

**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

2020 - 2022

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

INDICE

1. Premessa	Pag. 5
2. Normativa di riferimento	Pag. 7
3. Contesto esterno	Pag. 12
3.1 Contesto internazionale	Pag. 12
3.2 Contesto nazionale	Pag. 15
3.3 Contesto regionale e locale	Pag. 17
4. Contesto interno	Pag. 30
4.1 I valori aziendali	Pag. 30
4.2 L'organizzazione	Pag. 34
4.3 Sistema dell'offerta	Pag. 42
4.4 Obiettivi aziendali	Pag. 44
4.5 Il Personale	Pag. 45
5. Società partecipate e controllate	Pag. 48
6. Coinvolgimento degli organi di indirizzo	Pag. 49
6.1 Obiettivi strategici	Pag. 49
6.2 Coordinamento con il ciclo della Performance	Pag. 51
7. Soggetti aziendali coinvolti	Pag. 51
8. Misure in atto per la riduzione del rischio	Pag. 55
8.1 Anagrafica unica delle stazioni appaltanti	Pag. 56
8.2 Individuazione gestore delle segnalazioni normativa antiriciclaggio	Pag. 57
8.3 Rotazione del personale	Pag. 59
8.4 Codice di Comportamento	Pag. 66
8.5 Conferimento incarichi extra-istituzionali	Pag. 68
9. Misure specifiche ulteriori	Pag. 69
9.1 Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	Pag. 69
9.2 Governo liste d'attesa	Pag. 70
9.3 Sperimentazioni cliniche	Pag. 73
9.4 Informazione scientifica sui beni farmaceutici	Pag. 75
9.5 Decesso intraospedaliero	Pag. 75
10. Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile	Pag. 76
11. Censimento delle aree di rischio e mappatura dei processi	Pag. 76
12. Valutazione del rischio	Pag. 83
13. Obbligo di astensione e conflitto di interessi	Pag. 85
14. Inconferibilità e incompatibilità ex D.Lgs. 39/2013	Pag. 87
15. Incompatibilità successiva (pantouflage)	Pag. 88
16. Tutela del dipendente che effettua segnalazione di illecito (c.d. whistleblower)	Pag. 88
17. Formazione	Pag. 92
18. Comunicazione	Pag. 97
19. Controlli	Pag. 98
19.1 Organismo indipendente di valutazione	Pag. 99
20. Sistemi di monitoraggio	Pag. 100
21. Sviluppo e aggiornamento del Piano	Pag. 102
Sezione Trasparenza	Pag. 104
Allegato 1 "Mappatura dei Processi a rischio"	
Allegato 2 "Adempimenti degli obblighi di Trasparenza"	
Allegato 3 "Codice di Comportamento"	

SINTESI DEL DOCUMENTO

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e delle Trasparenza 2019-2021 (di seguito anche Piano) è il settimo Piano che viene adottato dalla 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. È 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 nuova realtà aziendale derivante dal nuovo **Atto Aziendale** e dai valori che sono stati posti a fondamento dell'agire della Azienda unificata e riporta la nuova organizzazione che l'Azienda si è data.

Il Piano contiene le **misure già attive e le programmate** per prevenire le diverse forme di comportamenti corruttivi. Di seguito gli aspetti principali e le misure che sono contenute nel presente Piano e che caratterizzano ulteriormente le azioni in cui l'Azienda è impegnata per affrontare questi temi:

- adesione alla **Rete per l'integrità Regionale** che ha coinvolto tutti gli enti pubblici della Regione per favorire e promuovere azioni comuni;
- rispetto del nuovo **Codice di Comportamento Aziendale** che si inserisce nel processo regionale intrapreso tra tutte le Aziende Sanitarie per favorire l'omogeneità dei principi, dei valori e dei comportamenti degli operatori della sanità regionale;
- coordinamento del Piano con gli altri documenti di programmazione aziendale **Piano della Performance e documento di Budget** con la previsione di specifici obiettivi in tema di anticorruzione e trasparenza per tutte le articolazioni aziendali;
- **rotazione del personale**: confermate ed in alcuni settori critici rafforzate le misure di rotazione in senso stretto o nelle forme alternative previste;
- rispetto del nuovo **Regolamento aziendale in materia di incarichi extra-istituzionali** con esplicite modalità di valutazione del possibile conflitto di interesse;
- **gestione delle liste d'attesa**: ulteriore implementazione del software esistente che gestisce l'intero processo a garanzia della parità di trattamento e dell'equità nell'accesso;
- **sperimentazioni**: la procedura di "**Gestione Misconduct Scientifica**" quale strumento, diffuso in azienda, per garantire i principi e la correttezza della ricerca scientifica e le nuove procedure che regolamentano la gestione degli aspetti economici;
- **decesso intraospedaliero**: adesione al sistema regionale di informatizzazione degli accessi da parte delle imprese di pompe funebri;
- **antiriciclaggio**: formazione specifica per dare concreta applicazione alle disposizioni in materia in adesione all'invito di UIF alle amministrazioni pubbliche;

- **whistleblowing**: protezione del segnalante attraverso il canale di segnalazione dotato di idonea “criptatura” come previsto dalla norma;
- **controlli e monitoraggi**: attivo un sistema consolidato di monitoraggio interno sull’adozione delle misure di anticorruzione e sulle pubblicazioni in Amministrazione Trasparente. Nel 2018 è stato implementato il sistema di controllo sulla trasparenza attraverso modalità informatizzate. Potenziate, inoltre, le funzioni dell’Ufficio Audit;
- **analisi del rischio**: prevista la revisione della ponderazione del rischio secondo un approccio di natura “qualitativa”.

1. 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 alla C.I.V.I.T. (ora 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) costituisce pertanto il documento programmatico dell’Azienda UsI di Reggio Emilia in adesione al contesto sinteticamente sopra delineato a di cui si tratterà più diffusamente in apposita sezione del Piano stesso.

Il presente documento comprende, pertanto, gli aggiornamenti al Piano (PTPCT) sia per la parte riferita alla prevenzione della corruzione sia per la parte inerente il programma della trasparenza inserito all’interno dello stesso documento di cui costituisce apposita Sezione come da art. 10 c.2 D.Lgs. 33/2013 e s.m.i.

Il Piano è quindi corredato di tre allegati che recano:

- allegato n. 1: “Mappatura dei processi a rischio”;

- allegato n. 2: “Adempimenti degli obblighi di trasparenza”;
- allegato n. 3: “Codice di Comportamento”.

