che si è definita, infatti, è che ogni struttura che produce il dato è anche titolare della sua pubblicazione e del suo aggiornamento. Pertanto, salvo poche ed evidenziate eccezioni, l'allegata griglia è stata costruita con questa modalità.

L'inadempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, peraltro, nella nostra organizzazione costituisce elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale, eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione ed è comunque valutato ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale dei responsabili.

Nella tabella allegata (All. 4) al presente Piano, si riporta nel dettaglio:

- 1) la generica descrizione degli obblighi di pubblicazione: colonna "Denominazione del singolo obbligo";
- 2) la descrizione nel dettaglio degli obblighi di pubblicazione vigenti: colonna "Contenuti dell'obbligo";
- 3) la periodicità di aggiornamento del dato/informazione pubblicato: colonna "Aggiornamento";
- 4) l'indicazione del Servizio/Struttura aziendale il cui Direttore è responsabile della produzione, pubblicazione e aggiornamento del dato o, nell'ipotesi in cui la responsabilità non sia in capo al medesimo soggetto, la distinzione tra le diverse responsabilità di cui sopra: colonna "Direttore responsabile della produzione, pubblicazione e aggiornamento del dato";
- 5) l'indicazione precisa del termine di scadenza per l'aggiornamento del dato: colonna "Termini di effettivo aggiornamento";
- 6) l'indicazione dello stato e delle modalità di pubblicazione dove sono specificati gli obblighi a cui l'Azienda ha già ottemperato nonché le modalità di adempimento: colonna "Stato/Modalità di pubblicazione".
- 7) L'indicazione della pubblicazione di banche dati ex "art. 9 bis".

Nel corso di validità del presente PTPCT 2022-2024 si provvederà all'aggiornamento dei dati, nei modi e nei tempi previsti dalla normativa.

PERIODICITÀ DELLE PUBBLICAZIONI DEI DATI/INFORMAZIONI SU AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE

La sezione del sito istituzionale "Amministrazione Trasparente" viene alimentata attraverso l'applicativo aziendale di gestione documentale.

Nelle pubblicazioni del sito sono presenti la "data pubblicazione", che coincide con il giorno in cui il dato è visibile sul sito "Amministrazione Trasparente" nonché la "data ultima modifica" che corrisponde alla data in cui le informazioni pubblicate sono state aggiornate e/o modificate.

Le informazioni pubblicate sono archiviate automaticamente dall'applicativo di gestione documentale trascorsi 5 anni dalla data di pubblicazione (decorrenti dalla data del 1° gennaio dell'anno successivo rispetto a quello di pubblicazione). Nei casi in cui la pubblicazione abbia termini diversi rispetto ai 5 anni, in particolare nei casi previsti dalla normativa e comunque fino a che gli atti producono i loro effetti, la data del ritiro della pubblicazione è inserita manualmente dal Responsabile della pubblicazione. La responsabilità in merito alla valutazione della "data di ritiro" è in capo al Responsabile della pubblicazione.

I tempi di inserimento dei dati e la frequenza del loro aggiornamento è quella prevista dalla legge e dettagliatamente sintetizzata nella tabella allegata (All. 4) secondo le indicazioni dettate dall'ANAC, in particolare:

- per aggiornamento tempestivo, così come indicato dall'OIV Regionale (nota protocollo 23201 del 14/03/2016), deve intendersi che l'aggiornamento sia effettuato entro 30 giorni dalla data di disponibilità dell'informazione, salvo diverse tempistiche espressamente previste dalle norme;
- per aggiornamento trimestrale/semestrale: deve intendersi la pubblicazione dei dati entro 30 giorni dalla data di scadenza del trimestre/semestre di riferimento;
- per aggiornamento annuale: deve intendersi la pubblicazione dei dati entro 30 giorni dalla data di scadenza dell'annualità di riferimento, salvo diverse tempistiche indicate espressamente nella griglia allegata.

Ai sensi dell'art. 9 bis del D. Lgs. 33/13 e s.m.i., l'Azienda Usl di Reggio Emilia, a seguito di espressa disponibilità da parte dell'Amministrazione detentrici della banca dati - di cui all'allegato B) del succitato decreto - ha provveduto a rendere disponibili i dati attraverso un collegamento ipertestuale pubblicato nel sito Amministrazione Trasparente, come si evince dall'allegata griglia (All. 4).

Sono stati implementati i collegamenti con le Banche Dati, il cui accesso è stato reso disponibile dalle Amministrazioni detentrici. Per le Banche Dati già attive ma non completamente conformi a quanto previsto dal D.Lgs. 33/2013 e s.m.i., in attesa dell'aggiornamento e dell'implementazione da parte delle amministrazioni detentrici, l'Azienda Usl provvede alla pubblicazione di tutti i dati anche nel proprio sito aziendale.

MISURE ORGANIZZATIVE VOLTE AD ASSICURARE LA REGOLARITÀ E LA TEMPESTIVITÀ DEI FLUSSI INFORMATIVI

L'Azienda Usl di Reggio Emilia individua, nel rispetto del principio di uguaglianza e non discriminazione, misure e strumenti di comunicazione adeguati a raggiungere il numero più ampio di stakeholder e cittadini.

La pubblicazione on line delle informazioni è effettuata in coerenza con quanto previsto dalle "Linee Guida Siti Web" (trasparenza, aggiornamento e visibilità dei contenuti, accessibilità e usabilità), tenendo in particolare conto le "Linee guida per i siti web della PA" (art. 4 della Direttiva n. 8/2009 del Ministero per la pubblica amministrazione e l'innovazione, la cui versione più recente è stata pubblicata il 26 luglio 2010 sul sito del Ministero), con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

- trasparenza e contenuti minimi dei siti pubblici;
- aggiornamento e visibilità dei contenuti;
- accessibilità e usabilità;
- classificazione e semantica;
- formati aperti;
- contenuti aperti.

Il RPCT con il supporto del Comitato Anticorruzione Aziendale, al fine di dare uniformità e coerenza alle informazioni pubblicate sul sito "Amministrazione Trasparente", ha redatto e periodicamente aggiornato un **"Manuale Operativo – Regole per una buona pratica di gestione del sito Amministrazione Trasparente"** che tiene conto delle novità intervenute e soprattutto delle

problematiche evidenziate in occasione dei monitoraggi interni operati sulle pubblicazioni e contiene indicazioni specifiche e dettagliate per la pubblicazione di dati, informazioni e documenti per tutte le sezioni e sotto-sezioni contenute in Amministrazione Trasparente.

Nel corso del 2022 si procederà all'aggiornamento del Manuale Operativo ed alla successiva trasmissione a tutti i Dirigenti Responsabili al fine di garantire una sempre maggiore chiarezza dei contenuti e degli obblighi di trasparenza.

Particolarmente significativo dal punto di vista dell'organizzazione e della funzionalità del sistema di pubblicazione su Amministrazione Trasparente risulta essere l'applicativo aziendale di gestione documentale (Docsuite PA). Il sistema integra dati e documenti aziendali che li convogliano anche da applicativi diversi e si configura come uno strumento utile anche per la pubblicazione guidata, contestuale ed automatica su una o più sezioni del sito.

L'impostazione sopra descritta agevola le modalità operative in termini di riduzione dei tempi di lavoro e riduzione dei possibili errori o ritardi nell'adempimento favorendo quindi la regolarità e la tempestività dei flussi di informazioni oggetto di pubblicazione.

Di particolare rilevanza a questo fine si evidenzia la funzionalità relativa alla pubblicazione delle delibere, dei provvedimenti dirigenziali e dei documenti oggetto di protocollo direttamente sul sito Amministrazione Trasparente. Questa modalità di pubblicazione crea un collegamento tra il provvedimento e la relativa registrazione di inserimento sul sito. La funzionalità garantisce la possibilità di verificare quali provvedimenti/documenti hanno generato delle pubblicazioni su Amministrazione Trasparente.

Ulteriore misura organizzativa introdotta dall'Azienda per il raggiungimento degli obiettivi di trasparenza si è realizzata attraverso la nomina di "Referenti Locali per prevenzione della corruzione e della trasparenza"; ogni Responsabile di Servizio/Struttura ha nominato un proprio collaboratore che rappresenta il collegamento tra l'RPCT, il Comitato Aziendale Anticorruzione e Trasparenza ed il Direttore del servizio di appartenenza in relazione agli aspetti collegati agli obblighi di pubblicazione. I referenti possono avvalersi anche del supporto di specifiche figure formate ad hoc all'interno del Comitato Anticorruzione Aziendale.

MISURE DI MONITORAGGIO E VIGILANZA A GARANZIA DELL'ATTUAZIONE DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA A SUPPORTO DELL'ATTIVITÀ DI CONTROLLO DA PARTE DEL RESPONSABILE DELLA TRASPARENZA

Sul corretto adempimento delle disposizioni in materia di trasparenza sono previste forme specifiche di monitoraggio e controllo sia da parte di soggetti interni all'organizzazione che da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione Regionale (O.I.V.).

Al Responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione, per la Trasparenza e l'integrità, al fine di assicurare l'adempimento delle previsioni normative in materia di trasparenza, sono attribuiti poteri di impulso. Lo stesso provvede, nell'ambito di quelle che sono le sue competenze, ad adottare misure organizzative idonee a garantire l'assolvimento dei relativi obblighi di cui quelle descritte nei paragrafi precedenti sono un esempio.

• Monitoraggio interno

Per quanto riguarda il monitoraggio interno si rinvia a quanto esposto nel presente Piano al paragrafo – "Sistemi di Monitoraggio".

• Vigilanza a garanzia dell'attuazione degli obblighi di trasparenza

L'Organismo Indipendente di Valutazione Regionale (O.I.V.) svolge importanti compiti in materia di verifica sull'assolvimento degli adempimenti degli obblighi di trasparenza e di integrità attraverso una specifica attività di vigilanza. Ci si riferisce in particolare ai compiti indicati nelle delibere O.I.V. n.

1/2014 e n. 2/2015 e 4/2016 cui si rimanda per ogni ulteriore specificazione. L'organismo di valutazione regionale è coadiuvato a livello locale dall'Organismo Aziendale di Supporto (O.A.S.), deputato all'espletamento di quanto indicato nelle delibere sopra richiamate. L'O.A.S. aziendale è stato recentemente rinominato con Delibera del Direttore Generale n. 380 del 9/11/2020 e successiva delibera 455 del 24/12/2020.

La stessa ANAC, nel Piano Nazionale Anticorruzione 2019 ribadisce l'importanza dell'attività dell'OIV di attestazione dei dati pubblicati. L'Autorità individua annualmente gli obblighi di pubblicazione oggetto dell'attestazione e definisce le modalità per la predisposizione dell'attestazione, da effettuarsi, di norma, entro il 30 aprile di ogni anno. L'attestazione avrà ad oggetto non solo la verifica della pubblicazione dei dati, ma anche l'esistenza di misure organizzative idonee ad assicurare il funzionamento dei flussi informativi ai fini della pubblicazione dei dati medesimi.

Le schede di attestazione predisposte dal Responsabile della Trasparenza saranno verificate dall'OAS e successivamente trasmesse all'OIV SSR, che effettuerà la propria valutazione sulla griglia, predisporrà la scheda di sintesi ed emetterà l'attestazione.

Le attestazioni sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione sono disponibili sul sito Amministrazione Trasparente – sezione: “Controlli e rilievi sull'amministrazione” sotto-sezione: “Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe”.

TRASPARENZA E PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

L'applicazione del Regolamento Europeo 2016/679 in materia di *“protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati...”* e l'entrata in vigore del D.Lgs. n. 101/2018 di adeguamento del D.Lgs. 196/2003 alle disposizioni del Regolamento Europeo, hanno richiesto di riconsiderare la portata della disciplina in materia di protezione dei dati personali. Il lavoro di revisione ha coinvolto anche il rapporto tra le norme in materia di privacy e le norme in materia di trasparenza con particolare riferimento all'adempimento degli obblighi di pubblicazione, previsti dal D.Lgs 33/2013, sul sito web istituzionale.

Le disposizioni di cui al D.Lgs 33/2013 rappresentano il presupposto giuridico per la pubblicazione dei dati, anche personali, sul sito “Amministrazione Trasparente”. Nella consapevolezza che occorra governare il delicato equilibrio tra le due legittime istanze, l'Azienda opera un'azione di indirizzo e controllo sulle modalità di gestione dei dati personali e ha impartito, attraverso il proprio Ufficio Privacy, indicazioni circa la pertinenza, l'adequatezza e la limitazione nella pubblicazione dei dati personali (sanciti all'art. 5 del Regolamento UE 2016/679). Il principio che sottende è quello per cui i dati personali possono essere oggetto di pubblicazione **solo se previsto esplicitamente da una norma di legge**. L'Azienda attraverso adeguate azioni di formazione del personale, divulgazione di regolamenti aggiornati a cura del competente ufficio privacy, ha investito in un percorso di responsabilizzazione dei soggetti delegati al trattamento e degli incaricati, favorendo un sistema aziendale attento alla tematica e alle possibili conseguenze che la violazione dei principi ispirati alla privacy possa comportare.

L'Azienda ha provveduto tempestivamente alla nomina del Data Protection Officer (DPO) e si è dotata di un Ufficio Privacy che insieme supportano le articolazioni aziendali in termini di indirizzo e di consulenza per garantire la corretta gestione dei dati considerando la particolare delicatezza di quelli che un'Azienda sanitaria si trova a governare. DPO e Ufficio Privacy sono interlocutori su questi temi del RPCT.

STRUMENTI E TECNICHE DI RILEVAZIONE DELL'EFFETTIVO UTILIZZO DEI DATI DA PARTE DEGLI UTENTI DELLA SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"

E' attivo da diversi anni un sistema atto a verificare l'andamento degli accessi al sito aziendale "Amministrazione Trasparente" attraverso Google Analytics. In particolare il sistema è in grado di fornire informazioni, per un determinato periodo di tempo, sul numero di utenti che hanno fatto accesso al sito aziendale, la nazionalità, il numero di visualizzazioni di pagine, il numero delle sessioni, la durata media delle sessioni e la percentuale di nuovi visitatori.

Già da diversi anni è stato reso pubblico l'indicatore delle visite, in grado di registrare le informazioni relative al numero di utenti che hanno fatto accesso al sito e, in particolare, al numero degli accessi ad ogni singola sezione e sotto-sezione del sito Amministrazione Trasparente. Nella home page del sito Amministrazione Trasparente, accedendo a "Statistiche di accesso", è possibile visualizzare in formato tabellare i contatori delle visite nelle singole sotto-sezioni.

INIZIATIVE DI COMUNICAZIONE E TRASPARENZA

L'Azienda Usl di Reggio Emilia ha garantito momenti di confronto e di ascolto per conseguire alcuni degli obiettivi fondamentali della trasparenza:

- la partecipazione degli stakeholder e dei cittadini per individuare le informazioni di concreto interesse per la collettività degli utenti;
- il coinvolgimento degli stakeholder e cittadini nell'attività dell'amministrazione al fine di migliorare la qualità dei servizi e il controllo sociale.

Nel corso del 2021, a fronte dell'emergenza pandemica tutt'ora in atto, non è stato possibile perpetrare iniziative portate avanti negli anni precedenti e nelle forme ordinarie.

Pertanto, in accordo con la Regione Emilia Romagna è stata realizzata comunque la giornata della Trasparenza che si è svolta in data 14 gennaio 2022 dal titolo: "I nuovi orizzonti del sistema anticorruzione e trasparenza dopo il D.L. n. 80/2021", l'evento era destinato agli enti regionali Arpa, Arl, Er.Go e alle Aziende del Sistema Sanitario Regionale.

Nell'incontro sono stati affrontati i seguenti argomenti:

- Il Piano Integrato Attività e Organizzazione (PIAO) quale strumento di integrazione tra Performance Management e Corruption Risk Management nella prospettiva della creazione del valore pubblico;
- L'esperienza dell'Agenzia Regionale per la Prevenzione e l'Ambiente nella costruzione del Piano Integrato Attività e Organizzazione;
- Integrazione degli strumenti di pianificazione, programmazione, controllo, gestione e gradimento;
- Importanza della digitalizzazione nell'integrazione degli strumenti di pianificazione.

MISURE PER ASSICURARE L'EFFICACIA DEGLI ISTITUTI "ACCESSO CIVICO" E "ACCESSO GENERALIZZATO"

Come previsto nella Delibera Anac n. 1309/2016, l'Azienda Usl di Reggio Emilia ha provveduto ad adottare il "Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso agli atti e ai documenti amministrativi, del diritto di accesso civico e del diritto di accesso civico generalizzato" (delibera del Direttore generale n. 138/2017), nel quale vengono disciplinati e coordinati sia i profili applicativi delle tipologie di accesso previste dalla normativa sia i profili organizzativi.

Il regolamento è pubblicato in Amministrazione Trasparente sezione “Disposizioni generali” sotto-sezione “Atti generali”.

- **Accesso civico**

L'accesso civico, è il diritto di chiunque a richiedere documenti, informazioni o dati che la pubblica amministrazione abbia omesso di pubblicare pur avendone l'obbligo; la richiesta di accesso non è sottoposta ad alcuna limitazione in merito alla legittimazione soggettiva del richiedente, non deve essere motivata, è gratuita e deve essere presentata, anche a mezzo mail, al Responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione, della Trasparenza e integrità. Il Responsabile della Trasparenza presidia la casella di posta elettronica dedicata (info.affarigenerali@ausl.re.it) e la casella di posta elettronica certificata (info@pec.ausl.re.it), l'istanza viene trasmessa al Responsabile dell'ufficio tenuto alla pubblicazione oggetto di richiesta, il quale, entro 30 giorni pubblica sul sito Amministrazione Trasparente il dato e contemporaneamente comunica al richiedente l'avvenuta pubblicazione, allegando il relativo collegamento ipertestuale. Nella sezione del sito Amministrazione Trasparente: “Altri contenuti”, sotto-sezione: “Accesso Civico”, è pubblicata la procedura operativa con le relative modalità di esercizio del diritto di “Accesso civico”.

- **Accesso generalizzato**

A seguito dell'introduzione del Freedom Information ACT (FOIA) o “accesso generalizzato”, chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di obbligo di pubblicazione, nel rispetto dei limiti tassativamente stabiliti dalla norma.

La disposizione ha lo scopo di favorire forme diffuse di controllo sulla Pubblica Amministrazione e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e, in un contesto di modifica assai significativa, diventa strumento di tutela dei diritti dei cittadini e di promozione della partecipazione all'attività amministrativa. In altre parole vuole essere uno strumento di controllo democratico sull'operato della Pubblica Amministrazione che fa della trasparenza la regola e del segreto e della riservatezza le eccezioni.

La richiesta di accesso generalizzato, è trasmessa al Servizio Affari Generali - quale struttura competente per la valutazione dell'istanza - tramite posta elettronica tradizionale (info.affarigenerali@ausl.re.it), casella di posta elettronica certificata (info@pec.ausl.re.it) o a mezzo del servizio postale (Azienda Usl di Reggio Emilia – Servizio Affari Generali - Via Amendola n.2 - 42122 Reggio Emilia). Ricevuta la richiesta, il Servizio Affari Generali provvede all'inoltro al servizio dell'Azienda che detiene il dato, al fine di consentire al richiedente di prendere visione o di ottenere copia dei documenti, dati o informazioni oggetto dell'istanza, entro il termine di 30 giorni. Laddove la richiesta di accesso possa incidere su interessi connessi alla protezione dei dati personali, o alla libertà o segretezza della corrispondenza, oppure agli interessi economici e commerciali (ivi compresi la proprietà intellettuale, il diritto d'autore e i segreti commerciali), l'Azienda Usl ne dà comunicazione ai soggetti titolari di tali interessi, mediante invio di copia dell'istanza. Il soggetto controinteressato può presentare eventuale motivata opposizione all'accesso, entro 10 giorni dalla ricezione della comunicazione. Decorso tale termine l'Azienda Usl provvede sulla richiesta di accesso, dopo aver comunque accertato l'avvenuta ricezione della comunicazione da parte del controinteressato.

Nel caso di diniego (totale o parziale), ritardo o mancata risposta da parte del Servizio che detiene il dato, il richiedente può ricorrere al titolare del potere sostitutivo, individuato nel Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza dell'Azienda Usl di Reggio Emilia.

Nella sezione del sito Amministrazione Trasparente: “Altri contenuti”, sotto-sezione: “Accesso Civico”, è pubblicata la procedura operativa e le relative modalità di esercizio del diritto di “Accesso generalizzato”.

ALLEGATO 1 "VALUTAZIONE INDICE RISCHIOSITA' "

VALUTAZIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO 2021-2023																		
AREA DI RISCHIO GENERALE CONTRATTI PUBBLICI		CONTRATTI PUBBLICI																
		FASE/PROCESSO	STRUTTURA RESPONSABILE	PROBABILITA'									IMPATTO					VALUTAZIONE DEL RISCHIO
				P.1	P.2	P.3	P.4	P.5	P.6	P.7	P.8	PROBABILITA'	I.1	I.2	I.3	I.4	IMPATTO	
1 - Programmazione	1	Analisi e definizione dei fabbisogni contrattuali generali e degli oggetti degli affidamenti	1) 2) 3) 4)7) Direttore DIA; Direttore Servizio Approvvigionamenti, Direzione Operativa Area Vasta; 5) Direttore DIA e Direttore Servizio Approvvigionamenti 6) Direzione Operativa AVEN 8) Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	A	B	M	M	B	B	B	B	BASSO	B	B	B	B	BASSO	RISCHIO MINIMO
	2	Predisposizione ed adozione della programmazione biennale di acquisizione di forniture e servizi e degli aggiornamenti annuali		M	B	M	M	B	B	B	B	BASSO	B	B	B	B	BASSO	RISCHIO MINIMO
	2 BIS	Interventi extra programmazione in regime emergenziale		A	A	M	A	B	B	A	A	ALTO	B	A	B	A	ALTO	RISCHIO ALTO
	3	Pubblicazioni e comunicazioni connesse all'adozione della programmazione (profilo committente, tavolo soggetti aggregatori)		B	B	B	B	B	B	B	B	BASSO	B	B	B	M	BASSO	RISCHIO MINIMO
	4	Redazione ed aggiornamento del programma triennale dei lavori		M	B	B	B	B	B	B	B	B	BASSO	B	B	B	M	BASSO
2 - Progettazione	5	Valutazione della richiesta di acquisto e verifica sua presenza nella programmazione.	1) Direttore DIA 2) Direttore DIA Direzione Operativa Area Vasta; 3) Direttori dei servizi :Direttore Servizio Approvvigionamenti, Unità Logistica Centralizzata (ULC) e Logistico Alberghiero, Ingegneria Clinica, ICT, Direzione Sanitaria	B	B	B	B	B	B	B	B	BASSO	B	B	B	B	BASSO	RISCHIO MINIMO
	6	Verifica presenza di convenzioni dei soggetti aggregatori o dell'avvenuto inserimento nella programmazione di questi ultimi dell'oggetto della richiesta d'acquisto	1) Direttore DIA Direttore Servizio Approvvigionamenti 2) e 3) Direttore Servizio Approvvigionamenti, Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	B	B	B	B	B	B	B	B	BASSO	B	B	B	B	BASSO	RISCHIO MINIMO
	7	Individuazione RUP (o sostituzione)	1) 2) 4) 6) Direttore Servizio Approvvigionamenti, Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale 3) 5) Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	M	B	B	M	B	B	B	B	BASSO	B	B	B	M	BASSO	RISCHIO MINIMO
	8	Svolgimento indagini di mercato - pubblicazione di avvisi esplorativi	Direttore Servizio Approvvigionamenti, Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	M	M	A	M	B	M	M	M	MEDIO	B	M	B	A	MEDIO	RISCHIO MEDIO

CONTRATTI PUBBLICI																	
	FASE/PROCESSO	STRUTTURA RESPONSABILE	PROBABILITA'									IMPATTO					VALUTAZIONE DEL RISCHIO
			P.1	P.2	P.3	P.4	P.5	P.6	P.7	P.8	PROBABILITA'	I.1	I.2	I.3	I.4	IMPATTO	
9	Verifica esclusività/infungibilità tramite avviso esplorativo, valutazione eventuali candidature e definizione della procedura per la soddisfazione di quel fabbisogno	1) Direttore DIA 2) 3) Direttori Servizio Logistico Alberghiero; Direttore Servizio Approvvigionamenti ; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale ; Direttore Servizio Ingegneria Clinica, Direttore ICT – Direttore Dipartimento Farmaceutico, ULC; Direttore Presidio Ospedaliero. 4) Direttore Servizio Approvvigionamenti	M	M	A	M	B	B	M	M	MEDIO	B	A	B	A	ALTO	RISCHIO CRITICO
10	Individuazione dei componenti il gruppo tecnico incaricato di definire il Capitolato tecnico	1) 3) Servizio Approvvigionamenti 2) 4) Direzione Operativa AVEN, Direttore DIA	M	B	B	M	B	B	B	B	BASSO	B	B	B	M	BASSO	RISCHIO MINIMO
11	Quantificazione dei fabbisogni di gara	1) Servizio Approvvigionamenti 2) Direttore DIA	M	B	M	M	B	B	B	M	MEDIO	B	B	B	B	BASSO	RISCHIO BASSO
12	Scelta della procedura di aggiudicazione	1) 2) 3) 4) Direttore Servizio Approvvigionamenti, Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale 3) 4) Direttore del Servizio Logistico Alberghiero, Direttore ULC,	M	B	M	M	B	B	B	M	MEDIO	B	B	B	M	BASSO	RISCHIO BASSO
13	Predisposizione documentazione di gara con definizione criteri di partecipazione, criteri di aggiudicazione, item di valutazione qualità e definizione importo a base d'appalto	Direttore DIA Direttore Approvvigionamenti Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	M	B	M	M	B	B	B	M	MEDIO	B	A	M	A	ALTO	RISCHIO CRITICO

	CONTRATTI PUBBLICI																	
		FASE/PROCESSO	STRUTTURA RESPONSABILE	PROBABILITA'								IMPATTO					VALUTAZIONE DEL RISCHIO	
				P.1	P.2	P.3	P.4	P.5	P.6	P.7	P.8	PROBABILITA'	I.1	I.2	I.3	I.4		IMPATTO
	14	Predisposizione documentazione richiesta offerta per acquisti diretti (non infungibili) Inferiori a €.40.000	Direttore Approvvigionamenti, Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	M	B	B	M	B	B	B	B	BASSO	B	B	B	B	BASSO	RISCHIO MINIMO
	14 bis	Predisposizione documentazione richiesta offerta per acquisti diretti (non infungibili) DL Semplificazione r Beni e servizi importo Inferiore a €75.000 Lavori importo inferiore a 150.000	Direttore Approvvigionamenti, Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	A	M	M	M	B	B	B	A	MEDIO	B	M	B	M	MEDIO	RISCHIO MEDIO
	15	Accettazione di donazioni di beni mobili o di apparecchiature elettromedicali	Direttori Servizi: Ingegneria Clinica, Approvvigionamenti e Presidio Ospedaliero	M	B	B	M	B	B	B	B	BASSO	B	B	B	M	BASSO	RISCHIO MINIMO
	16	Accettazione Comodati d'uso	Direttori Servizi: Ingegneria Clinica, Approvvigionamenti e Presidio Ospedaliero	B	B	B	B	B	B	B	B	BASSO	B	B	B	M	BASSO	RISCHIO MINIMO
3 - Selezione del contraente																		
	17	Pubblicazioni e comunicazioni connesse all'indizione della gara (profilo committente,piattaforma SATER)	Direttore Approvvigionamenti; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	B	B	B	M	B	B	B	B	BASSO	B	B	B	M	BASSO	RISCHIO MINIMO
	18	Invio invito operatori economici (sottosoglia) DL Semplificazione: Forniture e servizi (compresi servizi tecnici) da 75.000 fino alle soglie x Lavori varie fasce da150.000 fino alla soglia	Direttore Approvvigionamenti;	B	B	M	B	B	B	B	B	BASSO	B	B	M	M	MEDIO	RISCHIO BASSO
			Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	A	M	A	A	B	B	B	A	ALTO	B	M	B	M	MEDIO	RISCHIO CRITICO
	19	Gestione chiarimenti, quesiti, rettifiche, sopralluoghi, proroghe dei termini	Direttore Approvvigionamenti; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	M	B	B	M	B	B	B	B	BASSO	B	B	B	M	BASSO	RISCHIO MINIMO
	20	Ricezione offerte	Direttore Approvvigionamenti; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	B	B	B	B	B	B	B	B	BASSO	B	B	B	B	BASSO	RISCHIO MINIMO
	20 BIS	Procedure di affidamento in emergenza - Riduzioni tempistiche	Direttore Approvvigionamenti; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	M	M	A	M	B	M	M	A	MEDIO	B	A	A	M	ALTO	RISCHIO CRITICO
	21	Valutazione documentazione amministrativa	Direttore Approvvigionamenti; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	M	B	M	M	B	B	B	B	BASSO	B	M	B	M	MEDIO	RISCHIO BASSO
22	Nomina Commissione Giudicatrice	1) 2) 4) 5) Direttore DIA 3) 6) Direttore Approvvigionamenti; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	M	B	M	M	B	B	B	M	MEDIO	B	A	M	A	ALTO	RISCHIO CRITICO	

	CONTRATTI PUBBLICI																	
	FASE/PROCESSO	STRUTTURA RESPONSABILE	PROBABILITA'										IMPATTO					VALUTAZIONE DEL RISCHIO
			P.1	P.2	P.3	P.4	P.5	P.6	P.7	P.8	PROBABILITA'	I.1	I.2	I.3	I.4	IMPATTO		
4 - Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto	23	Valutazione tecnica offerte in caso di aggiudicazione con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa	1) Direttore DIA 2) 3) Direttore Approvvigionamenti; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	A	M	A	A	B	B	M	M	ALTO	B	A	M	A	ALTO	RISCHIO ALTO
	24	Valutazione economica offerte	Direttore Approvvigionamenti; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	B	B	B	B	B	B	B	B	BASSO	B	B	B	B	BASSO	RISCHIO MINIMO
	25	Verifica di anomalia delle offerte	Direttore Approvvigionamenti; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	M	B	M	M	B	B	B	M	MEDIO	B	M	M	M	MEDIO	RISCHIO MEDIO
	26	Controlli pre aggiudicazione/pre stipula	Direttore Approvvigionamenti; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	M	B	M	M	B	B	B	B	BASSO	B	M	B	B	BASSO	RISCHIO MINIMO
	27	Adozione/Efficacia atto di aggiudicazione	Direttore Approvvigionamenti; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	M	B	M	M	B	B	B	M	MEDIO	B	B	B	M	BASSO	RISCHIO BASSO
	28	Pubblicazioni e comunicazioni connesse all'adozione della aggiudicazione definitiva	Direttore Approvvigionamenti; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	B	B	B	M	B	B	B	B	BASSO	B	B	B	B	BASSO	RISCHIO MINIMO
	29	Annullamento della gara/ Revoca del bando	Direttore Approvvigionamenti; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	A	M	A	M	B	B	B	M	MEDIO	B	A	M	A	ALTO	RISCHIO CRITICO
4 - Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto	30	Stipula contratto/adesione convenzione e emissione ordinativo di fornitura	Direttore DIA , Direttore Approvvigionamenti; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	M	B	M	M	B	B	B	M	MEDIO	B	B	B	M	BASSO	RISCHIO BASSO
	31	Individuazione Direttore Esecuzione Contratto	1) Direttore DIA; 2) 3) Direttore Approvvigionamenti; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	M	B	B	M	B	B	B	B	BASSO	B	B	B	M	BASSO	RISCHIO MINIMO

CONTRATTI PUBBLICI																		
		FASE/PROCESSO	STRUTTURA RESPONSABILE	PROBABILITA'									IMPATTO					VALUTAZIONE DEL RISCHIO
				P.1	P.2	P.3	P.4	P.5	P.6	P.7	P.8	PROBABILITA'	I.1	I.2	I.3	I.4	IMPATTO	
5 - Esecuzione del Contratto	32	Autorizzazione al subappalto	1) 2) 3) Direttore Approvvigionamenti; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	M	M	M	B	B	B	B	M	MEDIO	B	M	B	M	MEDIO	RISCHIO MEDIO
	33	Ammissione delle varianti (compreso sesto quinto)	Direttore Approvvigionamenti; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	A	B	M	B	B	B	B	M	MEDIO	B	B	B	A	MEDIO	RISCHIO MEDIO
	34	Affiancamenti e sostituzioni in corso di contratto	1) 2) Direzione DIA 3) Servizio Approvvigionamenti ; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	M	B	M	M	B	B	B	M	MEDIO	B	M	B	M	MEDIO	RISCHIO MEDIO
	35	Verifiche in corso di esecuzione del contratto	1) Direttori Servizi: Logistico Alberghiero; 2) Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale; Direttori: Approvvigionamenti, Ingegneria Clinica; Tecnologie Informatiche e Telematiche, Logistico Alberghiero Direttore Dipartimento Farmaceutico, Direttore Presidio Ospedaliero, Direzione Operativa Area Vasta; 3) Direttore ULC; Direttore Servizio Approvvigionamenti 4) Direttore DIA	A	M	A	M	B	B	B	M	MEDIO	B	A	M	A	ALTO	RISCHIO CRITICO
	36	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)	1) Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale 2) Direttori Servizi: Prevenzione e Protezione, Logistico Alberghiero	B	B	B	B	B	B	B	B	BASSO	B	M	M	M	MEDIO	RISCHIO BASSO
	37	Apposizione di riserve	Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	M	B	A	B	B	B	B	M	MEDIO	B	M	M	M	MEDIO	RISCHIO MEDIO

	CONTRATTI PUBBLICI																	
	FASE/PROCESSO	STRUTTURA RESPONSABILE	PROBABILITA'									IMPATTO					VALUTAZIONE DEL RISCHIO	
			P.1	P.2	P.3	P.4	P.5	P.6	P.7	P.8	PROBABILITA'	I.1	I.2	I.3	I.4	IMPATTO		
	38	Gestione delle controversie, Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto.	Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale Patrimoniale	M	B	M	M	B	B	B	M	MEDIO	B	B	B	M	BASSO	RISCHIO BASSO
	38 BIS	Gestione Collegio Consultivo Tecnico art 6 DL 76/00	Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale Patrimoniale	M	B	M	M	B	B	B	M	MEDIO	B	B	B	M	BASSO	RISCHIO BASSO
	39	Effettuazione dei pagamenti in corso di esecuzione	1) Direttore ULC 2) 4) Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale Patrimoniale 3) Direttore Servizio Approvvigionamenti	M	B	A	M	B	B	M	M	MEDIO	B	B	B	M	BASSO	RISCHIO BASSO
6 - Rendicontazione del contratto	40	Procedimento di nomina del collaudatore (o della commissione di collaudo)	Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	M	B	M	B	B	B	B	B	BASSO	B	A	B	A	ALTO	RISCHIO MEDIO
	41	Verifica della corretta esecuzione con rilascio del certificato di collaudo o del certificato di verifica di conformità	1 e 2) Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale 3) Direttore Ingegneria Clinica	M	B	M	B	B	B	B	B	BASSO	B	A	B	M	MEDIO	RISCHIO BASSO

Area di rischio generale a) Contratti pubblici																		
Servizi e strutture coinvolti: Servizio Logistico Alberghiero, Servizio Ingegneria Clinica, Dipartimento Farmaceutico, Presidio Ospedaliero.																		
Esecuzione del Contratto																		
AREA DI RISCHIO		PROCESSO/ ATTIVITA'	STRUTTURA RESPONSABILE	PROBABILITA'									IMPATTO					VALUTAZIONE DEL RISCHIO
				P.1	P.2	P.3	P.4	P.5	P.6	P.7	P.8	PROBABILITA'	I.1	I.2	I.3	I.4	IMPATTO	
42	Area di rischio generale a) Contratti pubblici - Esecuzione del Contratto	Utilizzo di attrezzature/ materiali in prova a titolo dimostrativo	Servizio Ingegneria Clinica Dipartimento Farmaceutico	B	B	M	B	B	B	B	M	BASSO	B	B	B	A	BASSO	RISCHIO BASSO
43	Area di rischio generale a) Contratti pubblici - Esecuzione del Contratto	Gestione contrattuale biancheria	Servizio Logistico Alberghiero	M	B	M	A	B	B	B	B	BASSO	B	M	M	B	MEDIO	RISCHIO BASSO
44	Area di rischio generale a) Contratti pubblici - Esecuzione del Contratto	Gestione derrate alimentari	Servizio logistico Alberghiero	B	B	M	A	B	B	M	B	BASSO	B	M	M	B	MEDIO	RISCHIO BASSO
45	Area di rischio generale a) Contratti pubblici - Esecuzione del Contratto	Gestione magazzini economali	Servizio Logistico Alberghiero	B	M	M	A	B	B	B	B	BASSO	B	M	M	B	MEDIO	RISCHIO BASSO
46	Area di rischio generale a) Contratti pubblici - Esecuzione del Contratto	Controlli sulla gestione dei rifiuti sanitari	Presidio Ospedaliero (Igiene Ospedaliera)	B	A	A	B	B	B	B	M	BASSO	B	A	B	A	ALTO	RISCHIO MEDIO
Area di rischio generale a) contratti pubblici																		
Servizi coinvolti: Dipartimento Salute Mentale-Dipendenze Patologiche (DSMDP)																		
47	Area di rischio generale a) contratti pubblici	Inserimento in comunità degli utenti tossicodipendenti in carico al Sert	Dipartimento Attività Integrata Salute Mentale - Dipendenze Patologiche	B	B	A	M	B	B	B	M	BASSO	B	M	B	A	BASSO	RISCHIO BASSO
48	Area di rischio generale a) contratti pubblici	Inserimenti in struttura non accreditata di utenti adulti in carico al DSMDP	Dipartimento Attività Integrata Salute Mentale - Dipendenze Patologiche	M	M	A	M	B	B	B	M	MEDIO	B	M	M	A	MEDIO	RISCHIO MEDIO
Area di rischio generale b) Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine																		
Servizi coinvolti: Dipartimento Cure Primarie																		
49	Area di rischio generale b) Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	Assegnazione di incarichi a tempo determinato di natura convenzionale previsti da Accordi Collettivi Nazionali, Accordi Integrativi Regionali, Accordi Attuativi Locali	Dipartimento Cure Primarie	M	M	M	A	B	B	B	B	MEDIO	B	B	B	M	BASSO	RISCHIO BASSO

AREA DI RISCHIO		PROCESSO/ ATTIVITA'	STRUTTURA RESPONSABILE	PROBABILITA'									IMPATTO					VALUTAZIONE DEL RISCHIO
				P.1	P.2	P.3	P.4	P.5	P.6	P.7	P.8	PROBABILITA'	I.1	I.2	I.3	I.4	IMPATTO	
Area di rischio generale b) Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine																		
Servizi coinvolti: Servizi coinvolti: Servizio Sviluppo Risorse Umane																		
50	Area di rischio generale b) Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	Scelta del docente esterno per attività/servizi di formazione	Servizio Sviluppo Risorse Umane	M	B	M	M	M	B	M	M	MEDIO	A	B	M	A	ALTO	RISCHIO CRITICO
51	Area di rischio generale b) Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	Partecipazione dei dipendenti ad eventi formativi esterni con sponsorizzazione di ditte	Servizio Sviluppo Risorse Umane	B	B	B	M	B	B	B	M	BASSO	B	B	B	A	BASSO	RISCHIO MINIMO
Area di rischio generale c) Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio																		
Servizi coinvolti: Gestione risorse economiche e finanziarie - Distretti																		
52	Area di rischio generale c) Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Attività di pagamento a fornitori e altri beneficiari	Servizio Gestione risorse economiche e finanziarie	B	B	A	A	B	B	B	A	BASSO	B	M	B	A	MEDIO	RISCHIO BASSO
53	Area di rischio generale c) Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Registrazioni di bilancio	Servizio Gestione risorse economiche e finanziarie	B	B	B	M	B	B	B	B	BASSO	B	B	B	A	BASSO	RISCHIO MINIMO
54	Area di rischio generale c) Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Gestione delle donazioni in denaro	Servizio Gestione risorse economiche e finanziarie	B	B	B	M	B	B	B	B	BASSO	B	B	B	A	BASSO	RISCHIO MINIMO
55	Area di rischio generale c) Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Liquidazione fatture a favore di soggetti accreditati per l'erogazione di servizi socio sanitari	Attività Socio Sanitarie per l'aggiornamento schema Direttore Distretto per applicazione disposizioni.	B	B	A	B	B	B	M	M	BASSO	B	M	M	M	MEDIO	RISCHIO BASSO
Area di rischio generale c) gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio																		
Servizi coinvolti: Area Tecnica Patrimoniale																		
56	Area di rischio generale c) gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Gestione dei beni immobili	Area Tecnica Patrimoniale	M	B	M	M	B	B	B	B	BASSO	B	M	M	A	MEDIO	RISCHIO BASSO
Area di rischio generale c) Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio																		
Servizi coinvolti: Dipartimento Farmaceutico																		
57	Area di rischio generale c) Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Liquidazione fatture a favore di farmacie e ditte per Assistenza Farmaceutica Convenzionata, Integrativa e Protesica: farmaceutica, stomie e cateteri, pannoloni, dietetici per insufficienza renale o malattie metaboliche, dietetici per pazienti affetti da celiachia, ossigeno e ventiloterapia, nutrizione enterale e parenterale.	Dipartimento Farmaceutico	B	B	A	B	B	B	B	M	BASSO	B	B	B	A	BASSO	RISCHIO MINIMO