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 il Responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione, per la trasparenza e l’integrità con Delibera del Direttore Generale n. 371 del 28/12/2017 nella persona della dr.ssa Stefania Gherri Dirigente Responsabile del Servizio Affari Generali e Direttore del Dipartimento Amministrativo.

Il Piano per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPC) è uno strumento di programmazione che viene adottato annualmente e 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 adempie al dettato normativo mediante l’approvazione del presente Piano 2020-2022 che, pur ponendosi in evidente 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.

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:

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

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.

Questo documento rappresenta un'ulteriore fase di un processo destinato a costante sviluppo e progressivo approfondimento ed aggiornamento che fa tesoro dell'esperienza maturata e vissuta per cercare di rendere sempre più efficaci le misure da adottare.

Questo strumento di programmazione è stato definito attraverso la stretta collaborazione tra il Responsabile della prevenzione della corruzione, il Comitato aziendale Anticorruzione (di cui si dirà in seguito), i competenti Direttori/Responsabili di struttura e loro rispettivi referenti sulla scorta di indicazioni e linee di sviluppo condivise con la Direzione Aziendale.

Il Piano vuole pertanto rispondere all'esigenza di:

- valutare il diverso grado di rischio cui sono esposti gli uffici e le articolazioni aziendali in relazione alle specifiche funzioni svolte;
- definire quindi misure e procedure di prevenzione ricercandone sempre più la migliore efficacia;
- garantire le funzione di controllo e monitoraggio sulla loro attuazione.

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 è proceduto 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. 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 2018-2020 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. NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Con la **Legge 6 novembre 2012 n. 190** è stata varata una disciplina organica per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione a cui hanno fatto seguito:

- **D. Lgs. n. 235 del 31.12.2012** "Testo unico delle disposizioni in materia di incandidabilità e di divieto di ricoprire cariche elettive e di Governo conseguenti a sentenze definitive di condanna per delitti non colposi, a norma dell'art. 1, co. 63 della Legge 6 novembre 2012 n. 190";
- **D. Lgs. n. 33 del 14.03.2013**, così come modificato dal **D. Lgs. 25 maggio 2016 n. 97**, sul "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni". Tale decreto, nel rispetto dei principi e criteri direttivi dei commi 35 e 36 dell'art. 1 della L. 190, definisce il principio generale di trasparenza, come:

"accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche" (art. 1, c. 1, come modificato dall'art. 2, comma 1, D. Lgs. 25 maggio 2016 n. 97).

Nel provvedimento sono definite, in maniera vincolante, le norme e le sanzioni relative ai mancati adempimenti. Sono individuate le disposizioni che regolamentano i limiti della pubblicazione, nei siti istituzionali e nel rispetto della privacy, di dati ed informazioni relative all'organizzazione e alle attività delle pubbliche amministrazioni. Tali informazioni sono pubblicate in formato idoneo a garantirne l'integrità e ne deve essere curato l'aggiornamento periodico.

Per costruire ed alimentare il rapporto di fiducia tra il Cittadino e la Pubblica Amministrazione e per promuovere la legalità e la prevenzione della corruzione, l'art. 5 del D. Lgs. n. 33/13, modificato dall'art. 6 del D. Lgs. n. 97/2016 prevede ora due diverse fattispecie di accesso, riconoscendo a chiunque:

- ✓ il diritto di richiedere all'Amministrazione documenti, informazioni o dati per i quali è prevista la pubblicazione obbligatoria, nei casi in cui gli stessi non siano stati pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web istituzionale (**accesso civico semplice**);
- ✓ il diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del D. Lgs. n. 33/13, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela d'interessi giuridicamente rilevanti, secondo quanto indicato dall'art. 5 bis (**accesso civico generalizzato**).
- **D. Lgs. n. 39 del 08/04/2013** recante "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50 L. 190".
- **Decreto del Presidente della Repubblica 16.04.2013 n. 62** "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del D. Lgs 30.03.2001, n. 165". Il Codice approvato sostituisce il pre-vigente Codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui al decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della funzione pubblica del 28 novembre 2000 (pubblicato nella Gazzetta ufficiale n. 84 del 10 aprile 2001). Esso è stato abrogato dall'articolo 17, comma 3, del su citato decreto n. 62. Il Codice stabilisce l'obbligo di "assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico". Il regolamento si applica ai dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, il cui rapporto di lavoro è disciplinato in base all'articolo 2, commi 2 e 3, del medesimo decreto.

A livello nazionale, sotto il profilo operativo, il sistema di prevenzione e contrasto alla corruzione si articola poi nelle strategie individuate nel Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) elaborato dal Dipartimento della funzione pubblica secondo quanto previsto dalla legge n. 190 del 2012 ed approvato dalla Civit – Autorità Nazionale Anticorruzione - con Delibera n. 72/2013. Il Piano, elaborato sulla base delle direttive contenute nelle Linee di indirizzo del Comitato Interministeriale, contiene degli obiettivi per lo sviluppo della strategia di prevenzione a livello centrale e fornisce indirizzi e supporto alle amministrazioni pubbliche per l'attuazione della prevenzione della corruzione e per la stesura del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione.

Successivamente, in virtù del D.L. 24.06.2014 n. 90, convertito dalla Legge 11.08.2014 n. 114, recante il trasferimento completo delle competenze in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza dal Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP) all'ANAC, la stessa Autorità ha approvato i seguenti aggiornamenti al PNA:

- ✓ **Determinazione n. 12 del 28.10.2015**, recante "Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione";

- ✓ **Delibera n. 831 del 03.08.2016**, recante “Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016” che, perseguendo la semplificazione delle attività, unifica in un unico strumento il piano triennale di prevenzione della corruzione e il programma per la trasparenza e l’integrità; la trasparenza, che costituisce una misura generale di contrasto alla corruzione, diviene una sezione all’interno del Piano;
- ✓ **Delibera n. 1208 del 22.11.2017**, recante “Approvazione definitiva dell’Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione”;
- ✓ **Delibera n. 1074 del 21.11.2018**, recante “Approvazione definitiva dell’Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione”.
- ✓ **Delibera n. 1064 del 13.11.2019**, recante “Piano Nazionale Anticorruzione 2019”.

Ulteriori importanti strumenti normativi – legislativi di riferimento:

- Articoli da 318 a 322 del Codice Penale;
- Decreto Legislativo 30 marzo 2001 n. 165 recante “Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”;
- Legge n. 116 del 3 agosto 2009 “Ratifica ed esecuzione della Convenzione dell’Organizzazione delle Nazioni Unite contro la corruzione, adottata dall’Assemblea generale dell’ONU il 31 ottobre 2003 con risoluzione n. 58/4, firmata dallo Stato Italiano il 9 dicembre 2003, nonché norme di adeguamento interno e modifiche al Codice Penale ed al Codice di Procedura Penale”;
- Decreto Legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009 “Attuazione della legge 4 marzo 2009, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”;
- Legge n. 110 del 28 giugno 2012 “Ratifica ed esecuzione della Convenzione penale sulla corruzione, fatta a Strasburgo il 27 gennaio 1999”;
- Decreto Legge 21 giugno 2013 n. 69 “Disposizioni urgenti per il rilancio dell’economia” convertito con modificazioni dalla L. 9 agosto 2013 n. 98;
- Decreto Legge 31 agosto 2013 n. 101 “Disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni” convertito con modificazioni dalla Legge n. 30 ottobre 2013 n. 125;
- Legge 28 dicembre n. 208 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale pluriennale dello Stato (Legge di Stabilità 2016), con particolare riferimento ai commi 522 e 523;
- D. Lgs. n. 50/2016 e s.m.i. con particolare riferimento agli artt. 22 “Trasparenza nella partecipazione di portatori di interessi al dibattito pubblico”, 29 “Principi in materia di trasparenza” e 42 “Conflitto di interesse” nonché alle successive linee-guida emanate da ANAC in fase di applicazione del Codice;
- GDPR 2016/679 “Regolamento generale sulla protezione dei dati”;
- Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e s.m.i. da ultimo con D.Lgs. n. 101/2018 recante le disposizioni per l’adeguamento della normativa nazionale al Regolamento Europeo;
- Legge n. 179 del 30 novembre 2017 “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”;

- Legge n. 3 del 9 gennaio 2018 “Misure per il contrasto dei reati contro la pubblica amministrazione, nonché in materia di prescrizione del reato e in materia di trasparenza dei partiti e movimenti politici”;
- D.P.C.M. del 16/01/2013 “Istituzione del Comitato interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”;
- Circolare n. 1 del 25/01/2013 – Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione - Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica;
- Regolamento in materia di esercizio del potere sanzionatorio dell’Autorità Nazionale Anticorruzione per l’omessa adozione dei piani triennali di prevenzione della corruzione, dei programmi triennali della trasparenza, dei codici di comportamento, adottato da ANAC in data 09.09.2014;
- Delibera ANAC n. 149 del 22 dicembre 2014 ad oggetto: “Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario”;
- Determinazione ANAC n. 8 del 17.06.2015 ad oggetto: “Linee guida per l’attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici economici”;
- Determinazione ANAC n. 833 del 03.08.2016 “Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell’ANAC in caso di incarichi inconferibili e incompatibili”;
- Determinazione ANAC n. 1309 del 28.12.2016 “Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all’accesso civico di cui all’art. 5 co. 2 del D. Lgs. n. 33/”;
- Delibera ANAC n. 1310 del 28.12.2016 “Prime linee guida recanti indicazioni sull’attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D. Lgs. n. 33/13 come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016”;
- Determina ANAC n. 358 del 29 marzo 2017 “Linee Guida per l’adozione dei Codici di Comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale”;
- Delibera ANAC n. 1033 del 30 ottobre 2018 “Regolamento sull’esercizio del potere sanzionatorio in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell’ambito di un rapporto di lavoro di cui all’art. 54-bis del D.Lgs. n. 165/2001 (c.d. whistleblowing);
- Delibera ANAC n. 215 del 26 marzo 2019 “Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all’art. 16, comma 1, lettera l quater, del d.lgs. n. 165 del 2001”;
- Delibera ANAC numero n. 494 del 5 giugno 2019 “Linee Guida n. 15 recanti «Individuazione e gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici»;
- Delibera ANAC n. 859 del 25 settembre 2019 “Configurabilità del controllo pubblico congiunto in società partecipate da una pluralità di pubbliche amministrazioni ai fini dell’avvio del procedimento di vigilanza per l’applicazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza di cui alla legge 190/2012 e al d.lgs. 33/2013”.

Provvedimenti adottati a livello locale

- Delibera del Direttore Generale n. 80 del 13/04/2011 ad oggetto “*Adesione al Protocollo di Intesa per la prevenzione dei tentativi di infiltrazione della criminalità organizzata nel settore degli appalti e concessione dei lavori pubblici*”;
- Delibera del Direttore Generale n. 1 del 08/01/2014 ad oggetto: “*Conferimento dell’incarico di Responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione, della trasparenza e dell’integrità*”;
- Delibera del Direttore Generale n. 5 del 24/01/2014 ad oggetto: “*Approvazione del Codice di Comportamento dell’Azienda Usl di Reggio Emilia*”;
- Delibera del Direttore Generale n. 6 del 24/01/2014 ad oggetto: “*Adempimenti in materia di obblighi di comunicazione, attività incompatibili, cumulo di impieghi, incompatibilità e inconfiribilità di incarichi. Adozione compendio e regolamento aziendali*” aggiornata con Delibera n. 2 del 26/01/2015”;
- Delibera del Direttore Generale n. 11 del 29/01/2014 ad oggetto: “*Adozione dei Piani/Programma Triennali Aziendali concernenti: 1) la Prevenzione della Corruzione – 2) la Trasparenza/Integrità – 3) la Performance. Vigenza temporale 2013/2016*”;
- Delibera del Direttore Generale n. 15 del 28/01/2015 ad oggetto: “*Adozione dei Piani/Programma Triennali Aziendali concernenti: 1) la Prevenzione della Corruzione - 2) la Trasparenza/Integrità - Vigenza temporale 2015/2017*”;
- Delibera del Direttore Generale n. 68 del 30/03/2015 ad oggetto: “*Adozione del Piano Triennale della Performance. Vigenza temporale 2015/2017*”;
- Delibera del Direttore Generale n. 272 del 30/12/2015 ad oggetto: “*Conferimento dell’incarico di Responsabile Interaziendale per la prevenzione della corruzione, per la trasparenza e l’integrità*”;
- Delibera del Direttore Generale n. 7 del 27/01/2016 ad oggetto: “*Adozione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e del Programma Triennale per la Trasparenza/Integrità per il periodo 2016/2018*”;
- Delibera del Direttore Generale n. 75 del 12/05/2016 ad oggetto: “*Determinazioni in merito alla composizione dell’Organismo Aziendale di Supporto (O.A.S.) all’Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) regionale*”;
- Delibera del Direttore Generale n. 96 del 28/06/2016 ad oggetto: “*Adozione del Piano Triennale della Performance. Vigenza temporale 2016/2018*”;
- Delibera del Direttore Generale n. 137 del 26/09/2016 ad oggetto: “*Adozione della Relazione sulla Performance relativa all’anno 2015*”;
- Delibera del Direttore Generale n. 96 del 28/06/2017 ad oggetto: “*Approvazione Performance 2016-2018*”;
- Delibera del Direttore Generale n. 371 del 28/12/2017 ad oggetto: “*Rinnovo dell’incarico di Responsabile per la prevenzione della corruzione, per la trasparenza e l’integrità*”;
- Delibera del Direttore Generale n. 27 del 29/01/2018 ad oggetto: “*Adozione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per il periodo 2018/2020*”;
- Delibera del Direttore Generale n. 30 del 30/01/2018 ad oggetto: “*Adozione del regolamento aziendale in materia di incarichi extraistituzionali*”;