AREA DI RISCHIO		PROCESSO/ ATTIVITA'	STRUTTURA RESPONSABILE	PROBABILITA'									IMPATTO					VALUTAZIONE DEL RISCHIO
				P.1	P.2	P.3	P.4	P.5	P.6	P.7	P.8	PROBABILITA'	I.1	I.2	I.3	I.4	IMPATTO	
Area di rischio generale d) Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni																		
Servizi coinvolti: Dipartimento Sanità Pubblica, Dipartimento Farmaceutico, Dipartimento Cure primarie																		
58	Area di rischio generale d) Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Rlascio pareri servizi DSP	Dipartimento Sanità Pubblica	B	M	A	B	B	B	B	B	BASSO	B	A	B	M	MEDIO	RISCHIO BASSO
59	Area di rischio generale d) Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Indennità di residenza a favore delle farmacie rurali L.221/68	Dipartimento Farmaceutico	B	B	B	B	B	B	B	B	BASSO	B	B	B	A	BASSO	RISCHIO MINIMO
60	Area di rischio generale d) Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Processo sanzionatorio conseguente all'attività di vigilanza sulle unità locali	Dipartimento Sanità Pubblica, Dipartimento Farmaceutico	B	B	M	B	B	B	B	B	BASSO	B	B	B	B	BASSO	RISCHIO MINIMO
61	Area di rischio generale d) Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Attività ispettiva sui reparti ospedalieri e territoriali	Dipartimento Farmaceutico	B	B	M	B	B	B	B	B	BASSO	B	A	B	A	ALTO	RISCHIO MEDIO
62	Area di rischio generale d) Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Modalità di controllo dei contratti di assistenza domiciliare integrata, programmata e nelle strutture protette, nonché delle prestazioni di particolare impegno professionale erogate dai medici convenzionati	Dipartimento Cure Primarie	B	M	M	B	A	B	B	B	BASSO	B	M	B	M	MEDIO	RISCHIO BASSO
63	Area di rischio generale d) Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Controllo ricette irregolari spedite dalle farmacie pubbliche e private della provincia di Reggio Emilia	Dipartimento Farmaceutico	B	B	A	B	B	B	B	B	BASSO	B	B	B	A	BASSO	RISCHIO MINIMO
64	Area di rischio generale d) Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Vigilanza impianti natatori	Dipartimento Sanità Pubblica (Direttore SIP)	B	B	M	B	B	B	B	B	BASSO	B	A	M	B	MEDIO	RISCHIO BASSO
65	Area di rischio generale d) Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Vigilanza nelle aziende in tema di salute e sicurezza dei lavoratori	Direttore Dipartimento Sanità Pubblica (Direttore SPSAL)	M	A	A	M	M	B	B	M	MEDIO	B	M	M	A	MEDIO	RISCHIO MEDIO
66	Area di rischio generale d) Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	VIGILANZA Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione	Dipartimento Sanità Pubblica (Direttore SIAN)	M	A	M	B	B	B	B	B	BASSO	B	B	A	M	BASSO	RISCHIO MINIMO
67	Area di rischio generale d) Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	RILASCIO AUTORIZZAZIONI, CERTIFICAZIONI E ATTESTAZIONI Servizio Sanità Pubblica Veterinaria	Dipartimento Sanità Pubblica (Direttore SSPV)	B	A	A	M	B	B	B	B	BASSO	B	M	M	M	MEDIO	RISCHIO BASSO
68	Area di rischio generale d) Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	CERTIFICAZIONI/ATTESTAZIONI PER ESPORTAZIONE ALIMENTI Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione	Dipartimento Sanità Pubblica (Direttore SIAN)	M	A	A	B	B	B	B	M	MEDIO	B	M	M	M	MEDIO	RISCHIO MEDIO
69	Area di rischio generale d) Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	CONTROLLO UFFICIALE e SANZIONI Servizio Sanità Pubblica Veterinaria	Dipartimento Sanità Pubblica (Direttore SSPV)	M	A	A	B	B	B	B	M	MEDIO	B	A	M	M	MEDIO	RISCHIO MEDIO

AREA DI RISCHIO		PROCESSO/ ATTIVITA'	STRUTTURA RESPONSABILE	PROBABILITA'									IMPATTO					VALUTAZIONE DEL RISCHIO
				P.1	P.2	P.3	P.4	P.5	P.6	P.7	P.8	PROBABILITA'	I.1	I.2	I.3	I.4	IMPATTO	
Area di rischio generale e) Affari legali e contenzioso																		
Servizi coinvolti: Affari Legali e Assicurativi																		
70	Area di rischio generale e) Affari legali e contenzioso	Attribuzione di incarichi di difesa giudiziaria a legali esterni	Servizio Gestione Affari Legali e Assicurativi	M	B	M	B	B	B	B	B	BASSO	B	B	B	A	BASSO	RISCHIO MINIMO
71	Area di rischio generale e) Affari legali e contenzioso	Liquidazione del risarcimento danni	Servizio Gestione Affari Legali e Assicurativi Servizio Medicina Legale - Gestione Sinistri	M	A	A	A	B	B	M	M	ALTO	B	A	B	A	ALTO	RISCHIO ALTO
Area di rischio specifica a) Attività libero professionale e liste di attesa																		
Servizi coinvolti: Presidio Ospedaliero, Dipartimento cure primarie - Programma specialistica ambulatoriale																		
72	Area di rischio specifica a) Attività libero professionale e liste di attesa	Gestione delle agende di prenotazione per ricovero in area chirurgica	Presidio Ospedaliero (Direttore Gestione Operativa)	M	B	M	B	B	B	M	B	BASSO	A	A	B	A	ALTO	RISCHIO MEDIO
73	Area di rischio specifica a) Attività libero professionale e liste di attesa	Liquidazione fatture (modello B1)	Direttore Presidio Ospedaliero (Direttore Amministrativo di Presidio)	B	B	A	A	B	B	B	M	BASSO	B	B	M	B	BASSO	RISCHIO MINIMO
74	Area di rischio specifica a) Attività libero professionale e liste di attesa	Prenotazione nell’ambito della gestione delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale	Dipartimento cure primarie – Direttore Programma specialistica ambulatoriale - RUA	B	B	B	B	B	B	B	M	BASSO	B	B	B	B	BASSO	RISCHIO MINIMO
75	Area di rischio specifica a) Attività libero professionale e liste di attesa	Confronto tempi di attesa dei ricoveri in regime istituzionale con o senza precedente accesso in libera professione	Presidio Ospedaliero (Direttore Gestione Operativa)	M	M	A	A	B	B	M	M	MEDIO	M	A	B	M	MEDIO	RISCHIO MEDIO
Area di rischio specifica b) Rapporti contrattuali con privati accreditati																		
Servizi coinvolti: Sistema Informativo - Accountability e Performance, Dipartimento Cure Primarie - Programma specialistica ambulatoriale.																		
76	Area di rischio specifica b) Rapporti contrattuali con privati accreditati	Accordi di fornitura con strutture private accreditate -attività di degenza	Servizio Sistema Informativo Accountability - performance	B	B	A	B	B	B	B	B	BASSO	B	A	B	A	ALTO	RISCHIO MEDIO
77	Area di rischio specifica b) Rapporti contrattuali con privati accreditati	Attività di controllo delle prestazioni sanitarie di degenza rese da strutture pubbliche e private	Servizio Sistema Informativo Accountability - performance	B	B	A	B	B	B	B	B	BASSO	B	B	B	A	BASSO	RISCHIO MINIMO
78	Area di rischio specifica b) Rapporti contrattuali con privati accreditati	Accordi di fornitura con strutture private accreditate -attività specialistica ambulatoriale	Dipartimento Cure Primarie (Direttore Programma Specialistica Ambulatoriale)	M	B	A	M	M	B	B	M	MEDIO	B	M	M	A	MEDIO	RISCHIO MEDIO
79	Area di rischio specifica b) Rapporti contrattuali con privati accreditati	Attività di controllo delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate da strutture private accreditate	Dipartimento Cure Primarie (Direttore Programma specialistica ambulatoriale)	M	B	A	A	B	B	B	M	MEDIO	B	M	B	A	MEDIO	RISCHIO MEDIO

AREA DI RISCHIO		PROCESSO/ ATTIVITA'	STRUTTURA RESPONSABILE	PROBABILITA'									IMPATTO					VALUTAZIONE DEL RISCHIO
				P.1	P.2	P.3	P.4	P.5	P.6	P.7	P.8	PROBABILITA'	I.1	I.2	I.3	I.4	IMPATTO	
Area di rischio specifica c) Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni																		
Servizi coinvolti: Dipartimento Farmaceutico – Unità Logistica Centralizzata (ULC) - Staff Ricerca e Innovazione - Infrastruttura Ricerca e Statistica, Presidio Opedaliero.																		
80	Area di rischio specifica c) Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Emissione degli ordini ai fornitori di beni farmaceutici e dispositivi medici (ULC)	ULC	B	A	A	B	M	B	B	M	MEDIO	B	M	M	M	MEDIO	RISCHIO MEDIO
81	Area di rischio specifica c) Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Gestione informatizzata del magazzino ULC al fine della corretta movimentazione delle scorte	ULC	B	M	M	B	B	B	B	M	MEDIO	B	M	M	B	MEDIO	RISCHIO MEDIO
82	Area di rischio specifica c) Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Prescrizione e somministrazione del farmaco in ambito ospedaliero	Dipartimento Farmaceutico	M	B	A	B	B	B	B	B	BASSO	B	A	B	A	ALTO	RISCHIO MEDIO
83	Area di rischio specifica c) Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Prescrizione del farmaco in ambito extra ospedaliero	Dipartimento Farmaceutico	A	B	A	B	M	B	A	M	ALTO	A	A	M	A	ALTO	RISCHIO ALTO
84	Area di rischio specifica c) Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Rilevazione dei costi della ricerca per ogni studio proposto	Infrastruttura Ricerca e Statistica;	M	B	A	A	B	B	B	M	MEDIO	B	M	M	B	MEDIO	RISCHIO MEDIO
85	Area di rischio specifica c) Farmaceutica dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Destinazione introiti da sperimentazioni sponsorizzate	Infrastruttura Ricerca e Statistica;	B	B	M	A	B	B	B	M	MEDIO	B	M	B	B	BASSO	RISCHIO BASSO
86	Area di rischio specifica c) Farmaceutica dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Sperimentazioni cliniche sponsorizzate con convenzione con l'Azienda oppure studi no profit con supporti da parte di terzi.	Infrastruttura Ricerca e Statistica;	A	M	A	A	B	B	B	M	MEDIO	B	M	M	A	MEDIO	RISCHIO MEDIO
87	Area di rischio specifica c) Farmaceutica dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Accesso degli specialist di prodotto ai comparti operatori, sale operatorie e ambulatori chirurgici e locali assimilati	Presidio Ospedaliero (Direttori Medici di stabilimento ospedaliero)	B	M	M	A	B	B	B	B	BASSO	B	A	A	A	ALTO	RISCHIO MEDIO
88	Area di rischio specifica c) Farmaceutica dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Gestione economica dei progetti in capo alla SOS Ricerca e Innovazione	Ricerca e Innovazione	B	B	B	B	B	B	B	M	BASSO	B	M	B	M	MEDIO	RISCHIO BASSO

AREA DI RISCHIO		PROCESSO/ ATTIVITA'	STRUTTURA RESPONSABILE	PROBABILITA'									IMPATTO					VALUTAZIONE DEL RISCHIO
				P.1	P.2	P.3	P.4	P.5	P.6	P.7	P.8	PROBABILITA'	I.1	I.2	I.3	I.4	IMPATTO	
Area di rischio specifica d) Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero																		
Servizi coinvolti: Presidio Ospedaliero Aziendale – Direzione Medica di Ospedale																		
89	Area di rischio specifica d) Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	Accesso delle ditte di Onoranze funebri presso le camere ardenti degli ospedali del Presidio ospedaliero	Presidio Ospedaliero (Direttori medici di Stabilimento ospedaliero)	B	B	M	A	B	B	A	M	MEDIO	A	A	B	B	ALTO	RISCHIO CRITICO
Area di rischio c) Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto e immediato per il destinatario																		
Servizi coinvolti: Dipartimento Sanità Pubblica - Medicina Legale; Dipartimento Cure primarie; Presidio Ospedaliero, Dipartimento Assistenziale Integrato in Salute Mentale e Dipendenze Patologiche																		
90	Area di rischio C Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto e immediato per il destinatario	Accertamento disabilità (invalidità civile, sordità, cecità, handicap)	Dipartimento Sanità Pubblica (Direttore della SOC Medicina Legale)	B	B	A	B	B	B	B	B	BASSO	B	M	B	M	MEDIO	RISCHIO BASSO
91	Area di rischio C Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto e immediato per il destinatario	Valutazione di inabilità al lavoro	Dipartimento Sanità Pubblica (Direttore della SOC Medicina Legale)	B	B	A	B	B	B	B	M	BASSO	B	M	B	M	MEDIO	RISCHIO BASSO
92	Area di rischio C Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto e immediato per il destinatario	Autorizzazione a ricoveri in centri specialistici ex art.26 della Legge 833/78 e autorizzazione e liquidazione delle prestazioni ambulatoriali	Dipartimento Cure Primarie	B	B	M	M	B	B	B	B	BASSO	B	B	B	M	BASSO	RISCHIO MINIMO
93	Area di rischio C Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto e immediato per il destinatario	Processo di scelta/revoca del MMG o del PLS	Dipartimento Cure Primarie	M	B	B	M	A	B	A	M	MEDIO	M	A	B	B	BASSO	RISCHIO BASSO
94	Area di rischio C Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto e immediato per il destinatario	Processo iscrizione cittadini extra UE al SSN	Dipartimento Cure Primarie	M	B	M	A	B	B	M	M	MEDIO	B	B	B	B	BASSO	RISCHIO BASSO
95	Area di rischio C Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto e immediato per il destinatario	Fornitura di presidi e/o ausili ortopedici non a carico SSN a pazienti ricoverati	Presidio Ospedaliero	B	B	A	A	B	B	B	A	BASSO	B	A	B	A	ALTO	RISCHIO MEDIO

AREA DI RISCHIO		PROCESSO/ ATTIVITA'	STRUTTURA RESPONSABILE	PROBABILITA'									IMPATTO					VALUTAZIONE DEL RISCHIO
				P.1	P.2	P.3	P.4	P.5	P.6	P.7	P.8	PROBABILITA'	I.1	I.2	I.3	I.4	IMPATTO	
96	Area di rischio C Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto e immediato per il destinatario	Accordi con promotori commerciali	Presidio Ospedaliero	B	B	M	B	B	B	B	M	BASSO	B	A	B	A	ALTO	RISCHIO MEDIO
97	Area di rischio C Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto e immediato per il destinatario	Rilascio documentazione sanitaria	Presidio Ospedaliero (Direttore medico di Stabilimento ospedaliero)	B	B	M	B	M	B	M	B	BASSO	B	A	B	B	BASSO	RISCHIO MEDIO
98	Area di rischio C) Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Rimborsi ai Comuni per interventi educativi intensivi domiciliari, affidi ed inserimenti in strutture non accreditate a favore di minori in attuazione della DGR 1102/2014	Dipartimento Attività Integrata Salute Mentale - Dipendenze Patologiche	B	B	A	B	A	B	A	M	MEDIO	A	A	M	A	A	RISCHIO CRITICO
Area di rischio d) Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto e immediato per il destinatario																		
Servizi coinvolti: Servizio Programmazione e Controllo, Sistema Informativo Accountability e performance, Dipartimento Cure Primarie - Programma specialistica ambulatoriale - Distretti - Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche - Area Sociale Distretto di RE																		
99	Area di rischio D Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto e immediato per il destinatario	Esenzioni dal pagamento da parte dei cittadini della compartecipazione alla spesa sanitaria per reddito (Ticket).	Servizio Programmazione e Controllo	B	B	A	M	B	B	B	B	BASSO	B	B	B	B	BASSO	RISCHIO MINIMO
100	Area di rischio D Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto e immediato per il destinatario	Processo di esenzione ticket per patologia e per malattia rara	Dipartimento Cure Primarie	B	B	M	A	B	B	B	M	BASSO	B	B	B	B	BASSO	RISCHIO MINMO
101	Area di rischio D Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto e immediato per il destinatario	Rimborsi per prestazioni indifferibili e urgenti all'estero (prestazioni dialitiche)	Servizio Sistema Informativo Accountability e Performance	B	B	M	B	B	B	B	B	BASSO	B	B	B	A	BASSO	RISCHIO MINIMO
102	Area di rischio D Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto e immediato per il destinatario	Rimborso agli utenti delle spese sostenute non fruite o per spese non dovute in regime di SSN o di libera professione	Dipartimento Cure Primarie	B	B	B	A	B	B	B	M	BASSO	B	B	B	M	BASSO	RISCHIO MINIMO

AREA DI RISCHIO		PROCESSO/ ATTIVITA'	STRUTTURA RESPONSABILE	PROBABILITA'									IMPATTO					VALUTAZIONE DEL RISCHIO
				P.1	P.2	P.3	P.4	P.5	P.6	P.7	P.8	PROBABILITA'	I.1	I.2	I.3	I.4	IMPATTO	
103	Area di rischio D Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto e immediato per il destinatario	Rimborsi spese sanitarie sostenute dagli utenti (parto a domicilio, trasporto di persone in dialisi, ricovero programmato all'estero); rimborso spese alberghiere per cure climatiche a invalidi di guerra e per servizio; erogazione contributo spese parrucche per pazienti oncologici	Dipartimento Cure Primarie	B	B	B	A	B	B	B	M	BASSO	B	B	B	M	BASSO	RISCHIO MINIMO
104	Area di rischio D Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto e immediato per il destinatario	Assegni di cura a pazienti con prognosi terminale seguiti a domicilio	Dipartimento Cure Primarie	B	B	M	A	B	B	B	B	BASSO	B	B	B	M	BASSO	RISCHIO MINIMO
105	Area di rischio D Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto e immediato per il destinatario	Autorizzazioni alla fornitura di protesi ed ausili di cui al D.M. 332/99	Dipartimento Cure Primarie	M	M	M	A	A	B	M	B	MEDIO	B	M	B	M	MEDIO	RISCHIO MEDIO
106	Area di rischio D Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto e immediato per il destinatario	Erogazione di contributi economici a favore di utenti adulti con disagio psichico del DSMDP	Dipartimento Attività Integrata Salute Mentale - Dipendenze Patologiche	M	B	M	B	B	B	B	M	BASSO	B	B	B	A	BASSO	RISCHIO MINIMO
107	Area di rischio D Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto e immediato per il destinatario	Tirocini di orientamento, formazione e inserimento o reinserimento finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione	Dipartimento Attività Integrata Salute Mentale - Dipendenze Patologiche	B	B	B	B	B	B	B	B	BASSO	B	B	B	B	BASSO	RISCHIO MINIMO
108	Area di rischio D Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto e immediato per il destinatario	Riscossione pagamento ticket	Servizio Programmazione e Controllo	B	B	M	B	B	B	B	B	BASSO	B	B	B	B	BASSO	RISCHIO MINIMO
109	Area di rischio D Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto e immediato per il destinatario	Erogazione di contributi economici a favore di utenti adulti con disagio psichico e/o dipendenza patologica in carico al Distretto di Reggio Emilia	Distretto di Reggio Emilia	M	A	M	M	B	B	B	M	MEDIO	B	B	B	A	BASSO	RISCHIO BASSO
110	Area di rischio D Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto e immediato per il destinatario	Liquidazione di contributi economici a valere sui fondi per la non autosufficienza (anziani e disabilità)	Attività Socio Sanitarie per l'aggiornamento schema. Distretto per applicazioni disposizioni.	B	B	A	B	A	B	M	M	MEDIO	A	M	M	M	MEDIO	RISCHIO MEDIO

Area di rischio generale b) Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine																		
Servizi coinvolti: Gestione giuridica del personale (SGGP) e Gestione economica del personale (SGEP)																		
AREA DI RISCHIO		PROCESSO/ATTIVITA'	STRUTTURA RESPONSABILE	PROBABILITA'									IMPATTO					VALUTAZIONE DEL RISCHIO
				P.1	P.2	P.3	P.4	P.5	P.6	P.7	P.8	PROBABILITA'	I.1	I.2	I.3	I.4	IMPATTO	
111	Area di rischio generale b) Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	Definizione del bando e dei requisiti di partecipazione	Servizio Gestione Giuridica del Personale	B	B	A	B	B	B	B	B	BASSO	B	B	B	A	BASSO	RISCHIO MINIMO
112	Area di rischio generale b) Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	Pubblicazione del bando	Servizio Gestione Giuridica del Personale	B	B	A	B	B	B	B	B	BASSO	B	B	B	M	BASSO	RISCHIO MINIMO
113	Area di rischio generale b) Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	Nomina della commissione	Servizio Gestione Giuridica del Personale	B	B	A	M	B	B	B	M	MEDIO	B	B	B	A	BASSO	RISCHIO BASSO
114	Area di rischio generale b) Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	Individuazione delle prove	Servizio Gestione Giuridica del Personale	M	M	A	M	B	B	B	M	MEDIO	B	B	B	A	BASSO	RISCHIO BASSO
115	Area di rischio generale b) Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	Valutazione dei requisiti dei curricula	Servizio Gestione Giuridica del Personale	M	M	A	M	B	B	B	M	MEDIO	B	B	B	A	BASSO	RISCHIO BASSO
116	Area di rischio generale b) Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	Svolgimento delle prove	Servizio Gestione Giuridica del Personale	B	B	A	M	B	B	B	M	BASSO	B	B	B	A	BASSO	RISCHIO MINIMO
117	Area di rischio generale b) Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	Valutazione delle prove	Servizio Gestione Giuridica del Personale	M	M	A	M	B	B	B	M	MEDIO	B	B	B	A	BASSO	RISCHIO BASSO
118	Area di rischio generale b) Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	Formazione della graduatoria	Servizio Gestione Giuridica del Personale	B	B	A	B	B	B	B	B	BASSO	B	B	B	A	BASSO	RISCHIO MINIMO

AREA DI RISCHIO		PROCESSO/ATTIVITA'	STRUTTURA RESPONSABILE	PROBABILITA'									IMPATTO					VALUTAZIONE DEL RISCHIO
				P.1	P.2	P.3	P.4	P.5	P.6	P.7	P.8	PROBABILITA'	I.1	I.2	I.3	I.4	IMPATTO	
119	Area di rischio generale b) Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	Verifica dei requisiti di ammissione all'impiego	Servizio Gestione Giuridica del Personale	B	B	A	M	B	B	B	B	BASSO	B	B	B	B	BASSO	RISCHIO MINIMO
120	Area di rischio generale b) Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	Conferimento di incarichi fiduciari (Direttori di Distretto, Direttore di Presidio, Direttore di Dipartimento, Programmi)	Servizio Gestione Giuridica del Personale	A	M	A	B	B	B	B	B	MEDIO	B	B	B	A	BASSO	RISCHIO BASSO
121	Area di rischio generale b) Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	Progressioni di carriera che derivano da accordi integrativi aziendali area dirigenziale professionale	Servizio Gestione Giuridica del Personale	B	M	M	B	B	B	B	B	BASSO	B	B	B	A	BASSO	RISCHIO MINIMO
122	Area di rischio generale b) Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	Progressioni di carriera che derivano da accordi integrativi aziendali area comparto (progressioni orizzontali)	Servizio Gestione Giuridica del Personale	B	M	M	B	B	B	B	B	BASSO	B	B	B	M	BASSO	RISCHIO MINIMO
123	Area di rischio generale b) Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	Progressioni di carriera che derivano da accordi integrativi aziendali area comparto (incarichi di funzione)	Servizio Gestione Giuridica del Personale	B	M	A	B	B	B	B	M	BASSO	B	B	B	A	BASSO	RISCHIO MINIMO
124	Area di rischio generale b) Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	Trasformazione rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale (area comparto)	Servizio Gestione Giuridica del Personale	B	B	B	B	B	B	B	B	BASSO	B	B	B	M	BASSO	RISCHIO MINIMO
125	Area di rischio generale b) Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	Incarichi occasionali art. 53 D. Lgs. n. 165/2001 e smi	Servizio Gestione Giuridica del Personale	M	M	A	B	B	B	B	M	MEDIO	B	B	B	A	BASSO	RISCHIO BASSO
126	Area di rischio generale b) Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	Concessione di permessi e aspettative previsti da disposizioni normative e contrattuali	Servizio Gestione Giuridica del Personale	M	M	M	B	B	B	B	B	BASSO	B	B	B	M	BASSO	RISCHIO MINIMO
127	Area di rischio generale b) Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	Conferimento di Incarichi di struttura complessa	Servizio Gestione Giuridica del Personale	M	B	A	B	B	B	B	M	BASSO	B	B	B	A	BASSO	RISCHIO MINIMO

AREA DI RISCHIO		PROCESSO/ATTIVITA'	STRUTTURA RESPONSABILE	PROBABILITA'									IMPATTO					VALUTAZIONE DEL RISCHIO
				P.1	P.2	P.3	P.4	P.5	P.6	P.7	P.8	PROBABILITA'	I.1	I.2	I.3	I.4	IMPATTO	
128	Area di rischio generale b) Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	Procedure di reclutamento di personale durante lo stato di emergenza Covid-19	Servizio Gestione Giuridica del Personale	M	M	A	A	B	B	B	A	MEDIO	B	M	M	A	MEDIO	RISCHIO MEDIO
129	Area di rischio generale b) Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	Ricorso allo Smart Working ordinario	Servizio Gestione Giuridica del Personale	B	B	M	B	B	B	B	M	BASSO	B	M	M	B	MEDIO	RISCHIO BASSO
130	Area di rischio generale b) Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	reclutamento nuovi assunti	Servizio Gestione Economica del Personale	B	B	M	B	B	B	B	M	BASSO	B	B	B	B	BASSO	RISCHIO MINIMO
131	Area di rischio generale b) Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	conferimento incarico	Servizio Gestione Economica del Personale	B	B	M	M	B	B	B	M	BASSO	B	B	B	B	BASSO	RISCHIO MINIMO
132	Area di rischio generale b) Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	progressione orizzontale/verticale	Servizio Gestione Economica del Personale	B	B	M	B	B	B	B	M	BASSO	B	B	B	B	BASSO	RISCHIO MINIMO
133	Area di rischio generale b) Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	trattamento economico legato alle presenze in servizio	Servizio Gestione Economica del Personale	B	B	M	B	B	B	B	M	BASSO	B	B	B	B	BASSO	RISCHIO MINIMO
134	Area di rischio generale b) Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	compensi da libera professione	Servizio Gestione Economica del Personale	B	B	M	M	B	B	B	M	BASSO	B	B	B	B	BASSO	RISCHIO MINIMO
135	Area di rischio generale b) Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	altri compensi accessori/rimborsi Missioni	Servizio Gestione Economica del Personale	B	B	M	B	B	B	B	M	BASSO	B	B	B	B	BASSO	RISCHIO MINIMO
136	Area di rischio generale b) Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	gestione del sistema incentivante	Servizio Gestione Economica del Personale	B	B	M	B	B	B	B	M	BASSO	B	B	B	B	BASSO	RISCHIO MINIMO

AREA DI RISCHIO		PROCESSO/ATTIVITA'	STRUTTURA RESPONSABILE	PROBABILITA'									IMPATTO					VALUTAZIONE DEL RISCHIO
				P.1	P.2	P.3	P.4	P.5	P.6	P.7	P.8	PROBABILITA'	I.1	I.2	I.3	I.4	IMPATTO	
137	Area di rischio generale b) Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	cessioni private	Servizio Gestione Economica del Personale	B	B	M	B	B	B	B	M	BASSO	B	B	B	B	BASSO	RISCHIO MINIMO
138	Area di rischio generale b) Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	riscatti e ricongiunzioni	Servizio Gestione Economica del Personale	B	B	M	B	B	B	B	M	BASSO	B	B	B	B	BASSO	RISCHIO MINIMO
139	Area di rischio generale b) Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	gestione pignoramenti	Servizio Gestione Economica del Personale	B	B	M	B	B	B	B	M	BASSO	B	B	B	B	BASSO	RISCHIO MINIMO

Area di rischio specifica a) Attività libero professionale e liste di attesa																		
Servizi coinvolti: Servizio Sviluppo Risorse Umane, Servizio Programmazione e Controllo, Presidio Ospedaliero, Dipartimento cure primarie - Programma specialistica ambulatoriale																		
AREA DI RISCHIO		PROCESSO/ATTIVITA'	STRUTTURA RESPONSABILE	PROBABILITA'								PROBABILITA'	IMPATTO					VALUTAZIONE DEL RISCHIO
				P.1	P.2	P.3	P.4	P.5	P.6	P.7	P.8		I.1	I.2	I.3	I.4	IMPATTO	
140	Area di rischio specifica a) Attività libero professionale e liste di attesa	Pianificazione attività in aderenza al Regolamento ALP e in coerenza alle autorizzazioni rilasciate al singolo professionista (ambulatoriale)	Staff programmazione e controllo (ALP)	B	B	A	B	B	B	B	B	BASSO	B	M	M	M	MEDIO	RISCHIO BASSO
141	Area di rischio specifica a) Attività libero professionale e liste di attesa	Pianificazione attività in aderenza al Regolamento ALP e in coerenza alle autorizzazioni rilasciate al singolo professionista (ricovero)	Staff programmazione e controllo (ALP)	B	B	A	B	B	B	B	B	BASSO	B	M	M	M	MEDIO	RISCHIO BASSO
142	Area di rischio specifica a) Attività libero professionale e liste di attesa	Autorizzazione all'esercizio LP (unica per ambulatoriale e ricovero) incluso inserimento nelle convenzioni con assicurazioni/enti esterni	Staff programmazione e controllo (ALP)	B	B	A	B	B	B	B	B	BASSO	B	M	M	M	MEDIO	RISCHIO BASSO
143	Area di rischio specifica a) Attività libero professionale e liste di attesa	Proposta e informazione al paziente da parte del medico della modalità di effettuazione del ricovero (ALP/SSN)	Staff programmazione e controllo (ALP)	M	B	A	B	B	B	M	M	BASSO	M	M	M	M	MEDIO	RISCHIO BASSO
144	Area di rischio specifica a) Attività libero professionale e liste di attesa	Prenotazione prestazione ambulatoriale su agende informatizzate CUP	Staff programmazione e controllo (ALP)	M	B	A	B	B	B	M	M	BASSO	M	M	M	M	MEDIO	RISCHIO BASSO
145	Area di rischio specifica a) Attività libero professionale e liste di attesa	Emissione preventivo al paziente sulla base della proposta formulata dal medico per accettazione, riscossione acconto prima dell'intervento e saldo dopo la dimissione	Staff programmazione e controllo (ALP)	B	B	A	B	B	B	B	B	BASSO	B	M	M	M	MEDIO	RISCHIO BASSO
146	Area di rischio specifica a) Attività libero professionale e liste di attesa	Comunicazione della tariffa LP ambulatoriale all'atto della prenotazione CUP e pagamento tramite PagoPA	Staff programmazione e controllo (ALP)	B	B	A	B	B	B	B	B	BASSO	B	M	M	M	MEDIO	RISCHIO BASSO
147	Area di rischio specifica a) Attività libero professionale e liste di attesa	Pianificazione interventi chirurgici in regime di ricovero: verifica disponibilità di spazi operatori e posti letto	Staff programmazione e controllo (ALP)	M	B	A	B	B	B	M	M	BASSO	M	M	M	M	MEDIO	RISCHIO BASSO
148	Area di rischio specifica a) Attività libero professionale e liste di attesa	Controlli sul corretto svolgimento attività (giorni, orari, timbratura, utilizzo del sistema per prenotazione, erogazione, pagamento)	Staff programmazione e controllo (ALP)	B	B	A	B	B	B	B	B	BASSO	B	M	M	M	MEDIO	RISCHIO BASSO
149	Area di rischio specifica a) Attività libero professionale e liste di attesa	Incasso della prestazione erogata	Staff programmazione e controllo (ALP)	B	B	A	B	B	B	B	B	BASSO	B	B	B	M	BASSO	RISCHIO BASSO

AREA DI RISCHIO		PROCESSO/ATTIVITA'	STRUTTURA RESPONSABILE	PROBABILITA'									IMPATTO					VALUTAZIONE DEL RISCHIO
				P.1	P.2	P.3	P.4	P.5	P.6	P.7	P.8	PROBABILITA'	I.1	I.2	I.3	I.4	IMPATTO	
150	Area di rischio specifica a) Attività libero professionale e liste di attesa	Codifica attività LP	Staff programmazione e controllo (ALP)	B	B	A	B	B	B	B	B	BASSO	B	B	B	M	BASSO	RISCHIO BASSO
151	Area di rischio specifica a) Attività libero professionale e liste di attesa	Gestione liste di attesa	Staff programmazione e controllo (ALP)	M	B	A	M	B	B	M	M	MEDIO	M	M	M	M	MEDIO	RISCHIO MEDIO
152	Area di rischio specifica a) Attività libero professionale e liste di attesa	Elaborazione dei riparti ed inserimento dei compensi a cedolino stipendiale dei medici e del personale a supporto	Staff programmazione e controllo (ALP)	B	B	A	B	B	B	B	M	BASSO	B	B	B	M	BASSO	RISCHIO BASSO
153	Area di rischio specifica a) Attività libero professionale e liste di attesa	Accantonamento mensile fondi Perequazione/Balduzzi	Staff programmazione e controllo (ALP)	B	B	B	B	B	B	B	B	BASSO	B	B	B	M	BASSO	RISCHIO BASSO
154	Area di rischio specifica a) Attività libero professionale e liste di attesa	Accantonamento annuale fondo comunee collabora Comparto	Staff programmazione e controllo (ALP)	B	B	B	B	B	B	B	B	BASSO	B	B	B	M	BASSO	RISCHIO BASSO

AREA DI RISCHIO GENERALE CONTRATTI PUBBLICI		FASE/PROCESSO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ELENCO RISCHI	ANOMALIE SIGNIFICATIVE/RISCHI DI PROCESSO	MISURE PREVENZIONE AZIENDE	MISURE INTERCENTER	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
2 - Progettazione	5	Valutazione della richiesta di acquisto e verifica sua presenza nella programmazione.	RISCHIO MINIMO	1) Disattendere le previsioni della programmazione procedendo all'affidamento di appalti non programmati 2) Disattendere le previsioni della programmazione non procedendo all'attivazione ed all'affidamento di appalti previsti	1) Numero elevato di procedure di affidamento non inserite nella programmazione attivate e/o concluse; 2)Elevato rapporto fra procedure programmate non attivate e procedure programmate	1) Controllo periodico dell'andamento della programmazione e pubblicazione degli stati di avanzamento della stessa; 2) Individuazione ed applicazione di strumenti di controllo e monitoraggio; 3) Utilizzo di modalità di autorizzazione delle richieste di acquisto fuori programmazione con inserimento delle motivazioni.	1) Controllo periodico dell'andamento della programmazione e pubblicazione degli stati di avanzamento della stessa; 2) Individuazione ed applicazione di strumenti di controllo e monitoraggio;	1) Direttore DIA 2) Direttore DIA Direzione Operativa Area Vasta; 3) Direttori dei servizi :Direttore Servizio Approvvigionamenti, Unità Logistica Centralizzata (ULC) e Logistico Alberghiero, Ingegneria Clinica, ICT, Direzione Sanitaria	evidenze misure in atto
	6	Verifica presenza di convenzioni dei soggetti aggregatori o dell'avvenuto inserimento nella programmazione di questi ultimi dell'oggetto della richiesta d'acquisto	RISCHIO MINIMO	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	1) Monitoraggio periodico dei livelli di adesione alle convenzioni dei soggetti aggregatori 2) Motivazione nella determina a contrarre in ordine sia alla scelta della procedura sia alla scelta del sistema di affidamento adottato ovvero della tipologia contrattuale. 3) Adempimento delle disposizioni di legge che impongono l'adesione a Convenzioni Intercenter/CONSIP o il ricorso agli strumenti di acquisto del mercato elettronico.		1) Direttore DIA Direttore Servizio Approvvigionamenti 2) e 3) Direttore Servizio Approvvigionamenti, Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	1) verifica report 2) 3) Evidenza misure in atto desunte dagli atti con apposita dicitura
	7	Individuazione RUP (o sostituzione)	RISCHIO MINIMO	Nomina di Responsabile unico del procedimento (RUP) in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privo dei requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza		1) Rotazione RUP, compatibilmente con le esigenze organizzative e le necessarie competenze richieste per medesime procedure di affidamento e/o in base ai settori di acquisto; 2) Acquisizione dichiarazioni di assenza di conflitto d'interesse 3) LAVORI: Individuazione dei RUP nel piano di programmazione annuale dei lavori col criterio della rotazione 4) SERVIZI e FORNITURE: Indicazione dei RUP nel "Masterplan" di programmazione aziendale. 5) LAVORI :Schede di nomina per singolo appalto approvata dal Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale. 6) Indicazione/conferma del RUP nominato nel dispositivo degli atti di indizione e successivi		1) 2) 4) 6) Direttore Servizio Approvvigionamenti, Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale 3) 5) Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	Verifica dell'utilizzo dei moduli relativi al conflitto di interesse/compilazione GRU.Presenza di ricorsi o contestazioni da parte di ditte relativamente a presenza di conflitto di interesse. Verifica ITER di nomina RUP

AREA DI RISCHIO GENERALE CONTRATTI PUBBLICI		FASE/PROCESSO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ELENCO RISCHI	ANOMALIE SIGNIFICATIVE/RISCHI DI PROCESSO	MISURE PREVENZIONE AZIENDE	MISURE INTERCENTER	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
	8	Svolgimento indagini di mercato - pubblicazione di avvisi esplorativi	RISCHIO MEDIO	Svolgimento di indagini di mercato superficiali o i cui risultati vengono predeterminati in funzione della restrizione del possibile mercato ad uno o pochi fornitori	1) Elevato numero di indagini di mercato che si concludono con l'indicazione di uno o pochi fornitori disponibili; 2) Non utilizzo degli "Avvisi esplorativi" od utilizzo limitato	Adeguate livello di trasparenza delle procedure di indagine/sondaggio di mercato		Direttore Servizio Approvvigionamenti, Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	evidenze misure in atto
	9	Verifica esclusività/infungibilità tramite avviso esplorativo, valutazione eventuali candidature e definizione della procedura per la soddisfazione di quel fabbisogno	RISCHIO CRITICO	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) per procedure superiori a € 40.000,00, non utilizzo degli "Avvisi esplorativi" od utilizzo limitato	1) Regolamentazione delle procedura attraverso le quali si procede all'acquisizione di beni/servizi di natura infungibile o in regime di esclusività; 2) Utilizzo di specifica modulistica compilata dal richiedente l'acquisto, finalizzata all'attestazione della infungibilità/esclusività dei prodotti/servizi con esplicitazione delle motivazioni a supporto; 3) Valutazione delle eventuali candidature da parte di figure tecniche ed utilizzo di specifica modulistica con la quale si rende noto l'esito di tali valutazioni; 4) Utilizzo del "Dialogo tecnico" e sua regolamentazione (pubblicità) 5) Applicazione Regolamento per gli acquisti infungibili		1) Direttore DIA 2) 3)Direttori Servizio Logistico Alberghiero; Direttore Servizio Approvvigionamenti ; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale ; Direttore Servizio Ingegneria Clinica, Direttore ICT – Direttore Dipartimento Farmaceutico, ULC; Direttore Presidio Ospedaliero. 4) Direttore Servizio Approvvigionamenti ; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale 5) Servizio Approvvigionamenti	evidenze misure in atto

AREA DI RISCHIO GENERALE CONTRATTI PUBBLICI		FASE/PROCESSO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ELENCO RISCHI	ANOMALIE SIGNIFICATIVE/RISCHI DI PROCESSO	MISURE PREVENZIONE AZIENDE	MISURE INTERCENTER	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
	10	Individuazione dei componenti il gruppo tecnico incaricato di definire il Capitolato tecnico	RISCHIO MINIMO	1) Individuazione dei Componenti il Gruppo tecnico in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza. 2) Condizione di potenziale intrinseca "prossimità" di interessi generata dal fatto che i soggetti che definiscono le caratteristiche tecniche sono anche coloro che utilizzano i materiali acquistati, con conseguenti benefici diretti e/o indiretti nei confronti dello stesso utilizzatore e possono quindi orientare la quantità e tipologia del materiale richiesto; 3) Fuga di notizie circa le procedure di gara ancora da pubblicare che anticipino solo ad alcuni operatori economici la volontà di bandire eventuali gare o i contenuti della documentazione di gara		1) Sottoscrizione da parte dei soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara (Componenti del Gruppo Tecnico) di dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di interessi personali in relazione allo specifico oggetto della gara e di un impegno alla riservatezza. 2) Individuazione formale dei componenti del Gruppo Tecnico da parte delle Aziende sanitarie sulla base di una regolamentazione uniforme delle modalità di individuazione da definire entro il 2020 (rif. DGR 744 del 2018) 3) Monitoraggio della partecipazione ai lavori di redazione del Capitolato di gara e dei tempi con eventuali interventi sostitutivi; 4) Rotazione dei componenti i gruppi tecnici nelle diverse edizioni dello stesso appalto o in gare ad oggetto analogo e caratterizzate da mercati di riferimento coincidenti; 5) Aggiornamento Vademecum Procedure di Area Vasta	1) 3) Servizio Approvvigionamenti 2) 4) Direzione Operativa AVEN, Direttore DIA	evidenze misure in atto	
	11	Quantificazione dei fabbisogni di gara	RISCHIO BASSO	Fabbisogni dichiarati non coincidenti con il reale consumo/utilizzo previsto al fine di lasciare "libere" quote di mercato da affidare a fornitori specifici;		1) Individuazione di referenti tecnici di gara responsabili della quantificazione dei fabbisogni; 2) definizione di una regolamentazione relativa alle modalità (flussi e tempi) di raccolta dei fabbisogni 3) Aggiornamento Vademecum Procedure di Area Vasta	1) Servizio Approvvigionamenti 2) Direttore DIA	evidenze misure in atto	
	12	Scelta della procedura di aggiudicazione	RISCHIO BASSO	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"	1) Inserimento nella Determina a contrarre/determina di indizione delle motivazioni in ordine alla scelta della procedura ed alla tipologia contrattuale. 2) verifiche relative agli andamenti contrattuali, alle loro "varianti" ed ai loro ampliamenti 3) Applicazione del "REGOLAMENTO PER I CONTRATTI SOTTOASOGLIA"; 4) Utilizzo della piattaforma SATER, o del MEPA CONSIP, per l'individuazione degli operatori da consultare. 6) Aggiornamento Vademecum Procedure di Area Vasta	1) 2) 3)4) Direttore Servizio Approvvigionamenti, Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale 3) 4) Direttore del Servizio Logistico Alberghiero, Direttore ULC,	Evidenza misure in atto	