- Delibera del Direttore Generale n. 200 del 24/05/2018 ad oggetto: “Adozione del Codice di Comportamento dell’Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia”;
- Delibera n. 240 del 28/06/2018 ad oggetto: “Adozione della relazione sulla Performance relativa all’anno 2017”;
- Delibera n. 250 del 4/07/2018 ad oggetto: “Adozione del Piano Triennale della Performance. Vigenza temporale 2018-2020”.
- Delibera n. 25 del 28/01/2019 ad oggetto:” Adozione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per il periodo 2019/2021”.
- Delibera n. 225 del 28/06/2019 ad oggetto: “Adozione della Relazione sulla Performance relativa all’anno 2018”.

3. CONTESTO ESTERNO

3.1 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*). Ad oggi, **l'indice di Percezione della Corruzione (CPI) 2019 classifica l'Italia al 51° posto nel mondo con un punteggio di 53/100**. Il nostro Paese guadagna solo un voto in più rispetto alla scorsa edizione, lasciando la sufficienza ancora lontana e molti problemi strutturali irrisolti. (Fonte: *Transparency International Corruption Perception Index 2019*). Dal 2012 l'Italia ha comunque guadagnato 11 punti e scalato 21 posizioni grazie all'approvazione di leggi, come la legge anticorruzione e quella sul whistleblowing, ma ancora molto c'è da fare per operare un grande cambiamento che verrà soprattutto dalla **società civile** e dalla sua capacità di attivarsi e di indignarsi di fronte al malaffare.

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 recentemente approvata una nuova Raccomandazione (*Recommendation on integrity*) 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.

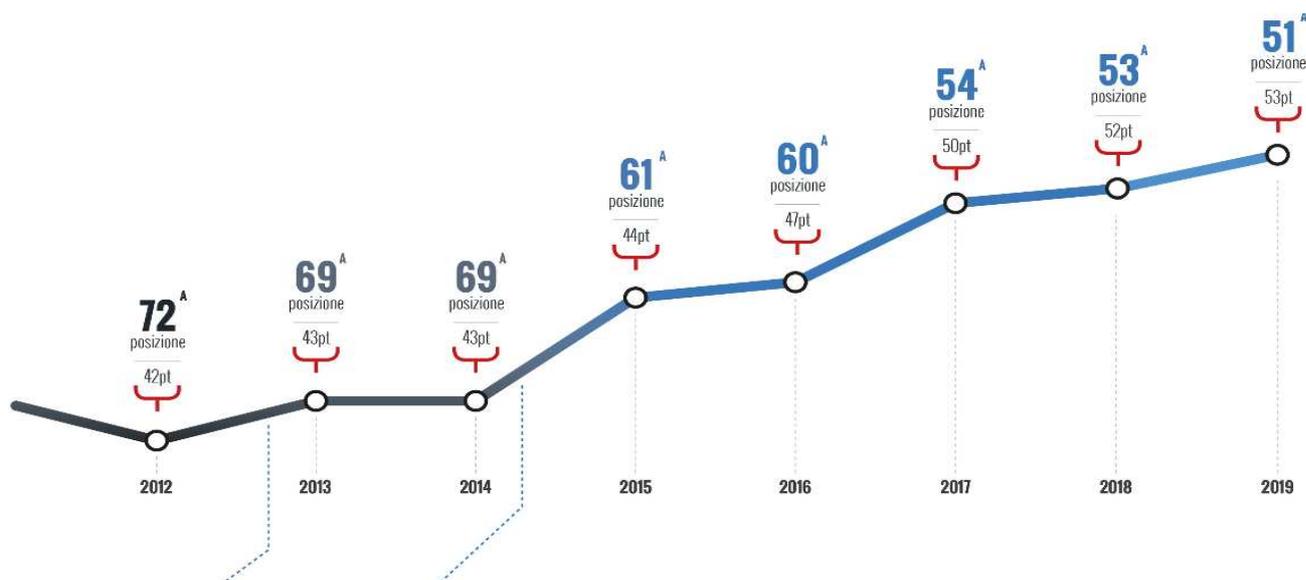
Focalizzando poi l'attenzione sulla situazione specifica del nostro Paese, diverse sono state nel tempo le verifiche effettuate da organismi internazionali sulla situazione italiana.

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, nello scorso 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.





3.2 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 è 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. Questi due grafici, dei tanti che Istat ha prodotto per dare evidenza dei dati raccolti, in cui si dà rappresentazione di quanto sopra riportato con specifico riferimento alla sanità.

PROSPETTO 2. FAMIGLIE IN CUI ALMENO UN COMPONENTE HA AVUTO RICHIESTE DI DENARO, FAVORI, REGALO O ALTRO IN CAMBIO DI FAVORI O SERVIZI NEL CORSO DELLA VITA PER TITOLO DI STUDIO DEI COMPONENTI E PER SETTORE. Anno 2016, per 100 famiglie

	Famiglie che hanno avuto richieste di denaro, favori o altro	di cui: con almeno un componente con titolo di studio elevato	di cui: senza componenti con un titolo di studio elevato
ALMENO UN CASO DI CORRUZIONE	7,9	9,8	7,3
SETTORI			
Sanità	2,4	3,0	2,2
Assistenza	2,7	2,3	2,9
Istruzione	0,6	1,1	0,4
Lavoro	3,2	3,9	3,0
Uffici pubblici	2,1	2,5	2,0
Giustizia	2,9	2,3	3,3
Forze dell'ordine	1,0	0,4	1,2
Public Utilities	0,5	0,4	0,5

Pur essendo presente il fenomeno, l'indagine rileva come ci sia una grande differenza in termini percentuali tra la rilevazione della c.d. corruzione percepita e la rilevazione di fenomeni corruttivi di cui i cittadini abbiano avuto diretta conoscenza.

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 rischiosità:

- 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.

Sul fronte dell'antiriciclaggio, ANAC ha siglato un Protocollo di intesa in data 13.09.2019 relativo ai rapporti di collaborazione con l'Unità di informazione finanziaria per l'Italia (UIF), di durata biennale, in cui le citate autorità, nell'esercizio delle rispettive funzioni istituzionali e nel rispetto dei reciproci vincoli di riservatezza, consolidano lo scambio di informazioni utili a individuare specifici fattori di rischio connessi con fenomeni corruttivi, ovvero suscettibili di pregiudicare il corretto funzionamento dei presidi anticorruzione nella pubblica amministrazione o l'efficace adempimento degli obblighi di comunicazione delle operazioni sospette da parte degli uffici della Pubblica Amministrazione.

Si riporta di seguito un'interessante analisi sull'andamento dei flussi segnaletici fornita dalla UIF :

Flussi segnaletici a livello nazionale - serie storica (Fonte UIF)

Si registra una crescita del numero delle segnalazioni delle operazioni sospette ricevute che passa da c.a. 49.000 nel 2011, a c.a. 71.000 nel 2014, a c.a. 99.000 (stima su agosto 2019).

Flussi segnaletici a livello nazionale ultimi tre anni (Fonte UIF)

Nelle tre principali regioni del Nord est i dati del periodo 2017-2018 – 1° semestre 2019 evidenziano una incidenza di segnalazioni di operazioni sospette ricevute pari al 35,68% del dato nazionale (Lombardia 20,23%, Veneto 8,48%, Emilia Romagna 6,97%).

Il tema verrà affrontato più in dettaglio al punto successivo "Contesto regionale e locale".

3.3 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 due parti:

- 1) contesto sociale ed economico;
- 2) presenza sul territorio di situazioni criminali e corruttive

CONTESTO SOCIALE ED ECONOMICO

Scenario economico-sociale a livello regionale

Il rallentamento dell'economia mondiale e, in particolare, del commercio estero a livello globale, sta penalizzando in misura più sensibile i Paesi a maggior vocazione export, Germania e Italia su tutti. E, all'interno del nostro Paese, sono le regioni più attive sui mercati esteri a essere maggiormente esposte alle incertezze e alle fragilità che caratterizzano lo scenario internazionale. L'Emilia-

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

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

a) Il sistema imprenditoriale

Al 30 settembre 2019 le imprese attive in Emilia-Romagna erano poco più di 400mila, 2.875 in meno rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente (-0,7 per cento), a fronte di un aumento del numero degli addetti nelle imprese dell'1,9 per cento. Le aziende straniere in Emilia-Romagna sono oltre 49mila, il 12 per cento del totale delle imprese regionali, il 2 per cento in più rispetto all'anno precedente. Le imprese femminili costituiscono oltre un quinto del tessuto imprenditoriale regionale, il 14 per cento dell'occupazione. Variazioni ancora negative per quanto riguarda le imprese giovanili, diminuite nell'ultimo anno del 2 per cento in termini di aziende, mentre l'occupazione è cresciuta del 2 per cento. I dati sulla demografia d'impresa suddivisi per settore confermano e prolungano le dinamiche in atto da alcuni anni. Vi sono alcuni comparti interessati da una progressiva riduzione del numero di imprese, in particolare l'agricoltura, le costruzioni e il manifatturiero. In calo anche il commercio, flessione contenuta dalla crescita al suo interno della componente più rivolta al turismo, in particolare le attività legate all'alloggio e alla ristorazione. Crescono i servizi, sia quelli rivolti alle imprese sia quelli alle persone.

b) Lo stato dell'occupazione

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

c) La qualità del credito

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

PRESENZA SUL TERRITORIO DI SITUAZIONI CRIMINALI E CORRUTTIVE

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

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

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

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

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

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

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

Anche l'area della Romagna è stata interessata da una crescente infiltrazione delle mafie, come testimoniano le diverse inchieste condotte dall'autorità giudiziaria. Nella riviera romagnola, ed in particolare nella provincia di Rimini, le mafie si sono concentrate in attività legate al narcotraffico,

gioco d'azzardo, recupero crediti, usura, estorsioni, gestione di locali notturni, intestazione fittizia di beni ed il riciclaggio.

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

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

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

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

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

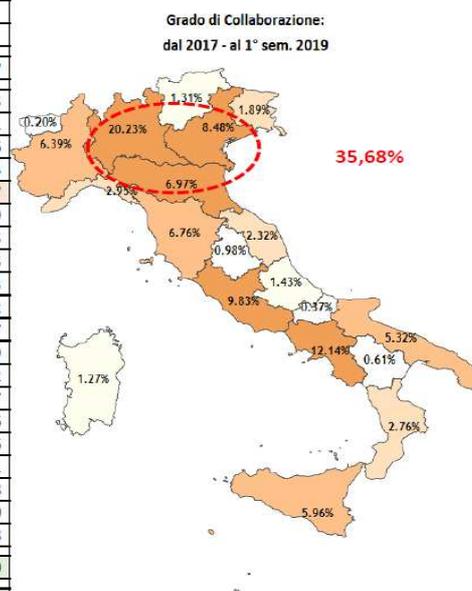
pensare che dal 2009 al 2018 il numero di segnalazioni è quasi quintuplicato sia in regione che in Italia).

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

Le due Tabelle sottostanti evidenziano bene l'andamento delle segnalazioni sia a livello Nazionale sia a livello Regionale e Locale.