AREA DI RISCHIO GENERALE CONTRATTI PUBBLICI		FASE/PROCESSO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ELENCO RISCHI	ANOMALIE SIGNIFICATIVE/RISCHI DI PROCESSO	MISURE PREVENZIONE AZIENDE	MISURE INTERCENTER	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
	13	Predisposizione documentazione di gara con definizione criteri di partecipazione, criteri di aggiudicazione, item di valutazione qualità e definizione importo a base d'appalto	RISCHIO CRITICO	1) Predisposizione di documenti di gara con definizione di criteri di ammissione finalizzati a restringere artificiosamente il numero dei concorrenti; 2) Definizione di criteri di valutazione della qualità finalizzati a favorire specifici fornitori o comunque a restringere il mercato, in particolare favorendo il fornitore uscente anche grazie ad asimmetrie informative che possono rappresentare un gap per gli altri concorrenti 3) 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		1) Utilizzo di documenti standard conformi alle normative ed ai bandi-tipo ANAC 2) Sottoscrizione da parte dei concorrenti di impegni specifici al rispetto delle previsioni di cui ai protocolli di legalità o patti di integrità con inserimento nei contratti di una clausola risolutiva del contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute in tali documenti 3) adozione di criteri di valutazione della qualità di carattere oggettivo 4) Utilizzo della consultazione preliminare di mercato opportunamente pubblicizzata e regolamentata; 5) Aggiornamento Vademecum Procedure di Area Vasta		Direttore DIA Direttore Approvvigionamenti Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	evidenza misure in atto
	14	Predisposizione documentazione richiesta offerta per acquisti diretti (non infungibili) Inferiori a €40.000	RISCHIO MINIMO	Condizione di potenziale intrinseca "prossimità" di interessi generata dal fatto che i soggetti proponenti l'acquisto sono anche coloro che utilizzano i materiali acquistati, con conseguenti benefici diretti e/o indiretti nei confronti dello stesso utilizzatore e possono quindi orientare la quantità e tipologia del materiale richiesto		1) regolamentazione delle modalità di ricorso agli acquisti diretti con rotazione dei fornitori- "REGOLAMENTO PER I CONTRATTI SOTTOSOGLIA"; 2) Utilizzo della piattaforma SATER, o del MEPA CONSIP, per l'individuazione degli operatori da consultare.		Direttore Approvvigionamenti, Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	evidenza misure in atto

AREA DI RISCHIO GENERALE CONTRATTI PUBBLICI		FASE/PROCESSO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ELENCO RISCHI	ANOMALIE SIGNIFICATIVE/RISCHI DI PROCESSO	MISURE PREVENZIONE AZIENDE	MISURE INTERCENTER	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
	14 bis	Predisposizione documentazione richiesta offerta per acquisti diretti (non infungibili) DL Semplificazione Per Beni e servizi importo Inferiore a €75.000 Lavori importo inferiore a 150.000	RISCHIO MEDIO	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 rischio è aggravato dall'innalzamento dell'importo		1) Istruzioni operative aziendali volte a garantire un minimo di confronto concorrenziale		Direttore Approvvigionamenti, Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	evidenza misure in atto. Controlli a campione su atti
	15	Accettazione di donazioni di beni mobili o di apparecchiature elettromedicali	RISCHIO MINIMO	Tentativo del fornitore di fidelizzare l'utente (Professionista /Azienda Sanitaria). Danno derivante da elusione delle ordinarie procedure di acquisizione. Danno derivante da una acquisizione di prodotti dedicati e/o costi di gestione. Danno derivante da fabbisogni indotti non programmati. Rischi derivanti da eventuali conflitti di interesse tra professionista e associazioni.		linee guida e Procedura Aziendale (PR01 - PR02 del 29/11/2019- PR07 opere d'arte)		Direttori Servizi: Ingegneria Clinica, Approvvigionamenti e Presidio Ospedaliero	Conformità alla procedura attestata negli atti di accettazione di donazioni
	16	Accettazione Comodati d'uso	RISCHIO MINIMO	Danno derivante da una acquisizione di prodotti dedicati e/o costi di gestione.		linee guida e Procedura Aziendale (PR03 - PR04 del 29/11/2019).		Direttori Servizi: Ingegneria Clinica, Approvvigionamenti e Presidio Ospedaliero	Conformità alla procedura attestata negli atti
3 - Selezione del contraente	17	Pubblicazioni e comunicazioni connesse all'indizione della gara (profilo committente,piattaforma SATER)	RISCHIO MINIMO	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	1) Tempestività nella pubblicazione/trasmissione della comunicazione; 2) Osservanza delle norme e delle linee guida; 3) Indicazione nella programmazione dei termini previsti per la pubblicazione 4) Aggiornamento Vademecum Procedure di Area Vasta		Direttore Approvvigionamenti; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	evidenza misure in atto
	18	Invio invito operatori economici (sottosoglia) DL Semplificazione: Forniture e servizi (compresi servizi tecnici) da 75.000 fino alle soglie x Lavori varie fasce da 150.000 fino alla soglia	RISCHIO BASSO	1) Selezione discrezionale degli invitati favorendo alcuni fornitore rispetto ad altri		1) Precise Istruzioni operative Servizio Approvvigionamenti: Invito di tutti gli OE iscritti alla categoria merceologica 2) Pubblicazione su profilo del Committente dell'Avviso di avvio della procedura ex art 1 co 2 DL Semplificazione		Direttore Approvvigionamenti;	evidenza misure in atto. Controlli a campione su atti
			RISCHIO CRITICO					Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	evidenza misure in atto. Controlli a campione su atti

AREA DI RISCHIO GENERALE CONTRATTI PUBBLICI		FASE/PROCESSO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ELENCO RISCHI	ANOMALIE SIGNIFICATIVE/RISCHI DI PROCESSO	MISURE PREVENZIONE AZIENDE	MISURE INTERCENTER	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
	19	Gestione chiarimenti, quesiti, rettifiche, sopralluoghi, proroghe dei termini	RISCHIO MINIMO	Assenza di pubblicità dei chiarimenti e dell'ulteriore documentazione rilevante. Immotivata concessione di proroghe rispetto al termine previsto dal bando.		1) Accessibilità della documentazione di gara e/o delle informazioni complementari rese. 2) Evidenza delle motivazioni a supporto della concessione di proroghe nei termini di presentazione offerte.		Direttore Approvvigionamenti; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	evidenza misure in atto
	20	Ricezione offerte	RISCHIO MINIMO			Completa informatizzazione		Direttore Approvvigionamenti; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	evidenza misure in atto
	20 bis	Procedure di affidamento in emergenza - Riduzioni tempistiche	RISCHIO CRITICO	Riduzione capacità controllo sui prodotti in acquisto Riduzione capacità di controllo sul fornitore - Rischi derivanti da pagamenti anticipati - Contingentamento tempistica di legge - Mancato rispetto quantitativi e tempi di consegna - variabilità elevata prezzi		Per forniture DPI valutazione collegiale (Gruppo DPI) e autorizzazioni Processo 2 Bis misura n 9		Direttore Approvvigionamenti; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	evidenza misure in atto. Controlli a campione su atti
	21	Valutazione documentazione amministrativa	RISCHIO BASSO	1) Azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara (es. mancata attivazione "Soccorso istruttorio")		1) Verbalizzazione seduta di gara; 2) Check list controllo documenti previsti dal bando		Direttore Approvvigionamenti; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	evidenza misure in atto
	22	Nomina Commissione Giudicatrice (transitorio in attesa di applicazione linee guida Anac)	RISCHIO CRITICO	1) Nomina di Componenti della Commissione giudicatrice in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza; 2) Ritardo nell'individuazione e nell'indicazione dei nominativi da parte delle Aziende sanitarie interessate		1) Composizione della Commissione con figure tecniche e professionali diversificate per competenza e provenienza aziendale, 2) Monitoraggio tempi di lavoro della commissione giudicatrice; 3) Sottoscrizione da parte dei soggetti coinvolti nella valutazione di dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di interessi personali in relazione allo specifico oggetto della gara. 4) Individuazione formale dei componenti della Commissione da parte delle Aziende sanitarie sulla base di una regolamentazione condivisa delle modalità di individuazione 5) monitoraggio tempi di nomina; 6) Acquisizione casellario Giudiziale 7) Aggiornamento Vademecum Procedure di Area Vasta		1) 2) 4) 5) Direttore DIA 3) 6) Direttore Approvvigionamenti; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	Evidenza utilizzo dei moduli Evidenza acquisizione Casellario Giudiziale
	23	Valutazione tecnica offerte in caso di aggiudicazione con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa	RISCHIO ALTO	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.		1) Monitoraggio tempi di lavoro della commissione giudicatrice; 2) Verbalizzazione delle decisioni relative all'attribuzione dei punteggi di qualità con motivazione 3) formule di aggiudicazione riportate nella documentazione amministrativa elaborate da Area Vasta sono conformi ai criteri elaborati dalla giurisprudenza e alla indicazioni fornite da ANAC		1) Direttore DIA 2) 3) Direttore Approvvigionamenti; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	evidenza misure in atto

AREA DI RISCHIO GENERALE CONTRATTI PUBBLICI		FASE/PROCESSO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ELENCO RISCHI	ANOMALIE SIGNIFICATIVE/RISCHI DI PROCESSO	MISURE PREVENZIONE AZIENDE	MISURE INTERCENTER	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
	24	Valutazione economica offerte	RISCHIO MINIMO			Completa informatizzazione		Direttore Approvvigionamenti; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	evidenza misure in atto
	25	Verifica di anomalia delle offerte	RISCHIO MEDIO	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		1) Supporto uffici stazione appaltante al RUP per la valutazione dell'anomalia; 2) Valutazione effettuata dalla commissione giudicatrice o da commissione ad hoc 3) Verbalizzazione del procedimento di valutazione delle offerte anomale e di verifica della congruità dell'offerta che dia dettagliatamente conto delle motivazioni a sostegno della scelta		Direttore Approvvigionamenti; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	evidenza misure in atto
	26	Controlli pre aggiudicazione/pre stipula	RISCHIO MINIMO	1) Alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti. Possibilità che i contenuti delle verifiche siano alterati per pretermettere l'aggiudicatario e favorire gli operatori economici che seguono nella graduatoria.		1) Utilizzo, se e quando è dovuto, sistema AVCPass. 2) Funzione centralizzata per l'acquisizione dei documenti, tracciabilità della richiesta nell'archivio informatizzato dei documenti sui quali è stato effettuato il controllo. Istruzione Operativa Controlli 3) Verifiche di carattere Aziendale Tracciate da Docsuite 4) Aggiornamento Vademecum Procedure di Area Vasta		Direttore Approvvigionamenti; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	evidenza misure in atto
	27	Adozione/Efficacia atto di aggiudicazione	RISCHIO BASSO	Immotivato ritardo nella formalizzazione del provvedimento di aggiudicazione definitiva , che può indurre l'aggiudicatario a sciogliersi da ogni vincolo o recedere dal contratto.		Monitoraggio tempi		Direttore Approvvigionamenti; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	evidenza misure in atto
	28	Pubblicazioni e comunicazioni connesse all'adozione della aggiudicazione definitiva	RISCHIO MINIMO	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.		1) Check list di controllo sul rispetto degli adempimenti e formalità di comunicazione previsti dal Codice 2) Aggiornamento Vademecum Procedure di Area Vasta		Direttore Approvvigionamenti; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	evidenza misure in atto

AREA DI RISCHIO GENERALE CONTRATTI PUBBLICI		FASE/PROCESSO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ELENCO RISCHI	ANOMALIE SIGNIFICATIVE/RISCHI DI PROCESSO	MISURE PREVENZIONE AZIENDE	MISURE INTERCENTER	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
	29	Annullamento della gara/ Revoca del bando	RISCHIO CRITICO	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 artificialmente i tempi di affidamento		Controllo a campione nella documentazione di gara circa il rispetto dell'obbligo di motivazione in ordine alla legittimità, opportunità, convenienza del provvedimento di revoca	Controllo a campione su tutti gli atti amministrativi in relazione alle tipologie di atti di affidamento stabilita nell'anno precedente all'estrazione (non si tratta quindi di un controllo puntuale solo sugli atti di revoca).	Direttore Approvvigionamenti; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	evidenza misure in atto
4 - Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto	30	Stipula contratto/adesione convenzione e emissione ordinativo di fornitura	RISCHIO BASSO	1) Immotivato ritardo nella adesione alla convenzione o nella sottoscrizione del contratto, che può indurre l'aggiudicatario a sciogliersi da ogni vincolo o recedere dal contratto; 2) Adesione alla convenzione con quantitativi/imposrti non coerenti con il fabbisogno espresso in sede di predisposizione dei documenti di gara		1) Monitoraggio tempi di adesione alle convenzioni o sottoscrizione dei contratti; 2) Monitoraggio adesione alle convenzioni in collaborazione con IntercenterER		Direttore DIA , Direttore Approvvigionamenti; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	evidenza misure in atto
	31	Individuazione Direttore Esecuzione Contratto	RISCHIO MINIMO	Nomina DEC in rapporto di contiguità con impresa aggiudicataria o privo dei requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza		1) Regolamentazione delle modalità di individuazione DEC e collaboratori; 2) Sottoscrizione da parte del DEC di dichiarazione che attesta l'assenza di interessi personali in relazione alla ditta affidataria dell'appalto; 3) Formazione dei DEC e collaboratori		1) Direttore DIA; 2) 3) Direttore Approvvigionamenti; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	evidenza misure in atto
5 - Esecuzione del Contratto	32	Autorizzazione al subappalto	RISCHIO MEDIO	1) Mancata valutazione dell'impiego di manodopera o incidenza del costo della stessa ai fini della qualificazione dell'attività come subappalto per eludere le disposizioni e i limiti di legge. 2) Mancata effettuazione delle verifiche obbligatorie sul subappaltatore. 3) Accordi collusivi tra le imprese partecipanti che utilizzano il subappalto come modalità per distribuire i vantaggi dell'accordo a tutti i partecipanti all'accordo.		1) Adempimento delle prescrizioni di legge in materia di subappalto. 2) Protocollo di legalità applicato agli appalti di lavori e misti di lavori/forniture/servizi. 3) Comunicazione al Responsabile per la prevenzione della corruzione di situazioni di inosservanza degli adempimenti in materia di subappalto e ad Intercenter per le convenzioni. 4) Comunicazione da parte di Intercenter alle aziende degli eventuali subappalti.		1)2) 3) Direttore Approvvigionamenti; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	Segnalazione al RPCT delle richieste di autorizzazione di subappalti a soggetti privi dei requisiti.

AREA DI RISCHIO GENERALE CONTRATTI PUBBLICI		FASE/PROCESSO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ELENCO RISCHI	ANOMALIE SIGNIFICATIVE/RISCHI DI PROCESSO	MISURE PREVENZIONE AZIENDE	MISURE INTERCENTER	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
	33	Ammissione delle varianti (compreso sesto quinto)	RISCHIO MEDIO	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.		1) Rispetto delle prescrizioni del Codice Appalti relative alla redazione varianti; 2) Varianti autorizzate con provvedimento dell'Azienda o da intercenter adeguatamente motivato in ordine al riscontro delle fattispecie normative; 3) Trasmissione al RPC delle varianti trasmesse all'ANAC; 4) Monitoraggio di non sfioramento del "sesto quinto"		Direttore Approvvigionamenti; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	evidenza misure in atto
	34	Affiancamenti e sostituzioni in corso di contratto	RISCHIO MEDIO	Affiancamenti e sostituzione di prodotti in corso di contratto finalizzate a favorire uno specifico fornitore		1) Regolamentazione delle modalità autorizzative degli affiancamenti/ sostituzioni; 2) definizione di percorsi condivisi per affiancamento / sostituzione prodotti contrattualizzati sulla base di convenzioni Intercenter 3) utilizzo delle piattaforme informatiche 4) Aggiornamento Vademecum Procedure di Area Vasta		1) 2) Direzione DIA 3) Servizio Approvvigionamenti ; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	evidenza misure in atto
	35	Verifiche in corso di esecuzione del contratto	RISCHIO CRITICO	1) Mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto o ingiustificato pagamento anticipato. 2) Accettazione materiali in cantiere non conformi al capitolato. 3) Accettazione materiali non conformi nelle forniture di beni sanitari e in particolare legate all'Emergenza COVID 19 4) Uso non giustificato di materiali fuori contratto.		1) Verifica periodica dei livelli di qualità attesi per gli appalti di servizi attraverso indicatori specifici. 2) Applicazione di eventuali penali a seguito di non conformità riscontrate nell'esecuzione del contratto. 3) Definizione procedure su "non conformità e acquisti in danno" 4) Condivisione delle modalità di gestione dei flussi informativi con la centrale di committenza 5) Per DPI verifiche in ambito Gruppo Regionale RSPP e istruzioni operative aziendali		1) Direttori Servizi: Logistico Alberghiero; 2) Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale; Direttori: Approvvigionamenti, Ingegneria Clinica; Tecnologie Informatiche e Telematiche, Logistico Alberghiero Direttore Dipartimento Farmaceutico, Direttore Presidio Ospedaliero, Direzione Operativa Area Vasta; 3) Direttore ULC; Direttore Servizio Approvvigionamenti 4) Direttore DIA	1) Relazione annuale del Direttore esecuzione del contratto sull'andamento contratto 3) Pubblicazione sul sito AVEN delle procedure revisionate

AREA DI RISCHIO GENERALE CONTRATTI PUBBLICI		FASE/PROCESSO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ELENCO RISCHI	ANOMALIE SIGNIFICATIVE/RISCHI DI PROCESSO	MISURE PREVENZIONE AZIENDE	MISURE INTERCENTER	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
	36	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)	RISCHIO BASSO	Mancato rispetto delle disposizioni previste nel DUVRI/PSC/POS		1) Periodici controlli verbalizzati sulla corretta attuazione del PSC/POS a cura del coordinatore della sicurezza in esecuzione. 2) Applicazione misure previste dal DUVRI in riferimento alla procedura aziendale sui rischi di interferenza.		1) Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale 2) Direttori Servizi: Prevenzione e Protezione, Logistico Alberghiero	Evidenza misure in atto
	37	Apposizione di riserve	RISCHIO MEDIO	Apposizione di riserve generiche a cui consegue una incontrollata lievitazione dei costi.		Rigorosa adesione al Codice degli appalti.		Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	Evidenza misure in atto
	38	Gestione delle controversie, Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto.	RISCHIO BASSO	Ricorso ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie per favorire l'esecutore.		1) Rispetto delle prescrizioni di legge riguardo l'applicazione dell'Accordo Bonario. 2) Indicazione nei documenti di gara del foro competente con esclusione del ricorso ad arbitrati. 3) Fermo restando l'obbligo di oscurare i dati personali relativi al segreto industriale o commerciale, pubblicazione degli accordi bonari in Amministrazione trasparente, altri contenuti.		Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	Evidenza misure in atto
	38 BIS	Gestione Collegio Consultivo Tecnico art 6 DL 76/00	RISCHIO BASSO	Ricorso ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie per favorire l'esecutore.		1) Rispetto delle prescrizioni di legge riguardo l'applicazione del Collegio Consultivo 2) Fermo restando l'obbligo di oscurare i dati personali relativi al segreto industriale o commerciale, pubblicazione degli accordi bonari in Amministrazione trasparente, altri contenuti.		Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	Evidenza misure in atto. Controlli su atti

AREA DI RISCHIO GENERALE CONTRATTI PUBBLICI		FASE/PROCESSO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ELENCO RISCHI	ANOMALIE SIGNIFICATIVE/RISCHI DI PROCESSO	MISURE PREVENZIONE AZIENDE	MISURE INTERCENTER	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
	39	Effettuazione dei pagamenti in corso di esecuzione	RISCHIO BASSO	Pagamenti Indebiti		1) Adesione alla istruzione Operativa ULC revisionata per beni sanitari 2) per interventi manutentivi coinvolgimento di tutti i componenti uffici direzione lavori 3) Evidenza ITER per l'approvazione stati di avanzamento lavori (SAL) e Stati avanzamento servizi (SAS) tramite evidenze documentali da docsuite 4)Completa informatizzazione del Ciclo Passivo Acquisti con l'emissione di ordini elettronici per i beni e Servizi: applicazione della regolamentazione nazionale (MEF) regionale (Linee Guida NSO) . Adozione procedura aziendale		1) Direttore ULC 2) 3) Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale Patrimoniale 4) Direttore Servizio Approvvigionamenti	Evidenza misure in atto.
6 - Rendicontazione del contratto	40	Procedimento di nomina del collaudatore (o della commissione di collaudo)	RISCHIO MEDIO	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		In caso di affidamento a personale interno, rotazione del personale. In caso di affidamento ad esterni, ricorso ad elenco di professionisti disponibili alla voce merceologica "Servizi Professionali" sul portale del Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione (MEPA)		Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	Evidenza misure in atto
	41	Verifica della corretta esecuzione con rilascio del certificato di collaudo o del certificato di verifica di conformità	RISCHIO BASSO	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.		1) Verbali di collaudo conformi alla normativa. 2) Sottoscrizione dichiarazione conflitto d'interesse 3) Adesione alla procedura aziendale per il collaudo delle tecnologie sanitarie.		1 e 2) Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale 3) Direttore Ingegneria Clinica	Evidenza misure in atto, utilizzo della modulistica ai fini autodichiarazione insussistenza conflitto interessi

Area di rischio generale a) Contratti pubblici									
Servizi e strutture coinvolti: Servizio Logistico Alberghiero, Servizio Ingegneria Clinica, Dipartimento Farmaceutico, Presidio Ospedaliero.									
Esecuzione del Contratto									
Area di Rischio		Processo	Valutazione rischio	Elenco Rischi	Misure preventive in atto	Misure preventive da attuare	Tempi di attuazione	Responsabile misura prevenzione	Monitoraggio
42	Area di rischio generale a) Contratti pubblici - Esecuzione del Contratto	Utilizzo di attrezzature/ materiali in prova a titolo dimostrativo	RISCHIO BASSO	1) Rischio di ingenerare l'acquisto dell'apparecchiatura/ prodotto in visione mediante inserimento di un lotto di gara o con affidamento diretto, eludendo le corrette regole di programmazione e acquisizione; 2) Rischio di indurre richieste extra contratto.	a) Documentazione standard di gara e modulistica per esclusive; Linee Guida e procedura SIC revisionata per ingresso tecnologie in prova; Registri informatici e passaggio alla CADM di DM (per AUSL solo DM classe 3) Linee Guida e Istruzione Operativa revisionata su "Gestione campioni gratuiti nella Vigilanza Dispositivi medici"; b) Monitoraggio trimestrale su acquisti sottosoglia in affidamento diretto ULC e su aderenza alla gara.			a) Direttore Servizio Ingegneria Clinica b) Direttore Dipartimento Farmaceutico	Conformità alla procedura attestata: a) dalla modulistica agli atti del Servizio Ingegneria Clinica b) dai verbali di ispezione nei reparti
	Area di rischio generale a) Contratti pubblici - Esecuzione del Contratto	Gestione contrattuale biancheria	RISCHIO BASSO	Possibile mancata consegna della biancheria pulita nelle quantità previste	Controllo sulla corrispondenza del numero di articoli da consegnare e in consegna	Applicazione controllo di processo	31/12/2022	Direttore Servizio Logistico Alberghiero.	Verifica reportistica relativa alla gestione della biancheria
	Area di rischio generale a) Contratti pubblici - Esecuzione del Contratto	Gestione derrate alimentari	RISCHIO BASSO	Possibile sottrazione di derrate alimentari dalle dispense ospedaliere.	Informattizzazione delle richieste pasti e generi di conforto provenienti da strutture aziendali di ricovero e cura. Inventari presso le dispense delle cucine a gestione diretta. Oggettivizzazione dei fabbisogni di derrate. Informattizzazione dei dati di produzione servizio mensa.			Direttore Servizio logistico Alberghiero	Verifica dell'implementazione del sistema a mezzo accertamento informatico

Area di Rischio		Processo	Valutazione rischio	Elenco Rischi	Misure preventive in atto	Misure preventive da attuare	Tempi di attuazione	Responsabile misura prevenzione	Monitoraggio
45	Area di rischio generale a) Contratti pubblici - Esecuzione del Contratto	Gestione magazzini economali	RISCHIO BASSO	Possibile sottrazione illegale di prodotti; Possibile giacenza errata magazzino economale.	Procedura specifica per la verifica delle giacenze a magazzino con frequenza di verifica quadrimestrale della giacenza di ogni prodotto.			Direttore Servizio Logistico Alberghiero.	Report di verifica della giacenza del magazzino
46	Area di rischio generale a) Contratti pubblici - Esecuzione del Contratto	Controlli sulla gestione dei rifiuti sanitari	RISCHIO MEDIO	Errore umano / Frode	Controlli periodici su fatture e quarta copia formulari Verifica a campione della tara ove previsto. Controlli a campione sulla corretta gestione dei rifiuti all'isola ecologica/area di stoccaggio Applicazione della procedura Aziendale PR-04 .2019 del Presidio Ospedaliero			Direttore Presidio Ospedaliero (Direttore Igiene Ospedaliera)	Report controlli eseguiti ed evidenza dell'applicazione della procedura
		Area di rischio generale a) contratti pubblici							
		Servizi coinvolti: Dipartimento Assistenziale Integrato in Salute Mentale e Dipendenze Patologiche							
47	Area di rischio generale a) contratti pubblici	Inserimento in comunità degli utenti tossicodipendenti in carico al SerDP	RISCHIO BASSO	Ridotta discrezionalità nell'individuazione delle strutture presso le quali disporre l'inserimento del paziente in quanto trattasi principalmente di strutture degli Enti ausiliari titolari degli accordi di fornitura.	Accordi di fornitura ed elenchi regionali Strutture accreditate.			Direttore Dipartimento Assistenziale Integrato in Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DAISMDP) (Direttori Struttura operativa complessa SerDP)	Report semestrale inserimenti con relativi dati di spesa
48	Area di rischio generale a) contratti pubblici	Inserimenti in struttura non accreditata di utenti adulti in carico al DSMDP	RISCHIO MEDIO	Discrezionalità nell'individuazione delle strutture presso le quali inserire il paziente da parte del servizio proponente e previa autorizzaione del Direttore dello stesso	Stesura di un progetto individuale, presupposto per l'inserimento, recante l'individuazione della struttura ritenuta più confacente ai bisogni del paziente. Autorizzazione all'inserimento da parte del direttore della Struttura cui afferisce il servizio proponente, acquisizione assenso del gestore della struttura, previo accertamento della conformità della stessa ai sensi della legge (accredimento, autorizzazione al funzionamento, avvio dell'attività). E' a disposizione dei servizi un elenco delle strutture già conosciute e utilizzate e di eventuali nuove ritenute idonee agli nserimenti di pazienti psichiatrici, validato dalla Direzione Dipartimentale.	Accordo quadro per l'individuazione di soggetti gestori	31/12/2022	Direttore Dipartimento Assistenziale Integrato in Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DAISMDP)	Evidenza misura in atto

Area di Rischio		Processo	Valutazione rischio	Elenco Rischi	Misure preventive in atto	Misure preventive da attuare	Tempi di attuazione	Responsabile misura prevenzione	Monitoraggio
		Area di rischio generale b) Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine							
		Servizi coinvolti: Dipartimento Cure primarie							
49	Area di rischio generale b) Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	Assegnazione di incarichi a tempo determinato di natura convenzionale previsti da Accordi Collettivi Nazionali, Accordi Integrativi Regionali, Accordi Attuativi Locali	RISCHIO BASSO	Arbitraria individuazione dei soggetti assegnatari dell'incarico	Indizione di bandi per la formazione di graduatorie annuali, applicazione dei criteri previsti dagli accordi nazionali, regionali e locali	Istruzione Operativa per la definizione dei passaggi e l'assegnazione degli incarichi ai medici non iscritti in graduatoria	31/12/2022	Direttore del Dipartimento Cure Primarie	Pubblicazione della Istruzione Operativa sul Quality Web aziendale
		Area di rischio generale b) Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine							
		Servizi coinvolti: Servizio Sviluppo Risorse Umane							
50	Area di rischio generale b) Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	Scelta del docente esterno per attività/servizi di formazione	RISCHIO CRITICO	Scelta del docente influenzata da interessi privati.	Applicazione del regolamento aziendale adottato nel 2021 per la gestione dell' elenco docenti esterni per il conferimento di incarico di docenza anche mediante l'utilizzo dell'applicativo informatico revisionato.	Implementazione di un data base per la scelta del docente esterno iscritto all'elenco aziendale mediante comparazione dei candidati. Sviluppo di un data base interno al Servizio per il monitoraggio degli incarichi conferiti a docenti esterni, con particolare attenzione agli incarichi che comportano una spesa superiore ad € 5.000,00.	31/12/2022	Direttore Servizio Sviluppo Risorse Umane	Evidenza dell'applicazione delle misure preventive

Area di Rischio		Processo	Valutazione rischio	Elenco Rischi	Misure preventive in atto	Misure preventive da attuare	Tempi di attuazione	Responsabile misura prevenzione	Monitoraggio
51	Area di rischio generale b) Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine	Partecipazione dei dipendenti ad eventi formativi esterni con sponsorizzazione di ditte	RISCHIO MINIMO	Conflitto di interessi con l'attività istituzionale del dipendente.	Applicazione della procedura aziendale autorizzatoria preventiva per la partecipazione del dipendente	Revisione della procedura aziendale autorizzatoria in linea con l'adozione del Regolamento Regionale per la formazione sponsorizzata.	31/12/2022	Direttore Servizio Sviluppo Risorse Umane.	Evidenza dell'applicazione delle misure preventive
		Area di rischio generale c) Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio							
		Servizi coinvolti: Gestione risorse economiche e finanziarie - Distretti							
52	Area di rischio generale c) Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Attività di pagamento a fornitori e altri beneficiari	RISCHIO BASSO	Corsie preferenziali nei pagamenti al solo fine di favorire soggetti particolari.Emissione di ordinativi di pagamento non dovuti.	a) Rotazione del personale addetto all'attività di pagamento per evitare che il medesimo funzionario tratti lo stesso tipo di procedure per lungo tempo e si relazioni sempre con i medesimi fornitori da effettuare con le seguenti cadenze: - semestrale per il personale addetto ai pagamenti di beni e di parte dei servizi; - quadrimestrale per il personale addetto ai pagamenti delle seguenti tipologie di servizi alla persona: case di cura, assistenza termale e assistenza protesica. b) In caso di richiesta di transazione da parte del fornitore, la valutazione viene effettuata in modo collegiale con il Direttore del Servizio Bilancio; la decisione è sempre formalizzata per iscritto. c) Attività di controllo a campione degli ordinativi di pagamento emessi. Tracciabilità degli operatori che emettono e di coloro che controllano l'ordinativo di pagamento. d) Per le fattispecie liquidate dal Servizio Bilancio (interessi passivi e commissioni bancarie), le funzioni di liquidazione e pagamento sono poste in capo a funzionari distinti.			Direttore Servizio Gestione risorse economiche e finanziarie	Evidenze acquisite in sede di monitoraggio per la prevenzione della corruzione e trasparenza
53	Area di rischio generale c) Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Registrazioni di bilancio	RISCHIO MINIMO	Registrazioni e rilevazioni non corrette/non veritiere.	Tracciabilità degli operatori che effettuano/modificano scritture in contabilità. Evidenza sul sito “Amministrazione Trasparente” dello stato di avanzamento del Percorso Attuativo di Certificabilità dei bilanci (PAC) come disposto dalla Determina ANAC n.12/2015.			Direttore Servizio Gestione risorse economiche e finanziarie	Evidenze acquisite in sede di monitoraggio per la prevenzione della corruzione e trasparenza

Area di Rischio		Processo	Valutazione rischio	Elenco Rischi	Misure preventive in atto	Misure preventive da attuare	Tempi di attuazione	Responsabile misura prevenzione	Monitoraggio
54	Area di rischio generale c) Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Gestione delle donazioni in denaro	RISCHIO MINIMO	Perseguimento di qualsiasi beneficio diretto o indiretto di carattere personale collegato all'accettazione di donazioni in denaro; Mancata congruità tra importo incassato attraverso l'Istituto Tesoriere e quanto sottoscritto dal donante in apposita modulistica reperibile sul sito web aziendale.	Utilizzo di IBAN dell'Istituto Tesoriere intestato all'Azienda quale modalità esclusiva di incasso della donazione, così come espressamente indicato nella modulistica di cui sopra; Divieto di liberalità a favore di dipendenti dell'azienda; Ricevimento dell'apposito modulo donazioni e verifica del versamento effettuato dal donante in capo a servizi aziendali diversi (Segreteria Direzione Generale e Servizio Gestione risorse economiche e finanziarie); Rifiuto per iscritto, su valutazione della Direzione aziendale, e restituzione della somma ricevuta qualora la donazione persegua finalità illecite o incompatibili con l'interesse pubblico o con i fini istituzionali dell'azienda; Accettazione delle donazioni da parte dell'azienda tramite atto del Direttore del Servizio Gestione risorse economiche e finanziarie o tramite delibera del Direttore Generale, a seconda dell'importo donato.			Direttore Servizio Gestione risorse economiche e finanziarie	Evidenza misure in atto
55	Area di rischio generale c) Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Liquidazione fatture a favore di soggetti accreditati per l'erogazione di servizi socio sanitari	RISCHIO BASSO	Mancato rispetto delle disposizioni contrattuali. Riconoscimento economico di prestazioni non autorizzate o non correttamente erogate.	Schema per le regole per la gestione amministrativa e contabile del FRNA in delibera 73/2015	Aggiornamento e revisione della delibera 73/2015	30/06/2022	Direttore Attività Socio Sanitarie per l'aggiornamento schema. Direttore Distretto per applicazioni disposizioni.	Verifica aggiornamento delibera 73/2015. Evidenze dell'applicazione delle regole vigenti

Area di Rischio		Processo	Valutazione rischio	Elenco Rischi	Misure preventive in atto	Misure preventive da attuare	Tempi di attuazione	Responsabile misura prevenzione	Monitoraggio
		Area di rischio generale c) gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio							
		Servizi coinvolti: Area Tecnica Patrimoniale							
56	Area di rischio generale c) gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Gestione dei beni immobili	RISCHIO BASSO	Condizioni di acquisto o locazione che facciano prevalere l'interesse della controparte su quello della Pubblica Amministrazione.	Per gli acquisti si utilizzano procedure ad evidenza pubblica utilizzando giornali locali, siti web istituzionali e agenzie immobiliari locali. Per le locazioni: rigoroso rispetto della normativa in vigore che vieta nuove locazioni, salvo specifiche eccezioni. In questo caso procedure ad evidenza pubblica come sopra. Pubblicazione annuale in "Amministrazione trasparente" nella sezione "Beni immobili e gestione patrimonio" - sottosezione "Patrimonio Immobiliare" dell'elenco degli immobili di proprietà con indicazione del loro valore. Pubblicazione annuale in "Amministrazione trasparente" nella sezione "Beni immobili e gestione patrimonio" - sottosezione "Canoni di locazione o affitto" degli elenchi recanti i dati relativi a contratti di comodato in essere (attivi o passivi).			Direttore Area Tecnica Patrimoniale	Evidenza misure in atto
		Area di rischio generale c) Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio							
		Servizi coinvolti: Dipartimento Farmaceutico							
57	Area di rischio generale c) Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Liquidazione fatture a favore di farmacie e ditte per Assistenza Farmaceutica Convenzionata, Integrativa e Protesica: farmaceutica, stomie e cateteri, pannoloni, dietetici per insufficienza renale o malattie metaboliche, dietetici per pazienti affetti da celiachia, ossigeno e ventiloterapia, nutrizione enterale e parenterale.	RISCHIO MINIMO	Pagamenti non dovuti per utenti non aventi diritto/autorizzati.	1) Aggiornamento Banca Dati Assistiti; 2) Verifica dati Residenza; 3) Verifica dati stato in vita; 4) Verifica dei requisiti per avere diritto alla gratuità dei prodotti.			Direttore Dipartimento Farmaceutico	Evidenza dei controlli effettuati

Area di Rischio		Processo	Valutazione rischio	Elenco Rischi	Misure preventive in atto	Misure preventive da attuare	Tempi di attuazione	Responsabile misura prevenzione	Monitoraggio
		Area di rischio generale d) Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni							
		Servizi coinvolti: Dipartimento Sanità Pubblica, Dipartimento Farmaceutico, Dipartimento Cure primarie							
58	Area di rischio generale d) Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Rilascio pareri servizi DSP	RISCHIO BASSO	Applicazione difforme delle procedure	Verifica dell'applicazione omogenea delle procedure vigenti documentata da atti o verbali emessi			Direttore Dipartimento Sanità Pubblica	Evidenza misure in atto
59	Area di rischio generale d) Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Indennità di residenza a favore delle farmacie rurali L.221/68	RISCHIO MINIMO	Riconoscimento indebito dell'indennità per errato calcolo del numero di abitanti da parte dei Comuni.	Controlli rispetto alle certificazioni precedenti fornite dai Comuni.			Direttore Dipartimento Farmaceutico	Evidenza misure in atto
60	Area di rischio generale d) Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Processo sanzionatorio conseguente all'attività di vigilanza sulle unità locali	RISCHIO MINIMO	Applicazione difforme della procedura dipartimentale (sanzioni amministrative)	Applicazione della procedura dipartimentale "sanzioni amministrative" documentata da atti o verbali emessi			Direttore Dipartimento Sanità Pubblica, Direttore Dipartimento Farmaceutico	Evidenza misure in atto
61	Area di rischio generale d) Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Attività ispettiva sui reparti ospedalieri e territoriali	RISCHIO MEDIO	Mala-gestione dei beni farmaceutici.	Attività di vigilanza continua sulle unità operative aziendali.			Direttore Dipartimento Farmaceutico	Verifica dell'effettuazione dell'attività ispettiva
62	Area di rischio generale d) Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Modalità di controllo dei contratti di assistenza domiciliare integrata, programmata e nelle strutture protette, nonché delle prestazioni di particolare impegno professionale erogate dai medici convenzionati	RISCHIO BASSO	Pagamento di accessi non effettuati o di prestazioni non erogate.	Procedura aziendale sulle modalità di verifica e controllo dei contratti di ADI, ADP, ADR, PPIP.			Direttore Dipartimento cure primarie	Evidenza della pubblicazione sul Quality Web della procedura aggiornata. Evidenza dei controlli effettuati.