Flussi segnaletici in Italia negli ultimi tre anni

	2017		2018		1° Sem. 2019		Totale	
	N. SOS	%	N. SOS	%	N. SOS	%	N. SOS	%
ITALIA	91.851	97,89	96.566	98,50	50.265	98,18	238.682	98,17
ABRUZZO	1.464	1,56	1.312	1,34	701	1,37	3.477	1,43
BASILICATA	529	0,56	592	0,60	362	0,71	1.483	0,61
CALABRIA	2.657	2,83	2.696	2,75	1.366	2,67	6.719	2,76
CAMPANIA	10.863	11,58	12.183	12,43	6.462	12,62	29.508	12,14
EMILIA-ROMAGNA	6.338	6,76	6.887	7,03	3.722	7,27	16.947	6,97
FRIULI-VENEZIA GIULIA	1.724	1,84	1.935	1,97	945	1,85	4.604	1,89
LAZIO	9.435	10,06	9.545	9,74	4.907	9,58	23.887	9,83
LIGURIA	2.908	3,10	2.854	2,91	1.415	2,76	7.177	2,95
LOMBARDIA	19.744	21,04	19.440	19,83	9.992	19,52	49.176	20,23
MARCHE	2.059	2,19	2.426	2,47	1.152	2,25	5.637	2,32
MOLISE	315	0,34	365	0,37	230	0,45	910	0,37
PIEMONTE	6.165	6,57	6.341	6,47	3.037	5,93	15.543	6,39
PUGLIA	4.759	5,07	5.157	5,26	3.017	5,89	12.933	5,32
SARDEGNA	1.265	1,35	1.215	1,24	609	1,19	3.089	1,27
SICILIA	5.003	5,33	5.857	5,97	3.634	7,10	14.494	5,96
TOSCANA	6.129	6,53	6.977	7,12	3.325	6,49	16.431	6,76
TRENTINO-ALTO ADIGE	1.210	1,29	1.317	1,34	660	1,29	3.187	1,31
UMBRIA	921	0,98	1.006	1,03	460	0,90	2.387	0,98
VALLE D'AOSTA	182	0,19	207	0,21	92	0,18	481	0,20
VENETO	8.181	8,72	8.254	8,42	4.177	8,16	20.612	8,48
ESTERO	1.969	2,10	1.464	1,49	936	1,83	4.369	1,80
ITALIA + ESTERO	93.820	100,00	98.030	100,00	51.201	100,00	243.051	100,00



Flussi segnalatici in Emilia Romagna ultimi tre anni



N. SOS per provincia

	2017		2018		1° sem. 2019		Totale SOS	
	N. SOS	%	N. SOS	%	N. SOS	%	N. SOS	%
BOLOGNA	1.502	23,70	1.597	23,19	859	23,08	3.958	23,36
FERRARA	255	4,02	346	5,02	208	5,59	809	4,77
FORLÌ-CESENA	482	7,60	431	6,26	281	7,55	1.194	7,05
MODENA	991	15,64	1.001	14,53	553	14,86	2.545	15,02
PARMA	804	12,69	1.007	14,62	552	14,83	2.363	13,94
PIACENZA	382	6,03	396	5,75	237	6,37	1.015	5,99
RAVENNA	470	7,42	525	7,62	288	7,74	1.283	7,57
REGGIO EMILIA	830	13,10	876	12,72	445	11,96	2.151	12,69
RIMINI	622	9,81	708	10,28	299	8,03	1.629	9,61
TOTALE REGIONE	6.338	100,00	6.887	100,00	3.722	100,00	16.947	100,00



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

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

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

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

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

Fonti:

Rivista «QUADERNI DI CITTÀ SICURE», numeri:

- *11b "La sicurezza in Emilia-Romagna. Terzo rapporto annuale" (1997);*
- *29 "Criminalità organizzata e disordine economico in Emilia-Romagna" (2004);*
- *39 "I raggruppamenti mafiosi in Emilia-Romagna. Elementi per un quadro di sintesi" (2012), a cura di E. Ciconte;*
- *41 "Mafie, economia, territori, politica in Emilia-Romagna" (2016), a cura di E. Ciconte;*
- *42 "Mafie, economia, lavoro" (2018), a cura di V. Mete e S. Borelli.*

Rapporto annuale dell'Unità di Informazione Finanziaria (UIF) per il 2017, n. 10 - 2018 (v.: <http://uif.bancaditalia.it/pubblicazioni/rapporto-annuale/>)

LIBERA INFORMAZIONE:

- *2011 Mafie senza confini, noi senza paura - Dossier 2011 - Mafie in Emilia-Romagna, (a cura di Frigerio L., Liardo G.), Rapporto predisposto per l'Assemblea Legislativa dell'Emilia-Romagna, Roma.*
- *2012 Mosaico di mafie e antimafia - Dossier 2012 - I numeri del radicamento in Emilia-Romagna, (a cura di Della Volpe S., Ferrara N., Frigerio L., Liardo G.), Rapporto predisposto per l'Assemblea Legislativa dell'Emilia-Romagna, Roma.*
- *2013 Mosaico di mafie e antimafia - Dossier 2013 - L'altra 'ndrangheta in Emilia-Romagna, (a cura di S. Della Volpe, L. Frigerio, G. Liardo), Rapporto predisposto per l'Assemblea Legislativa dell'Emilia-Romagna, Roma.*
- *2015 Mosaico di mafie e antimafia - Dossier 2014/15 - Aemilia: un terremoto di nome 'ndrangheta, (a cura di S. Della Volpe, L. Frigerio, G. Liardo), Rapporto predisposto per l'Assemblea Legislativa dell'Emilia-Romagna, Roma.*

(per eventuali integrazioni, per descrizione del territorio di riferimento vd. anche la "RELAZIONE SULL'ATTIVITÀ DELLE FORZE DI POLIZIA, SULLO STATO DELL'ORDINE E DELLA SICUREZZA PUBBLICA E SULLA CRIMINALITÀ ORGANIZZATA" del Ministro dell'Interno al Parlamento in

https://www.camera.it/leg18/494?idLegislatura=18&categoria=038&tipologiaDoc=elenco_categoria

Attività di contrasto sociale e amministrativo

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

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

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

Ulteriori misure specifiche vengono adottate per il settore dell'autotrasporto e facchinaggio, con il potenziamento dell'attività ispettiva e di controllo negli ambiti della logistica, e in quelli del commercio, turismo, agricoltura e della gestione dei rifiuti, anche al fine di contrastare i fenomeni del caporalato e dello sfruttamento della manodopera (artt. 35-42). Viene favorita poi una maggiore condivisione di informazioni sui controlli da parte dei corpi deputati alla protezione del patrimonio naturale, forestale e ambientale in genere, oltre al maggiore sostegno alle attività della rete del lavoro agricolo, cercando di prevenire l'insorgenza di fenomeni illeciti all'interno del contesto agricolo. Recentemente la Giunta regionale, con propria delibera n. 2151 del 22/11/2019 ha approvato il **Piano integrato delle azioni regionali per la promozione della cultura della legalità e della cittadinanza responsabile e la prevenzione del crimine organizzato e mafioso e dei fenomeni corruttivi relativo al biennio 2020/2021**, ai sensi dell'art. 3 della L.R. 28 ottobre 2016, n. 18 "*Testo unico per la promozione della legalità e per la valorizzazione della cittadinanza e dell'economia responsabili*".