Area di Rischio		Processo	Valutazione rischio	Elenco Rischi	Misure preventive in atto	Misure preventive da attuare	Tempi di attuazione	Responsabile misura prevenzione	Monitoraggio
63	Area di rischio generale d) Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Controllo ricette irregolari spedite dalle farmacie pubbliche e private della provincia di Reggio Emilia	RISCHIO MINIMO	Archiviazione ricette potenzialmente irregolari.	Controllo a campione della regolarità di eventuale archiviazione ad opera di altro operatore.			Direttore Dipartimento Farmaceutico	Compilazione scheda dell'avvenuto controllo
64	Area di rischio generale d) Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Vigilanza impianti natatori	RISCHIO BASSO	Applicazione difforme procedure.	Definizione di check list per il sopralluogo;			Direttore Dipartimento Sanità Pubblica (Direttore SIP)	Evidenza del rispetto delle tempistiche nei controlli piscine cat. A1 (2 ispezioni e 2 campionamenti annui per impianti coperti; 1 ispezione e 1 campionamento annuo per impianti scoperti)
65	Area di rischio generale d) Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	Vigilanza nelle aziende in tema di salute e sicurezza dei lavoratori	RISCHIO MEDIO	Utilizzo criteri non equi/appropriati nella scelta delle Aziende Mancato rispetto della rotazione delle coppie di operatori e nel territorio. Applicazione di criteri disomogenei nei sopralluoghi e sugli atti emessi.	a) Individuazione dei volumi quantitativi (n. aziende da controllare) e dei comparti. b) Suddivisione in piani di lavoro con individuazione dei referenti dei piani, componenti dei gruppi, carichi di lavoro con strumenti informatizzati per garantire la massima trasparenza. c) Attribuzione delle aziende da ispezionare da parte del referente di piano, secondo i criteri definiti, quali INDICE DI ROTAZIONE DELLE COPPIE per evitare coppie stabili, INDICE DI ROTAZIONE DEL PERSONALE NELLE AREE TERRITORIALI per garantire omogeneità di vigilanza. d) Validazione delle liste di controllo da utilizzare in vigilanza Verifica dei risultati e) controllo trimestrale dei volumi di attività e dell'uso delle liste di controllo, mediante budget. f) controllo semestrale/annuale del rispetto degli indici di rotazione (coppie/ territorio), mediante specifica elaborazione dal sistema informativo Gasp.			Direttore Dipartimento Sanità Pubblica (Direttore SPSAL)	Evidenza del rispetto delle tempistiche nei controlli quali-quantitativo con periodicità: - punto e) trimestrale; - punto f) semestrale/annuale
66	Area di rischio generale d) Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	VIGILANZA Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione	RISCHIO MINIMO	Applicazione normativa e procedure non omogenea.	1) utilizzo manuali e ceck list; 2) supervisione; 3) rotazione del personale, compreso quello in addestramento; 4) audit interni con focus sul controllo ufficiale. 5) formazione			Direttore Dipartimento Sanità Pubblica (Direttore SIAN)	Evidenza misure in atto

Area di Rischio		Processo	Valutazione rischio	Elenco Rischi	Misure preventive in atto	Misure preventive da attuare	Tempi di attuazione	Responsabile misura prevenzione	Monitoraggio
67	Area di rischio generale d) Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	RILASCIO AUTORIZZAZIONI, CERTIFICAZIONI E ATTESTAZIONI Servizio Sanità Pubblica Veterinaria	RISCHIO BASSO	Autorizzazione rilasciata in assenza dei requisiti previsti generando disequità con impropri vantaggi o svantaggi	Istruzioni operative Procedure Verifiche a campione			Direttore Dipartimento Sanità Pubblica (Direttore SSPV)	Evidenze misure in atto
68	Area di rischio generale d) Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	CERTIFICAZIONI/ATT ESTAZIONI PER ESPORTAZIONE ALIMENTI Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione	RISCHIO MEDIO	Normativa insufficiente e disomogeneità nell'applicazione di procedure e istruzioni operative.	1) Rispetto procedure e istruzioni operative 2) Audit interni con valutazione specifica del processo di rilascio certificazioni 3) formazione linee di indirizzo regionali 2019			Direttore Dipartimento Sanità Pubblica (Direttore SIAN)	Verifica dei tempi di rilascio (7 giorni dall'acquisizione degli elementi necessari)
69	Area di rischio generale d) Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	CONTROLLO UFFICIALE e SANZIONI Servizio Sanità Pubblica Veterinaria	RISCHIO MEDIO	Applicazione difforme nella valutazione dei requisiti normativi generando disequità con impropri vantaggi o svantaggi	1) Procedure con manuali operativi e relative check list 2) Supervisioni e audit per uniformare comportamenti nel personale 3) Rotazione del personale che viene attuata con modalità diverse a seconda delle tipologie di attività da controllare. Nei macelli e negli stabilimenti riconosciuti ai sensi del reg. CE/853/2004 per la produzione di alimenti di origine animale, è pianificata la rotazione del veterinario incaricato del controllo ogni 5 anni. Presso altre strutture, la rotazione, ove possibile, avviene secondo frequenza annuale.			Direttore Dipartimento Sanità Pubblica (Direttore SSPV)	Verifiche quali-quantitative dei verbali e delle check list ispettive con periodicità bimestrale (PROFESSIONAL TERRITORIALE), trimestrale (SOS) e semestrale (SOC) e conformità dei provvedimenti conseguenti sanzioni 2) Supervisioni Verifica adozione nuove modalità di rotazione

Area di Rischio	Processo	Valutazione rischio	Elenco Rischi	Misure preventive in atto	Misure preventive da attuare	Tempi di attuazione	Responsabile misura prevenzione	Monitoraggio
Area di rischio generale e) Affari legali e contenzioso								
Servizi coinvolti: Affari Legali e Assicurativi								
70	Area di rischio generale e) Affari legali e contenzioso	Attribuzione di incarichi di difesa giudiziaria a legali esterni	RISCHIO MINIMO	La presenza di discrezionalità nell'individuazione del legale esterno può determinare situazioni, con i singoli professionisti e/o con l'ambiente dell'avvocatura, potenzialmente eccepibili.	I professionisti vengono individuati in base ai curricula per ambiti giuridici specifici (civile, penale, amministrativo), attingendo da un elenco, elaborato annualmente, con una procedura con avviso pubblico, concordata in ambito AVEN e adottata con Delibera DG n. 54 del 07/03/2017.		Direttore del Servizio Gestione Affari Legali	Verifica dell'aggiornamento dell'elenco dei legali esterni
71	Area di rischio generale e) Affari legali e contenzioso	Liquidazione del risarcimento danni	RISCHIO ALTO	Il processo presenta margini di discrezionalità sia a monte nell'individuazione dell'eventuale responsabilità della struttura sanitaria, sia nell'attribuzione delle conseguenti responsabilità, sia infine nella quantificazione del danno ritenuto risarcibile.	Collegialità delle decisioni nel Comitato Valutazione Sinistri (CVS), anche attraverso il coinvolgimento di figure professionali in grado di arricchire la fase valutativa del caso. Costante riferimento alle tabelle vigenti adottate dal tribunale di Milano o, ove esistenti, dal Ministero e ai barèmes di medicina legale in uso. Confronto con i professionisti dipendenti coinvolti, confronto con professionisti della medesima specialità esterni alla struttura interessata, confronto con medici legali interni ed esterni all'Amministrazione e con i legali che seguono dal punto di vista giudiziario la vicenda.		Direttore del Servizio Gestione Affari Legali e Assicurativi; Direttore del Servizio Medicina Legale - Gestione Sinistri	Verifica dei verbali del CVS

Area di Rischio	Processo	Valutazione rischio	Elenco Rischi	Misure preventive in atto	Misure preventive da attuare	Tempi di attuazione	Responsabile misura prevenzione	Monitoraggio	
Area di rischio specifica a) Attività libero professionale e liste di attesa									
Servizi coinvolti: Presidio Ospedaliero, Dipartimento cure primarie - Programma specialistica ambulatoriale									
72	Area di rischio specifica a) Attività libero professionale e liste di attesa	Gestione delle agende di prenotazione per ricovero in area chirurgica	RISCHIO MEDIO	1. Mancato rispetto della lista d'attesa; 2. discrezionalità nell'attribuzione del codice di priorità clinica; 3. prestazione non erogata nei tempi stabiliti dalla normativa ove previsto.	Verifica quotidiana delle schede di proposta di ricovero e controllo corretta attribuzione del codice di priorità	Aggiornamento e revisione della procedura aziendale PR 01 "Gestione delle liste di attesa dei ricoveri programmati"	31/12/2022	Direttore Presidio Ospedaliero (Direttore Gestione Operativa)	Evidenza dell'applicazione della procedura
73	Area di rischio specifica a) Attività libero professionale e liste di attesa	Liquidazione fatture (modello B1)	RISCHIO MINIMO	1. errore umano; 2. corruzione; 3. frode.	Applicazione della istruzione operativa	Aggiornamento e revisione istruzione operativa	31/12/2022	Direttore Presidio Ospedaliero (Direttore Amministrativo di Presidio)	Evidenza dell'aggiornamento dell'istruzione operativa Report periodico (n.3 casi a campione)
74	Area di rischio specifica a) Attività libero professionale e liste di attesa	Prenotazione nell'ambito della gestione delle liste di attesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale	RISCHIO MINIMO	Riserva dei posti impropria.	1) Prenotabilità tramite unico sistema informatico prenotante (CUP) del 98% delle agende; 2) Pubblicazione su Amministrazione Trasparente dei dati sui tempi di attesa, aggiornati mensilmente, tramite il link al sito regionale.; 3) Monitoraggio a campione su almeno un mese per semestre delle estrazioni "tipologie di prenotazioni effettuate senza numero di ricetta".			Direttore Dipartimento cure primarie – Direttore Programma specialistica ambulatoriale - RUA	Analisi dei report, esito del monitoraggio a campione

Area di Rischio		Processo	Valutazione rischio	Elenco Rischi	Misure preventive in atto	Misure preventive da attuare	Tempi di attuazione	Responsabile misura prevenzione	Monitoraggio
75	Area di rischio specifica a) Attività libero professionale e liste di attesa	Confronto tempi di attesa dei ricoveri in regime istituzionale con o senza precedente accesso in libera professione	RISCHIO MEDIO	Prestazione di ricovero erogata in regime istituzionale con percorso preferenziale nel caso in cui sia preceduta da accessi ambulatoriali in libera professione.	1) Controllo a cadenza annuale del tempo di attesa medio complessivo di interventi eseguiti a seguito di una visita in regime di SSN e a seguito di una visita in LP (estrazione per Codice di Priorità e U.O.) 2) Verifica quotidiana delle schede di proposta di ricovero e controllo corretta attribuzione del codice di priorità	Revisione e aggiornamento della procedura aziendale PR 01 "Gestione delle liste di attesa dei ricoveri programmati"	31/12/2022	Direttore Presidio Ospedaliero (Direttore Gestione Operativa)	Evidenza dell'aggiornamento della procedura; Report annuale dei tempi di attesa medi per interventi eseguiti a seguito di visita in regime SSN e LP; evidenza richieste di chiarimento attribuzione codice di priorità
		Area di rischio specifica b) Rapporti contrattuali con privati accreditati							
		Servizi coinvolti: Sistema Informativo - Accontability e Performance, Dipartimento Cure Primarie - Programma specialistica ambulatoriale.							
76	Area di rischio specifica b) Rapporti contrattuali con privati accreditati	Accordi di fornitura con strutture private accreditate -attività di degenza	RISCHIO MEDIO	Acquisto di prestazioni di degenza non coerenti con i fabbisogni della popolazione	Applicazione di Accordo quadro regionale vigente. Applicazione, per le parti di competenza, della Procedura PR32 Rev.1 del 19/09/2019 della Direzione Amministrativa – Percorso attuativo della certificabilità del bilancio (PAC) "Acquisto di servizi sanitari da strutture private accreditate" (AUSLRE Protocollo n° 2019/0111757 del 27/09/2019).			Direttore Servizio Sistema Informativo Accountability - performance	Evidenza dell'applicazione delle misure preventive
77	Area di rischio specifica b) Rapporti contrattuali con privati accreditati	Attività di controllo delle prestazioni sanitarie di degenza rese da strutture pubbliche e private	RISCHIO MINIMO	Mancato rispetto dei tetti di budget fissati (contratti di fornitura o accordi regionali). Riconoscimento economico indebito per prestazioni non correttamente codificate (sovracodifica), erogate in setting/durata non appropriati, non effettuate.	Applicazione, per le parti di competenza, della Procedura PR32 Rev.1 del 19/09/2019 della Direzione Amministrativa – Percorso attuativo della certificabilità del bilancio (PAC) "Acquisto di servizi sanitari da strutture private accreditate" (AUSLRE Protocollo n° 2019/0111757 del 27/09/2019). Applicazione della procedura del Sistema Informativo-Accountability-Performance PR01 Rev.0 del 11/12/2018 "Controlli sanitari esterni sulle prestazioni di ricovero ospedaliero" (AUSLRE Protocollo n° 2018/0141064 del 18/12/2018). Aggiornamento dei professionisti addetti al controllo mediante incontri periodici con colleghi dell'Area Vasta Emilia Nord.			Direttore Servizio Sistema Informativo Accountability - performance	Evidenza dell'applicazione delle misure preventive

Area di Rischio		Processo	Valutazione rischio	Elenco Rischi	Misure preventive in atto	Misure preventive da attuare	Tempi di attuazione	Responsabile misura prevenzione	Monitoraggio
78	Area di rischio specifica b) Rapporti contrattuali con privati accreditati	Accordi di fornitura con strutture private accreditate -attività specialistica ambulatoriale	RISCHIO MEDIO	Assegnazione discrezionale di budget a soggetti privati accreditati, non coerente con l'esito dell'analisi del rapporto tra fabbisogno e capacità produttive dell'Azienda e dei diversi soggetti privati accreditati	Definizione del fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali con l'obiettivo del rispetto dei tempi di attesa, previa verifica della capacità produttiva interna (Make or Buy). Adozione accordo triennale di fornitura e accordi annuali integrativi	Adozione di criteri e linee operative in caso di aumento del fabbisogno	31/12/2022	Direttore Dipartimento Cure Primarie (Direttore Programma Specialistica Ambulatoriale)	Evidenze: 1) Produzione da flusso ASA e Indici di consumo (Produzione/popolazione), con priorità alle prestazioni monitorate per i tempi d'attesa; 2) indici di performance MAPS (percennale di prenotazioni entro gli standard di tempi d'attesa fissati dalla Regione); 3) Delibera triennale di contrattualizzazione con le strutture private accreditate e relativi accordi annuali. 4) Evidenza dell'adozione di linee operative in caso di aumento del fabbisogno
79	Area di rischio specifica b) Rapporti contrattuali con privati accreditati	Attività di controllo delle prestazioni specialistiche ambulatoriali erogate da strutture private accreditate	RISCHIO MEDIO	Mancato rispetto delle previsioni contrattuali.Riconoscimento economico di prestazioni non correttamente codificate o non effettivamente erogate.	1) Monitoraggio mensile dell'attività erogata in regime contrattuale ai fini del non superamento del tetto di budget concordato; 2) Controlli scarto ASA (a causa di errori di codifica o di altro tipo); 3) Applicazione procedura n. 32/2017 della Direzione Amministrativa, relativa alla liquidazione; 4) Attivazione tavolo di Area Vasta per omogeneizzazione procedure 5) Introduzione del controllo a campione della documentazione cartacea pervenuta (richieste/referti/documenti pagamento/esenzioni e ticket) da parte di almeno due fornitori/anno			Dipartimento Cure Primarie (Direttore Programma specialistica ambulatoriale)	Evidenze monitoraggio mensile del erogato/fatturato/liquidabile tramite "incrocio dati" da validato ASA e controlli applicativo Gipsy per le strutture private accreditate.

Area di Rischio		Processo	Valutazione rischio	Elenco Rischi	Misure preventive in atto	Misure preventive da attuare	Tempi di attuazione	Responsabile misura prevenzione	Monitoraggio
		Area di rischio specifica c) Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni							
		Servizi coinvolti: Dipartimento Farmaceutico – Unità Logistica Centralizzata (ULC) - Staff Ricerca e Innovazione - Infrastruttura Ricerca e Statistica, Presidio Ospedaliero.							
80	Area di rischio specifica c) Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Emissione degli ordini ai fornitori di beni farmaceutici e dispositivi medici (ULC)	RISCHIO MEDIO	Ordini impropri al fine di favorire un fornitore.	Adesione alla procedura aziendale “Criteri e modalità di riordino e di sollecito dei prodotti gestiti a scorta dall’ULC”.	Revisione e aggiornamento procedura operativa	31/12/2022	Direttore ULC	Revisione e aggiornamento istruzione operativa Evidenza della corrispondenza tra ordinato e venduto attraverso elaborazione apposito fase : CRUBO, del gestionale
81	Area di rischio specifica c) Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Gestione informatizzata del magazzino ULC al fine della corretta movimentazione delle scorte	RISCHIO MEDIO	1) Eccesso di prodotti scaduti. 2) Ammanchi.	Rispetto dell’istruzione operativa “Gestione dei beni farmaceutici all’interno dell’ULC”. Per i farmaci “sensibili” per possibili sottrazioni/furti, gestione delle scorte separata in area protetta dedicata (es cassaforte, bunker per stupefacenti, area nella cella frigo separata).	Revisione e aggiornamento procedura operativa	31/12/2022	Direttore ULC	Revisione e aggiornamento istruzione operativa 1) Registrazione degli scaduti ed evidenza del loro valore nella scheda trimestrale di budget. 2) evidenza di controlli a campione periodici sulla corrispondenza tra scorte fisiche e informatiche

Area di Rischio		Processo	Valutazione rischio	Elenco Rischi	Misure preventive in atto	Misure preventive da attuare	Tempi di attuazione	Responsabile misura prevenzione	Monitoraggio
82	Area di rischio specifica c) Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Prescrizione e somministrazione del farmaco in ambito ospedaliero	RISCHIO MEDIO	Uso distorto del farmaco, cioè non ai fini per cui è stato prescritto.	Informatizzazione del processo di prescrizione e somministrazione del farmaco con individuazione del paziente mediante barcode.			Direttore Dipartimento Farmaceutico	Evidenza di audit clinici di appropriatezza dell'uso del farmaco
83	Area di rischio specifica c) Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Prescrizione del farmaco in ambito extra ospedaliero	RISCHIO ALTO	Abuso dell'autonomia professionale del medico al fine di favorire la diffusione di un particolare farmaco e/o frodare il SSN.	Controlli contabili mensili sulle ricette spedite dalle farmacie aperte al pubblico.Adesione alla procedura aziendale di controllo sulla prescrizione territoriale, da cui scaturiscono report periodici sulla prescrizione del singolo medico (MMG o PLS).			Direttore Dipartimento Farmaceutico	Evidenza dei controlli contabili. Evidenza dell'applicazione della procedura attraverso l'analisi dei report e possibile confronto con i medici prescrittori.
84	Area di rischio specifica c) Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Rilevazione dei costi della ricerca per ogni studio proposto	RISCHIO MEDIO	1) Sottostimare i costi delle ricerca; 2) Conflitti di interesse.	1) Applicazione procedura operativa aziendale per la rilevazione delle prestazioni extra-routine (aggiuntive) nell'ambito degli studi sperimentali profit e no profit; 2) Controllo da parte della Segreteria Locale del Comitato Etico in fase di quantificazione dei costi;	Revisione tariffario e modifica procedure ove necessario per integrazioni economico-finanziarie.	31/12/2022	Direttore Infrastruttura Ricerca e Statistica;	Evidenza applicazione procedura e verifica effettuazione controlli
85	Area di rischio specifica c) Farmaceutica dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Destinazione introiti da sperimentazioni sponsorizzate	RISCHIO BASSO	Auto attribuzione dei proventi.	Attuazione delle vigenti disposizioni di destinazione degli introiti al Bilancio Aziendale con accantonamento al Fondo della Ricerca.			Direttore Infrastruttura Ricerca e Statistica;	Evidenza Monitoraggio budget della ricerca

Area di Rischio		Processo	Valutazione rischio	Elenco Rischi	Misure preventive in atto	Misure preventive da attuare	Tempi di attuazione	Responsabile misura prevenzione	Monitoraggio
86	Area di rischio specifica c) Farmaceutica dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Sperimentazioni cliniche sponsorizzate con convenzione con l'Azienda oppure studi no profit con supporti da parte di terzi.	RISCHIO MEDIO	1. Rischio di favoritismi nel rapporto tra sperimentatore e sponsor; 2. rischio di grave misconduct scientifica nell'intero processo di ricerca (dalla pianificazione alla pubblicazione dei risultati); 3. avvio e conduzione dello studio senza rispettare la normativa in materia; 4. conflitto di interesse.	1. controllo del contratto/convenzione tra lo sponsor e l'azienda; 2. monitoraggio amministrativo della segreteria del Comitato Etico; 3. acquisizione della dichiarazione del conflitto di interesse richiesta al PI locale; 4. applicazione e diffusione della procedura di misconduct scientifica.			Direttore Infrastruttura Ricerca e Statistica;	1. Evidenza dei contratti
87	Area di rischio specifica c) Farmaceutica dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Accesso degli specialist di prodotto ai comparti operatori, sale operatorie e ambulatori chirurgici e locali assimilati	RISCHIO MEDIO	1. Attività non consentite nei riguardi del paziente; 2. Mancato rispetto di norme comportamentali; 3. Mancato rispetto della privacy	Applicazione dell'istruzione operativa sulle modalità di accesso degli specialist di prodotto nei comparti operatori, sale operatorie, ambulatori chirurgici e locali assimilati	Aggiornamento e revisione procedura	31/12/2022	Direttore di Presidio (Direttori Medici di stabilimento ospedaliero)	Revisione e aggiornamento istruzione operativa Evidenza delle misure in atto
88	Area di rischio specifica c) Farmaceutica dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	Gestione economica dei progetti in capo alla SOS Ricerca e Innovazione	RISCHIO BASSO	1) Mancato rispetto della pianificazione e ripartizione dei costi 2) Mancato rispetto delle procedure aziendali nella gestione del finanziamento	Atti amministrativi aziendali, regionali, ministeriali ed eventuali convenzioni/accordi con enti pubblici europei Monitoraggio costante delle spese e delle eventuali rimodulazioni economiche Monitoraggio costante dell'adeguamento delle azioni per progetti con vincoli, alle procedure aziendali, in modo da avere sempre coerenza tra i due sistemi			Responsabile Ricerca e Innovazione	Evidenza delle misure in atto Rendicontazione agli enti pubblici finanziatori sia nazionali che europei (regione, ministero, ISS,...)

Area di Rischio		Processo	Valutazione rischio	Elenco Rischi	Misure preventive in atto	Misure preventive da attuare	Tempi di attuazione	Responsabile misura prevenzione	Monitoraggio
		Area di rischio specifica d) Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero							
		Servizi coinvolti: Presidio Ospedaliero Aziendale – Direzione Medica di Ospedale							
89	Area di rischio specifica d) Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	Accesso delle ditte di Onoranze funebri presso le camere ardenti degli ospedali del Presidio ospedaliero	RISCHIO CRITICO	Intervento degli operatori per influenzare la scelta delle pompe funebri. Comunicazione in anticipo di un decesso a determinate pompe funebri.	Procedura di presidio e regolamenti di singolo stabilimento ospedaliero per l'utilizzo del servizio mortuario. Completa informatizzazione su tutti gli stabilimenti della provincia del presidio ospedaliero del Registro di stabilimento. Monitoraggio annuale sull'utilizzo del registro di stabilimento e valutazione dei dati. Verifiche periodiche in loco e redazione verbale di resoconto. Per stabilimento ASMN analisi periodica non conformità questionario di gradimento nel quale è presente la specifica richiesta se la scelta dell'impresa è stata libera o suggerita. Estensione dei questionari a tutti i presidi ospedalieri aziendali	Adeguamento alle indicazioni Regionali.	31/12/2022	Direttore di Presidio (Direttori medici di Stabilimento ospedaliero)	Evidenza dei controlli effettuati in loco. Verbali di avvenuta verifica dell'utilizzo e valutazione dei dati del registro. Evidenza analisi questionari
		Area di rischio c) Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto e immediato per il destinatario							
		Servizi coinvolti: Dipartimento Sanità Pubblica - Medicina Legale; Dipartimento Cure primarie; Presidio Ospedaliero, Dipartimento Assistenziale Integrato in Salute Mentale e Dipendenze Patologiche							
90	Area di rischio C Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto e immediato per il destinatario	Accertamento disabilità (invalidità civile, sordità, cecità, handicap)	RISCHIO BASSO	Indebito riconoscimento della disabilità.	Rotazione dei presidenti della commissione in modo strutturato in tutti i Distretti .			Direttore Dipartimento Sanità Pubblica (Direttore della SOC Medicina Legale)	Evidenza misure in atto

Area di Rischio		Processo	Valutazione rischio	Elenco Rischi	Misure preventive in atto	Misure preventive da attuare	Tempi di attuazione	Responsabile misura prevenzione	Monitoraggio
91	Area di rischio C Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto e immediato per il destinatario	Valutazione di inabilità al lavoro	RISCHIO BASSO	Indebito riconoscimento dell'inabilità al lavoro.	Rotazione dei presidenti della commissione in modo strutturato.			Direttore Dipartimento Sanità Pubblica (Direttore della SOC Medicina Legale)	Evidenza misure in atto
92	Area di rischio C Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto e immediato per il destinatario	Autorizzazione a ricoveri in centri specialistici ex art.26 della Legge 833/78 e autorizzazione e liquidazione delle prestazioni ambulatoriali	RISCHIO MINIMO	Autorizzazione impropria rispetto a criteri di accesso e requisiti della struttura. Rimborsi ambulatoriali impropri.	Applicazione dell'istruzione operativa IO10 del 09.11.16 del DPCA.	Revisione della istruzione operativa	31/12/2022	Direttore del Dipartimento Cure Primarie	1) verifica dell'utilizzo della modulistica e del rispetto delle fasi previste nell'IO 10 del 09/11/2016; 2) Evidenza della pubblicazione sul Quality Web della procedura aggiornata
93	Area di rischio C Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto e immediato per il destinatario	Processo di scelta/revoca del MMG o del PLS	RISCHIO BASSO	1) Iscrizione ad un medico oltre i massimali consentiti; 2) Possibili favoritismi nell'iscrizione di un cittadino ad un particolare medico piuttosto che ad altri.	1) Blocchi impostati sull'applicativo informatico ARA (massimale di scelta del medico, quota per ricongiunzione per i familiari, quota per iscrizione temporanei); 2) presentazione e diffusione Manuale ARA per la Gestione Assistiti. 3) utilizzo del manuale informatizzato sulla normativa e la modulistica di riferimento, relativa alla gestione delle operazioni SAUB, a disposizione di tutti gli operatori SAUB			Direttore del Dipartimento Cure Primarie	Evidenza tramite verifiche a campione su programma ARA.

Area di Rischio		Processo	Valutazione rischio	Elenco Rischi	Misure preventive in atto	Misure preventive da attuare	Tempi di attuazione	Responsabile misura prevenzione	Monitoraggio
94	Area di rischio C Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto e immediato per il destinatario	Processo iscrizione cittadini extra UE al SSN	RISCHIO BASSO	Iscrizione al SSN di un soggetto che non ne avrebbe diritto	1) Formazione continua sul campo degli operatori addetti su Leggi e Circolari relative al diritto di iscrizione per cittadini stranieri; 2) Prosecuzione tavolo di lavoro aziendale al quale partecipano tutti i referenti dei distretti.; 3) aggiornamento continuo forum FOR-Me, in visione a tutti gli operatori SAUB e utilizzo del manuale interattivo			Direttore del Dipartimento Cure Primarie	Evidenza delle misure in atto
95	Area di rischio C Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto e immediato per il destinatario	Fornitura di presidi e/o ausili ortopedici non a carico SSN a pazienti ricoverati	RISCHIO MEDIO	Il personale dipendente potrebbe indirizzare la scelta dell'utente per la fornitura di presidio e/o ausilio verso una specifica ditta e/o sanitaria.	Applicazione del regolamento aziendale che disciplina l'accesso di rappresentanti di ditte e/o sanitarie di presidi ortopedici nei reparti ospedalieri degli stabilimenti ex AUSL.	Approvazione nuovo regolamento e sensibilizzazione delle strutture aziendali coinvolte	31/12/2022	Direttore di Presidio Ospedaliero	Evidenza dell'applicazione del regolamento e sensibilizzazione delle strutture aziendali coinvolte
96	Area di rischio C Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto e immediato per il destinatario	Accordi con promotori commerciali	RISCHIO MEDIO	Conflitto di interesse	Applicazione della procedura PR13 2019 1. Rapporto diretto in capo all'azienda e non ai singoli professionisti; 2. eventuale introito a vantaggio dell'azienda e non dell'U.O.			Direttore Presidio Ospedaliero	Evidenza dell'applicazione della procedura (PR13 2019)

Area di Rischio		Processo	Valutazione rischio	Elenco Rischi	Misure preventive in atto	Misure preventive da attuare	Tempi di attuazione	Responsabile misura prevenzione	Monitoraggio
97	Area di rischio C Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto e immediato per il destinatario	Rilascio documentazione sanitaria	RISCHIO MEDIO	Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza.	Applicazione nuova procedura aziendale (PR46 2019)			Direttore Presidio Ospedaliero (Direttore medico di Stabilimento ospedaliero)	Evidenza dell'applicazione della procedura PR46 2019
98	Area di rischio C) Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Rimborsi ai Comuni per interventi educativi intensivi domiciliari, affidi ed inserimenti in strutture non accreditate a favore di minori in attuazione della DGR 1102/2014	RISCHIO CRITICO	Impropria individuazione del "caso complesso"	Applicazione DGR 1102/2014			Direttore Dipartimento Assistenziale Integrato in Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DAISMDP)	Evidenza dell'applicazione della istruzione operativa
		Area di rischio d) Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto e immediato per il destinatario							
		Servizi coinvolti: Programmazione e Controllo, Sistema Informativo Accountability e Performance, Dipartimento Cure Primarie - Programma specialistica ambulatoriale - Distretto - Dipartimento Assistenziale Integrato in Salute Mentale e Dipendenze Patologiche - Area Sociale Distretto di Reggio Emilia							
99	Area di rischio D Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto e immediato per il destinatario	Esenzioni dal pagamento da parte dei cittadini della compartecipazione alla spesa sanitaria per reddito (Ticket).	RISCHIO MINIMO	Riconoscimento indebito dell'esenzione dal pagamento di ticket sanitari ed errato riconoscimento delle fasce reddituali/figli a carico	Verifica della coerenza delle autocertificazioni rilasciate ai fini dell'esenzione per reddito e del riconoscimento delle fasce di reddito con i dati.			Direttore Servizio Programmazione e Controllo	Report annuale

Area di Rischio		Processo	Valutazione rischio	Elenco Rischi	Misure preventive in atto	Misure preventive da attuare	Tempi di attuazione	Responsabile misura prevenzione	Monitoraggio
100	Area di rischio D Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto e immediato per il destinatario	Processo di esenzione ticket per patologia e per malattia rara	RISCHIO MINIMO	Attribuzione di esenzione a chi non ne avrebbe diritto	1) Gli operatori del SAUB attribuiscono il codice di esenzione all'assistito solo in presenza di certificato redatto da medico specialista del SSN. 2) I.O.004 "Percorso di rilascio di esenzione dal pagamento del ticket per patologia 048".			Direttore del Dipartimento Cure Primarie	Controllo a campione della presenza della documentazione sanitaria a supporto delle esenzioni rilasciate dall'area distrettuale, a scelta, tra i nominativi degli assistiti esenti per una determinata patologia
101	Area di rischio D Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto e immediato per il destinatario	Rimborsi per prestazioni indifferibili e urgenti all'estero (prestazioni dialitiche)	RISCHIO MINIMO	Rimborso di una prestazione non avvenuta.	Applicazione dell'istruzione operativa del Sistema Informativo-Accountability-Performance IO01 Rev.0 del 19/11/2018 "Rimborsi per prestazioni dialitiche usufruite durante soggiorni temporanei all'estero" (AUSLRE Protocollo n° 2018/0141206 del 19/12/2018).			Direttore Servizio Sistema Informativo Accountability e Performance	Evidenza dell'applicazione delle misure preventive
102	Area di rischio D Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto e immediato per il destinatario	Rimborso agli utenti delle spese sostenute non fruite o per spese non dovute in regime di SSN o di libera professione	RISCHIO MINIMO	Mancato rispetto della procedura	Applicazione della procedura PR02 del 09.11.2016			Direttore del Dipartimento Cure Primarie	Verifica della completezza delle richieste di rimborso ticket pervenute e messe in liquidazione

Area di Rischio		Processo	Valutazione rischio	Elenco Rischi	Misure preventive in atto	Misure preventive da attuare	Tempi di attuazione	Responsabile misura prevenzione	Monitoraggio
103	Area di rischio D Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto e immediato per il destinatario	Rimborsi spese sanitarie sostenute dagli utenti (parto a domicilio, trasporto di persone in dialisi, ricovero programmato all'estero); rimborso spese alberghiere per cure climatiche a invalidi di guerra e per servizio; erogazione contributo spese parrucche per pazienti oncologici	RISCHIO MINIMO	Riconoscimento del rimborso non dovuto.	Controlli su tutti i casi in base alle normative regionali e alle istruzioni operative aziendali vigenti: IO 02 del 6.02.2014 e IO 02 del 14.4.2018.			Direttore del Dipartimento Cure Primarie	Verifica della corretta applicazione delle istruzioni operative. Controllo dei casi a campione.
104	Area di rischio D Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto e immediato per il destinatario	Assegni di cura a pazienti con prognosi terminale seguiti a domicilio	RISCHIO MINIMO	Riconoscimento improprio dell'assegno di cura.	Controlli su tutti gli assegni erogati in base all'istruzione operativa aziendale.			Direttore del Dipartimento Cure Primarie	Verifica della corretta applicazione dell'istruzione operativa

Area di Rischio		Processo	Valutazione rischio	Elenco Rischi	Misure preventive in atto	Misure preventive da attuare	Tempi di attuazione	Responsabile misura prevenzione	Monitoraggio
105	Area di rischio D Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto e immediato per il destinatario	Autorizzazioni alla fornitura di protesi ed ausili di cui al D.M. 332/99	RISCHIO MEDIO	Limitare la libera scelta del cittadino, da parte di tutti gli operatori coinvolti nel processo, indicando una specifica ditta fornitrice a cui rivolgersi per la fornitura del presidio. Possibilità di favorire singoli cittadini. Fornire al cittadino un presidio di valore economico inferiore a quanto prescritto.	Applicazione della procedura aziendale del percorso complessivo di prescrizione, autorizzazione, fornitura, collaudo, pagamento della ditta fornitrice. Commissione protesica provinciale che valuta i casi più complessi e/o extratariffario. Controlli a campione tra autorizzato e fornito (collaudi) per protesi ed ausili su misura.	Adozione di istruzione operativa per la scelta del contraente per la fornitura di nuovi presidi previsti dai nuovi LEA e non ancora tariffati	30/06/2022	Direttore del Dipartimento Cure Primarie	1)Controlli a campione delle autorizzazioni e della completezza dei dati; 2) Evidenza dell'adozione dell'istruzione operativa
106	Area di rischio D Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto e immediato per il destinatario	Erogazione di contributi economici a favore di utenti adulti con disagio psichico del DSMDP	RISCHIO MINIMO	Improprio riconoscimento del beneficio economico. Arbitraria individuazione del soggetti beneficiari	Regolamento adottato con atto 2019/DSMDP/0101 del 20.12.20219			Direttore Dipartimento Assistenziale Integrato in Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DAISMDP)	Evidenza dell'applicazione del regolamento che prevede i controlli

Area di Rischio		Processo	Valutazione rischio	Elenco Rischi	Misure preventive in atto	Misure preventive da attuare	Tempi di attuazione	Responsabile misura prevenzione	Monitoraggio
107	Area di rischio D Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto e immediato per il destinatario	Tirocini di orientamento, formazione e inserimento o reinserimento finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione	RISCHIO MINIMO	Arbitraria individuazione degli utenti a cui affidare il tirocinio Arbitraria individuazione dei soggetti beneficiari	Elencazione condivisa dal coordinamento tirocini (gruppo di lavoro ad hoc costituito in ambito dipartimentale) delle ditte/enti/servizi AUSL potenziali sedi di tirocinio per gli utenti individuati a tal fine sulla base di specifici progetti approvati			Direttore Dipartimento Assistenziale Integrato in Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DAISMDP)	Evidenza dell'applicazione della procedura con report semestrale tirocini attivati, loro andamento e sede
108	Area di rischio D Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto e immediato per il destinatario	Riscossione pagamento ticket	RISCHIO MINIMO	Mancato pagamento di prestazioni	Controllo su tutte le pratiche rilevate per associare l'effettivo pagamento, se dovuto. controllo esenzione su banca dati aziendale e sulla documentazione amministrativa a disposizione (di competenza della Usl RE). Controllo a campione sulle posizioni chiuse per verificare l'effettivo pagamento.			Direttore del Servizio Programmazione e Controllo	Report attestante le verifiche effettuate
109	Area di rischio D Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto e immediato per il destinatario	Erogazione di contributi economici a favore di utenti adulti con disagio psichico e/o dipendenza patologica in carico al Distretto di Reggio Emilia	RISCHIO BASSO	Improprio riconoscimento del beneficio economico. Arbitraria individuazione dei soggetti beneficiari	Secondo il regolamento adottato con atto n. 101/2019 (artt.4-6)			Direttore del Distretto di Reggio Emilia	Evidenza dell'applicazione del regolamento
110	Area di rischio D Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto e immediato per il destinatario	Liquidazione di contributi economici a valere sui fondi per la non autosufficienza (anziani e disabilità)	RISCHIO MEDIO	Liquidazioni a soggetti non aventi diritto Liquidazione in presenza di iter procedurale non perfezionato	Schema per le regole per la gestione amministrativa e contabile del FRNA in delibera 73/2015	Aggiornamento e revisione della delibera 73/2015	30/06/2022	Direttore Attività Socio Sanitarie per l'aggiornamento schema. Direttore Distretto per applicazioni disposizioni.	Verifica aggiornamento delibera 73/2015. Evidenze dell'applicazione delle regole vigenti

Area di rischio generale b) Acquisizione e progressione del personale, incarichi e nomine																
Servizi coinvolti: Gestione Giuridica del Personale (SGGP) e Gestione Economica del personale (SGEP)																
Area di rischio	n.	Documentazione di riferimento	PROCESSO	Rischi	Descrizione delle Misure in atto	Tipologia di Misura	descrizione delle misure da attuare	Tempi di attuazione: 2021	Tempi di attuazione: 2022	Tempi di attuazione: 2023	Responsabilità di attuazione	Responsabilità di monitoraggio	Indicatori di monitoraggio	Target	Tempi di monitoraggio	Valutazione del rischio
Acquisizione e progressione del personale	111	Normativa/ Prassi	Definizione del bando e dei requisiti di partecipazione	Previsioni di requisiti di accesso "personalizzanti" - Ommissione intenzionale per motivi personali del necessario controllo su attività e dipendenti	Controlli Efficaci / Misure di trasparenza /Adempimento disposizioni di legge	Controllo		X			Servizio Gestione Giuridica del personale	RPCT secondo livello SGGP primo livello secondo i criteri di cui al PTPCT	Esecuzione attività di controllo	100%	Annuale	Rischio Minimo
	112	Normativa	Pubblicazione del bando	Mancata o tardata pubblicazione	Controlli Efficaci / Misure di trasparenza /Adempimento disposizioni di legge	Controllo		X			Servizio Gestione Giuridica del personale	RPCT secondo livello SGGP primo livello secondo i criteri di cui al PTPCT	Esecuzione attività di controllo	100%	Annuale	Rischio Minimo
	113	Normativa	Nomina della commissione	Irregolare composizione della della commissione del concorso	Qualificazione professionale del segretario della Commissione di Concorso/ Applicazione del criterio della rotazione nell'individuazione della figura del segretario/Adempimento disposizioni di legge	Trasparenza		X			Servizio Gestione Giuridica del personale	RPCT secondo livello SGGP primo livello secondo i criteri di cui al PTPCT	Evidenza misure in atto	100%	Annuale	Rischio Basso
	114	Normativa/ Prassi	Individuazione delle prove	Predisposizione di prove specifiche atte a favorire un partecipante	Monitoraggio dei sistemi di selezione dei membri /Acquisizione da parte dei componenti delle commissioni della dichiarazione dell'assenza delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35 comma 3 lett. E) D. Lgs. 165/2001 nonché dell'assenza di ipotesi di conflitto di interesse e/o di gravi ragioni di convenienza che impongano l'astensione dallo svolgimento dell'attività/ Adempimento disposizioni di legge	Controllo		X			Servizio Gestione Giuridica del personale	RPCT secondo livello SGGP primo livello secondo i criteri di cui al PTPCT	Evidenza misure in atto	100%	Annuale	Rischio Basso
	115	Prassi / Bandi	valutazione dei requisiti dei curricula	Insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti , idonei a verificare il possesso dei requisiti richiesti in relazione alla posizione da ricoprire e per attribuire i punteggi ai titoli	Definizione criteri di valutazione nei tempi previsti dalla normativa e pubblicazione /Adempimento disposizioni di legge	Trasparenza		X			Servizio Gestione Giuridica del personale	RPCT secondo livello SGGP primo livello secondo i criteri di cui al PTPCT	Evidenza misure in atto	100%	Annuale	Rischio Basso

n.	Documentazione di riferimento	PROCESSO	Rischi	Descrizione delle Misure in atto	Tipologia di Misura	descrizione delle misure da attuare	Tempi di attuazione: 2021	Tempi di attuazione: 2022	Tempi di attuazione: 2023	Responsabilità di attuazione	Responsabilità di monitoraggio	Indicatori di monitoraggio	Target	Tempi di monitoraggio	Valutazione del rischio
116	Bando	svolgimento delle prove	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 delle prove.	Predeterminazione dei criteri di valutazione/Qualificazione professionale del segretario della Commissione di Concorso/Adempimento disposizioni di legge	Controllo		X			Servizio Gestione Giuridica del personale	RPCT secondo livello SGGP primo livello secondo i criteri di cui al PTPCT	Evidenza misure in atto	100%	Annuale	Rischio Minimo
117	Bando	valutazione delle prove	Violazione delle procedure per favorire individui con i quali sussiste un collegamento diretto o indiretto	Predeterminazione dei criteri di valutazione/Qualificazione professionale del segretario della Commissione di Concorso/Adempimento disposizioni di legge	Controllo		X			Servizio Gestione Giuridica del personale	RPCT secondo livello SGGP primo livello secondo i criteri di cui al PTPCT	Esecuzione attività di controllo	100%	Annuale	Rischio Basso
118	Bando	formazione della graduatoria	Esercizio abusivo / fraudolento di un potere discrezionale	Redazione verbale delle operazioni concorsuali / Adempimento disposizioni di legge	Controllo		X			Servizio Gestione Giuridica del personale	RPCT secondo livello SGGP primo livello secondo i criteri di cui al PTPCT	Evidenza misure in atto	100%	Annuale	Rischio Minimo
119	Leggi e regolamenti	verifica dei requisiti di ammissione all'impiego	Ommissione intenzionale per motivi personali del necessario controllo su quanto dichiarato in fase di assunzione	Acquisizione dichiarazioni in sede di assunzione (condanne penali e possesso del titolo di studio)/Adempimento disposizioni di legge	Regolamentazione		X			Servizio Gestione Giuridica del personale	RPCT secondo livello SGGP primo livello secondo i criteri di cui al PTPCT	Evidenza misure in atto	100%	Annuale	Rischio Minimo
120	Leggi e regolamenti	Conferimento di incarichi fiduciari (Direttori di Distretto, Direttore di Presidio, Direttore di Dipartimento, Programmi)	Inosservanza regole procedurali	Adempimento delle disposizioni di legge che disciplinano il percorso/dichiarazione da parte del proponente l'incarico della insussistenza di vincoli di parentela, affinità o altre situazioni di incompatibilità rispetto al reclutamento dell'interessato (D. Lgs. 39/2013)	Controllo		X			Servizio Gestione Giuridica del personale	RPCT secondo livello SGGP primo livello secondo i criteri di cui al PTPCT	Evidenza misure in atto	100%	Annuale	Rischio Basso
121	Normativa/ Regolamento	Progressioni di carriera che derivano da accordi integrativi aziendali area dirigenziale professionale	Attribuzione di posizione non coerente con le funzioni svolte o con altri incarichi dirigenziali già attribuiti in Azienda	Valutazione da parte della Direzione Aziendale del rispetto delle disposizioni contrattuali che disciplinano il percorso e dell'appropriatezza della richiesta in rapporto alle esigenze e agli assetti organizzativi aziendali	Controllo		X			Servizio Gestione Giuridica del personale	RPCT secondo livello SGGP primo livello secondo i criteri di cui al PTPCT	Invio a cadenza annuale (entro il 30/06) alla Direzione Generale e ai Direttori di Dipartimento del report degli incarichi assegnati nell'anno precedente	100%	Annuale	Rischio Minimo

n.	Documentazione di riferimento	PROCESSO	Rischi	Descrizione delle Misure in atto	Tipologia di Misura	descrizione delle misure da attuare	Tempi di attuazione: 2021	Tempi di attuazione: 2022	Tempi di attuazione: 2023	Responsabilità di attuazione	Responsabilità di monitoraggio	Indicatori di monitoraggio	Target	Tempi di monitoraggio	Valutazione del rischio
122	Normativa/Regolamento	Progressioni di carriera che derivano da accordi integrativi aziendali area comparto (progressioni orizzontali)	Inosservanza regole procedurali previste dagli accordi sindacali integrativi aziendali	Definizione criteri da parte della Direzione Aziendale e delle OO.SS. In sede di accordi integrativi aziendali / Verifica da parte del SGGP dei requisiti formali per l'accesso/ Adempimento formale delle disposizioni degli accordi integrativi aziendali	Controllo		X			Servizio Gestione Giuridica del personale	RPCT secondo livello SGGP primo livello secondo i criteri di cui al PTPCT	Evidenza misure in atto	100%	Annuale	Rischio Minimo
123	Normativa/Regolamento	Progressioni di carriera che derivano da accordi integrativi aziendali area comparto (incarichi di funzione)	Attribuzione di incarico di funzione non coerente con le funzioni svolte o con altri incarichi di funzione già attribuiti in Azienda	Rispetto delle disposizioni contrattuali e del regolamento aziendale che disciplinano il percorso/valutazione da parte della Direzione Aziendale dell'appropriatezza della richiesta in rapporto alle esigenze e agli assetti organizzativi aziendali/applicazione del criterio della rotazione nell'individuazione della figura del segretario	Controllo		X			Servizio Gestione Giuridica del personale	RPCT secondo livello SGGP primo livello secondo i criteri di cui al PTPCT	Verifica della correttezza della procedura e dell'esistenza dei requisiti e dei pareri formali	100%	Annuale	Rischio Minimo
124	Normativa	Trasformazione di rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale (area comparto)	Trasformazione del rapporto di lavoro in assenza del parere favorevole del Direttore della struttura di appartenenza del dipendente	Verifica della insussistenza del parere favorevole alla trasformazione del rapporto di lavoro del Direttore della struttura di appartenenza del dipendente	Controllo		X			Servizio Gestione Giuridica del personale	RPCT secondo livello SGGP primo livello secondo i criteri di cui al PTPCT	Evidenza misure in atto	100%	Annuale	Rischio Minimo
125	Normativa/Regolamento	Incarichi occasionali ex art. 53 D. Lgs.165/2001 e smi	Possibile presenza di: a) conflitto di interessi e di cause di incompatibilità; b) mancato parere dei responsabili	1) Esistenza banca dati informatica; 2) controlli sui punti a) e b) il cui esito è riportato nella banca dati; 3) messa a disposizione della banca dati informatica per il servizio Approvvigionamenti per valutazioni inerenti l'individuazione dei componenti delle commissioni nei percorsi di scelta del contraente, messa a disposizione della stessa per la Direzione Aziendale 4) controllo a campione del cartellino per la verifica di effettiva prestazione fuori orario di servizio	trasparenza		X			Servizio Gestione Giuridica del personale	RPCT secondo livello SGGP primo livello secondo i criteri di cui al PTPCT	Report contenente tutti i riferimenti alle tipologie degli incarichi autorizzati/non autorizzati e a quelli comunicati con una colonna dedicata all'esito dei controlli a campione sui punti 1) e 2). Evidenza delle comunicazioni inoltrate al servizio Approvvigionamenti e alla Direzione Aziendale.	100%	Annuale	Rischio Basso

	n.	Documentazione di riferimento	PROCESSO	Rischi	Descrizione delle Misure in atto	Tipologia di Misura	descrizione delle misure da attuare	Tempi di attuazione: 2021	Tempi di attuazione: 2022	Tempi di attuazione: 2023	Responsabilità di attuazione	Responsabilità di monitoraggio	Indicatori di monitoraggio	Target	Tempi di monitoraggio	Valutazione del rischio
	126	Normativa	Concessione di permessi e aspettative previsti da disposizioni normative e contrattuali	Concessione benefici al di fuori delle norme giuridiche di riferimento	Adempimento delle disposizioni di legge che disciplinano la materia/ Accertamento e controllo dei requisiti per la concessione degli istituti	Controllo		X			Servizio Gestione Giuridica del personale	RPCT secondo livello SGGP primo livello secondo i criteri di cui al PTPCT	Evidenza misure in atto	100%	Annuale	Rischio Minimo
	127	Bando e normativa	Conferimento incarichi di struttura complessa	Inosservanza regole procedurali indicate dalla vigente normativa nazionale e regionale	Adempimento delle disposizioni di legge che disciplinano la materia tra le quali, in particolare: specificazione e pubblicazione del profilo soggettivo e oggettivo della struttura/qualificazione professionale del segretario/rispetto dei criteri di valutazione esplicitati nel bando	Trasparenza		X			Servizio Gestione Giuridica del personale	RPCT secondo livello SGGP primo livello secondo i criteri di cui al PTPCT	Evidenza misure in atto	100%	Annuale	Rischio Minimo
	128	Bando e normativa	Procedure di reclutamento di personale durante lo stato di emergenza Covid 19	In assenza dell'applicazione delle regole ordinarie del reclutamento nel pubblico impiego, rischio di favoritismi al fine di perseguire interessi personali	Pubblicazione di un bando con predefinizione di criteri generali astratti e motivazione relativa alla scelta dei candidati/Attribuzione di criteri generali astratti nel bando emergenziale	Trasparenza		X			Servizio Gestione Giuridica del personale	RPCT secondo livello SGGP primo livello secondo i criteri di cui al PTPCT	Evidenza misure in atto	100%	Annuale	Rischio Medio
	129	Normativa e regolamento	Ricorso allo Smart Working ordinario	Rischio di attivazione senza autorizzazione del responsabile e conseguente assunzione di responsabilità da parte dello stesso		Controllo	Verifica della sussistenza dell'autorizzazione del Responsabile/ Protocollo delle richieste/Predisposizione di un meccanismo di autorizzazione delle singole giornate tramite il portale del personale/Predisposizione di un regolamento e di un accordo individuale		31/12/2022		Servizio Gestione Giuridica del personale	RPCT secondo livello SGGP primo livello secondo i criteri di cui al PTPCT	Evidenza misure da attuare	100%	Annuale	Rischio Basso