Per quanto attiene specificatamente le strategie regionali di prevenzione e di contrasto e dell'illegalità all'interno dell'amministrazione regionale e delle altre amministrazioni pubbliche, la Regione - in base all'art. 15 della L.R. n. 18 del 2016 - ha promosso l'avvio di una "**Rete per l'Integrità e la Trasparenza**", ossia una forma di raccordo tra i Responsabili della prevenzione della corruzione e della Trasparenza delle amministrazioni del territorio emiliano-romagnolo.

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

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

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

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

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

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

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

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

A seguito di diversi incontri tematici e della deliberazione di Giunta n. 15 del 8 gennaio 2018, è stato sottoscritto il **9 marzo 2018 il Protocollo di intesa per la legalità negli appalti di lavori pubblici e negli interventi urbanistici ed edilizi**, tra la Regione, il Commissario delegato per la ricostruzione e le nove Prefetture/Uffici territoriali del governo, operanti in Emilia-Romagna, volto ad incrementare le misure di contrasto ai tentativi di inserimento della criminalità organizzata nel settore delle opere pubbliche e dell'edilizia privata, migliorando l'interscambio informativo tra gli enti sottoscrittori, garantendo maggiore efficacia della prevenzione e del controllo, anche tramite l'estensione delle verifiche antimafia a tutti gli interventi finanziati con fondi destinati alla ricostruzione. Nell'ambito di

tale Protocollo, volto ad aggiornare, integrare e rinnovare l'omologo accordo siglato il 5 marzo 2012, tra la Regione e le Prefetture, oltre a recepire il nuovo Codice degli appalti pubblici, con la **deliberazione di Giunta n. 2032 del 14/11/2019**, è stato approvato l'Accordo attuativo dell'Intesa per la legalità firmato il 9 marzo 2018 per la presentazione alle Prefetture-UTG, attraverso il sistema informativo regionale SICO della notifica preliminare dei cantieri pubblici, di cui all'art. 26 del Decreto Legge 4 ottobre 2018, n. 113 (convertito con modificazioni dalla legge 1 dicembre 2018, n. 132). Tale Accordo dà anche attuazione a quanto previsto dagli art. 30 e 31, della LR. 18/2016, in materia di potenziamento delle attività di controllo e monitoraggio della regolarità dei cantieri.

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

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

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

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

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

In **materia forestale**, a livello legislativo, con l'introduzione dell'art. 3 della L.R. 18 luglio 2017, n. 16 (*«Disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento regionale in materia ambientale e a favore dei territori colpiti da eventi sismici»*) è stato modificato l'art. 15 della L.R. n. 30/1981 prevedendo che ai fini dello svolgimento delle funzioni di vigilanza e accertamento delle violazioni del Regolamento forestale, spettanti ai Comuni e alle loro Unioni, la Regione promuove le forme di collaborazione di cui all'articolo 42 della L.R. 18/2016 con l'Arma dei Carabinieri e con gli altri soggetti preposti, e che analoghe forme di collaborazione, per le medesime finalità, possono essere attivate dagli enti competenti in materia forestale e dagli enti di gestione delle aree protette e dei siti della Rete natura 2000.

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

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

È operativo dal 2016 un **Tavolo Regionale, istituito presso l'Assessorato, di Coordinamento di tutti gli RPCT della Aziende Sanitarie operanti nella Regione Emilia – Romagna** in cui si concretizza il costante confronto e si definiscono le principali linee di comportamento in materia di legalità, anticorruzione e trasparenza per favorire l'omogeneità di azione nelle diverse Aziende.

CONTESTO LOCALE

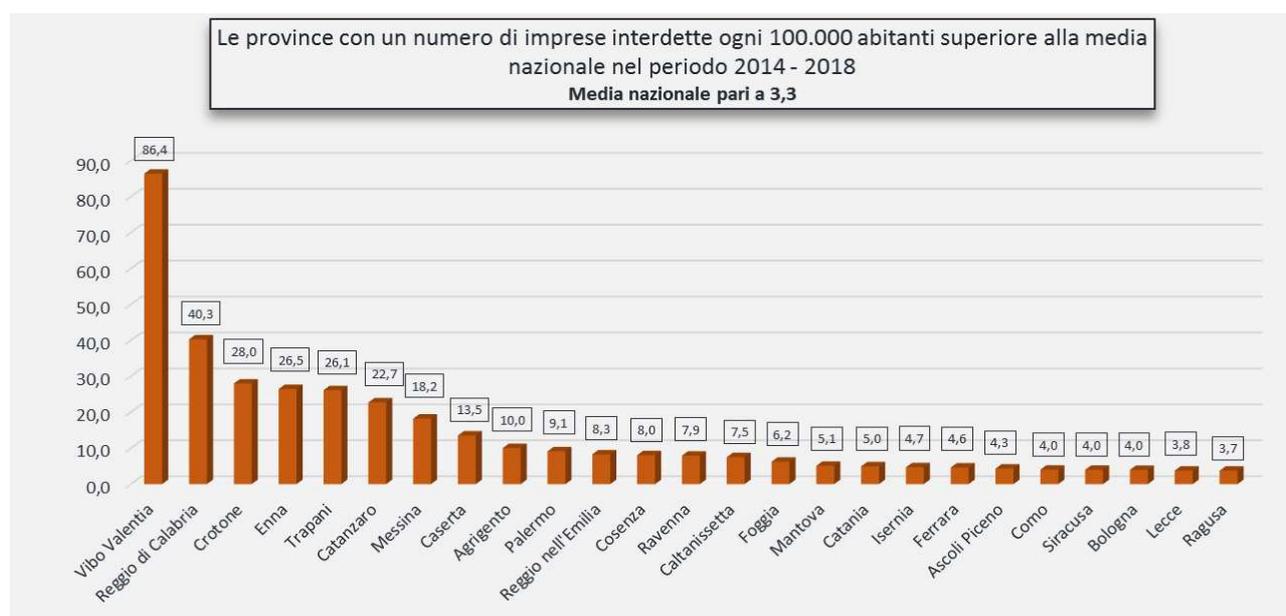
A livello locale risulta sempre alta l'attenzione al fenomeno mafioso, nello specifico riconducibile soprattutto alla 'ndrangheta che vede nel processo cosiddetto Aemilia (di cui si è parlato in precedenza e tutt'ora in corso in Appello) una delle più articolate indagini che si sono intraprese nel Nord del Paese per combattere il fenomeno del crimine organizzato.