Trattamento economico																
PROCESSO	n.	Documentazione di riferimento	Attività	Rischi	Descrizione delle Misure in atto	Tipologia di Misura	descrizione delle misure da attuare	Tempi di attuazione: 2021	Tempi di attuazione: 2022	Tempi di attuazione: 2023	Responsabilità di attuazione	Responsabilità di monitoraggio	Indicatori di monitoraggio	Target	Tempi di monitoraggio	Valutazione del rischio
Reclutamento nuovi assunti	130	Normativa PAC	Recepimento contratto di assunzione	Attribuzione inquadramento economico diverso dal contratto di lavoro	Controllo cedolini sulla base degli elenchi assunti trasmessi dal SGGP	Controllo		X			Servizio Gestione Economica del Personale	RPCT secondo livello SGEP primo livello secondo i citeri di cui al PTPCT	Esecuzione attività di controllo : 3 cedolini assunti a campione in una mensilità	100%	Annuale	Rischio Minimo
			Verifica stato di servizio di altro ente	Mancato riconoscimento dell'anzianità	Controllo cedolini sulla base dei certificati di servizio con trattamento economico.	Controllo		X								
			Attribuzione inquadramento economico	Attribuzione inquadramento economico diverso dal contratto di lavoro	Controllo cedolini sulla base degli elenchi assunti trasmessi dal SGGP e dei certificati di servizio con trattamento economico.	Controllo		X								
Conferimento incarico	131	Normativa	Recepimento determina conferimento incarico dirigenziale	Attribuzione inquadramento economico diverso da quello indicato nella delibera/atto di conferimento	Controllo cedolini sulla base delle comunicazioni effettuate dal SGGP e di quanto contenuto nella delibera/atto.	Controllo		X			Servizio Gestione Economica del Personale	RPCT secondo livello SGEP primo livello secondo i citeri di cui al PTPCT	Esecuzione attività di controllo : 3 cedolini con conferimento incarico a campione	100%	Annuale	Rischio Minimo
			Attribuzione incarico					X								
Progressione orizzontale/ verticale	132	Normativa	Recepimento graduatoria per PEO e progressioni verticali	Mancato riconoscimento della progressione verticale/ fascia superiore	Controllo cedolini sulla base degli elenchi trasmessi dal SGGP .	Controllo		X			Servizio Gestione Economica del Personale	RPCT secondo livello SGEP primo livello secondo i citeri di cui al PTPCT	Esecuzione attività di controllo : 3 cedolini con progressione orizzontale/verticale a campione	100%	Annuale	Rischio Minimo
			Attribuzione inquadramento economico/Fascia					X								
Trattamento economico legato alle presenze in servizio	133	CCNL Accordi integrativi Aziendali	Recepimento flusso da presenze/assenze GRU	Il rischio è costituito dalla possibilità di agire manualmente: 1)sul programma che gestisce le presenze/assenze e di conseguenza determina le variabili che transitano in modo automatico sul programma degli stipendi; 2)sul programma che gestisce gli stipendi forzando manualmente le variabili transitate dal programma di cui al punto 1)	Dopo il caricamento delle variabili (da presenze/ assenze a stipendi) viene fatta una quadratura sulle quantità inserite sul programma stipendi rispetto ai totali forniti dal programma presenze/ assenze. Inoltre viene effettuato un controllo ex post (anno successivo)sulle variabili effettivamente riconosciute su tutti i cedolini paga dei dipendenti SGEP e SGGP.	Controllo		X			Servizio Gestione Economica del Personale	RPCT secondo livello SGEP primo livello secondo i citeri di cui al PTPCT	Verbale su risultanze controllo ex post sulle variabili effettivamente riconosciute su tutti i cedolini paga dei dipendenti SGEP e SGGP	100%	Annuale	Rischio Minimo
			Inserimento flusso da presenze/assenze GRU su cedolini					X								
Compensi da Libera Professione	134	Normativa CCNL Accordi integrativi Aziendali	Recepimento flusso ALP	Il rischio è costituito dalla possibilità di agire manualmente sul cedolino modificando intenzionalmente le variabili transitate dal flusso ALP	Dopo il caricamento dei compensi (da flusso ALP a stipendi) viene fatta una quadratura sugli importi inseriti sul programma stipendi rispetto ai totali forniti dal programma ALP.	Controllo		X			Servizio Gestione Economica del Personale	RPCT secondo livello SGEP primo livello secondo i citeri di cui al PTPCT	Esecuzione attività di controllo: 3 cedolini con compensi da libera professione a campione in una mensilità	100%	Annuale	Rischio Minimo
			Inserimento flusso su cedolino					X								

PROCESSO	n.	Documentazione di riferimento	Attività	Rischi	Descrizione delle Misure in atto	Tipologia di Misura	descrizione delle misure da attuare	Tempi di attuazione: 2021	Tempi di attuazione: 2022	Tempi di attuazione: 2023	Responsabilità di attuazione	Responsabilità di monitoraggio	Indicatori di monitoraggio	Target	Tempi di monitoraggio	Valutazione del rischio
Altri compensi accessori/ rimborsi Missioni	135	Normativa CCNL Accordi integrativi Aziendali	Autorizzazione al pagamento	Il rischio è costituito dalla possibilità di agire manualmente sul cedolino modificando intenzionalmente i compensi accessori/rimborsi spese	Dopo il caricamento dei compensi (con file o in modo manuale) viene fatta una quadratura sugli importi inseriti sul programma stipendi	Controllo		X			Servizio Gestione Economica del Personale	RPCT secondo livello SGEPI primo livello secondo i criteri di cui al PTPCT	Esecuzione attività di controllo: 3 cedolini con compensi accessori/ rimborsi missioni a campione in una mensilità	100%	Annuale	Rischio Minimo
			Inserimento manuale o da file su cedolino					X								
Gestione del sistema incentivante	136	Normativa CCNL Accordi integrativi Aziendali	Analisi e recepimento dell'accordo aziendale	Il rischio è costituito dalla possibilità di agire manualmente sul cedolino modificando intenzionalmente i compensi incentivanti	Dopo il caricamento in automatico dei compensi incentivanti elaborati con il modulo GRU, viene fatta una quadratura sugli importi elaborati dal suddetto modulo e quanto inserito sul programma stipendi.	Controllo		X			Servizio Gestione Economica del Personale	RPCT secondo livello SGEPI primo livello secondo i criteri di cui al PTPCT	Esecuzione attività di controllo: 3 cedolini con quote incentivanti a campione in una mensilità	100%	Annuale	Rischio Minimo
			Aggiornamento e/o inserimento su modulo incentivi GRU delle tabelle relative ai compensi incentivanti					X								
			Inserimento su cedolino delle quote incentivanti individuali elaborate dal modulo incentivi GRU					X								
Cessioni private	137	Normativa	Elaborazione ed invio certificato stipendiale	Attribuzione diverso trattamento economico	Al ricevimento del contratto di finanziamento verifica applicazione normativa vigente e controllo dati economici/ giuridici. Rotazione del personale tra chi inserisce la quota da trattenere e chi controlla l'inserimento in busta paga	controllo		X			Servizio Gestione Economica del Personale	RPCT secondo livello SGEPI primo livello secondo i criteri di cui al PTPCT	Esecuzione attività di controllo: 3 contratti di finanziamento a campione da cui si evince la rotazione del personale	100%	Annuale	Rischio Minimo
			Ricezione ed analisi del contratto	Errata valutazione della normativa vigente				X								
			Invio del benessere	Errata valutazione della normativa vigente				X								
			Inserimento quota da trattenere nel cedolino	Mancato/errato inserimento della quota o delle rate da trattenere				X								
Riscatti e Ricongiunzioni	138	Normativa	Decreto dell'INPS	Mancato/errato inserimento della quota o delle rate da trattenere	Al ricevimento del decreto rotazione del personale tra chi inserisce la quota da trattenere e chi controlla l'inserimento in busta paga	Controllo		X			Servizio Gestione Economica del Personale	RPCT secondo livello SGEPI primo livello secondo i criteri di cui al PTPCT	Esecuzione attività di controllo: 3 decreti di riscatto/ ricongiunzione a campione da cui si evince la rotazione del personale	100%	Annuale	Rischio Minimo
			Inserimento quota da trattenere nel cedolino					X								
Gestione pignoramenti	139	Normativa	Recepimento cartella esattoriale o decreto ingiuntivo	Mancato/errato inserimento della quota o delle rate da trattenere	Al ricevimento della cartella esattoriale/ decreto rotazione del personale tra chi inserisce la quota da trattenere e chi controlla l'inserimento in busta paga	Controllo		X			Servizio Gestione Economica del Personale	RPCT secondo livello SGEPI primo livello secondo i criteri di cui al PTPCT	Esecuzione attività di controllo: 3 cartelle esattoriali/ decreti a campione da cui si evince la rotazione del personale	100%	Annuale	Rischio Minimo
			Inserimento quota da trattenere nel cedolino					X								

Area di rischio specifica a): Attività libero professionale e liste di attesa																	
Servizi coinvolti: Staff programmazione e controllo (ALP)																	
Area di rischio	n.	Documentazione di riferimento	regime assistenziale	PROCESSO	Rischi	Descrizione della Misura in atto	Tipologia di Misura	Descrizione della Misura da attuare	Tempi di attuazione: 2021	Tempi di attuazione: 2022	Tempi di attuazione: 2023	Responsabilità di attuazione	Responsabilità di monitoraggio	Indicatori di monitoraggio	Target	Tempi di monitoraggio	Valutazione del rischio
Libera professione	140	Regolamento ALP	Ambulatoriale	Pianificazione attività in aderenza al Regolamento ALP e in coerenza alle autorizzazioni rilasciate al singolo professionista	Violazione del limite dei volumi di attività e giornate previste nell'autorizzazione del singolo professionista	Gestione tramite modulistica strutturata delle richieste di autorizzazione/variazioni su Prestazioni erogabili, Spazi/Giornate disponibili, Tariffe applicabili e verifica periodica sui singoli professionisti del rispetto dei volumi massimi concordati in sede di autorizzazione e delle giornate e fasce orarie fruite	Controllo		X			Staff programmazione e Controllo (ALP)	RPCT secondo livello ALP primo livello secondo i criteri di cui al PTPCT	Report periodico (n. 3 reparti a campione)	100%	Annuale	Rischio Basso
	141	Regolamento ALP	Ricovero	Pianificazione attività in aderenza al Regolamento ALP ed alla procedura operativa pianificazione interventi chirurgici	mancato rispetto della procedura	Gestione tramite coordinamento delle fasi da parte dell'ufficio Libera Professione	Controllo		X			Staff programmazione e Controllo (ALP)	RPCT secondo livello ALP primo livello secondo i criteri di cui al PTPCT	Numero degli interventi chirurgici LP senza proposta/preventivo elaborato dall'ufficio LP	100%	Annuale	Rischio Basso
	142	Regolamento ALP	Ambulatoriale/Ricovero	Autorizzazione all'esercizio LP (unica per ambulatoriale e ricovero) incluso inserimento nelle convenzioni con assicurazioni/enti esterni	Errata valutazione per non corretta applicazione delle regole Possibilità di favorire un professionista nell'attivazione (spazi, tempi,...)	1) Compilazione da parte del professionista dell'apposita modulistica per la richiesta di autorizzazione con dettaglio delle prestazioni, spazi e giornate/fasce orarie , nulla osta da parte del Direttore equipe di afferenza, del responsabile degli spazi e della Direzione Medica/sanitaria e rilascio autorizzazione da parte dell'ufficio LP prima dell'inizio attività; 2) Adozione del criterio temporale nella valutazione e nell'autorizzazione delle richieste	Controllo		X			Staff programmazione e Controllo (ALP)	RPCT secondo livello ALP primo livello secondo i criteri di cui al PTPCT	Archivio autorizzazioni protocollate (n. 3 casi a campione)	100%	Annuale	Rischio Basso
	143	Regolamento ALP	Ricovero	Proposta e informazione al paziente da parte del medico della modalità di effettuazione del ricovero (ALP/SSN)	Dirottamento del paziente verso il regime ALP	1) Gestione centralizzata dell'attività di programmazione degli interventi in LP 2) Somministrazione di un modulo di consenso (accettazione) da parte dell'utente con la specifica della possibilità di usufruire di analogo intervento in regime SSN (se rientrante nei LEA)	Trasparenza		X			Staff programmazione e Controllo (ALP)	RPCT secondo livello ALP primo livello secondo i criteri di cui al PTPCT	Archivio consensi protocollati (n. 3 casi a campione)	100%	Annuale	Rischio Basso
	144	Regolamento ALP	Ambulatoriale	Prenotazione prestazione ambulatoriale su agende informatizzate CUP	Dirottamento del paziente verso il regime ALP	Monitoraggio periodico sulla prenotazione informatizzata delle agende di libera professione attraverso il CUP aziendale. Obiettivo di Budget rientrante tra quelli collegati al sistema di incentivazione	Trasparenza		X				Staff programmazione e Controllo (ALP)	RPCT secondo livello ALP primo livello secondo i criteri di cui al PTPCT	Report periodico	95%	Annuale

	n.	Documentazio ne di riferimento	regime assisten ziale	PROCESSO	Rischi	Descrizione della Misura in atto	Tipologia di Misura	Descrizione della Misura da attuare	Tempi di attuazione: 2021	Tempi di attuazione: 2022	Tempi di attuazione: 2023	Responsabilità di attuazione	Responsabilità di monitoraggio	Indicatori di monitoraggio	Target	Tempi di monitoraggio	Valutazione del rischio
	145	PAC	Ricovero	Emissione preventivo al paziente sulla base della proposta formulata dal medico per accettazione, riscossione acconto prima dell'intervento e saldo dopo la dimissione	Errata applicazione tariffario aziendale	Controllo amministrativo della coerenza con tariffari delle prestazioni aziendali erogabili in regime di ricovero	Trasparenza		X			Staff programmazione e Controllo (ALP)	RPCT secondo livello ALP primo livello secondo i citeri di cui al PTPCT	Archivio preventivi protocollati (n. 3 casi a campione)	100%	Annuale	Rischio Basso
	146	PAC	Ambulatoriale	Comunicazione della tariffa LP ambulatoriale all'atto della prenotazione CUP e pagamento tramite PagoPA	Errata applicazione tariffario aziendale	Pubblicazione dei tariffari on line	Trasparenza		X			Staff programmazione e Controllo (ALP)	RPCT secondo livello ALP primo livello secondo i citeri di cui al PTPCT	sito web Ausl RE	100%	Annuale	Rischio Basso
	147	Regolamento ALP	Ricovero	Pianificazione interventi chirurgici in regime di ricovero: verifica disponibilità di spazi operatori e posti letto	Mancato rispetto della normativa (Autorizzazione di un intervento in ALP non erogabile)	L'ufficio LP coordina la pianificazione dell'intervento secondo la procedura operativa definita: una volta ricevuta la proposta da parte del medico ed ottenuta l'accettazione del preventivo da parte dell'utente, l'Ufficio LP comunica al referente di sala operatoria l'OK alla pianificazione dell'intervento che procede anche alla programmazione esami pre-ricovero e verifica la disponibilità di PL nel reparto dozzinanti	Controllo		X			Staff programmazione e Controllo (ALP)	RPCT secondo livello ALP primo livello secondo i citeri di cui al PTPCT	Numero degli interventi chirurgici LP che hanno rispettato la procedura operativa sul totale degli interventi liquidati ai professionisti	100%	Annuale	Rischio Basso
	148	Regolamento ALP	Ambulatoriale	Controlli sul corretto svolgimento attività (giorni, orari, timbratura, utilizzo del sistema per prenotazione, erogazione, pagamento)	Mancato rispetto delle regole con attuazione comportamenti scorretti	Tracciatura informatizzata dell'attività tramite un sistema di monitoraggio (Matrice Esiti) che per ciascuna prestazione erogata verifica: Tipo di prenotazione, corretta refertazione sui sistemi aziendali, conformità alle giornate/fasce orarie autorizzate, pagamento e timbratura del professionista con causale badge di libera professione; l'esito del monitoraggio mensile è disponibile a ciascun professionista nella sezione dedicata (MyOmnibus)	Controllo		X			Staff programmazione e Controllo (ALP)	RPCT secondo livello ALP primo livello secondo i citeri di cui al PTPCT	Esecuzione attività di controllo (MyOmnibus)	100%	Annuale	Rischio Basso

	n.	Documentazio ne di riferimento	regime assistenz iale	PROCESSO	Rischi	Descrizione della Misura in atto	Tipologia di Misura	Descrizione della Misura da attuare	Tempi di attuazione: 2021	Tempi di attuazione: 2022	Tempi di attuazione: 2023	Responsabilità di attuazione	Responsabilità di monitoraggio	Indicatori di monitoraggio	Target	Tempi di monitoraggio	Valutazione del rischio
	149	PAC	Ambulatoriale	Incasso della prestazione erogata	Mancato rispetto del regolamento (eludere pagamento della tariffa dovuta a fronte di una prestazione erogata)	controllo tra prenotato-effettuato e pagato dall'utente e invio posizioni debitorie all'ufficio Recupero Crediti. L'attività erogata per assicurazioni o strutture esterne è oggetto di fatturazione diretta da parte dell'ufficio LP	Controllo		X			Staff programmazione e Controllo (ALP)	RPCT secondo livello ALP primo livello secondo i citeri di cui al PTPCT	Esecuzione attività di controllo	100%	Annuale	Rischio Basso
	150	PAC	Ricovero	Codifica attività LP	Rischio di non fatturare correttamente l'intervento/ricovero con maggiore o minore introiti	Verifica coerenza DRG SDO con DRG di attribuzione codificato per la prestazione erogata	Controllo		X			ALPStaff programmazione e Controllo (ALP)	RPCT secondo livello ALP primo livello secondo i citeri di cui al PTPCT	Verifica del DRG sui ricoveri dei reparti ALP	100%	Annuale	Rischio Basso
	151	PAC	Ambulatoriale/Ricovero	Gestione liste di attesa	Disallineamento dei volumi e dei tempi di erogazione per una equipe/professionist a/prestazione come conseguenza di mancata evidenziazione dei fenomeni	Presenza di un sistema informatico di monitoraggio in alp e confronto con attività istituzionale (valutazione volumi di attività erogata e tempi di attesa delle prestazioni)	Controllo		X			Staff programmazione e Controllo (ALP)	RPCT secondo livello ALP primo livello secondo i citeri di cui al PTPCT	Esecuzione attività di controllo tramite report informatizzato pubblicato trimestralmente	100%	Annuale	Rischio Medio
	152	PAC	Ambulatoriale/Ricovero	Elaborazione dei riparti ed inserimento dei compensi a cedolino stipendiale dei medici e del personale a supporto	Rischio di errore di caricamento sullo stipendio/ rischio di remunerare LP in orario di lavoro	Presenza di una procedura contabile integrata per il riparto dei compensi e gestione delle anomalie. Monitoraggio e decurtazione trimestrale dei tempi delle sedute di LP effettuate durante orario istituzionale	Controllo		X			Staff programmazione e Controllo (ALP)	RPCT secondo livello ALP primo livello secondo i citeri di cui al PTPCT	Esecuzione attività di controllo mensile	100%	Annuale	Rischio Basso
	153	PAC	Ambulatoriale/Ricovero	Accantonamento mensile fondi Perequazione/Balduzzi	Mancato rispetto Regolamento	Presenza di una procedura contabile integrata per l'accantonamento dei fondi di perequazione e Balduzzi. Le quote accantonate vengono comunicate periodicamente al servizio Bilancio (iscrizione quota trimestrale) e Servizio Retributivo (quota annuale oggetto di ripartizione previo accordo OSS)	Controllo		X			Staff programmazione e Controllo (ALP)	RPCT secondo livello ALP primo livello secondo i citeri di cui al PTPCT	Report accantonamenti	100%	Annuale	Rischio Basso
	154	PAC	Ambulatoriale/Ricovero	Accantonamento annuale fondo comune e collabora Comparto	Mancato rispetto Regolamento	Presenza di una procedura contabile integrata per l'accantonamento dei fondi comune collabora comparto.La quota accantonata vengono comunicate pServizio Retributivo (quota annuale oggetto di ripartizione previo accordo OSS)	Controllo		X			Staff programmazione e Controllo (ALP)	RPCT secondo livello ALP primo livello secondo i citeri di cui al PTPCT	Report accantonamenti	100%	Annuale	Rischio Basso

ALLEGATO 3 "VALUTAZIONE DEL RISCHIO ANTIRICICLAGGIO"

Metodologia analisi e valutazione rischi riciclaggio

Per la valutazione del rischio riciclaggio sono stati individuati tre indicatori di potenziale rischio riciclaggio ("ipotesi di rischio"):

- I1: COMMISSIONE DI UN REATO
- I2: STRUMENTALIZZAZIONE PROCESSO
- I3: RELAZIONE SOGGETTO A RISCHIO

I1: Commissione di un reato: durante la gestione di un processo da parte dell’ufficio potrebbe essere commesso un reato presupposto del riciclaggio?

- Ad esempio:
- Delitti criminalità organizzata
 - Reati Fallimentari
 - Reati Societari:
 - Reati di Usura
 - Reati Tributari
 - Delitti contro la Pubblica Amministrazione

I2: Strumentalizzazione del processo: Il processo gestito dall’ufficio potrebbe essere un veicolo tale da consentire di riciclare proventi illeciti?

- Ad esempio:
- il processo prevede l’attivazione di notevoli flussi finanziari
 - il processo consente di convertire cospicue risorse finanziarie in beni immobili o viceversa

I3: Relazione con un soggetto a rischio: durante la gestione di un processo l’ufficio potrebbe entrare in relazione con un soggetto che potrebbe compiere operazioni di riciclaggio?

- Ad esempio:
- Il processo può coinvolgere soggetti imputati o condannati per reati presupposto del riciclaggio

Il giudizio sintetico di rischio di ciascun indicatore può assumere i seguenti valori:

Valore rischio
Basso
Medio basso
Medio
Medio Alto
Alto

La misurazione del valore di ciascun indicatore è stata riportata nel documento “**Valutazione del rischio RICICLAGGIO**” nelle apposite celle (I.1, I.2, I.3).

Si è definita poi la misurazione finale individuandola nel valore presente con maggiore frequenza (c.d. Moda).

La scala di valutazione è la stessa che occorre inserire nella Piattaforma UIF in occasione della trasmissione della comunicazione di operazione sospetta

Le ISTRUZIONI SULLE COMUNICAZIONI DI DATI E INFORMAZIONI CONCERNENTI LE OPERAZIONI SOSPETTE DA PARTE DEGLI UFFICI DELLE PUBBLICHE AMMINISTRAZIONI emanate dalla UIF in data 23/04/2018 identificano gli indicatori di anomalia delle operazioni sospette distinti tra

- Indicatori di carattere generale: soggettivi (connessi con l’identità o il comportamento del soggetto cui è riferita l’operazione) e oggettivi (connessi con le modalità di richiesta o esecuzione delle operazioni)
- Indicatori specifici per settore di attività : Settore appalti e contratti pubblici, Settori Finanziamenti pubblici, Settore immobili e commercio

Nel documento si è provveduto alla identificazione degli stessi con una numerazione progressiva all’interno delle due Sezioni G_ Generali e A_ Appalti

VALUTAZIONE DEL RISCHIO ANTIRICICLAGGIO								
AREA DI RISCHIO GENERALE CONTRATTI PUBBLICI		CONTRATTI PUBBLICI						
		FASE/PROCESSO	STRUTTURA RESPONSABILE	INDICATORE	IPOTESI RISCHIO			VALUTAZIONE DEL RISCHIO
					I.1	I.2	I.3	
2 - Progettazione	2 BIS	Interventi extra programmazione in regime emergenziale	1) 2) 3) 4)7) Direttore DIA; Direttore Servizio Approvvigionamenti, Direzione Operativa Area Vasta; 5) Direttore DIA e Direttore Servizio Approvvigionamenti 6) Direzione Operativa AVEN	Acquisto di prodotti non conformi, da OE non esperti del settore (attività non rientri nel relativo oggetto sociale ovvero vi sia stata inclusa di recente o se i volumi delle commissioni ricevute dalle socetà fornitrici - usualmente estere - non appaiono coerenti con il fatturato dei precedenti esercizi); privi dei requisiti, mancata fornitura in caso di pagamento anticipato ; ipotesi manovre speculative	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
	8	Svolgimento indagini di mercato - pubblicazione di avvisi esplorativi	Direttore Servizio Approvvigionamenti, Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	1 Partecipazione a gara per la realizzazione di lavori pubblici o di pubblica utilità, specie se non programmati, in assenza dei necessari requisiti (soggettivi, economici, tecnico-realizzativi, organizzativi e gestionali) con apporto di rilevanti mezzi finanziari privati, specie se di incerta provenienza o non compatibili con il profilo economico-patrimoniale dell'impresa, ovvero con una forte disponibilità di anticipazioni finanziarie e particolari garanzie di rendimento prive di idonea giustificazione. 2 Partecipazione a procedure di affidamento di lavori pubblici, servizi e forniture in assenza di qualsivoglia convenienza economica all'esecuzione del contratto, anche con riferimento alla dimensione aziendale e alla località di svolgimento della prestazione.	MEDIO BASSO	BASSO	MEDIO BASSO	MEDIO BASSO
	9	Verifica esclusività/infungibilità tramite avviso esplorativo, valutazione eventuali candidature e definizione della procedura per la soddisfazione di quel fabbisogno	1) Direttore DIA 2) 3)Direttori Servizio Logistico Alberghiero; Direttore Servizio Approvvigionamenti ; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale ; Direttore Servizio Ingegneria Clinica, Direttore ICT – Direttore Dipartimento Farmaceutico, ULC; Direttore Presidio Ospedaliero. 4) Direttore Servizio Approvvigionamenti ; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale 5) Servizio Approvvigionamenti	1 Partecipazione a gara per la realizzazione di lavori pubblici o di pubblica utilità, specie se non programmati, in assenza dei necessari requisiti (soggettivi, economici, tecnico-realizzativi, organizzativi e gestionali) con apporto di rilevanti mezzi finanziari privati, specie se di incerta provenienza o non compatibili con il profilo economico-patrimoniale dell'impresa, ovvero con una forte disponibilità di anticipazioni finanziarie e particolari garanzie di rendimento prive di idonea giustificazione. 2 Partecipazione a procedure di affidamento di lavori pubblici, servizi e forniture in assenza di qualsivoglia convenienza economica all'esecuzione del contratto, anche con riferimento alla dimensione aziendale e alla località di svolgimento della prestazione.	MEDIO BASSO	BASSO	MEDIO BASSO	MEDIO BASSO
	12	Scelta della procedura di aggiudicazione	1) 2) 3)4) Direttore Servizio Approvvigionamenti, Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale 3) 4) Direttore del Servizio Logistico Alberghiero, Direttore ULC,	8 Presentazione di una sola offerta da parte del medesimo soggetto nell'ambito di procedure di gara che prevedono tempi ristretti di presentazione delle offerte, requisiti di partecipazione particolarmente stringenti e un costo della documentazione di gara sproporzionato rispetto all'importo del contratto, specie se il bando di gara è stato modificato durante il periodo di pubblicazione. 14 Frazionamento in lotti non giustificato in relazione alla loro funzionalità, possibilità tecnica o convenienza economica	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO

VALUTAZIONE DEL RISCHIO ANTIRICICLAGGIO								
AREA DI RISCHIO GENERALE CONTRATTI PUBBLICI		CONTRATTI PUBBLICI						
		FASE/PROCESSO	STRUTTURA RESPONSABILE	INDICATORE	IPOTESI RISCHIO			VALUTAZIONE DEL RISCHIO
					I.1	I.2	I.3	
	13	Predisposizione documentazione di gara con definizione criteri di partecipazione, criteri di aggiudicazione, item di valutazione qualità e definizione importo a base d'appalto	Direttore DIA Direttore Approvvigionamenti Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale Patrimoniale	8 Presentazione di una sola offerta da parte del medesimo soggetto nell'ambito di procedure di gara che prevedono tempi ristretti di presentazione delle offerte, requisiti di partecipazione particolarmente stringenti e un costo della documentazione di gara sproporzionato rispetto all'importo del contratto, specie se il bando di gara è stato modificato durante il periodo di pubblicazione. 14 Frazionamento in lotti non giustificato in relazione alla loro funzionalità, possibilità tecnica o convenienza economica	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO
	14 E 14 BIS	Predisposizione documentazione richiesta offerta per acquisti diretti (non infungibili) Inferiori a €40.000 - DL Semplificazione r Beni e servizi importo Inferiore a €.75.000 Lavori importo inferiore a 150.000	Direttore Approvvigionamenti, Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	8 Presentazione di una sola offerta da parte del medesimo soggetto nell'ambito di procedure di gara che prevedono tempi ristretti di presentazione delle offerte, requisiti di partecipazione particolarmente stringenti e un costo della documentazione di gara sproporzionato rispetto all'importo del contratto, specie se il bando di gara è stato modificato durante il periodo di pubblicazione. 14 Frazionamento in lotti non giustificato in relazione alla loro funzionalità, possibilità tecnica o convenienza economica 10 Ripetute aggiudicazioni a un medesimo soggetto, in assenza di giustificazione, specie se in un breve arco temporale, per contratti di importo elevato e mediante affidamenti diretti o con procedura negoziata senza previa pubblicazione del bando di gara, o a seguito di procedura a evidenza pubblica precedentemente revocata.	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO

VALUTAZIONE DEL RISCHIO ANTIRICICLAGGIO								
AREA DI RISCHIO GENERALE CONTRATTI PUBBLICI		CONTRATTI PUBBLICI						
		FASE/PROCESSO	STRUTTURA RESPONSABILE	INDICATORE	IPOTESI RISCHIO			VALUTAZIONE DEL RISCHIO
					I.1	I.2	I.3	
3 - Selezione del contraente	20 BIS	Procedure di affidamento in emergenza - Riduzioni tempistiche	Direttore Approvvigionamenti, Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	Riduzione capacità controllo sui prodotti in acquisto Riduzione capacità di controllo sul fornitore - Rischi derivanti da pagamenti anticipati - Contingentamento tempistica di legge ;	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO
	21	Valutazione documentazione amministrativa	Direttore Approvvigionamenti; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	3.Partecipazione a procedure di affidamento di lavori pubblici, servizi e forniture da parte di un raggruppamento temporaneo di imprese, costituito da un numero di partecipanti del tutto sproporzionato in relazione al valore economico e alle prestazioni oggetto del contratto, specie se il singolo partecipante è a sua volta riunito, raggruppato o consorziato - 4.Partecipazione a procedure di affidamento di lavori pubblici, servizi e forniture da parte di una rete di imprese il cui programma comune non contempla tale partecipazione tra i propri scopi strategici - 5.Partecipazione a procedure di affidamento di lavori pubblici, servizi e forniture mediante ricorso al meccanismo dell'avvalimento plurimo o frazionato, ai fini del raggiungimento della qualificazione richiesta per l'aggiudicazione della gara, qualora il concorrente non dimostri l'effettiva disponibilità dei mezzi facenti capo all'impresa avvalsa, necessari all'esecuzione dell'appalto, ovvero qualora dal contratto di avvalimento o da altri elementi assunti nel corso del procedimento se ne desuma l'eccessiva onerosità ovvero l'irragionevolezza. 20: In caso di alienazione immobiliare acquisto di beni immobili per importi rilevanti da parte di società scarsamente capitalizzate o con notevole deficit patrimoniale. G5.4 Operazioni richieste o effettuate da più soggetti recanti lo stesso indirizzo ovvero la medesima domiciliazione fiscale, specie se tale indirizzo appartiene anche a una società commerciale e ciò appare incoerente rispetto all'attività dichiarata dagli stessi.	MEDIO	MEDIO BASSO	MEDIO	MEDIO
	24	Valutazione economica offerte	Direttore Approvvigionamenti; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	7 Presentazione di offerta con un ribasso sull'importo a base di gara particolarmente elevato nei casi in cui sia stabilito un criterio di aggiudicazione al prezzo più basso,	BASSO	MEDIO BASSO	MEDIO	MEDIO BASSO
	25	Verifica di anomalia delle offerte	Direttore Approvvigionamenti; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	7 Presentazione di offerta che risulta anormalmente bassa sulla base degli elementi specifici acquisiti dalla stazione appaltante, specie se il contratto è caratterizzato da complessità elevata	BASSO	BASSO	BASSO	BASSO

VALUTAZIONE DEL RISCHIO ANTIRICICLAGGIO							
AREA DI RISCHIO GENERALE CONTRATTI PUBBLICI	CONTRATTI PUBBLICI						
	FASE/PROCESSO	STRUTTURA RESPONSABILE	INDICATORE	IPOTESI RISCHIO			VALUTAZIONE DEL RISCHIO
				I.1	I.2	I.3	
26	Controlli pre aggiudicazione/pre stipula	Direttore Approvvigionamenti; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	G4.2 Il soggetto cui è riferita l'operazione è caratterizzato da ripetute e/o improvvise modifiche nell'assetto proprietario, manageriale (ivi compreso il "direttore tecnico") o di controllo dell'impresa. G1.1 Il soggetto cui è riferita l'operazione ha residenza, cittadinanza o sede in un Paese la cui legislazione non consente l'identificazione dei nominativi che ne detengono la proprietà o il controllo. G1.2 Il soggetto cui è riferita l'operazione risiede in una zona o in un territorio notoriamente considerati a rischio, in ragione tra l'altro dell'elevato grado di infiltrazione criminale, di economia sommersa o di degrado economico-istituzionale. G1.3 Il soggetto cui è riferita l'operazione risiede ovvero opera con controparti situate in aree di conflitto o in Paesi che notoriamente finanziano o sostengono attività terroristiche o nei quali operano organizzazioni terroristiche, ovvero in zone limitrofe o di transito rispetto alle predette aree. G1.4 Il soggetto cui è riferita l'operazione presenta documenti (quali, ad esempio, titoli o certificati), specie se di dubbia autenticità, attestanti l'esistenza di cospicue disponibilità economiche o finanziarie in Paesi terzi ad alto rischio. G1.5 Il soggetto cui è riferita l'operazione presenta garanzie reali o personali rilasciate da soggetti con residenza, cittadinanza o sede in Paesi terzi ad alto rischio ovvero attinenti a beni ubicati nei suddetti Paesi. G G2 Il soggetto cui è riferita l'operazione fornisce informazioni palesemente inesatte o del tutto incomplete o addirittura false ovvero si mostra riluttante a fornire ovvero rifiuta di fornire informazioni, dati e documenti comunemente acquisiti per l'esecuzione dell'operazione, in assenza di plausibili giustificazioni. G2.1 Il soggetto cui è riferita l'operazione presenta documentazione che appare falsa o contraffatta ovvero contiene elementi del tutto difformi da quelli tratti da fonti affidabili e indipendenti o presenta comunque forti elementi di criticità o di dubbio. G.2.2 Il soggetto cui è riferita l'operazione, all'atto di esibire documenti di identità ovvero alla richiesta di fornire documentazione o informazioni inerenti all'operazione, rinuncia a eseguirla - G2.3 Il soggetto cui è riferita l'operazione risulta collegato, direttamente o indirettamente, con soggetti sottoposti a procedimenti penali o a misure di prevenzione patrimoniale ovvero con persone politicamente esposte o con soggetti censiti nelle liste pubbliche delle persone o degli enti coinvolti nel finanziamento del terrorismo, e richiede ovvero effettua operazioni di significativo ammontare con modalità inusuali, in assenza di plausibili ragioni. G4.1 Il soggetto cui è riferita l'operazione è notoriamente contiguo (ad esempio, familiare, convivente, associato) ovvero opera per conto di persone sottoposte a procedimenti penali o a misure di prevenzione patrimoniale o ad altri provvedimenti di sequestro. -soggetto cui è riferita l'operazione è	MEDIO	MEDIO	MEDIO ALTO	MEDIO

VALUTAZIONE DEL RISCHIO ANTIRICICLAGGIO								
AREA DI RISCHIO GENERALE CONTRATTI PUBBLICI		CONTRATTI PUBBLICI						
		FASE/PROCESSO	STRUTTURA RESPONSABILE	INDICATORE	IPOTESI RISCHIO			VALUTAZIONE DEL RISCHIO
					I.1	I.2	I.3	
				caratterizzato da strutture societarie opache (desumibili, ad esempio, da visure nei registri camerali) ovvero si avvale artificiosamente di società caratterizzate da catene partecipative complesse nelle quali sono presenti, a titolo esemplificativo, trust, fiduciarie, fondazioni, international business company				
4 - Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto	30	Stipula contratto/adesione convenzione e emissione ordinativo di fornitura	Direttore DIA , Direttore Approvvigionamenti; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	vedi punto 3.26	MEDIO	MEDIO	MEDIO ALTO	MEDIO
5 - Esecuzione del Contratto	32	Autorizzazione al subappalto	1)2) 3) Direttore Approvvigionamenti; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	14 Ricorso al subappalto oltre la quota parte subappaltabile, in assenza di preventiva indicazione in sede di offerta ovvero senza il necessario deposito del contratto di subappalto presso la stazione appaltante o della documentazione attestante il possesso da parte del subappaltatore dei requisiti di legge. vedi anche punto 3.26	MEDIO	MEDIO ALTO	MEDIO ALTO	MEDIO ALTO
	33	Ammissione delle varianti (compreso sesto quinto)	Direttore Approvvigionamenti; Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale	12 Modifiche delle condizioni contrattuali in fase di esecuzione, consistenti in una variazione delle prestazioni originarie, in un allungamento dei termini di ultimazione dei lavori, servizi o forniture, in rinnovi o proroghe, al di fuori dei casi normativamente previsti, o in un significativo incremento dell'importo contrattuale. 5 Esecuzione del contratto caratterizzata da ripetute e non giustificate operazioni di cessione, affitto di azienda o di un suo ramo, ovvero di trasformazione, fusione o scissione della società. 15 Cessioni di crediti derivanti dall'esecuzione del contratto, effettuate nei confronti di soggetti diversi da banche e da intermediari finanziari aventi nell'oggetto sociale l'esercizio dell'attività di acquisto dei crediti ovvero senza l'osservanza delle prescrizioni di forma e di previa notifica della cessione, salva la preventiva accettazione, da parte della stazione appaltante, contestuale alla stipula del contratto.	MEDIO ALTO	MEDIO ALTO	MEDIO ALTO	MEDIO ALTO

VALUTAZIONE DEL RISCHIO ANTIRICICLAGGIO								
AREA DI RISCHIO GENERALE CONTRATTI PUBBLICI		CONTRATTI PUBBLICI						
		FASE/PROCESSO	STRUTTURA RESPONSABILE	INDICATORE	IPOTESI RISCHIO			VALUTAZIONE DEL RISCHIO
					I.1	I.2	I.3	
	35	Verifiche in corso di esecuzione del contratto	1) Direttori Servizi: Logistico Alberghiero; 2) Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale; Direttori: Approvvigionamenti, Ingegneria Clinica; Tecnologie Informatiche e Telematiche, Logistico Alberghiero Direttore Dipartimento Farmaceutico, Direttore Presidio Ospedaliero, Direzione Operativa Area Vasta; 3) Direttore ULC; Direttore Servizio Approvvigionamenti 4) Direttore DIA	G4.6 Il soggetto cui è riferita l'operazione mostra di avere scarsa conoscenza della natura, dell'oggetto, dell'ammontare o dello scopo dell'operazione, ovvero è accompagnato da altri soggetti che si mostrano interessati all'operazione, generando il sospetto di agire non per conto proprio ma di terzi.	MEDIO ALTO	MEDIO ALTO	MEDIO ALTO	MEDIO ALTO
	39	Effettuazione dei pagamenti in corso di esecuzione	1) Direttore ULC 2) 4) Coordinatore Area Tecnica Patrimoniale Patrimoniale 3) Direttore Servizio Approvvigionamenti	La ditta non manifesta l'interesse al pagamento, non invia fattura a fronte dell'esigibilità del credito. Richiesta di accredito su rapporti bancari o finanziari sempre diversi.	MEDIO	MEDIO ALTO	MEDIO ALTO	MEDIO ALTO

ADEMPIMENTI OBBLIGHI DI TRASPARENZA

PTPC 2022 - 2024

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore responsabile della produzione, pubblicazione e aggiornamento del dato	Termini di effettivo aggiornamento	Stato / Modalità di pubblicazione	art. 9 bis
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) (link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione)	Annuale	Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza	Entro 30 gg dall'approvazione del Piano e/o in relazione a termini indicati dall'ANAC	Pubblicato	
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi <i>link</i> alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Affari Generali	Entro 30 gg dalla conoscenza	Pubblicato link alla banca dati "Normattiva" nella home page del sito "Amministrazione Trasparente"	
			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza	Entro 30 gg dall'adozione provvedimento		
		Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Affari Generali	Entro 30 gg dall'adozione provvedimento		
		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo	Servizio Gestione Giuridica del Personale	Entro 30 gg dall'adozione provvedimento	Pubblicato	
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenziario obblighi amministrativi	Scadenziario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	Tempestivo	Non applicabile Aziende SSN		Pubblicato comunque il link al sito del Ministero per la Semplificazione e la pubblica Amministrazione "Scadenziario PA"	
		Art. 34, d.lgs. n. 33/2013	Oneri informativi per cittadini e imprese	Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, nonché l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con allegato elenco di tutti gli oneri informativi gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i medesimi atti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016				
	Burocrazia zero	Art. 37, c. 3, d.l. n. 69/2013	Burocrazia zero	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 10/2016				
		Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013	Attività soggette a controllo	Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali le pubbliche amministrazioni competenti ritengono necessarie l'autorizzazione, la segnalazione certificata di inizio attività o la mera comunicazione)					

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *										
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore responsabile della produzione, pubblicazione e aggiornamento del dato	Termini di effettivo aggiornamento	Stato / Modalità di pubblicazione	art. 9 bis	
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile Aziende SSN				
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile Aziende SSN				
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile Aziende SSN				
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile Aziende SSN				
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile Aziende SSN				
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile Aziende SSN				
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile Aziende SSN				
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013 (da pubblicare in tabelle)	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	Non applicabile Aziende SSN			
					2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	Non applicabile Aziende SSN			
	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982									

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore responsabile della produzione, pubblicazione e aggiornamento del dato	Termini di effettivo aggiornamento	Stato / Modalità di pubblicazione	art. 9 bis
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile Aziende SSN			
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	Non applicabile Aziende SSN			
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del d.lgs n. 33/2013	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile Aziende SSN			
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile Aziende SSN			
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile Aziende SSN			
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile Aziende SSN			
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile Aziende SSN			
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile Aziende SSN			
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	Non applicabile Aziende SSN			

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore responsabile della produzione, pubblicazione e aggiornamento del dato	Termini di effettivo aggiornamento	Stato / Modalità di pubblicazione	art. 9 bis
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	Non applicabile Aziende SSN			
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile Aziende SSN			
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	Non applicabile Aziende SSN			
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	Nessuno	Non applicabile Aziende SSN			
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	Non applicabile Aziende SSN			
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	Non applicabile Aziende SSN			
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	Non applicabile Aziende SSN			
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	Non applicabile Aziende SSN			
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	Non applicabile Aziende SSN			
		Art. 14, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno	Non applicabile Aziende SSN			
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Nessuno	Non applicabile Aziende SSN			
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).	Non applicabile Aziende SSN			

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore responsabile della produzione, pubblicazione e aggiornamento del dato	Termini di effettivo aggiornamento	Stato / Modalità di pubblicazione	art. 9 bis
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonchè tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile Aziende SSN			
	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile Aziende SSN			
			Atti degli organi di controllo	Atti e relazioni degli organi di controllo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile Aziende SSN			
	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Gestione Giuridica del Personale	Entro 30 gg da eventuali variazioni	Pubblicato	
		Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Affari Generali	Entro 30 gg da eventuali variazioni	Pubblicato	
		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Affari Generali	Entro 30 gg da eventuali variazioni	Pubblicato	
	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Tecnologie Informatiche e Telematiche	Telefono, Posta elettronica e PEC istituzionale: Entro 30 gg da eventuali modifiche Elenco posta elettronica e telefono dipendenti: Trimestrale	Pubblicato	

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore responsabile della produzione, pubblicazione e aggiornamento del dato	Termini di effettivo aggiornamento	Stato / Modalità di pubblicazione	art. 9 bis
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Sviluppo Risorse Umane Staff Comunicazione Servizio Gestione Giuridica del Personale Servizio Gestione Affari Legali e Assicurativi Area Tecnica Patrimoniale Dipartimento Sanità Pubblica Staff Ricerca e Innovazione Dipartimento Cure Primarie Aziendale Distretti Aziendali Servizio Gestione Risorse Economiche e Finanziarie Presidio Ospedaliero Staff Programmazione e controllo Infrastruttura Ricerca e Statistica	Entro 90 gg dal conferimento dell'incarico (e comunque prima del pagamento)	Pubblicato	Banca Dati PERLA PA (art. 9 bis All. b) dall'1/1/2019 gli incarichi di consulenza e collaborazione sono pubblicati nella banca dati PERLA PA con link nel sito Amministrazione Trasparente
				Per ciascun titolare di incarico:					
		Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		Entro 90 gg dal conferimento dell'incarico (e comunque prima del pagamento)	Pubblicato	
		Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		Entro 90 gg dal conferimento dell'incarico (e comunque prima del pagamento)	Pubblicato	
		Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Gestione Economica del Personale	Entro 90 gg dal conferimento dell'incarico (e comunque prima del pagamento)	Pubblicato	
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		Entro 30 gg dall'invio alla Funzione Pubblica	Pubblicato	
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo		Entro 90 gg dal conferimento dell'incarico (e comunque prima del pagamento)	Pubblicato	

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore responsabile della produzione, pubblicazione e aggiornamento del dato	Termini di effettivo aggiornamento	Stato / Modalità di pubblicazione	art. 9 bis
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice		Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Per ciascun titolare di incarico:					
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Affari Generali	Entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento di nomina	Pubblicato Applicato a Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, Direttore delle Attività Socio Sanitarie, Direttore Scientifico nei termini indicati dall'art. 41 in applicazione dell'Art 15 D.Lgs. 33/2013 e s.m.i. (cfr. note DG Sanità PG/2016/724035 del 18/11/2016, PG/2017/280066 del11/04/2017, nota OIV-SSR ad ANAC PG/2017/0283542 del 12/04/2017 e PG/2019/0685605 del 10/09/2019)	
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Affari Generali	Entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento di nomina	Pubblicato Applicato a Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, Direttore delle Attività Socio Sanitarie, Direttore Scientifico nei termini indicati dall'art. 41 in applicazione dell'Art 15 D.Lgs. 33/2013 e s.m.i. (cfr. note DG Sanità PG/2016/724035 del 18/11/2016, PG/2017/280066 del11/04/2017, nota OIV-SSR ad ANAC PG/2017/0283542 del 12/04/2017 e PG/2019/0685605 del 10/09/2019)	

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore responsabile della produzione, pubblicazione e aggiornamento del dato	Termini di effettivo aggiornamento	Stato / Modalità di pubblicazione	art. 9 bis
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Gestione Economica del Personale	Entro il primo semestre dell'anno successivo alla rilevazione	Pubblicato Applicato a Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, Direttore delle Attività Socio Sanitarie, Direttore Scientifico nei termini indicati dall'art. 41 in applicazione dell'Art 15 D.Lgs. 33/2013 e s.m.i. (cfr. note DG Sanità PG/2016/724035 del 18/11/2016, PG/2017/280066 del11/04/2017, nota OIV-SSR ad ANAC PG/2017/0283542 del 12/04/2017 e PG/2019/0685605 del 10/09/2019)	
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile Aziende SSR			
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Affari Generali	Entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento di nomina	Pubblicato Applicato a Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, Direttore delle Attività Socio Sanitarie, Direttore Scientifico nei termini indicati dall'art. 41 in applicazione dell'Art 15 D.Lgs. 33/2013 e s.m.i. (cfr. note DG Sanità PG/2016/724035 del 18/11/2016, PG/2017/280066 del11/04/2017, nota OIV-SSR ad ANAC PG/2017/0283542 del 12/04/2017 e PG/2019/0685605 del 10/09/2019)	

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore responsabile della produzione, pubblicazione e aggiornamento del dato	Termini di effettivo aggiornamento	Stato / Modalità di pubblicazione	art. 9 bis
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile Aziende SSN		Applicazione art. 41 del D.Lgs 33/2013 e s.m.i	
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	Non applicabile Aziende SSN		Applicazione art. 41 del D.Lgs 33/2013 e s.m.i	
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	Non applicabile Aziende SSN		Applicazione art. 41 del D.Lgs 33/2013 e s.m.i	
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	Non applicabile Aziende SSN		Applicazione art. 41 del D.Lgs 33/2013 e s.m.i	

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore responsabile della produzione, pubblicazione e aggiornamento del dato	Termini di effettivo aggiornamento	Stato / Modalità di pubblicazione	art. 9 bis
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Servizio Affari Generali	Entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento di nomina	Pubblicato Applicato a Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, Direttore delle Attività Socio Sanitarie, Direttore Scientifico nei termini indicati dall'art. 41 in applicazione dell'Art 15 D.Lgs. 33/2013 e s.m.i. (cfr. note DG Sanità PG/2016/724035 del 18/11/2016, PG/2017/280066 dell'11/04/2017, nota OIV-SSR ad ANAC PG/2017/0283542 del 12/04/2017 e PG/2019/0685605 del 10/09/2019)	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Servizio Affari Generali	Entro 30 giugno e/o in relazione a comunicazioni della Regione	Pubblicato Applicato a Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, Direttore delle Attività Socio Sanitarie, Direttore Scientifico nei termini indicati dall'art. 41 in applicazione dell'Art 15 D.Lgs. 33/2013 e s.m.i. (cfr. note DG Sanità PG/2016/724035 del 18/11/2016, PG/2017/280066 dell'11/04/2017, nota OIV-SSR ad ANAC PG/2017/0283542 del 12/04/2017 e PG/2019/0685605 del 10/09/2019)	
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	Non applicabile Aziende SSN		Applicazione art. 41 del D.Lgs 33/2013 e s.m.i	

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore responsabile della produzione, pubblicazione e aggiornamento del dato	Termini di effettivo aggiornamento	Stato / Modalità di pubblicazione	art. 9 bis
	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)			Per ciascun titolare di incarico:					
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Gestione Giuridica del Personale	Entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento di nomina	Pubblicato Con riferimento ai Direttori di Dipartimento, Struttura Complessa e Struttura Semplice Applicazione dell'Art 15 c. 1 lett. a) D.Lgs. 33/2013 e s.m.i. in virtù di quanto disposto dall'art. 41. (cfr. note DG Sanità PG/2016/724035 del 18/11/2016, PG/2017/280066 del 11/04/2017, nota OIV-SSR ad ANAC PG/2017/0283542 del 12/04/2017 e PG/2019/0685605 del 10/09/2019)	
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle che distinguono le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuati discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Sviluppo Risorse Umane	Entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento di nomina	Pubblicato Con riferimento ai Direttori di Dipartimento, Struttura Complessa e Struttura Semplice Applicazione dell'Art 15 c. 1 lett. a) D.Lgs. 33/2013 e s.m.i. in virtù di quanto disposto dall'art. 41. (cfr. note DG Sanità PG/2016/724035 del 18/11/2016, PG/2017/280066 del 11/04/2017, nota OIV-SSR ad ANAC PG/2017/0283542 del 12/04/2017 e PG/2019/0685605 del 10/09/2019)	

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore responsabile della produzione, pubblicazione e aggiornamento del dato	Termini di effettivo aggiornamento	Stato / Modalità di pubblicazione	art. 9 bis
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Gestione Economica del Personale	Entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento di nomina	Pubblicato Con riferimento ai Direttori di Dipartimento, Struttura Complessa e Struttura Semplice Applicazione dell'Art 15 c. 1 lett. a) D.Lgs. 33/2013 e s.m.i. in virtù di quanto disposto dall'art. 41. (cfr. note DG Sanità PG/2016/724035 del 18/11/2016, PG/2017/280066 del11/04/2017, nota OIV-SSR ad ANAC PG/2017/0283542 del 12/04/2017 e PG/2019/0685605 del 10/09/2019)	
		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile Aziende SSN		Applicazione art. 41 del D.Lgs 33/2013 e s.m.i Indicazioni della Regione Emilia Romagna con note prot. n. PG/2016/724035 e prot. n. PG/2017/280066		
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Gestione Giuridica del Personale	Entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento di nomina	Pubblicato Con riferimento ai Direttori di Dipartimento, Struttura Complessa e Struttura Semplice Applicazione dell'Art 15 c. 1 lett. a) D.Lgs. 33/2013 e s.m.i. in virtù di quanto disposto dall'art. 41. (cfr. note DG Sanità PG/2016/724035 del 18/11/2016, PG/2017/280066 del11/04/2017, nota OIV-SSR ad ANAC PG/2017/0283542 del 12/04/2017 e PG/2019/0685605 del 10/09/2019)	
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile Aziende SSN		Applicazione art. 41 del D.Lgs 33/2013 e s.m.i Indicazioni della Regione Emilia Romagna con note prot. n. PG/2016/724035 e prot. n. PG/2017/280066	

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore responsabile della produzione, pubblicazione e aggiornamento del dato	Termini di effettivo aggiornamento	Stato / Modalità di pubblicazione	art. 9 bis
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).	Non applicabile Aziende SSN		Applicazione art. 41 del D.Lgs 33/2013 e s.m.i Indicazioni della Regione Emilia Romagna con note prot. n. PG/2016/724035 e prot. n. PG/2017/280066	
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	Non applicabile Aziende SSN		Applicazione art. 41 del D.Lgs 33/2013 e s.m.i Indicazioni della Regione Emilia Romagna con note prot. n. PG/2016/724035 e prot. n. PG/2017/280066	
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale	Non applicabile Aziende SSN		Applicazione art. 41 del D.Lgs 33/2013 e s.m.i Indicazioni della Regione Emilia Romagna con note prot. n. PG/2016/724035 e prot. n. PG/2017/280066	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Non applicabile Aziende SSN			
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Non applicabile Aziende SSN			
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)	Non applicabile Aziende SSN		Applicazione art. 41 del D.Lgs 33/2013 e s.m.i Indicazioni della Regione Emilia Romagna con note prot. n. PG/2016/724035 e prot. n. PG/2017/280066	
		Art. 15, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Elenco posizioni dirigenziali discrezionali	Elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016				

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore responsabile della produzione, pubblicazione e aggiornamento del dato	Termini di effettivo aggiornamento	Stato / Modalità di pubblicazione	art. 9 bis
		Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo	Non applicabile Aziende SSN			
		Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Annuale	Non applicabile Aziende SSN			
	Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Nessuno	Non applicabile Aziende SSN		Applicazione art. 41 del D.Lgs 33/2013 e s.m.i Indicazioni della Regione Emilia Romagna con note prot. n. PG/2016/724035 e prot. n. PG/2017/280066	
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Nessuno	Non applicabile Aziende SSN		Applicazione art. 41 del D.Lgs 33/2013 e s.m.i Indicazioni della Regione Emilia Romagna con note prot. n. PG/2016/724035 e prot. n. PG/2017/280066	
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno	Non applicabile Aziende SSN		Applicazione art. 41 del D.Lgs 33/2013 e s.m.i Indicazioni della Regione Emilia Romagna con note prot. n. PG/2016/724035 e prot. n. PG/2017/280066	
			Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno	Non applicabile Aziende SSN		Applicazione art. 41 del D.Lgs 33/2013 e s.m.i Indicazioni della Regione Emilia Romagna con note prot. n. PG/2016/724035 e prot. n. PG/2017/280066	
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno	Non applicabile Aziende SSN		Applicazione art. 41 del D.Lgs 33/2013 e s.m.i Indicazioni della Regione Emilia Romagna con note prot. n. PG/2016/724035 e prot. n. PG/2017/280066	
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno	Non applicabile Aziende SSN		Applicazione art. 41 del D.Lgs 33/2013 e s.m.i Indicazioni della Regione Emilia Romagna con note prot. n. PG/2016/724035 e prot. n. PG/2017/280066	

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore responsabile della produzione, pubblicazione e aggiornamento del dato	Termini di effettivo aggiornamento	Stato / Modalità di pubblicazione	art. 9 bis
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno	Non applicabile Aziende SSN		Applicazione art. 41 del D.Lgs 33/2013 e s.m.i Indicazioni della Regione Emilia Romagna con note prot. n. PG/2016/724035 e prot. n. PG/2017/280066	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).	Non applicabile Aziende SSN		Applicazione art. 41 del D.Lgs 33/2013 e s.m.i Indicazioni della Regione Emilia Romagna con note prot. n. PG/2016/724035 e prot. n. PG/2017/280066	
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza	Entro 30 gg dalla ricezione del provvedimento sanzionatorio		
	Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies, d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Sviluppo Risorse Umane	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento di nomina	Pubblicato	
	Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Gestione Giuridica del Personale	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale del Conto annuale	Pubblicato	Banca Dati SICO (art. 9 bis AII. b) sia per dotazione organica che per costo personale indeterminato
		Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Gestione Giuridica del Personale Servizio Gestione Economica del Personale	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale del Conto annuale	Pubblicato	
	Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Gestione Giurica del Personale	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale del Conto annuale	Pubblicato	Banca dati PERLAPA e SICO (art. 9 bis AII. b)
		Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Gestione Giuridica del Personale	Entro la fine del mese successivo al trimestre	Pubblicato	

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore responsabile della produzione, pubblicazione e aggiornamento del dato	Termini di effettivo aggiornamento	Stato / Modalità di pubblicazione	art. 9 bis
	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Gestione Economica del Personale	Entro 30 gg dalla scadenza del trimestre di riferimento	Pubblicato	
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Gestione Giuridica del Personale	Entro 30 gg dal provvedimento di autorizzazione	Pubblicato	Banca dati PERLAPA (art. 9 bis All. b)
	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Staff Relazioni Sindacali	Entro 30 giorni dall'efficacia dell'atto, fatti salvi diversi obblighi di legge	Pubblicato	banca dati SICO e ARAN-CNEL (art. 9 bis All. b)
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Staff Relazioni Sindacali	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale	Pubblicato	banca dati SICO e ARAN-CNEL (art. 9 bis All. b)
		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	Staff Relazioni Sindacali	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del Collegio Sindacale	Pubblicato	
	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Sevizio Affari Generali	Entro 30 giorni dalla nomina	Link al sito della Regione Emilia Romagna	
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Sevizio Affari Generali	Entro 30 giorni dalla nomina		
		Par. 14.2, delib. C.VIT n. 12/2013		Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Sevizio Affari Generali	Entro 30 giorni dalla nomina		
Bandi di concorso		Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonché i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Gestione Giuridica del Personale	5 gg per pubblicazione del bando. 30 gg per pubblicazione di criteri e tracce a decorrere dalla conclusione del procedimento concorsuale	Pubblicato	

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore responsabile della produzione, pubblicazione e aggiornamento del dato	Termini di effettivo aggiornamento	Stato / Modalità di pubblicazione	art. 9 bis
Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CiVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Sistema Informativo Accountability e Performance	Entro 30 gg dalla trasmissione da parte OIV	Pubblicato Indicazioni DGR 819/2021	
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Sistema Informativo Accountability e Performance	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	Pubblicato Indicazioni DGR 819/2021	
	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Sistema Informativo Accountability e Performance	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	Pubblicato Compresi indicatori ex c. 522 legge di stabilità 2006	
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi (da pubblicare in tabelle)	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Gestione Economica del Personale	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale del Conto annuale	Pubblicato	
				Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Gestione Economica del Personale	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale del Conto annuale	Pubblicato	
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Sistema Informativo Accountability e Performance	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento/atto	Pubblicato	
				Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Gestione Economica del Personale	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale del Conto annuale	Pubblicato	
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Gestione Economica del Personale	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento/atto	Pubblicato	
	Benessere organizzativo	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016				

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore responsabile della produzione, pubblicazione e aggiornamento del dato	Termini di effettivo aggiornamento	Stato / Modalità di pubblicazione	art. 9 bis
Enti controllati	Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Affari Generali	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	Nessun ente pubblico vigilato	
				Per ciascuno degli enti:					
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	Nessun ente pubblico vigilato	
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	Nessun ente pubblico vigilato	
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	Nessun ente pubblico vigilato	
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	Nessun ente pubblico vigilato	
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	Nessun ente pubblico vigilato	
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	Nessun ente pubblico vigilato	
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	Nessun ente pubblico vigilato	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)		Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	Nessun ente pubblico vigilato	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)		Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	Nessun ente pubblico vigilato	
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	Nessun ente pubblico vigilato	
		Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	Pubblicato	

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore responsabile della produzione, pubblicazione e aggiornamento del dato	Termini di effettivo aggiornamento	Stato / Modalità di pubblicazione	art. 9 bis
	Società partecipate		Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Per ciascuna delle società:	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				Banca dati SIQUEL e Patrimonio PA (Art. 9 bis All. b)
		1) ragione sociale		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge		Pubblicato		
		2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge		Pubblicato		
		3) durata dell'impegno		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge		Pubblicato		
		4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge		Pubblicato		
		5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge		Pubblicato		
		6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge		Pubblicato		
		7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge		Pubblicato		
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013							
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (<i>link al sito dell'ente</i>)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)		Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	Pubblicato	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (<i>link al sito dell'ente</i>)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)		Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	Pubblicato	
Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	Pubblicato					

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore responsabile della produzione, pubblicazione e aggiornamento del dato	Termini di effettivo aggiornamento	Stato / Modalità di pubblicazione	art. 9 bis
		Art. 22, c. 1, lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti	Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		Entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento	Pubblicato	Non applicabile per le società ex art. 9 bis D.Lgs. 502/92 smi
		Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016		Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		Entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento		
				Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		Entro 30 giorni dalla comunicazione/conoscenza dell'atto		
	Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	Nessun ente controllato	
				Per ciascuno degli enti:					
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	Nessun ente controllato	
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	Nessun ente controllato	
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	Nessun ente controllato	
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	Nessun ente controllato	
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	Nessun ente controllato	
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	Nessun ente controllato	
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	Nessun ente controllato	

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore responsabile della produzione, pubblicazione e aggiornamento del dato	Termini di effettivo aggiornamento	Stato / Modalità di pubblicazione	art. 9 bis
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (<i>link</i> al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)		Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	Nessun ente controllato	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (<i>link</i> al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)		Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	Nessun ente controllato	
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	Nessun ente controllato	
	Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	Pubblicato	
Attività e procedimenti	Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016	Servizio Affari Generali	Pubblicazione annuale Entro 31 gennaio dell'anno successivo	Pubblicati come Dati ulteriori	
	Tipologie di procedimento			Per ciascuna tipologia di procedimento:					
		Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Pubblicato	
		Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Pubblicato	

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore responsabile della produzione, pubblicazione e aggiornamento del dato	Termini di effettivo aggiornamento	Stato / Modalità di pubblicazione	art. 9 bis
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Sviluppo Risorse Umane Staff Comunicazione Staff Programmazione e Controllo Servizio Gestione Giuridica del Personale Servizio Gestione Economica del Personale Servizio Gestione Affari Legali e Assicurativi Area Tecnica Patrimoniale Dipartimento Sanità Pubblica Dipartimento Farmaceutico Servizio Approvvigionamenti Dipartimento ad Attività Integrata Salute Mentale- Dipendenze Patologiche Staff Ricerca e Innovazione Dipartimento Cure Primarie Aziendale Distretti Aziendali Servizio Affari Generali Servizio Gestione Risorse Economiche e Finanziarie Presidio Ospedaliero Servizio Logistico Alberghiero Infrastruttura Ricerca e statistica Sistema Informativo Accountability e Performance	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Pubblicato	
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Pubblicato	
		Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Pubblicato	
		Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Pubblicato	
		Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Pubblicato	
		Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Pubblicato	
		Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		9) <i>link</i> di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Pubblicato	
		Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Pubblicato	
		Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Pubblicato	

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore responsabile della produzione, pubblicazione e aggiornamento del dato	Termini di effettivo aggiornamento	Stato / Modalità di pubblicazione	art. 9 bis
				Per i procedimenti ad istanza di parte:					
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Pubblicato	
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Pubblicato	
	Monitoraggio tempi procedurali	Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedurali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	Sviluppo Risorse Umane Staff Comunicazione Staff Programmazione e Controllo Servizio Gestione Giuridica del Personale Servizio Gestione Economica del Personale Servizio Gestione Affari Legali e Assicurativi Area Tecnica Patrimoniale Dipartimento Sanità Pubblica Dipartimento Farmaceutico Servizio Approvvigionamenti Dipartimento ad Attività Integrata Salute Mentale- Dipendenze Patologiche Staff Ricerca e Innovazione Dipartimento Cure Primarie Aziendale Distretti Aziendali Servizio Affari Generali Servizio Gestione Risorse Economiche e Finanziarie Presidio Ospedaliero Servizio Logistico Alberghiero Infrastruttura Ricerca e statistica Sistema Informativo Accountability e Performance	Pubblicazione annuale entro il 31 gennaio di ogni anno	Pubblicati come Dati ulteriori	
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni precedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Gestione Giuridica del Personale Servizio Gestione Economica del Personale Distretti Aziendali Staff Programmazione e Controllo Dipartimento Cure Primarie Aziendale Dipartimento Sanità Pubblica Presidio Ospedaliero Servizio Approvvigionamenti Area Tecnica Patrimoniale Servizio Gestione Economica e Finanziaria Servizio Affari Generali	Entro 30 giorni da eventuali modifiche variazioni	Pubblicato	

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore responsabile della produzione, pubblicazione e aggiornamento del dato	Termini di effettivo aggiornamento	Stato / Modalità di pubblicazione	art. 9 bis
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Sviluppo Risorse Umane Staff Comunicazione Staff Programmazione e Controllo Servizio Gestione Giuridica del Personale Servizio Gestione Affari Legali e Assicurativi Area Tecnica Patrimoniale Dipartimento Sanità Pubblica Dipartimento Farmaceutico Servizio Approvvigionamenti Dipartimento ad Attività Integrata Salute Mentale- Dipendenze Patologiche Staff Ricerca e Innovazione Dipartimento Cure Primarie Aziendale Distretti Aziendali Servizio Affari Generali Presidio Ospedaliero Servizio Gestione risorse economiche e finanziarie Infrastruttura Ricerca e Statistica Sistema Informativo Accountability e Performance	Entro 30 gg dalla scadenza del semestre 31 luglio (primo semestre) 31 gennaio dell'anno successivo (secondo semestre)	Pubblicato Delibere del Direttore Generale Indicazioni OIV-SSR PG/2019/0685401 del 10/09/2019	
	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016				
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Sviluppo Risorse Umane Staff Comunicazione Staff Programmazione e Controllo Servizio Gestione Giuridica del Personale Servizio Gestione Affari Legali e Assicurativi Area Tecnica Patrimoniale Dipartimento Sanità Pubblica Dipartimento Farmaceutico Servizio Approvvigionamenti Dipartimento ad Attività Integrata Salute Mentale- Dipendenze Patologiche Staff Ricerca e Innovazione Dipartimento Cure Primarie Aziendale Distretti Aziendali Servizio Affari Generali Presidio Ospedaliero Servizio Gestione risorse economiche e finanziarie Infrastruttura Ricerca e Statistica Sistema Informativo Accountability e Performance	Entro 30 gg dalla scadenza del semestre 31 luglio (primo semestre) 31 gennaio dell'anno successivo (secondo semestre)	Pubblicato	

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore responsabile della produzione, pubblicazione e aggiornamento del dato	Termini di effettivo aggiornamento	Stato / Modalità di pubblicazione	art. 9 bis
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016				
Controlli sulle imprese		Art. 25, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di controllo	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016				
		Art. 25, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Obblighi e adempimenti	Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative					
Bandi di gara e contratti	Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190 Informazioni sulle singole procedure (da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016)	Codice Identificativo Gara (CIG)	Tempestivo		Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione	Pubblicato	
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016		Struttura proponente, Oggetto del bando, Procedura di scelta del contraente, Elenco degli operatori invitati a presentare offerte/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, Aggiudicatario, Importo di aggiudicazione, Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, Importo delle somme liquidate	Tempestivo		Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione	Pubblicato	
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016		Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG), struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)		entro 30 gg dalla scadenza del semestre/anno di riferimento	Pubblicato	

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore responsabile della produzione, pubblicazione e aggiornamento del dato	Termini di effettivo aggiornamento	Stato / Modalità di pubblicazione	art. 9 bis
	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Artt. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali	Tempestivo	Servizio Approvvigionamenti Area Tecnica Patrimoniale Servizio Gestione Affari Legali e Assicurativi per quanto riguarda gli adempimenti ex L. 24/2017 nel "Profilo del committente"	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	Pubblicato	Banca dati BDAP+BDNCP + Servizio Contratti Pubblici (art. 9 bis All. b)
				Per ciascuna procedura:					
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni. Compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del dlgs n. 50/2016	Avvisi di preinformazione - Avvisi di preinformazione (art. 70, c. 1, 2 e 3, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi di preinformazioni (art. 141, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo		Entro 30 gg dalla data dell'avviso	Pubblicato	
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Delibera a contrarre o atto equivalente (per tutte le procedure)	Tempestivo		Entro 30 gg dalla data della delibera a contrarre o altro atto equivalente	Pubblicato	
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avvisi e bandi - Avviso (art. 19, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Avviso di formazione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1, e 4, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 127, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso relativo all'esito della procedura; Pubblicazione a livello nazionale di bandi e avvisi; Bando di concorso (art. 153, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di aggiudicazione (art. 153, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concessione, invito a presentare offerta, documenti di gara (art. 171, c. 1 e 5, dlgs n. 50/2016); Avviso in merito alla modifica dell'ordine di importanza dei criteri, Bando di concessione (art. 173, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 183, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso costituzione del privilegio (art. 186, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 188, c. 3, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo		Entro 30 gg dalla data dell'avviso/bando	Pubblicato Nel "Profilo del committente" inserita la voce specifica in merito alla pubblicazione dati in materia di responsabilità professionale ai sensi della Legge 24/2017, come 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 31/03-	
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avviso sui risultati della procedura di affidamento - Avviso sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concorso e avviso sui risultati del concorso (art. 141, dlgs n. 50/2016); Avvisi relativi l'esito della procedura, possono essere raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3, dlgs n. 50/2016); Elenchi dei verbali delle commissioni di gara	Tempestivo		Entro 30 gg dalla data dell'avviso		

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore responsabile della produzione, pubblicazione e aggiornamento del dato	Termini di effettivo aggiornamento	Stato / Modalità di pubblicazione	art. 9 bis
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avvisi sistema di qualificazione - Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione, di cui all'Allegato XIV, parte II, lettera H; Bandi, avviso periodico indicativo; avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione; Avviso di aggiudicazione (art. 140, c. 1, 3 e 4, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo		Entro 30 gg dalla data dell'avviso		
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Affidamenti Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10, dlgs n. 50/2016); tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti (art. 192 c. 3, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo		Entro 30 gg dalla data del provvedimento		
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Informazioni ulteriori - Contributi e resoconti degli incontri con portatori di interessi unitamente ai progetti di fattibilità di grandi opere e ai documenti predisposti dalla stazione appaltante (art. 22, c. 1, dlgs n. 50/2016); Informazioni ulteriori, complementari o aggiuntive rispetto a quelle previste dal Codice; Elenco ufficiali operatori economici (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo		Entro 30 gg dalla data del provvedimento		
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali.	Provvedimenti di esclusione e di ammissione (entro 2 giorni dalla loro adozione)	Tempestivo		Entro 30 gg dalla data del provvedimento		
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Tempestivo		Entro 30 gg dalla data del provvedimento		
		Art. 1, co. 505, l. 208/2015 disposizione speciale rispetto all'art. 21 del d.lgs. 50/2016)	Contratti	Testo integrale di tutti i contratti di acquisto di beni e di servizi di importo unitario stimato superiore a 1 milione di euro in esecuzione del programma biennale e suoi aggiornamenti	Tempestivo	Servizio Approvvigionamenti Area Tecnica Patrimoniale	Comma 505 abrogato dal D.lgs. n. 50/2016, come modificato dal D.Lgs. N. 56/2017.		
							Come da indicazioni ANAC (Comunicato del Presidente 23 luglio 2019) l'informazione è pubblicata quale dato ulteriore rispetto a quelli obbligatori.		

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore responsabile della produzione, pubblicazione e aggiornamento del dato	Termini di effettivo aggiornamento	Stato / Modalità di pubblicazione	art. 9 bis
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Tempestivo	Servizio Approvvigionamenti Area Tecnica Patrimoniale	Entro 30 gg	Pubblicato	
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. 33/2013)	Distretti Aziendali Dipartimento ad Attività Integrata Salute Mentale- Dipendenze Patologiche Dipartimento Cure Primarie Aziendale Dipartimento Farmaceutico	Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento		
	Atti di concessione	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali) (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)		Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento (e comunque prima del pagamento)	Pubblicato	
				Per ciascun atto:					
		Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)		Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento (e comunque prima del pagamento)	Pubblicato Nel rispetto del c. 4 art. 26 D.Lgs. 33/2013 e solo se relative a prestazioni rientranti nei L.EA. Delibera Anac 468/2021 e Linee applicativecondivise nell'ambito del Tavolo Regionale di coordinamento RPCT delle Aziende Sanitarie	
		Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)		Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento (e comunque prima del pagamento)		
		Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)		Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento (e comunque prima del pagamento)		
		Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)		Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento (e comunque prima del pagamento)		
		Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)		Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento (e comunque prima del pagamento)		
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) link al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)		Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento (e comunque prima del pagamento)		

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore responsabile della produzione, pubblicazione e aggiornamento del dato	Termini di effettivo aggiornamento	Stato / Modalità di pubblicazione	art. 9 bis
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)		Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento (e comunque prima del pagamento)		
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	Entro 30 gg dall'adozione della Delibera di Giunta Regionale	Pubblicato	Banca dati BDAP (art. 9 bis All. b)
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile Aziende SSN			
		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	Entro 30 gg dall'adozione della Delibera di Giunta Regionale	Pubblicato	
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile Aziende SSN			
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile Aziende SSN			

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore responsabile della produzione, pubblicazione e aggiornamento del dato	Termini di effettivo aggiornamento	Stato / Modalità di pubblicazione	art. 9 bis
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Tecnica Patrimoniale	Trimestrale (entro 30 gg dal trimestre di riferimento) e comunque entro i termini stabiliti dal MEF	Pubblicato	Banca dati Patrimonio PA (art. 9 bis all. b)
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Area Tecnica Patrimoniale	Trimestrale (entro 30 gg dal trimestre di riferimento)	Pubblicato Pubblicazione annuale dei comodati d'uso	
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.	Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.	Pubblicato Anni precedenti Pubblicati anche nell'abrogata sezione di "Amministrazione Trasparente" : Sez. "Disposizioni Generali" - Sotto-sez.: "Attestazioni OIV o struttura analoga".	
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Non applicabile Aziende SSN			
				Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Coordinatore OAS	Entro 30 gg dalla trasmissione da parte OIV	Pubblicato	
				Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione , nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Coordinatore OAS	Entro 30 gg dalla trasmissione da parte OIV	Pubblicato	
	Organi di revisione amministrativa e contabile		Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	Entro 30 gg dalla formalizzazione della relazione		
	Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Affari Generali	Entro 30 gg dalla conoscenza/comunicazione del rilievo		

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore responsabile della produzione, pubblicazione e aggiornamento del dato	Termini di effettivo aggiornamento	Stato / Modalità di pubblicazione	art. 9 bis
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Staff Comunicazione	Entro 30 gg dall'adozione della Carta dei servizi o documento contenente standard di qualità dei servizi	Pubblicato	
	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo	Servizio Gestione Affari Legali e Assicurativi	Entro 30 gg dalla notizia del ricorso	Pubblicato	
		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo		Entro 30 gg dalla notifica della sentenza	Pubblicato	
		Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo		Entro 30 gg dall'adozione della misura adottata in ottemperanza alla sentenza	Pubblicato	
	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)	Staff Programmazione e Controllo	Entro un mese dall'adozione del bilancio di esercizio	Pubblicato	
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dipartimento Aziendale Cure Primarie Presidio Ospedaliero	Estrazioni mensili (da pubblicare entro 30 gg dal mese oggetto di indagine)	Pubblicato	
	Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Tempestivo	Servizio Tecnologie Informatiche e Telematiche: per le statistiche di utilizzo Staff Comunicazione: per rilevazione sulla soddisfazione	Entro 30 gg dalla formalizzazione della rilevazione	Pubblicato	

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore responsabile della produzione, pubblicazione e aggiornamento del dato	Termini di effettivo aggiornamento	Stato / Modalità di pubblicazione	art. 9 bis
Pagamenti dell'Amministrazione	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, dlgs n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	Non applicabile Aziende SSN			
	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	Servizio Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	Entro il mese successivo rispetto al trimestre di riferimento	Pubblicato Anche mediante link a "soldi pubblici"	
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		Entro 30 gg successivi all'anno di riferimento	Pubblicato	
				Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		Entro 30 gg successivi al trimestre di riferimento	Pubblicato	
			Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	Entro un mese dall'adozione del bilancio di esercizio	Pubblicato	
	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Gestione Risorse Economiche e Finanziarie	Entro 30 giorni dalla modifica	Pubblicato	
Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile Aziende SSN			
	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n. 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Tempestivo (art.8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Tecnica Patrimoniale	Entro 30 giorni dall'approvazione del bilancio da parte della Regione	Pubblicato	

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore responsabile della produzione, pubblicazione e aggiornamento del dato	Termini di effettivo aggiornamento	Stato / Modalità di pubblicazione	art. 9 bis
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate. (da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione)	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Tecnica Patrimoniale	Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione	Pubblicato	Banca dati BDAP (art. 9 bis All. b)
		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Area Tecnica Patrimoniale	Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione	Pubblicato	
Pianificazione e governo del territorio		Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici, generali e di attuazione, nonché le loro varianti	Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile Aziende SSN			
		Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio (da pubblicare in tabelle)	Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatorie a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non applicabile Aziende SSN			

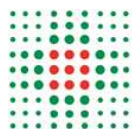
ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore responsabile della produzione, pubblicazione e aggiornamento del dato	Termini di effettivo aggiornamento	Stato / Modalità di pubblicazione	art. 9 bis
Informazioni ambientali		Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Dipartimento Sanità Pubblica	Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione	Pubblicato	Nota OIV-SSR ad ANAC PG/2019/0598476 del 16/07/2019: tenendo conto della tipologia di informazioni ambientali che le Aziende Sanitarie detengono in relazione alle proprie finalità istituzionali, è pubblicato: - Relazione annuale del Dipartimento di Sanità Pubblica - link ad Arpae Regione Emilia Romagna - link al Ministero dell'Ambiente - ulteriori informazioni o documenti disponibili ai sensi del D.Lgs. 195/2005
			Stato dell'ambiente	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotopi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione	Pubblicato	
			Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione	Pubblicato	
			Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione	Pubblicato	
			Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto	4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione	Pubblicato	
			Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione	Pubblicato	
			Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione	link al sito dell'ARPA di Reggio Emilia	
			Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione	link al sito del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	
Strutture sanitarie private accreditate		Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)	Sistema Informativo Accountability e Performance Dipartimento Aziendale Cure Primarie Dipartimento ad Attività Integrata Salute Mentale- Dipendenze Patologiche	31 marzo per elenco al 31 dicembre dell'anno precedente	Pubblicato	
				Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)		31 marzo per accordi sottoscritti l'anno precedente	Pubblicato	

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore responsabile della produzione, pubblicazione e aggiornamento del dato	Termini di effettivo aggiornamento	Stato / Modalità di pubblicazione	art. 9 bis
Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Servizio Approvvigionamenti Area Tecnica Patrimoniale Servizio Gestione Risorse Economiche e Finanziarie Rendiconto donazioni per Covid-19 all'Azienda Usl di Reggio Emilia	Entro 30 gg dall'adozione		Nota RER prot. 599043 del 15/09/2020, con riferimento all'emergenza Covid 19 e Decreto del Presidente Regione Emilia Romagna in qualità del soggetto attuatore n. 51/2021
		Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		Entro 30 giorni dalla fissazione dei termini		
		Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)		Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione		
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	Annuale	Responsabile della prevenzione della corruzione e Trasparenza	Entro 30 gg dall'approvazione del provvedimento e/o in relazione a termini indicati dall'ANAC	Pubblicato	
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo		Entro 30 gg dal provvedimento di nomina o secondo indicazioni ANAC	Pubblicato	
			Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo		Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	Pubblicato	
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (ex art. 1, c. 14, l. n. 190/2012)		In relazione a termini indicati dall'ANAC	Pubblicato	
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.A.C. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.A.C. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo		Entro 30 gg dalla conoscenza/comunicazione del provvedimento ANAC. Entro 30 gg dall'adozione dell'atto di adeguamento	Pubblicato	
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo		Entro 30 gg dall'atto di accertamento	Pubblicato	

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore responsabile della produzione, pubblicazione e aggiornamento del dato	Termini di effettivo aggiornamento	Stato / Modalità di pubblicazione	art. 9 bis
Altri contenuti	Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Servizio Affari Generali	Entro 30 gg dal provvedimento di nomina del RPCT	Pubblicato	
		Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Servizio Affari Generali	Entro 30 gg da eventuali variazioni	Pubblicato	
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale	<u>Responsabile della produzione del dato:</u> Sviluppo Risorse Umane Staff Comunicazione Staff Programmazione e Controllo Servizio Gestione Giuridica del Personale Servizio Gestione Affari Legali e Assicurativi Area Tecnica Patrimoniale Dipartimento Sanità Pubblica Dipartimento Farmaceutico Servizio Approvvigionamenti Dipartimento ad Attività Integrata Salute Mentale- Dipendenze Patologiche Staff Ricerca e Innovazione Dipartimento Cure Primarie Aziendale Distretti Aziendali Servizio Affari Generali Presidio Ospedaliero Sistema Informativo Accountability e Performance <u>Responsabile della pubblicazione del dato:</u> Servizio Affari Generali	Entro 30 gg dal termine del semestre di riferimento	Pubblicato	
Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dat.gov.it e e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	Tempestivo	Servizio Tecnologie Informatiche e Telematiche	Entro 30 gg dal provvedimento di adozione o modifica	Pubblicato	
		Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale	Servizio Affari Generali	Entro il 31 marzo di ogni anno	Pubblicato	
		Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)	Staff Comunicazione	Entro il 31 marzo di ogni anno	Pubblicato	

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore responsabile della produzione, pubblicazione e aggiornamento del dato	Termini di effettivo aggiornamento	Stato / Modalità di pubblicazione	art. 9 bis
	Dati ulteriori	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012		Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate: 1) Comitato Unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni 2) Report Reclami 3) FIASO (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere) 4) Dati aggregati Attività Amministrativa (i dati sono pubblicati nella sezione "Attività e procedimenti" sotto sezione "Dati aggregati attività amministrativa") 5) PAC - Percorso Attuativo della Certificabilità 6) Monitoraggio dei tempi procedurali (i dati sono pubblicati nella sezione "Attività e procedimenti" sotto sezione "Monitoraggio dei tempi procedurali") 7) Report qualità percepita 8) Accordo collettivo nazionale con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie: numero degli incarichi per branca specialistica/area professionale e le relative ore di attività svolta ai sensi del presente Accordo. 9) Censimento delle autovetture di servizio (art. 4 DPCM 25 settembre 2014) 10) Report, in forma aggregata, questionario di gradimento del sito Amministrazione Trasparente 11) Accordi bonari 12) Piano Strategico Triennale della Ricerca 13) Rendiconto di assegnazione risorse 5 per mille per la Ricerca 14) Contratti: Testo integrale di tutti i contratti di acquisto di beni e di servizi di importo unitario stimato superiore a 1 milione di euro (i dati sono pubblicati nella sezione "Bandi di gara e contratti" sotto sezione "Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura") 15) Convenzioni con organizzazioni di volontariato e le associazioni di promozione sociale: atti di indizione dei procedimenti, di cui al presente provvedimenti finali e convenzioni (art. 56 c. 3 bis del D.Lgs 117/2017)	1) Annuale 2) Annuale 3) Annuale 4) Annuale 5) Tempestivo 6) Annuale 7) Annuale 8) Annuale 9) Annuale 10) Annuale 11) Tempestivo 12) Annuale 13) Annuale 14) Tempestivo 15) Tempestivo	1) Staff Comunicazione 2) Staff Comunicazione 3) Servizio Affari Generali 4) Servizio Affari Generali 5) Servizio Gestione Risorse Economiche e Finanziarie 6) Sviluppo Risorse Umane Staff Comunicazione Staff Programmazione e Controllo Servizio Gestione Giuridica del Personale Servizio Gestione Economica del Personale Servizio Gestione Affari Legali e Assicurativi Area Tecnica Patrimoniale Dipartimento Sanità Pubblica Dipartimento Farmaceutico Servizio Approvvigionamenti Dipartimento ad Attività Integrata Salute Mentale- Dipendenze Patologiche Staff Ricerca e Innovazione Dipartimento Cure Primarie Aziendale Distretti Aziendali Servizio Affari Generali Servizio Gestione Risorse Economiche e Finanziarie Presidio Ospedaliero Servizio Logistico Alberghiero Infrastruttura Ricerca e statistica Sistema Informativo Accountability e Performance 7) Governo Clinico 8 Dipartimento Aziendale Cure Primarie: Programma Cure Primarie 9) Servizio Logistico Alberghiero 10) Staff Comunicazione 11) Area Tecnica Patrimoniale 12) Direzione Scientifica IRCCS 13) Direzione Scientifica IRCCS 14) Servizio Approvvigionamenti e Area Tecnica Patrimoniale 15) Presidio ospedaliero, Dipartimento Salute mentale- Dipendenze Patologiche- Distretti- Dipartimento Sanità Pubblica	4) Entro il 31 gennaio 6) Entro 31 gennaio 8) Entro 31 marzo per anno precedente	Publicato	

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Direttore responsabile della produzione, pubblicazione e aggiornamento del dato	Termini di effettivo aggiornamento	Stato / Modalità di pubblicazione	art. 9 bis
Altri contenuti	Trasporti Sanitari		Dati ulteriori (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Provvedimenti e convenzioni relativi ai Trasporti in Emergenza Urgenza, inter-ospedalieri ed ordinari	Tempestivo	Affari Generali	Entro 30 gg dalla data del provvedimento	Pubblicato	
	Informazioni sulle sperimentazioni dei farmaci (art. 11, c. 4 bis, D.Lgs. 211/2003 - introdotto dall'art.2, c. 1. D.Lgs. 52/2019			Elenco delle sperimentazioni sui farmaci: titolo/oggetto del contratto, codice EUDRACT, codice del protocollo del promotore, data del nulla osta della Direzione, Unità Operativa coinvolta/c, nome e cognome del principal investigator, data chiusura della sperimentazione.	Trimestrale	Infrastruttura ricerca e statistica	Trimestrale (entro 30 gg dal trimestre di riferimento). Linee guida Regione Emilia Romagna	Nota OIV-SSR PG/2019/0915511 del 17/12/2019 in materia di sperimentazioni cliniche, ai sensi dell'art. e D.Lgs.52/2019.	
	Relazione annuale sugli accadimenti relativi alla sicurezza delle cure e alle relative azioni di miglioramento			Relazione annuale ex art. 2 c. 5 L. 24/2017	Annuale	Governo Clinico	Entro il 31/03 per anno precedente	Pubblicato Nota Regione Emilia Romagna - Servizio Assistenza Ospedaliera PG/179935 del 14/3/2018	
	Antiriciclaggio			Provvedimenti e regolamenti aziendali relativi all'antiriciclaggio	Tempestivo	Gestore	Entro 30 gg dalla data del provvedimento		
	Accettazione di donazioni di beni e attrezzature			Provvedimenti di accettazione di donazioni di beni e attrezzature	Tempestivo	Servizio Approvvigionamenti	Entro 30 gg dalla data del provvedimento		
	Elenco dei progetti d'investimento pubblico (art. 11 c.2 quater L. 3/2003)	L. 3/2003 art. 11 c. 2 quater		Elenco dei progetti finanziati icon Codice Unico di progetto con indicazione di CUP, importo totale del finanziamento, fonti finanziarie, data di avvio del progetto e stato di attuazione finanziario e procedurale.	Annuale	<u>Responsabile della produzione:</u> Servizio Approvvigionamenti Area Tecnica Patrimoniale Infrastruttura Ricerca e Statistica <u>Responsabile della pubblicazione</u> Area Tecnica Patrimoniale	Annuale entro il 28/02 dell'anno successivo (Nota OIV prot. n. 99560 del 05/02/2021)	Prima pubblicazione: entro il 31/03/2021 con riferimento al 31/12/2020 Pubblicazioni successive: entro il 28/02 di ogni anno con riferimento al 31/12	



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia
IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia



CODICE DI COMPORTAMENTO PER IL PERSONALE OPERANTE PRESSO L'AZIENDA USL DI REGGIO EMILIA

Indice

Titolo I: Disposizioni di carattere generale.....	3
Art.1 Natura e finalità del Codice.....	3
Art.2 Ambito di applicazione e definizioni	4
Titolo II: Principi etici e valori di riferimento	6
Art.3 Principi generali.....	6
Titolo III: Norme di comportamento.....	9
Art. 4 Conflitto di interessi e obbligo di astensione	9
Art. 5 Regali, compensi e altre utilità	10
Art. 6 Partecipazione ad associazioni e organizzazioni.....	11
Art. 7 Prevenzione della corruzione.....	11
Art. 8 Trasparenza e tracciabilità.....	12
Art. 9 Comportamento nei rapporti privati.....	12
Art.10 Comportamento in servizio	13
Art.11 Comportamento nei rapporti con il pubblico e con i mezzi di informazione.....	14
Art.12 Disposizioni particolari per i dirigenti	14
Art.13 Contratti e atti negoziali.....	16
Art.14 Gestione delle liste di attesa e attività libero professionale	17
Art.15 Ricerca e sperimentazioni.....	17
Art.16 Sponsorizzazioni e attività formativa	18
Art.17 Rapporti con società farmaceutiche e/o ditte produttrici di dispositivi medici.....	19
Art. 18 Attività conseguenti al decesso	19
Titolo IV: Sistema sanzionatorio e di vigilanza	21
Art.19 Vigilanza sull'applicazione del Codice	21

Art. 20 Responsabilità conseguenti alla violazione dei doveri del Codice e Disposizioni Sanzionatorie per i destinatari soggetti al potere disciplinare dell’Azienda22

Art.21 Responsabilità conseguenti alla violazione dei doveri del Codice e Disposizioni Sanzionatorie per gli altri destinatari.....25

Art.22 Effetti del rispetto del Codice sul sistema di valutazione26

Titolo V: Disposizioni finali..... 27

Art.23 Disposizioni finali27

Allegato 1): Normativa di riferimento..... 28

TITOLO I: DISPOSIZIONI DI CARATTERE GENERALE

Art. 1 Natura e finalità del Codice

1. Il presente Codice di Comportamento (nel seguito indicato come “Codice”) definisce i doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità, buona condotta e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico, nonché i valori e i principi etici che i dipendenti e il personale operante a qualunque titolo presso l'Azienda sanitaria sono tenuti ad osservare¹.

2. Le previsioni del Codice integrano quelle previste dal DPR 62/2013 (nel seguito indicato come “Regolamento”) sulla base delle indicazioni fornite dall'ANAC per l'adozione dei codici di comportamento negli enti del SSN, tenendo anche conto dell'ordinamento vigente in materia di responsabilità disciplinare, come declinata dai C.C.N.L. delle aree di contrattazione collettiva del personale del SSN.

3. Il Codice si pone come strumento a supporto della gestione aziendale fondato su valori etici condivisi, volto all'adozione di procedure e comportamenti finalizzati ad assicurare il miglior soddisfacimento dei bisogni delle comunità di riferimento, a migliorare l'efficienza e l'efficacia dell'Azienda e a prevenire attività e comportamenti illegittimi e/o illeciti. Le regole introdotte con il Codice hanno, pertanto, una valenza etica e giuridica.

4. Con il Codice, predisposto in un percorso condiviso con la Regione e con le altre Aziende del SSR, si intende inoltre valorizzare l'azione di ogni Azienda (e di coloro che vi operano) in una logica di sistema, che la vede integrata in un assetto erogativo articolato in reti e aree vaste, al fine di assicurare universalismo dell'assistenza, equità di accesso ed appropriatezza delle prestazioni erogate, nel quadro della programmazione sanitaria nazionale e regionale.

5. L'adozione del Codice:

- risponde al fondamentale concetto di responsabilità sociale dell'Azienda, come risultato di un complesso sistema di principi e regole che disciplinano le relazioni tra le aziende sanitarie e tutti i soggetti con i quali intrattengono rapporti di legittimo reciproco interesse (stakeholders);
- rappresenta una scelta strategica del Servizio Sanitario Regionale, che induce ad affrontare un processo condiviso e articolato in tre momenti:
 - a) una prima fase di presa di coscienza e di chiara esplicitazione, diffusione e condivisione dei riferimenti valoriali;
 - b) una seconda in cui i valori si traducono in prassi operative con essi coerente e regolamentata;

¹ Ai sensi dell'art.54 del d. lgs.165/2001, dell'art.1 del DPR 62/2013 e dell'art.5 c.1 lett d) della L.Reg.9/2017

c) una terza di monitoraggio e valutazione dell'adeguatezza delle misure adottate.

6. L'osservanza delle disposizioni contenute nel Codice e nel Regolamento costituisce parte integrante e sostanziale delle obbligazioni contrattuali facenti capo al personale.

7. Il Codice, come previsto dal comma 5 dell'art. 54 del d.lgs. n. 165/2001 è il risultato del coinvolgimento degli stakeholders ed è approvato previa acquisizione del parere dell'OIV-SSR

Art. 2 Ambito di applicazione e definizioni

1. Il Codice si applica, salvo quanto disposto nei singoli articoli, a tutto il personale che a qualsiasi titolo presta attività lavorativa per l'Azienda e nello specifico a:

- a) dipendenti con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e determinato;
- b) dipendenti di altre pubbliche amministrazioni in comando, distacco o fuori ruolo;
- c) collaboratori e consulenti dell'Azienda con qualsiasi tipologia di contratto e incarico, conferito a qualsiasi titolo;
- d) medici e altro personale universitario integrati per l'assistenza;
- e) medici di medicina generale², pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali interni³ per quanto compatibile con le convenzioni vigenti;
- f) medici in formazione specialistica, ricercatori a tempo determinato e/o con contratti flessibili, dottorandi, assegnisti di ricerca autorizzati allo svolgimento delle attività assistenziali e tirocinanti;
- g) direttore generale, amministrativo e sanitario, scientifico e socio-sanitario ove presenti;
- h) personale a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni, servizi o lavori, in conformità con quanto previsto dai Patti di integrità dagli stessi sottoscritti;
- i) volontari componenti di associazioni di volontariato, in conformità con quanto previsto dagli accordi dalle stesse sottoscritte.

2. A tal fine, nei provvedimenti di incarico o nei contratti di collaborazione, consulenza o servizio, sono inserite apposite clausole di risoluzione del rapporto di lavoro, di decadenza o altre disposizioni in caso di violazione degli obblighi derivanti dal presente Codice e/o dal Regolamento, secondo quanto previsto dall'art. 20.

² Medici di medicina generale, medici di continuità assistenziali, medici dei servizi territoriali e medici dell'emergenza sanitaria territoriale.

³ Medici, veterinari, biologi, chimici, psicologi.

3. Le Società controllate o partecipate dall'Azienda, e i loro dipendenti, nell'applicazione della normativa in materia sono destinatarie del presente Codice in termini di principi ed indirizzi.

4. Nel presente documento, si adottano le seguenti definizioni:

- “destinatari”: tutti i soggetti ricompresi al comma 1 del presente articolo;
- “dipendenti”: i destinatari ricompresi nelle lettere a e b del comma 1 del presente articolo; a questi sono assimilati, ai fini dell'applicazione del Codice, anche i destinatari ricompresi nella lettera d;
- “dirigenti”: i titolari di un incarico dirigenziale, inclusi quelli conferiti ai sensi dell'art. 15-septies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.;
- “direttori”: i destinatari compresi nella lettera g) del comma 1 del presente articolo.

TITOLO II: PRINCIPI ETICI E VALORI DI RIFERIMENTO

Art. 3 Principi generali

1. I principi fondamentali riconosciuti e condivisi dall'Azienda per il perseguimento della mission aziendale e su cui si fondano i comportamenti oggetto del Codice sono, oltre a quelli già citati di diligenza, lealtà, imparzialità, buona condotta e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico, quelli di correttezza, buona fede, onestà, proporzionalità, obiettività, equità e ragionevolezza, indipendenza, efficacia, efficienza e sostenibilità, centralità della persona, non discriminazione, legalità e integrità, trasparenza, riservatezza, valorizzazione del patrimonio professionale, ricerca e orientamento all'innovazione, responsabilità sociale, multidisciplinarietà e integrazione e tutela della sicurezza dei pazienti e dei dipendenti.

2. I destinatari del Codice improntano la propria condotta al rispetto dei principi di cui al presente articolo.

3. I principi maggiormente attinenti alla specificità del contesto del SSN sono declinati come segue:

a) Centralità della persona:

a.1. L'Azienda, in qualità di garante, nell'ambito di propria competenza, del miglioramento dello stato di salute e della qualità della vita delle persone, orienta la propria gestione alla soddisfazione dell'utente, sviluppando un rapporto di fiducia ed osservando un comportamento improntato alla massima educazione, cortesia, rispetto e disponibilità, avendo quale vocazione, fra le altre, la difesa e la salvaguardia della dignità umana.

a.2. A tal fine l'Azienda pone particolare attenzione alla corretta comunicazione agli utenti sui percorsi e sulle alternative diagnostiche, terapeutiche e/o assistenziali, evidenziando rischi e benefici, fornendo tutte le precisazioni e i chiarimenti necessari, con l'obiettivo di garantire adeguate relazioni tra il personale, il paziente, i suoi familiari e/o il caregiver.

b) Principio di non discriminazione

b.1. L'Azienda contrasta qualsivoglia forma di discriminazione diretta o indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, all'origine razziale ed etnica, alla disabilità e alla lingua, sia nelle relazioni con i pazienti e i cittadini-utenti, sia nelle relazioni fra e con i destinatari.

b.2. L'Azienda garantisce le pari opportunità, la tutela dal mobbing e dalle molestie sessuali e persegue il benessere organizzativo anche attraverso l'operatività dei Comitati Unici di Garanzia.

c) Legalità e integrità

c.1. L'Azienda conforma la propria azione al rispetto dei principi di legalità e integrità, ponendo in essere le misure necessarie a prevenire la corruzione ed evitare comportamenti illeciti.

c.2. L'Azienda persegue l'interesse pubblico conformando la propria azione ai doveri di imparzialità, efficienza, economicità e buon andamento, nel rispetto delle leggi, dei contratti e delle direttive, anche tenendo conto dei codici deontologici delle singole professioni.

c.3. L'Azienda assicura l'assolvimento dei compiti affidati ai destinatari senza condizionamenti dovuti ad interessi privati e personali e senza che vi siano abusi della posizione rivestita per raggiungere indebite utilità, al fine di favorire il più alto grado di fiducia e credibilità.

d) Trasparenza

d.1. L'Azienda impronta la propria attività alla massima trasparenza, dando piena attuazione agli obblighi legislativamente previsti, in modo da favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche, garantendo ai cittadini l'accessibilità totale alle informazioni, ai dati e ai documenti.

d.2. L'Azienda si impegna ad agire con trasparenza anche attraverso la ricerca del confronto e della partecipazione degli stakeholders, nelle fasi di pianificazione e programmazione, nonché nella rendicontazione degli obiettivi raggiunti e delle risorse impiegate.

e) Riservatezza

e.1. L'Azienda garantisce nel trattamento delle informazioni il rispetto delle previsioni normative e regolamentari in materia di tutela e protezione dei dati personali, con particolare riguardo ai dati relativi alla salute e alla dignità della persona, e del segreto d'ufficio.

f) Valorizzazione del patrimonio professionale

f.1. L'Azienda riconosce l'importanza del contributo di tutti gli operatori al perseguimento dei fini istituzionali:

- valorizzando la preparazione e competenza professionale;
- promuovendo l'attività di formazione e sviluppo professionale attraverso un'attenta rilevazione dei bisogni formativi e mediante l'adozione di iniziative adeguate;
- favorendo l'efficacia e la trasparenza delle procedure e dei sistemi di valutazione del personale, riconoscendone l'importanza quali strumenti atti a valorizzare e motivare il personale e a riconoscerne il merito.

g) Ricerca e orientamento all'innovazione

g.1. La ricerca è funzione istituzionale propria dell'Azienda, al pari della funzione assistenziale e delle attività di formazione.

g.2. L'attività di ricerca costituisce condizione essenziale per l'innovazione e il miglioramento continuo della qualità dei servizi del SSR, consente di promuovere, in modo efficace e appropriato, la qualità dei servizi e delle prestazioni. A tal fine, l'Azienda garantisce lo svolgimento di attività di ricerca obiettiva e indipendente volta alla tutela degli interessi dei cittadini, anche attraverso il potenziamento delle competenze e degli strumenti dedicati.

h) Responsabilità sociale

h.1. L'Azienda promuove la responsabilità sociale quale principio fondamentale della propria attività e come valore essenziale della gestione organizzativa, in coerenza con la propria funzione sociale, con la tutela dell'ambiente, con la responsabilità verso la comunità locale e le generazioni future.

h.2. L'Azienda promuove ed assicura azioni di sostegno nei confronti delle persone più vulnerabili e più esposte al rischio di esclusione sociale e rispetta la diversità culturale al fine di rimuovere ogni forma di emarginazione.

i) Multidisciplinarietà e integrazione

i.1. L'Azienda favorisce l'approccio multidisciplinare nello svolgimento delle attività anche attraverso l'integrazione dei professionisti e delle discipline coinvolte, tra i servizi sanitari, socio-sanitari e sociali e tra le diverse Aziende e Aree territoriali.

l) Gestione del rischio e tutela della sicurezza

l.1. L'Azienda promuove e garantisce nelle proprie strutture la sicurezza dei pazienti e degli operatori, perseguendo il miglioramento della qualità assistenziale anche attraverso la corretta gestione del rischio collegato ai processi di cura ed assistenza.

l.2. L'Azienda, consapevole dell'importanza di garantire la sicurezza negli ambienti di lavoro, assicura ai destinatari condizioni di lavoro atte a garantire la tutela della salute e della sicurezza e rispettose della dignità individuale, in attuazione della normativa vigente.

TITOLO III: NORME DI COMPORTAMENTO

Art. 4 Conflitto di interessi e obbligo di astensione

1. Il conflitto di interessi è una condizione in cui il destinatario del Codice è portatore di interessi della propria sfera privata che, anche solo potenzialmente, possono influenzare negativamente e compromettere l'imparzialità e l'indipendenza richieste nelle attività svolte per conto dell'Azienda. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come ad esempio quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici o comunque di voler ricavare utilità propria o di terzi in modo indebito.

2. Il destinatario si astiene 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.

3. L'astensione va comunicata per iscritto al soggetto competente individuato al successivo comma 5, anche attraverso modalità informatizzate, e in tempo utile per la trattazione della pratica o lo svolgimento dell'attività, specificando le ragioni. Il responsabile decide sull'astensione, fornendo una risposta scritta tempestiva, anche attraverso modalità informatizzate.

4. Il dipendente fornisce, all'atto della prima assegnazione al servizio e in caso di ogni successivo trasferimento o diverso incarico, e aggiorna annualmente, una dichiarazione 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'Azienda, anche attraverso modalità informatizzate. Le previsioni del presente comma si applicano anche ai direttori.

5. La valutazione circa la sussistenza di una situazione di conflitto di interessi spetta:

- per i dipendenti, al superiore gerarchico;

- per il direttore amministrativo, sanitario e socio-sanitario al Direttore Generale;
- per il direttore scientifico si rinvia alla normativa nazionale di settore;
- per il Direttore Generale al Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare;
- per gli altri destinatari, al superiore gerarchico secondo le procedure aziendali.

6. L'adozione delle decisioni conseguenti rispetto alla valutazione di cui al comma precedente avviene secondo le procedure definite dall'Azienda o dalla Regione per il Direttore Generale.

7. Il dipendente non accetta incarichi di collaborazione da soggetti privati che abbiano, o abbiano avuto nel biennio precedente, un interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti all'ufficio di appartenenza.

Art. 5 Regali, compensi e altre utilità

1. I destinatari del Codice, in relazione all'esercizio delle funzioni svolte o attribuite, sia nei rapporti interni che esterni all'Azienda:

- a. non chiedono, né sollecitano, per sé o per altri, regali o altre utilità;
- b. non accettano, per sé o per altri, regali o altre utilità, salvo quelli d'uso di modico valore effettuati occasionalmente nell'ambito delle normali relazioni di cortesia o in occasione di festività; in particolare, è consentito di accettare regali di modico valore come espressione di gratitudine del loro operato e come una valutazione positiva dei servizi resi;
- c. in ogni caso, non accettano regali o altre forme di utilità che possano creare una situazione di conflitto di interessi, anche solo potenziale o apparente, o influenzare l'indipendenza del loro operato, mettendo a rischio l'immagine e la reputazione aziendale;
- d. indipendentemente dalla circostanza che il fatto costituisca reato, non chiedono né accettano, per sé o per altri, regali o altre utilità, neanche di modico valore, a titolo di corrispettivo per compiere o per aver compiuto un atto o un'attività del proprio servizio da soggetti che possano trarne beneficio.

2. Ai fini del presente articolo, per regali o altre utilità di modico valore si intendono quelli di natura occasionale e di valore non superiore a 150 euro per singolo regalo, anche sotto forma di sconto.

3. Per regali o altre utilità, si intendono ad esempio prestazioni o servizi, crediti personali o facilitazioni di pagamento, assistenza e supporti variamente intesi, opportunità di lavoro, spese (pasti, trasporti, viaggi), contributi, partecipazione gratuita a eventi formativi/sportivi/culturali o a manifestazioni fieristiche, eccedenze di fornitura, ecc.

4. In ogni caso è precluso ai destinatari la possibilità di accettare omaggi o utilità sotto forma di somme di denaro o equivalenti (es. assegni, buoni, sconti, carte regalo,....) per

qualunque importo, che possono invece essere oggetto di donazione all'Azienda secondo la regolamentazione vigente.

5. I regali e le altre utilità comunque ricevuti fuori dai casi consentiti dal presente articolo devono essere immediatamente consegnati per la restituzione o per essere devoluti a fini istituzionali, secondo i regolamenti aziendali.

Art. 6 Partecipazione ad associazioni e organizzazioni

1. I destinatari del codice, nel rispetto della disciplina vigente del diritto di associazione, non assumono incarichi in associazioni e organizzazioni che possano porli in conflitto di interessi con l'attività svolta all'interno dell'Azienda, incluse le associazioni di volontariato e/o senza fini di lucro.

2. Al fine della valutazione del conflitto di interessi, i dipendenti e i direttori comunicano tempestivamente, anche attraverso modalità informatizzate, al proprio superiore gerarchico l'adesione o l'appartenenza ad associazioni od organizzazioni, anche senza fini di lucro, specificando il ruolo ricoperto, i cui ambiti di interessi possano interferire con lo svolgimento dell'attività del servizio di appartenenza, nonché quelle in ambito sanitario, socio sanitario, di ricerca e di tutela della salute. Il presente comma non si applica all'adesione a partiti politici o a sindacati.

3. In ogni caso, per i dipendenti e per i direttori è vietata l'adesione o l'appartenenza ad associazioni o organizzazioni con la previsione di un corrispettivo e/o compenso, ferma restando la possibilità di effettuare attività extraistituzionali secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

4. I destinatari non esercitano pressioni, promettendo vantaggi o prospettando svantaggi di carriera o di altra natura, nei confronti di colleghi e altri operatori o utenti dei servizi con i quali vengano in contatto durante l'attività professionale, al fine di agevolare l'adesione ad associazioni o organizzazioni.

Art. 7 Prevenzione della corruzione

1. I destinatari rispettano le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione ed, in particolare, le prescrizioni e gli obiettivi indicati nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTCP).

2. Al fine di favorire un efficace e concreto sistema di difesa a contrasto della corruzione, i destinatari sono tenuti a collaborare con il RPCT; in particolare, i dirigenti e gli altri soggetti individuati nel PTPCT partecipano al processo di gestione del rischio di corruzione, contribuiscono alla definizione delle misure e delle azioni indirizzate a prevenire comportamenti a valenza corruttiva, da inserire nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, e supportano il RPCT nel loro monitoraggio.

3. Fermo restando l'obbligo di denuncia all'Autorità Giudiziaria, i destinatari segnalano al proprio superiore gerarchico e/o al RPCT e/o agli altri soggetti indicati nei regolamenti

aziendali eventuali situazioni di illecito nell'amministrazione di cui siano venuti a conoscenza, segnalando anche eventuali criticità nell'applicazione del Codice e possibili miglioramenti dell'organizzazione che consentano di favorire la prevenzione della corruzione.

4. I dipendenti e i direttori coinvolti e il RPCT sono chiamati ad assicurare la tutela dei soggetti che, fuori dai casi di responsabilità per calunnia o diffamazione, denuncino alle Autorità preposte o al RPCT illeciti di cui siano venuti a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, rispetto ai quali verrà prevista specifica tutela nell'ambito dei regolamenti aziendali (tutela del whistleblower). Il RPCT e i direttori prendono in considerazione segnalazioni anonime solo se adeguatamente circostanziate.

Art. 8 Trasparenza e tracciabilità

1. I destinatari del Codice secondo quanto previsto nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza aziendale assicurano l'adempimento degli obblighi di trasparenza previsti in capo alle pubbliche amministrazioni in conformità alle disposizioni normative vigenti, anche prestando la massima collaborazione nell'elaborazione, reperimento e trasmissione dei dati sottoposti all'obbligo di pubblicazione sul sito istituzionale Amministrazione Trasparente.

2. La tracciabilità dei processi decisionali adottati deve essere, in tutti i casi, garantita attraverso un adeguato supporto documentale ed informatico, che consenta in ogni momento la replicabilità del processo decisionale, assicurando la completezza e l'integrità della documentazione amministrativa e/o sanitaria, con un linguaggio chiaro e comprensibile. Deve essere garantita la conservazione dei documenti acquisiti e prodotti ai fini della rintracciabilità del relativo fascicolo e della documentazione in generale.

3. La tenuta e la conservazione della documentazione amministrativa e/o sanitaria deve avvenire nel rispetto della normativa privacy.

4. I destinatari concorrono a garantire la piena attuazione del diritto di accesso documentale, civico e generalizzato, in ottemperanza alle disposizioni legislative e regolamentari vigenti.

Art. 9 Comportamento nei rapporti privati

Nei rapporti privati, comprese le relazioni extra lavorative con pubblici ufficiali nell'esercizio delle loro funzioni, i destinatari del Codice non sfruttano, né menzionano la posizione ricoperta o l'incarico svolto nell'Azienda per ottenere utilità che non gli spettino, e non assumono nessun altro comportamento che possa pregiudicare gli interessi dell'Azienda o nuocere alla sua immagine.

Art. 10 Comportamento in servizio

1. I destinatari del Codice si impegnano a svolgere la propria attività lavorativa, perseguendo l'interesse pubblico e della collettività, nonché del singolo, nel rispetto delle norme, dei regolamenti aziendali e dei principi enunciati dal presente Codice.

2. In particolare:

- rispettano il segreto d'ufficio e mantengono riservate le notizie e le informazioni apprese nell'ambito dell'attività svolta;

- non divulgano le informazioni relativi ai procedimenti in corso, prima che siano stati ufficialmente deliberati dagli organi competenti, fermo restando i diritti degli interessati al procedimento;

- non ritardano, né adottano, salvo giustificato motivo, comportamenti tali da far ricadere su altri il compimento di attività o l'adozione di decisioni di propria spettanza;

- assicurano nelle relazioni con i colleghi e i terzi la massima collaborazione, nel rispetto delle posizioni e dei ruoli rivestiti, evitando atteggiamenti e comportamenti che possano turbare il necessario clima di serenità e concordia nell'ambito dei servizi;

- si astengono da condotte moleste, anche di tipo sessuale, discriminatorie od offensive dell'altrui dignità;

- si astengono dal rendere pubblico con qualunque mezzo, compresi il web o i social network, i blog o i forum, commenti, informazioni e/o foto/video/audio che possano ledere l'immagine dell'Azienda, l'onorabilità dei colleghi, nonché la riservatezza o la dignità delle persone e in particolare dei pazienti;

- mantengono la funzionalità ed il decoro degli ambienti, utilizzano gli oggetti, le attrezzature e gli strumenti esclusivamente per finalità lavorative, e adottano comportamenti volti alla riduzione degli sprechi ed al risparmio energetico;

- utilizzano i mezzi di trasporto dell'Azienda soltanto per lo svolgimento dei compiti d'ufficio e/o delle attività affidate, astenendosi dal trasportare terzi, se non per motivi d'ufficio.

- non prestano la propria attività sotto l'effetto di sostanze alcoliche e/o stupefacenti e/o consumano tali sostanze; nel corso della prestazione lavorativa.

3. I dipendenti rispettano gli obblighi di servizio con particolare riferimento all'orario di lavoro, applicando correttamente la regolamentazione aziendale prevista per la rilevazione delle presenze e per l'astensione al lavoro. In particolare, all'atto di ingresso o uscita dal servizio, utilizzano il lettore badge più vicino alla propria sede di lavoro, fatte salve le ipotesi previste nelle regolamentazioni aziendali.

Art. 11 Comportamento nei rapporti con il pubblico e con i mezzi di informazione

1. Il destinatario del Codice si fa riconoscere attraverso l'esposizione, in modo visibile, del cartellino di riconoscimento o altro supporto identificativo secondo i regolamenti vigenti. Negli ambienti di lavoro utilizza le divise di servizio in modo da garantirne l'igiene, la sicurezza e il decoro nel rispetto della dignità professionale e dell'immagine dell'Azienda.

2. Nel rispondere alla corrispondenza, a chiamate telefoniche, ai messaggi di posta elettronica e ad ogni altra forma di messaggistica digitale, il destinatario opera nella maniera più completa e accurata possibile, favorendo la propria identificazione e indirizzando l'interessato ad altro servizio o ufficio, qualora non competente per materia. Fatte salve le norme sul segreto d'ufficio, fornisce le spiegazioni che gli siano richieste in ordine al comportamento proprio e di altri colleghi dei quali ha la responsabilità o il coordinamento. Nelle attività da svolgere e nella trattazione delle pratiche rispetta, salvo diverse esigenze di servizio o diverso ordine di priorità stabilito dall'Azienda, l'ordine cronologico e non rifiuta prestazioni a cui sia tenuto con motivazioni generiche. Rispetta gli appuntamenti con i cittadini e risponde in modo tempestivo ai loro reclami.

3. Salvo il diritto di esprimere valutazioni e diffondere informazioni a tutela dei diritti sindacali, il destinatario si astiene da dichiarazioni pubbliche offensive nei confronti dell'Azienda o lesive dell'immagine della stessa e dei colleghi.

4. Il destinatario rispetta gli standard di qualità e di quantità fissati dall'Azienda anche nella Carta dei Servizi; opera al fine di assicurare la continuità del servizio—e di fornire informazioni sulle modalità di prestazione dei servizi e sui livelli di qualità.

5. I rapporti con gli organi di informazione (stampa, televisione, radio, ecc.) spettano alla Direzione aziendale che si avvale degli uffici competenti, nel rispetto della politica di comunicazione eventualmente definita nei regolamenti dall'Azienda. Nel caso di eventuali contatti diretti da parte degli organi di informazione con i singoli destinatari in relazione alla attività aziendale, gli stessi informano preventivamente gli uffici competenti secondo le disposizioni aziendali.

6. Nei rapporti con gli organi di informazione, particolare attenzione deve essere posta alla tutela della riservatezza e della dignità delle persone e al diritto alla protezione dei dati personali e dei dati relativi alla salute.

Art. 12 Disposizioni particolari per i dirigenti

1. Ferma restando l'applicazione delle altre disposizioni del Codice, ai dirigenti si applicano le disposizioni dell'articolo 13 del Regolamento nonché quelle del presente articolo. Le presenti disposizioni si applicano anche ai titolari di Posizione Organizzativa per le strutture prive di personale con qualifica dirigenziale.

2. Il dirigente svolge con diligenza le funzioni ad esso spettanti in base all'atto di conferimento dell'incarico, persegue gli obiettivi assegnati e adotta un comportamento organizzativo adeguato per l'assolvimento dell'incarico.

3. Il dirigente fornisce e aggiorna annualmente le informazioni sulla propria situazione patrimoniale e le dichiarazioni annuali dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche previste dalla legge, secondo le indicazioni impartite dall'Azienda, anche con modalità informatizzate. Nell'ambito della dichiarazione prevista all'art.4 c.4, il dirigente, prima di assumere le sue funzioni, comunica altresì all'Azienda le partecipazioni azionarie e gli altri interessi finanziari che possano porlo in conflitto di interessi con la funzione pubblica che svolge e dichiara se ha parenti e affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che ricoprano incarichi politici, o esercitino attività professionali o economiche che li pongano in contatti frequenti con l'ufficio che dovrà dirigere o che siano coinvolti nelle decisioni o nelle attività inerenti all'ufficio.

4. In particolare, i dirigenti, ciascuno per l'ambito di propria competenza e in relazione alla natura dell'incarico ed ai connessi livelli di responsabilità:

- favoriscono il pieno e motivato coinvolgimento del personale assegnato nel perseguimento degli obiettivi e delle attività aziendali;

- curano il benessere organizzativo, favorendo l'instaurarsi di rapporti cordiali e rispettosi tra i collaboratori, assumono iniziative finalizzate alla circolazione delle informazioni, anche in merito agli obiettivi assegnati alla struttura e alle criticità riscontrate, all'inclusione e alla valorizzazione delle differenze di genere, di età e di condizioni personali. Il dirigente garantisce, altresì, ai propri collaboratori pari opportunità di crescita professionale, assicurando una formazione e un aggiornamento adeguati, promuovendo lo sviluppo delle loro capacità e valorizzandone le competenze e le differenti attitudini e potenzialità.

- vigilano sul rispetto degli obblighi contrattuali e del Codice da parte dei collaboratori, con particolare attenzione alle norme in materia di presenza in servizio, corretta timbratura delle presenze e fruizione dei permessi, utilizzo adeguato dei servizi, materiali, attrezzature, mezzi di trasporto e, in generale, risorse affidategli per ragioni di servizio;

- assicurano che le risorse assegnate siano utilizzate per finalità esclusivamente istituzionali e, in nessun caso, per esigenze personali;

- rispettano le disposizioni vigenti in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e si impegnano, altresì, a provvedere alle relative comunicazioni obbligatorie;

- ad integrazione di quanto previsto all'art.8, promuovono e assicurano l'applicazione delle misure previste dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, e vigilano sulla loro attuazione;

- assegnano le attività sulla base di un'equa ripartizione del carico di lavoro, dell'inquadramento contrattuale e degli incarichi di responsabilità organizzativa conferiti, tenendo conto delle capacità, delle attitudini e della professionalità del personale a disposizione, anche in base a criteri di rotazione, ove opportuno e possibile.;

- valutano il personale assegnato alla struttura cui è preposto con imparzialità e rispettando le indicazioni, i tempi prescritti dall'Azienda e l'obbligo di astensione previsto nei casi di cui al comma 2 dell'art.4;

- intraprendono con tempestività le iniziative necessarie ove vengano a conoscenza di un illecito; attivano e concludono, se competenti, il procedimento disciplinare, ovvero segnalano tempestivamente l'illecito all'autorità disciplinare, prestando ove richiesta la propria collaborazione. Provvedono, nei casi in cui si configuri un illecito penale, amministrativo o contabile a informare senza indugio il proprio superiore gerarchico e a inoltrare tempestiva denuncia/segnalazione all'autorità giudiziaria competente. Nel caso in cui ricevano segnalazioni di un illecito da parte di un Dipendente, adottano ogni cautela affinché il segnalante sia tutelato⁴;

- si adoperano affinché notizie non rispondenti al vero quanto all'organizzazione, all'attività e ai dipendenti dell'Azienda possano diffondersi.

5. Le indicazioni nel presente articolo si applicano anche ai direttori.

Art. 13 Contratti e atti negoziali

1. Nello svolgimento delle attività propedeutiche ad una gara pubblica, nella conclusione di accordi e negozi, nonché nella stipulazione di contratti e nella fase di esecuzione degli stessi, i dipendenti e i direttori agiscono secondo il principio di imparzialità e di ottenimento del massimo vantaggio per l'Azienda nel perseguimento dei fini istituzionali.

2. In particolare i dipendenti e i direttori non possono stipulare contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento o assicurazione con imprese con le quali abbiano stipulato contratti a titolo privato o ricevuto altre utilità nel biennio precedente, ad eccezione di quelli conclusi mediante moduli standard o formulari.⁵

3. Ciascuna procedura deve essere espletata adottando le più ampie condizioni di concorrenza, pubblicità e trasparenza, nel rispetto della normativa vigente.

4. Nello svolgimento delle attività di cui al comma 1, i dipendenti e i direttori non ricorrono a mediazione di terzi, né corrispondono o promettono ad alcuno utilità a titolo di intermediazione, né per facilitare o aver facilitato la conclusione o l'esecuzione del contratto. Il presente comma non si applica ai casi in cui l'amministrazione abbia deciso di ricorrere all'attività di intermediazione professionale per esplicite ragioni di maggior vantaggio per l'amministrazione.

5. In caso di procedure di gara pubblica l'aspirante contraente si impegna a rispettare i principi del presente Codice al momento di presentazione della domanda di partecipazione. In ogni caso i contraenti si impegnano espressamente a condividere e rispettare i medesimi principi al momento della stipulazione del contratto e quanto previsto dai Patti di integrità sottoscritti.

⁴ ai sensi e per gli effetti dell'articolo 54-bis del decreto legislativo n. 165 del 2001.

⁵ Ai sensi dell'art.1342 codice civile

Art. 14 Gestione delle liste di attesa e attività libero professionale

1. Le liste di attesa sono gestite con il massimo rigore e secondo criteri di trasparenza rispettando l'ordine cronologico di prenotazione ed i criteri di priorità fissati per l'accesso alle prestazioni, evitando ogni forma di condizionamento derivante dall'attività libero professionale o da altri interessi non istituzionali.
2. L'esercizio dell'attività libero professionale deve essere autorizzata dall'Azienda e svolta nel rispetto delle disposizioni normative e regolamentari in materia. Non deve essere in contrasto con le finalità e le attività istituzionali dell'Azienda e deve essere organizzato in modo tale da garantire il prioritario svolgimento e il rispetto dei volumi dell'attività istituzionale, nonché la funzionalità dei servizi.
3. Il destinatario tiene rigorosamente separate l'attività libero professionale da quella istituzionale secondo quanto previsto dalla normativa nazionale, dagli indirizzi e dalle direttive regionali in materia⁶; nel suo svolgimento non deve ritardare, intralciare o condizionare l'attività istituzionale, con particolare attenzione al fenomeno dello sviamento dei pazienti verso l'attività libero professionale, propria o altrui, a discapito e/o in sostituzione dello svolgimento dell'attività istituzionale.
4. L'Azienda vigila sul corretto svolgimento dell'attività libero professionale, in particolare per quanto attiene alla libera scelta dell'assistito, al rispetto del corretto rapporto fra volumi di attività istituzionale e libero professionale e alla corretta e trasparente informazione al paziente.

Art. 15 Ricerca e sperimentazioni

1. Le attività di ricerca e di sperimentazione sono svolte secondo quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale e dai regolamenti aziendali, osservando le buone pratiche previste dalla comunità scientifica e garantendo l'assenza di pregiudizi per l'attività assistenziale.
2. Nelle sperimentazioni cliniche e negli studi, che secondo la legge o altra fonte normativa devono essere sottoposti al parere del competente Comitato etico, oltre al parere positivo del medesimo Comitato è richiesto espresso e motivato nullaosta del direttore generale della struttura sanitaria in cui è condotta l'attività. L'avvio della sperimentazione clinica o dello studio, in assenza del predetto nullaosta, è fonte di responsabilità disciplinare ed è rilevante ai fini della responsabilità civile, amministrativa e contabile dello sperimentatore.
3. Il personale coinvolto conduce l'attività di ricerca e di sperimentazione libero da condizionamenti e pressioni di ogni genere, assicurando la massima tutela dei diritti e della dignità delle persone. Lo svolgimento di tale attività avviene altresì nel rispetto dei seguenti requisiti:

⁶ Cfr. in particolare DGR 2 agosto 2013, n. 1131 "Linee guida regionali attuative dell'art. 1, comma 4, della L. 120/2007 "Disposizioni in materia di attività libero professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria", come modificato dal D.L. n. 158 del 13/9/2012.

- completa informativa al paziente in merito alla sperimentazione e/o studio e conseguente acquisizione del consenso informato, ove necessario;
- conformità ai principi della normativa in materia di protezione dei dati personali;
- appropriatezza, veridicità e affidabilità nella progettazione e nella conduzione dello studio (es. raccolta di dati veritieri e loro corretta conservazione nei registri, corretta comunicazione di eventuali eventi avversi, adeguata e veritiera rendicontazione di contributi o finanziamenti ricevuti, pubblicazione dei dati in modo accurato senza alterazione dei risultati);
- rispondenza ai principi etici e agli standard professionali in tutte le fasi della ricerca scientifica;
- integrità, indipendenza e trasparenza del ricercatore.

4. Il personale coinvolto nell'attività di ricerca/sperimentazione informa l'Azienda e il Comitato Etico, secondo le modalità previste dai regolamenti vigenti, di potenziali conflitti di interessi o di eventuali attività o iniziative finalizzate a condizionare la sperimentazione stessa. Assicura la corretta attribuzione e la trasparenza dei finanziamenti ottenuti e della ripartizione degli oneri delle sperimentazioni, come definito dai regolamenti aziendali in materia.

5. I destinatari del presente Codice che detengono brevetti e altre forme di proprietà intellettuale devono prestare particolare attenzione ai potenziali conflitti di interessi che potrebbero derivare rispetto alle attività aziendali svolte e dichiararli all'Azienda per una loro valutazione.

Art. 16 Sponsorizzazioni e attività formativa

1. I destinatari del Codice, in relazione alle iniziative di sponsorizzazione e agli atti di liberalità, osservano le procedure previste nei regolamenti aziendali, attenendosi a principi di trasparenza, imparzialità e pubblicità.

2. La formazione sponsorizzata è ammessa qualora porti ragionevolmente un beneficio all'attività istituzionale svolta e sulla base di proposte non nominative indirizzate all'Azienda, nel rispetto dei regolamenti vigenti; in tale ambito, i dipendenti interessati sono individuati dall'Azienda in relazione al ruolo organizzativo, alle competenze possedute, al bisogno formativo, ecc., secondo criteri d'imparzialità e rotazione. Rientrano nella fattispecie anche le risorse messe a disposizione da chiunque per la sponsorizzazione di convegni, congressi, attività formative da svolgere presso l'Azienda.

3. Nell'individuazione dei docenti ai quali affidare le attività formative aziendali, i dipendenti coinvolti nel percorso di assegnazione dei relativi incarichi applicano principi di valutazione delle competenze richieste dal fabbisogno formativo, di imparzialità e trasparenza, nel rispetto delle procedure aziendali.

Art. 17 Rapporti con società farmaceutiche e/o ditte produttrici di dispositivi medici

1. I rapporti con società farmaceutiche e/o ditte produttrici di dispositivi medici sono gestiti secondo quanto previsto dalla normativa nazionale, dagli indirizzi e dalle direttive regionali in materia⁷ e dai regolamenti aziendali, evitando qualsiasi comportamento volto a favorire indebitamente qualunque soggetto.

2. Nel quadro dell'attività di informazione e presentazione dei medicinali, svolta presso medici o farmacisti, ad integrazione di quanto già previsto all'art. 5, è fatto divieto di ricevere premi, vantaggi pecuniari o in natura, salvo che siano di valore trascurabile e siano comunque collegabili all'attività espletata dal medico o dal farmacista. La quantificazione del predetto valore trascurabile è fissata in un massimo di venti euro annui per società farmaceutica, per ogni singolo medico o farmacista. Eventuale materiale informativo di consultazione scientifica o di lavoro (abbonamenti a riviste, testi, accesso a banche dati, ecc.), per l'attività del medico e del farmacista, può essere ceduto, a titolo gratuito, solo alle direzioni delle Aziende Sanitarie che disporranno in quale modalità renderlo fruibile agli operatori sanitari.

3. Il personale medico che opera per l'Azienda è tenuto a prescrivere i farmaci e utilizzare i dispositivi medici secondo le migliori scelte basate su evidenze scientifiche, sicurezza di uso e sostenibilità economica per la cura delle persone sulla base dei prontuari del farmaco regionali e delle loro articolazioni a livello di Area Vasta e nel rispetto di quanto previsto dai regolamenti e dalle procedure operative stabilite a livello aziendale. Parimenti, il personale medico prescrive dispositivi ed ausili secondo le procedure stabilite a livello aziendale.

4. È fatto divieto ai destinatari di promuovere nei confronti degli utenti l'acquisto o comunque l'acquisizione di prodotti e/o materiale sanitario e non, al di fuori di quanto previsto dalle procedure aziendali.

5. I principi sopra indicati si estendono a tutte le tipologie di fornitori e a tutti i destinatari coinvolti.

Art. 18 Attività conseguenti al decesso

1. Tenuto conto delle forti implicazioni di natura sia etica sia economica connesse ai molteplici interessi che si possono concentrare sulle attività conseguenti al decesso, nell'applicazione delle disposizioni del Codice i destinatari coinvolti:

a. rispettano l'obbligo di riservatezza relativo all'evento del decesso;

⁷ Cfr. in particolare DGR 2309 del 21/12/2016 "Indirizzi e direttive in materia di informazione scientifica sul farmaco nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale"

b. non accettano né richiedono omaggi compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti, in particolare all'interno delle camere mortuarie;

c. non suggeriscono ai parenti del deceduto alcuna specifica impresa di onoranze funebri.

2. I Dirigenti e il Direttore Sanitario sono tenuti a vigilare sulla osservanza delle presenti norme di condotta.

TITOLO IV: SISTEMA SANZIONATORIO E DI VIGILANZA

Art. 19 Vigilanza sull'applicazione del Codice

1. Sull'applicazione del presente Codice vigilano:

a) i **dirigenti** ciascuno per l'ambito di propria competenza e in relazione alla natura dell'incarico ed ai connessi livelli di responsabilità:

- promuovono la conoscenza del Codice e favorirne il rispetto, anche fornendo consulenza ed assistenza sulla corretta interpretazione e attuazione del medesimo;
- segnalano all'autorità disciplinare o attivare direttamente le azioni disciplinari di competenza conseguenti ad eventuali violazioni del Codice, comunicando le sanzioni comminate all'U.P.D.;

b) l'**Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.)**, il quale oltre alle funzioni disciplinari previste dalla legge, ai fini dell'attuazione del Codice:

- ne cura l'aggiornamento in collaborazione con il RPCT, anche sulla base degli indirizzi regionali,
- esamina le segnalazioni di violazione dello stesso,
- tiene la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate e le segnala alle Autorità Giudiziarie competenti per i profili di responsabilità contabile, amministrativa, civile e penale e al Servizio competente ai fini della valutazione dell'incarico;
- fornisce consulenza ed assistenza sulla corretta interpretazione e attuazione del Codice;
- invia alle strutture aziendali deputate alla valutazione del personale gli atti decisori in esito a procedimenti disciplinari per gli adempimenti di competenza anche in ordine alla valutazione delle performance e/o dell'incarico conferito;
- predispone una relazione annuale dell'attività disciplinare svolta complessivamente e delle segnalazioni relative a condotte illecite e/o fatti o illegalità nel rispetto della riservatezza da trasmettere al R.P.C.T.;

c) il **Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (R.P.C.T.)**, il quale:

- cura la diffusione della conoscenza del Codice in ambito aziendale, anche promuovendo idonee iniziative formative,
- monitora annualmente il livello di attuazione dello stesso,

- riceve le segnalazioni di infrazione del Codice commesse da qualunque destinatario;
- cura la pubblicazione sul sito istituzionale dell'Azienda l'esito del monitoraggio annuale secondo le indicazioni fornite dall'ANAC;
- utilizza tali dati al fine di proporre eventuali misure volte a correggere i fattori che hanno contribuito a determinare le cattive condotte e in fase di predisposizione del PTPC.;

d) il **Servizio personale o altro Servizio aziendale preposto in materia o il fornitore**, il quale:

- consegna copia del Codice al destinatario che lo sottoscrive all'atto del conferimento dell'incarico/assunzione o dalla stipula del contratto. In particolare, i contratti individuali di lavoro aziendali devono contenere il richiamo al dovere di osservanza delle disposizioni del Codice, con precisazione che l'eventuale violazione verrà sanzionata;

e) l'**Organismo Indipendente di Valutazione per gli Enti e le Aziende del Servizio Sanitario Regionale (OIV-SSR)**, con il supporto dell'**Organismo Aziendale di Supporto**, il quale:

- fornisce parere obbligatorio ai sensi dell'art. 54 co. 5 D.lgs 165/01 sul Codice;
- verifica il coordinamento tra i contenuti del Codice ed il sistema di misurazione e valutazione della performance.

2. Collaborano altresì all'aggiornamento e al monitoraggio del Codice:

- a. **i destinatari del Codice;**
- b. **gli utenti e le Associazioni di cittadini.**

3. Per i dipendenti, il rispetto del Codice ed il corretto esercizio dei doveri di vigilanza sull'attuazione e sul rispetto dello stesso rientrano tra parametri e criteri di valutazione della performance individuale.

Art. 20 Responsabilità conseguenti alla violazione dei doveri del Codice e Disposizioni Sanzionatorie per i destinatari soggetti al potere disciplinare dell'Azienda

1. Ferma restando la necessità dell'osservanza dei principi di cui all'art.3, il presente Codice stabilisce specifici obblighi la cui trasgressione costituisce violazione dei doveri d'ufficio e comporta l'applicazione di sanzioni disciplinari così come previste dalla legge, dai regolamenti e dai contratti collettivi. Pertanto, quanto riportato nel presente articolo ha valenza ricognitiva e non costitutiva.

2. Il contratto individuale di lavoro prevede il richiamo al dovere di osservanza delle disposizioni del presente Codice, con la precisazione che l'eventuale violazione verrà sanzionata. Nel contratto medesimo il lavoratore dà atto di conoscere il presente Codice, le sue prescrizioni e le conseguenti responsabilità, anche disciplinari, in caso di violazione.

3. Ai fini della determinazione del tipo e dell'entità della sanzione disciplinare concretamente applicabile, la violazione è valutata in ogni singolo caso con riguardo alla gravità del comportamento e all'entità del pregiudizio, anche morale, derivatone al decoro o al prestigio dell'amministrazione di appartenenza.

4. Fermo restando che violazioni gravi o reiterate del Codice comportano l'applicazione della sanzione espulsiva, quest'ultima si applica in particolare nei seguenti casi di violazione del Codice:

- violazione delle disposizioni concernenti regali, compensi e altre utilità (art.5 del presente Codice) qualora concorrano la non modicità (da intendersi come valore non superiore a 150 €) del valore del regalo o delle altre utilità e l'immediata correlazione di questi ultimi con il compimento di un atto o di un'attività tipici dell'ufficio;
- nel caso in cui il pubblico dipendente costringa altri dipendenti ad aderire ad associazioni od organizzazioni o eserciti pressioni a tale fine, promettendo vantaggi o prospettando svantaggi di carriera (art. 6 comma. 3 del presente Codice);
- nel caso in cui il pubblico dipendente concluda, per conto dell'Azienda, contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento o assicurazione con imprese con le quali abbia stipulato contratti a titolo privato o ricevuto altre utilità nel biennio precedente, ad eccezione di quelli conclusi mediante moduli standard o formulari (art.1342 codice civile) (art. 13 comma 2 .del presente codice);
- nei casi di recidiva nelle seguenti ipotesi di illecito:
 - a) il pubblico dipendente accetti incarichi di collaborazione da soggetti privati che abbiano, o abbiano avuto nel biennio precedente, un interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti all'ufficio di appartenenza (art.4 c.6 del presente codice);
 - b) il pubblico dipendente non si sia astenuto dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni in situazioni di conflitto, non meramente potenziale, di interessi con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici (art.4 commi 1 e 2 del presente codice);
 - c) il dirigente responsabile di struttura, che nei limiti delle sue possibilità, non eviti che notizie non rispondenti al vero quanto all'organizzazione, all'attività e ai dipendenti pubblici possano diffondersi (art.12 com.4 ult. cpv).

5. Le sanzioni conservative possono essere applicate in caso di violazione delle disposizioni previste nel Titolo III del presente Codice con conseguente applicazione delle seguenti

sanzioni disciplinari, salvo quelle più gravi previste dalla legge, dai regolamenti e dai contratti collettivi (art. 16 comma 3 del Regolamento):

- a) **Per il Personale del comparto (art. 13 CCNL/2004):** dal minimo del rimprovero verbale o scritto al massimo della multa di importo pari a quattro ore della retribuzione (co. 4 lett a-b-c-oppure lett. g in caso di violazione di doveri di comportamento non ricompresi specificatamente nelle lettere precedenti, da cui sia derivato disservizio ovvero danno o pericolo all'azienda o ente, agli utenti o terzi); oppure sospensione dal servizio con privazione della retribuzione fino a un massimo di 10 gg in caso di recidiva se la precedente violazione era stata sanzionata con il massimo della multa (comma. 5 lett. a) o qualora sia derivato grave danno all'azienda o ente, agli utenti o terzi (comma. 5 lett. m); o sospensione dal servizio con privazione della retribuzione da 11 giorni fino ad un massimo di 6 mesi per recidiva nel biennio quando sia stata comminata la sanzione massima oppure in caso di particolare gravità (comma. 6 lett. a).
- b) **Per la dirigenza (CCNL /2010 integrativo CCNL 17.10.2008 art. 8):** dal minimo della censura scritta fino alla multa da 200 a 500 € (art. 8 co. 4 lett. a, b, f, h) la sospensione dal servizio con privazione della retribuzione da un minimo di 3 giorni fino ad un massimo di 3 mesi nel caso previsto dall'art. 55 sexies, co. 1 del D.lgs 165/2001 (art 8, co. 7); la sospensione dal servizio con privazione della retribuzione da un minimo di 3 giorni a 6 mesi, nei casi di recidiva delle mancanze previste o particolare gravità delle mancanze previste al comma 4 (art. 8 co. 8 lett. a) o per le condotte di cui al co. 8 lett b e segg..

A fronte del mancato esercizio o della decadenza dell'azione disciplinare, dovuto all'omissione o al ritardo, senza giustificato motivo, degli atti del procedimento disciplinare, inclusa la segnalazione di cui all'art. 55 bis, comma 4, ovvero a valutazioni manifestamente irragionevoli di insussistenza dell'illecito in relazione a condotte aventi oggettiva e palese rilevanza disciplinare, è prevista, per i soggetti responsabili, l'applicazione della sospensione dal servizio fino ad un massimo di 3 mesi, salva la maggior sanzione del licenziamento prevista nei casi di cui all'art 55 quater, comma 1, lettera f-ter) e comma 3 quinquies. (art. 55 sexies, comma 3 del D.lgs 165/2001).

- c) **Per i dipendenti** che violino il Codice con conseguente condanna dell'Amministrazione al risarcimento del danno si applica la sospensione dal servizio con privazione della retribuzione da un minimo di 3 giorni a un massimo di 3 mesi in proporzione dell'entità del risarcimento (art.. 55 sexies, comma 1 d.lgs. 165/2001).

6. In ogni caso l'irrogazione delle sanzioni è consentita solo a seguito di procedimento disciplinare e nel rispetto dei principi di gradualità e proporzionalità delle sanzioni alle effettive circostanze oggettive e soggettive del caso.

7. Restano fermi gli ulteriori obblighi e le conseguenti ipotesi di responsabilità disciplinare dei pubblici dipendenti previsti da norme di legge, di regolamento o dai contratti collettivi, nonché la comminazione del licenziamento senza preavviso per i casi già previsti dalla legge, dai regolamenti e dai contratti collettivi.

8. In ogni caso, costituendo le norme del presente Codice precise obbligazioni contrattuali, nei casi di violazione delle stesse, l'Azienda agisce nei confronti del trasgressore ricorrendo

agli strumenti e alle tutele previste dall'ordinamento giuridico, quali, a mero titolo esemplificativo, la risoluzione del contratto e il risarcimento del danno, anche di immagine, derivato all'Azienda dalla condotta lesiva.

Art. 21 Responsabilità conseguenti alla violazione dei doveri del Codice e Disposizioni Sanzionatorie per gli altri destinatari

1. Per i destinatari non soggetti al potere disciplinare dell'Azienda, costituendo le norme del presente Codice precise obbligazioni contrattuali, nei casi di violazione delle stesse, l'Azienda agisce nei confronti del trasgressore ricorrendo agli strumenti e alle tutele previste dall'ordinamento giuridico, quali, a mero titolo esemplificativo, la risoluzione del contratto e il risarcimento del danno, anche di immagine, derivato all'Azienda dalla condotta lesiva.

2. Con specifico riferimento alle varie tipologie di destinatari, si indicano le conseguenze della violazione del Codice:

a) **Per il personale universitario integrato nell'attività assistenziale, ivi compresi i ricercatori a tempo determinato convenzionati**, in caso di violazione degli obblighi previsti dal presente Codice, previa istruttoria, l'Azienda trasmette gli atti all'Università per le valutazioni del caso e l'eventuale attivazione del procedimento disciplinare. Qualora la violazione consista in gravissime mancanze ai doveri d'ufficio, il Direttore Generale previo parere conforme, da esprimere entro ventiquattro ore dalla richiesta al Comitato dei Garanti, può sospendere i professori ed i ricercatori universitari dall'attività assistenziale e disporre l'allontanamento dall'Azienda, dandone immediata comunicazione al Rettore per gli ulteriori provvedimenti di competenza; qualora il comitato non si esprima nelle ventiquattro ore previste, il parere si intende espresso in senso conforme.

In esito al procedimento disciplinare condotto dall'Università e in accordo con quest'ultima, l'Azienda valuta la risoluzione dal rapporto convenzionale.

b) **Per i Medici in formazione specialistica**, in caso di violazione degli obblighi previsti dal presente Codice, previa istruttoria, l'Azienda trasmette segnalazione al Rettore, al Direttore della Scuola di Specializzazione alla quale risulta iscritto il Medico in Formazione Specialistica ed al Responsabile del Dipartimento Universitario di riferimento della Scuola di Specializzazione per l'attivazione delle misure di propria competenza. Sulla base della gravità della violazione, previa istruttoria, l'Azienda può disporre l'inibizione temporanea dalla frequenza presso le proprie strutture e, conseguentemente, dall'attività formativa pratica, nelle more delle decisioni dell'Università, in conformità agli accordi esistenti tra Azienda ed Università.

c) **Per i Ricercatori a tempo determinato a moderata attività assistenziale, dottorandi ed assegnisti di ricerca autorizzati all'espletamento dell'attività assistenziale**, in caso di violazione degli obblighi previsti dal presente Codice, l'Azienda, previa segnalazione all'Università e previa istruttoria può disporre la sospensione dell'autorizzazione o la revoca dell'ammissione all'esercizio dell'attività assistenziale con conseguente esclusione. Qualora la violazione concerna uno degli illeciti che

comportano l'applicazione delle sanzioni espulsive (licenziamento per giustificato motivo e per giusta causa), il Direttore Sanitario attiverà comunque le procedure previste per l'esclusione dall'attività assistenziale, in conformità agli accordi esistenti tra Azienda ed Università.

- d) **Per il Direttore generale, amministrativo e sanitario, scientifico e socio-sanitario ove presenti**, ogni comportamento in contrasto con il presente Codice sarà segnalato alla Regione per il Direttore Generale, al Direttore Generale per il Direttore Sanitario, Amministrativo e Socio-Sanitario, al Ministero della Salute per il Direttore Scientifico e potrà costituire mancato raggiungimento degli obiettivi attribuiti con ogni conseguenza del caso.
- e) **Per gli altri destinatari del presente Codice non compresi nei punti precedenti** – ossia quanti intrattengono con l'Azienda rapporti convenzionali, contrattuali o di collaborazione/consulenza, compresi loro dipendenti, collaboratori, ecc. – ogni comportamento in contrasto con il presente Codice potrà costituire inadempimento sulla base di quanto stabilito nei relativi contratti o convenzioni, con ogni conseguenza del caso.

Art. 22 Effetti del rispetto del Codice sul sistema di valutazione

1. L'attuazione dei doveri e adempimenti previsti nel Codice è ritenuta rilevante nell'ambito della definizione dei criteri di misurazione e valutazione della performance individuale e organizzativa del personale, e della eventuale attribuzione degli incarichi previsti dai CCNNLL e dagli Accordi integrativi aziendali.

2. Per i dipendenti, la violazione del Codice qualora accertata in ambito disciplinare assume rilevanza anche ai fini del sistema premiante aziendale e della conseguente erogazione delle voci accessorie correlate, nei casi e con le modalità previste nel sistema di valutazione adottato nell'ambito degli accordi integrativi aziendali

TITOLO V: DISPOSIZIONI FINALI

Art. 23 Disposizioni finali

1. Il presente Codice entra in vigore dalla data di approvazione con atto deliberativo dell'Azienda.
2. Ai sensi dell'art.17, co.2 del Regolamento, viene data la più ampia diffusione tramite pubblicazione sul sito web istituzionale dell'Azienda e sulla rete intranet, nonché tramite e-mail o altra comunicazione a tutti i dipendenti e ai titolari di contratti di consulenza o collaborazione a qualsiasi titolo, anche professionale, di imprese fornitrici di servizi in favore dell'Azienda.
3. Il presente Codice è parte integrante e sostanziale del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza dell'Azienda.

ALLEGATO 1): NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Il presente Codice s'inserisce nel più ampio quadro recentemente tracciato nel nostro ordinamento giuridico di seguito riportato:

- Legge 7 agosto 1990 n. 241 *"Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di accesso ai documenti amministrativi"*.
- Art. 54 *"Codice di Comportamento"* del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, così come sostituito dall'art. 1, comma 44, della Legge n. 190/2012.
- D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 *"Codice in materia di protezione dei dati personali"*.
- D. Lgs. 9 aprile 2008 n. 81 *"Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro"*
- Legge 6 novembre 2012, n. 190 recante: *"Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e la repressione dell'illegalità nella pubblica amministrazione"*.
- D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 *"Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165"*.
- D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 relativo a *"Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni"*.
- D. Lgs. 8 aprile 2013, n. 39 relativo a: *"Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190"*.
- Regolamento (UE) 2016/679 sulla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati.
- Intesa tra Governo Regioni ed Enti Locali per l'attuazione dell'art. 1, commi 60 e 61, della Legge 2 novembre 2012, n. 190, n. 79 del 24 luglio 2013.
- *Linee guida in materia di codici di comportamento delle pubbliche amministrazioni* (art. 54, comma 5, d.lgs. n. 165/2001), approvate dalla CIVIT (ora ANAC) con Deliberazione n. 75/2013.
- Delibera CIVIT 11/9/2013 n. 72 *"Approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione"*.
- Determinazione ANAC 28/10/2015 n. 12: *"Aggiornamento PNA"*.
- Determinazione ANAC 3/8/2016 n. 831: *"Aggiornamento PNA"*.

- Determinazione ANAC 28/12/2016 n.1309: *“Linee guida su accesso civico generalizzato”*.
- *Linee guida per l'adozione dei codici di comportamento negli enti del SSN*, approvate con Deliberazione ANAC n. 358 del 29/3/2017.
- Legge Regionale 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”*.
- Contratti collettivi del comparto sanità e delle aree dirigenziali del SSN.
- Accordi collettivi nazionali del personale convenzionato (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti, ecc.).
- Codici deontologici professionali.
- Piani aziendali per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia
IRCCS Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia



“WHISTLEBLOWING”

Modalità per le segnalazioni di illeciti e irregolarità

1. FONTE NORMATIVA E NATURA DELL'ISTITUTO

2. SCOPO E FINALITA'

3. AMBITO SOGGETTIVO DELLA SEGNALEZIONE

4. OGGETTO DELLA SEGNALEZIONE

5. CONTENUTO DELLA SEGNALEZIONE

6. MODALITA' E DESTINATARI DELLA SEGNALEZIONE

7. ATTIVITA' DI VERIFICA DELLA FONDATEZZA DELLA SEGNALEZIONE

8. FORME DI TUTELA DEL WHISTLEBLOWER

9. RESPONSABILITÀ DEL WHISTLEBLOWER

10. DISPOSIZIONI FINALI

1. FONTE NORMATIVA E NATURA DELL'ISTITUTO

L'art. 1, comma 51, della legge 190/2012 (cd. legge anticorruzione) ha inserito un nuovo articolo, il 54 bis, nell'ambito del d.lgs. 165/2001, successivamente modificato con la L. 179/2017, rubricato "tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti", in virtù del quale è stata introdotta nel nostro ordinamento una misura finalizzata a favorire l'emersione di fattispecie di illecito, nota nei paesi anglosassoni come whistleblowing.

Con l'espressione whistleblower si fa riferimento al dipendente di un'amministrazione che, in ragione del proprio rapporto di lavoro, segnala violazioni o irregolarità commesse ai danni dell'interesse pubblico agli organi legittimati ad intervenire.

La segnalazione (cd. whistleblowing), in tale ottica, è un atto di manifestazione di senso civico, attraverso cui il whistleblower contribuisce all'emersione e alla prevenzione di rischi e situazioni pregiudizievoli per l'amministrazione di appartenenza e, di riflesso, per l'interesse pubblico collettivo.

Il whistleblowing è la procedura volta a incentivare le segnalazioni e a tutelare, proprio in ragione della sua funzione sociale, il whistleblower.

Lo scopo principale del whistleblowing è quello di prevenire o risolvere un problema internamente e tempestivamente.

2. SCOPO E FINALITA'

Scopo di questo documento è quello di sciogliere dubbi e incertezze circa le modalità da seguire per effettuare una segnalazione di illecito e irregolarità, rimuovendo possibili timori di ritorsioni o discriminazioni.

In tale prospettiva, l'obiettivo è quello di fornire al whistleblower chiare indicazioni operative circa oggetto, contenuti, destinatari e modalità di trasmissione delle segnalazioni, nonché le forme di tutela che gli vengono offerte nel nostro ordinamento.

3. AMBITO SOGGETTIVO DELLA SEGNALEZIONE

I soggetti legittimati all'invio di una segnalazione sono:

- *Dipendenti dell'Azienda*
- *Dipendenti e collaboratori delle imprese fornitrici di beni o servizi o che svolgono lavori in favore dell'Azienda*

I destinatari della segnalazione sono:

- *Il Responsabile della prevenzione della corruzione*
- *ANAC (è possibile accedere all'applicazione tramite il portale dei servizi ANAC al seguente url: <https://servizi.anticorruzione.it/segnalazioni/#/>)*
- *Autorità giudiziaria ordinaria (Procura della Repubblica)*
- *Autorità giudiziaria contabile (Corte dei Conti)*

4. OGGETTO DELLA SEGNALEZIONE

Non esiste una lista esaustiva di azioni pregiudizievoli che possono costituire l'oggetto del

whistleblowing. Vengono considerate rilevanti le segnalazioni che possono determinare un danno per l'interesse pubblico, si tratti di irregolarità o reati, siano essi consumati o tentati. Possono formare oggetto di segnalazione attività illecite non ancora compiute, ma che il whistleblower ritenga ragionevolmente possano verificarsi in presenza di elementi precisi e concordanti.

In particolare la segnalazione può riguardare azioni od omissioni, commesse o tentate:

- *penalmente rilevanti;*
- *poste in essere in violazione dei Codici di comportamento o di altre disposizioni aziendali sanzionabili in via disciplinare;*
- *suscettibili di arrecare un pregiudizio patrimoniale all'amministrazione di appartenenza o ad altro ente pubblico;*
- *suscettibili di arrecare un pregiudizio all'immagine dell' Azienda;*
- *suscettibili di arrecare un danno alla salute o sicurezza dei dipendenti, utenti e cittadini o di arrecare un danno all'ambiente;*
- *pregiudizievoli per gli utenti o per i dipendenti o per altri soggetti che svolgono la loro attività presso l'Azienda;*

Il whistleblowing non riguarda doglianze di carattere personale del segnalante o rivendicazioni/istanze che rientrano nella disciplina del rapporto di lavoro o rapporti col superiore gerarchico o colleghi, per le quali occorre fare riferimento alla disciplina e alle procedure di competenza del Servizio Gestione Giuridica del Personale e del Comitato Unico di Garanzia.

5. CONTENUTO DELLA SEGNALAZIONE

Il whistleblower deve fornire tutti gli elementi utili a consentire agli uffici competenti di procedere alle dovute ed appropriate verifiche ed accertamenti a riscontro della fondatezza dei fatti oggetto di segnalazione.

A tal fine, la segnalazione deve contenere i seguenti elementi:

- *generalità del soggetto che effettua la segnalazione, con indicazione della posizione o funzione svolta nell'ambito dell'azienda;*
- *una chiara e completa descrizione dei fatti oggetto di segnalazione;*
- *le circostanze di tempo e di luogo in cui sono stati commessi, se conosciute;*
- *le generalità o altri elementi che consentano di identificare il soggetto/i che ha/hanno posto in essere i fatti segnalati sempre che siano conosciuti;*
- *l'indicazione di eventuali altri soggetti che possano riferire sui fatti oggetto di segnalazione;*
- *l'indicazione di eventuali documenti che possano confermare la fondatezza di tali fatti;*
- *ogni altra informazione che possa fornire un utile riscontro circa la sussistenza dei fatti segnalati.*

6. MODALITA' E DESTINATARI DELLA SEGNALAZIONE

Ai sensi di quanto previsto negli indirizzi contenuti nel Piano Nazionale Anticorruzione, nelle Linee Guida Anac e recepiti nel presente documento aziendale, l'Azienda mette a disposizione, attraverso apposita

piattaforma informatica, il modulo di segnalazione che dovrà essere compilato dal segnalante sulla base di quanto richiesto al precedente capoverso 5).

Le funzionalità della piattaforma aziendale garantiscono la tutela del segnalante sulla base dei seguenti criteri:

- *il sistema informatizzato per la segnalazione è utilizzabile in tutti i computer dell'azienda*
- *il modulo viene inviato sempre in forma "riservata" e crittografata*
- *il modulo di segnalazione può essere gestito solo dal Responsabile della prevenzione della corruzione o da suo delegato*
- *nei casi previsti dalla norma, l'identità del segnalante può essere gestita solo dal Responsabile della prevenzione della corruzione o dal suo delegato, previa dichiarazione obbligatoria informatizzata della motivazione*
- *tutti gli eventi del processo, dalla segnalazione alla gestione, sono tracciati in un registro di sicurezza*
- *l'applicazione è sottoposta a test periodici al fine di verificarne il corretto funzionamento e configurazione.*

Secondo quanto previsto espressamente dalla legge e relativamente alle esigenze e ai limiti della trattazione "riservata", si richiamano i contenuti di cui all'art. 54 bis del D.Lgs.165/2001, così come modificato dalla legge L. 179/2017.

Per quanto attiene all'inoltro, il modulo potrà essere trasmesso:

- a) per via informatica, attraverso l'apposita piattaforma aziendale, accessibile dalla intranet aziendale, cliccando la prevista funzione "invia" da cui consegnerà l'inoltro immediato al Responsabile della prevenzione della corruzione (nonché, nell'interesse del segnalante, al Direttore Amministrativo)*
- b) mediante servizio postale - raccomandata a.r. – con separati inoltri al Responsabile della prevenzione della corruzione e al Direttore Amministrativo. Sulla busta il mittente dovrà riportare la dicitura "Riservata/Personale".*

Alle segnalazioni acquisite attraverso la piattaforma informatica viene attribuito, per ciascuna, un codice identificativo univoco composto da numero progressivo di acquisizione.

Alle segnalazioni acquisite in formato analogico è attribuito un numero di protocollo riservato presso la Direzione Generale e conservate dal Responsabile della prevenzione della corruzione.

L'invio della segnalazione non esonera il pubblico ufficiale o l'incaricato di pubblico servizio dall'obbligo di denunciare alla competente Autorità giudiziaria i fatti penalmente rilevanti e le ipotesi di danno erariale.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione è il soggetto deputato a dare seguito alle segnalazioni.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione è il custode aziendale dell'identità del segnalante.

Le segnalazioni anonime e quelle che pervengono da soggetti diversi rispetto a quelli elencati al punto

3 non sono considerate segnalazioni whistleblowing, di conseguenza sono trattate come segnalazioni ordinarie.

Nel caso in cui la segnalazione riguardi una condotta tenuta dal Responsabile della prevenzione della corruzione, quest'ultimo si troverebbe in conflitto di interessi, pertanto tali segnalazioni saranno trattate dal Direttore Amministrativo.

7. ATTIVITA' DI VERIFICA DELLA FONDATEZZA DELLA SEGNALAZIONE

La gestione e la verifica sulla fondatezza delle circostanze rappresentate nella segnalazione sono affidate al Responsabile della prevenzione della corruzione che vi provvede nel rispetto dei principi di imparzialità e riservatezza effettuando ogni attività ritenuta opportuna.

A tal fine, il Responsabile della prevenzione della corruzione può avvalersi del supporto e della collaborazione delle competenti strutture aziendali e, all'occorrenza, di organi di controllo esterni all'azienda istituzionalmente competenti.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione prende in carico la segnalazione per una prima sommaria istruttoria da effettuare entro 15 giorni lavorativi dalla data di trasmissione. Il termine per la definizione dell'istruttoria è di 60 giorni dalla data di avvio dell'istruttoria. Ove si renda necessario, il Responsabile della prevenzione della corruzione può chiedere al Direttore Generale l'autorizzazione alla proroga del termine, dandone adeguata motivazione.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione analizza la segnalazione al fine di determinarne l'ammissibilità e, se quanto segnalato non è adeguatamente circostanziato, richiede chiarimenti al segnalante mediante la piattaforma informatica aziendale o anche di persona, ove il segnalante acconsenta.

Nel caso in cui il Responsabile della prevenzione della corruzione, rilevi la infondatezza, inammissibilità o irricevibilità della segnalazione procede all'archiviazione. Costituiscono cause specifiche di archiviazione della segnalazione:

- manifesta mancanza di interesse all'integrità dell'Azienda*
- manifesta incompetenza del Responsabile della prevenzione della corruzione sulle questioni segnalate*
- contenuto generico della segnalazione*
- segnalazione avente ad oggetto i medesimi fatti oggetto di procedimenti già conclusi*
- mancanza di dati che costituiscono elementi essenziali della segnalazione*
- produzione di sola documentazione in assenza della segnalazione di condotte illecite o irregolarità*
- mancanza dei dati che costituiscono elementi essenziali della segnalazione*

Il Responsabile della prevenzione della corruzione archivia la segnalazione con adeguata motivazione e provvede a darne comunicazione al segnalante.

Qualora, all'esito dell'istruttoria, la segnalazione risulti fondata, il Responsabile della prevenzione della

corruzione, avendo cura di adottare tutte le misure idonee ad assicurare la riservatezza dell'identità del segnalante, redige una relazione contenente le risultanze dell'istruttoria e, in relazione alla natura della violazione e al suo oggettivo rilievo, provvede ad inviare la sopra citata relazione e l'eventuale documentazione (evidenziando che si tratta di segnalazione pervenuta da soggetto tutelato dall'ordinamento ai sensi dell'art. 54 bis del d.lgs. 165/2001 e omettendo l'identità del segnalante):

- all'Autorità giudiziaria competente (Corte dei Conti, Procura della Repubblica)
- ANAC
- al Responsabile della struttura di appartenenza dell'autore della violazione accertata, affinché provveda all'adozione dei provvedimenti gestionali di competenza, incluso, sussistendone i presupposti, l'esercizio dell'azione disciplinare;
- alla Direzione Aziendale e alle strutture competenti ad adottare gli eventuali ulteriori provvedimenti e/o azioni che nel caso concreto si rendano necessari a tutela degli interessi aziendali.
- Ispettorato della funzione pubblica

Il Responsabile della prevenzione della corruzione informa attraverso la piattaforma informatica aziendale il segnalante sullo stato della stessa.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione assicura la conservazione della segnalazione e relativa documentazione acquisita in formato analogico o attraverso la piattaforma aziendale, per un periodo di cinque anni dalla ricezione, assicurando la riservatezza dell'identità del segnalante.

Nell'ipotesi in cui a seguito della valutazione dei fatti oggetto di segnalazione emergano elementi di criticità sull'efficacia del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza vigente, il Responsabile della prevenzione della corruzione provvede a proporre la modifica del Piano e ad individuare misure preventive ulteriori rispetto a quelle predefinite nel Piano.

8. FORME DI TUTELA DEL WHISTLEBLOWER

A) Obblighi di riservatezza sull'identità del whistleblower e sottrazione al diritto di accesso della segnalazione

Il sistema aziendale whistleblower è protetto da precise caratteristiche tecniche di sicurezza che impediscono accessi impropri (crittografia e protocolli di trasmissione sicuri https).

Ad eccezione dei casi previsti per legge l'identità del whistleblower viene tutelata in ogni contesto successivo alla segnalazione.

Il divieto di rilevare l'identità del segnalante è da riferirsi non solo al nominativo del segnalante, ma anche a tutti gli elementi della segnalazione (inclusa la documentazione allegata alla segnalazione), nella misura in cui tali elementi siano idonei a svelare, anche indirettamente, l'identità del segnalante.

L'identità del segnalante non può essere rivelata senza il suo espresso consenso e tutti coloro che ricevono o sono coinvolti nella gestione delle segnalazioni sono tenuti a tutelare la riservatezza di tale informazione.

La violazione dell'obbligo di riservatezza è fonte di responsabilità disciplinare, fatte salve ulteriori forme di responsabilità previste dall'ordinamento.

Per quanto concerne, in particolare, l'ambito del procedimento disciplinare, l'identità del segnalante può essere rivelata all'autorità disciplinare e all'incolpato solo nei casi in cui:

- *vi sia il consenso espresso del segnalante;*
- *la contestazione dell'addebito disciplinare risulti fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità del segnalante sia indispensabile alla difesa dell'incolpato.*

La segnalazione del whistleblower è, inoltre, sottratta al diritto di accesso previsto dagli artt. 22 e seguenti della legge 241/1990 e smi. Il documento non può, pertanto, essere oggetto di visione né di estrazione di copia da parte di richiedenti, ricadendo nell'ambito delle ipotesi di esclusione di cui all'art. 24, comma 1, lett. a), della l. n. 241/90 smi.

B) Divieto di discriminazione nei confronti del whistleblower.

Nei confronti del dipendente che effettua una segnalazione non è consentita, né tollerata alcuna forma di ritorsione o misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla segnalazione.

Per misure discriminatorie si intendono sanzioni, demansionamento, licenziamento, trasferimenti od ogni altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro.

L'adozione di misure ritenute ritorsive devono essere comunicate all'ANAC, per i provvedimenti di propria competenza, dall'interessato o dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nell'amministrazione nella quale le stesse sono state poste in essere.

9. RESPONSABILITÀ DEL WHISTLEBLOWER

Sussiste una responsabilità penale e disciplinare del whistleblower nell'ipotesi di segnalazione calunniosa o diffamatoria, ai sensi del codice penale, ovvero al ricorrere della fattispecie di cui all'art. 2043 del codice civile.

Sono altresì fonte di responsabilità, in sede disciplinare e nelle altre competenti sedi, eventuali forme di abuso della presente disciplina, quali le segnalazioni manifestamente opportunistiche e/o effettuate al solo scopo di danneggiare il denunciato o altri soggetti, e ogni altra ipotesi di utilizzo improprio o di intenzionale strumentalizzazione dell'istituto oggetto del presente documento.

10. DISPOSIZIONI FINALI

Il presente regolamento sarà reso noto a tutti i soggetti identificati al punto 3 mediante la pubblicazione dello stesso nell'apposita sezione della intranet aziendale "Prevenzione della corruzione (Whistleblower)".

Il Responsabile della prevenzione della corruzione rende conto nella Relazione Annuale di cui all'art. 1 comma 14 della Legge 190/2012, con modalità tali da garantire la riservatezza dei segnalanti, del numero di segnalazioni ricevute.



DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

2022/0021 DEL 28/01/2022

OGGETTO:

Adozione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per il periodo 2022/2024.

ATTESTAZIONE DI PUBBLICAZIONE

ALL'ALBO PRETORIO ON LINE

Il sottoscritto attesta che la presente deliberazione viene inserita nell'Albo on-line di questa Azienda Unità Sanitaria Locale in data odierna e vi rimarrà per la durata di 15 giorni consecutivi.

☒ **DELIBERA NON SOGGETTA A CONTROLLO.** Esecutiva dalla data di pubblicazione, a sensi della L.R. 50/94 art. 37 e successive modificazioni.

☐ **DELIBERA SOGGETTA A CONTROLLO.** Esecutiva a seguito di approvazione da parte della Regione Emilia Romagna.

Reggio Emilia, Data inserimento: 28/01/2022

La presente deliberazione è automaticamente ritirata dall'Albo on-line, con procedura informatizzata, nei termini di legge.

Per copia conforme all'originale ad uso amministrativo.
Il Funzionario