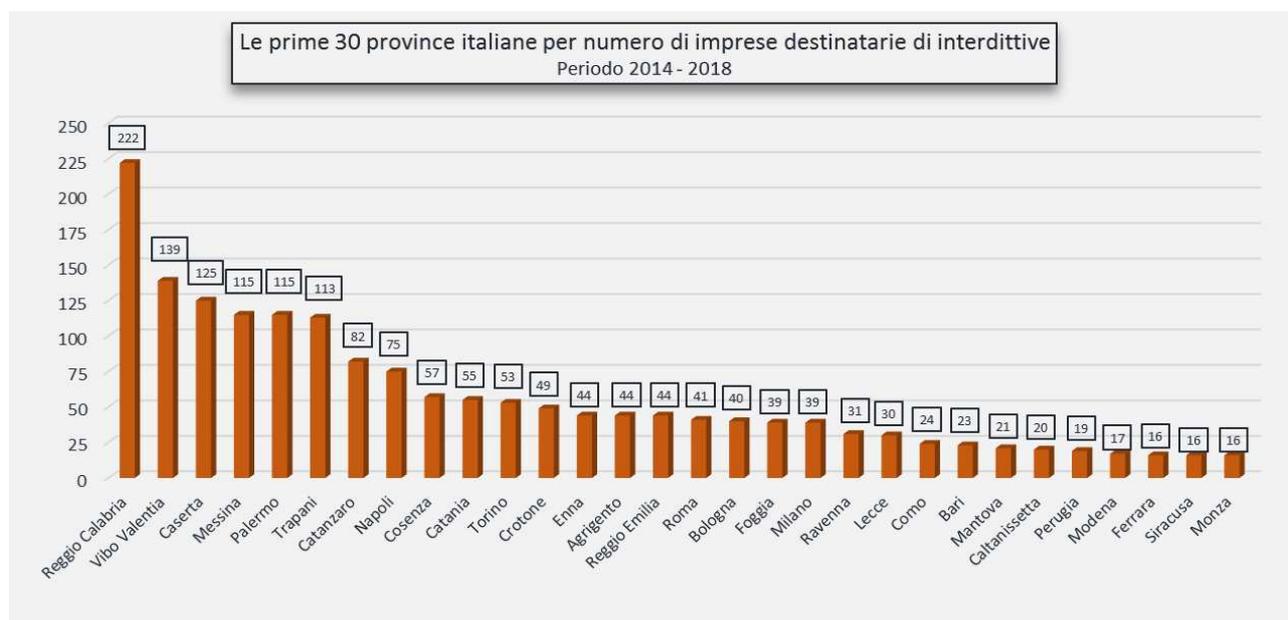
Strettamente collegate all'aspetto processuale si possono collocare le interdittive antimafia (importante strumento per colpire i rapporti tra criminalità e mondo economico-imprenditoriale).

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.

Attenzione e sensibilizzazione non sempre presente nella stessa intensità in altri territori non certo scevri del fenomeno della criminalità organizzata.

Di seguito le tabelle che graficamente rappresentano la geografia della misura delle interdittive antimafia nel territorio nazionale e la posizione della provincia di Reggio Emilia.





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 acquisirà tutti i dati delle imprese partecipanti alle gare e delle eventuali imprese sub-contrattanti 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 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.

4. CONTESTO INTERNO

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.

Si rimanda al dettame specifico della legge citata per i dettagli normativi approvati dall'Assemblea Legislativa della Regione Emilia –Romagna.

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'interna 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.

4.1 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

Viene perseguito un approccio co-relazionale dove le diverse ottiche, quelle del cittadino e del professionista, integrate tra loro, vengono fatte convergere in modo organico in vista di un fine comune.

Si vuole in questo modo affidare al cittadino un ruolo pro-attivo e di co-protagonista nella valutazione della qualità dei servizi a lui rivolti, dando un significato più profondo alla sua partecipazione ai processi di cambiamento, promuovendo così una nuova cultura di cittadinanza.

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 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 per la promozione di una concezione olistica della cura, dell'assistenza e della prevenzione secondo il modello bio-psico-sociale. 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 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.

A rappresentazione delle diverse componenti e dei principali strumenti relativi alla Clinical Governance l'Azienda ha adottato come paradigma al proprio interno il modello dell'albero di Chambers.

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.

A questo obiettivo contribuisce l'Azienda. Ciascun professionista può contribuire nel proprio ruolo al meglio delle proprie potenzialità, delle proprie aspirazioni professionali e delle proprie competenze, potendo contare sul supporto delle strutture e del personale della Direzione Scientifica. 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 delle rete regionale prevista dai Protocolli d'intesa Regione-Università, attivando percorsi di formazione specialistica 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 alla 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.

4.2 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.

Il Direttore Scientifico presiede il Comitato Tecnico Scientifico, qualora costituito, 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.

Gli oneri conseguenti all'operatività del Collegio sono a carico dell'Azienda UsI che provvede altresì a fornire i necessari supporti al funzionamento. 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 partecipazione all'adeguatezza del quadro generale di assistenza definito. L'esercizio del ruolo strategico prima descritto comporta una particolare attenzione nelle relazioni tra dipartimento e distretto.

Si prevedono a questo proposito specifiche interazioni sui seguenti livelli:

1. livello della pianificazione strategica e della programmazione annuale dell'Azienda UsI,
2. livello della erogazione delle attività specifiche territoriali,
3. livello dell'efficienza operativa interna.

Tali livelli di interazione sono di norma assicurati dalla direzione del dipartimento o da suo delegato, con i supporti specialistici necessari, e dalle unità operative/servizi che agiscono nel distretto, al fine di garantire unitarietà di programmazione e coerenza complessiva.

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 Usl 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.

Per l'assegnazione degli incarichi, nel rispetto della normativa, l'Azienda si attiene ai seguenti criteri:

- capacità dimostrata di management con particolare attenzione alla gestione delle risorse professionali, alla relazione con l'utenza, alla capacità di comunicazione e aggregazione intorno agli obiettivi aziendali;
- riconosciuta sensibilità alle strategie dell'umanizzazione e all'ascolto e tutela del cittadino/beneficiario dei servizi;
- attenzione al proprio aggiornamento e sviluppo professionale documentato oltre che dalla partecipazione ad eventuali corsi previsti per la posizione, da attività di formazione, aggiornamento e stage di natura tecnica e gestionale;
- curriculum professionale sia tecnico che di tipo direzionale con le relative valutazioni di merito.

Gli obiettivi dei responsabili vengono declinati nell'ambito dei contratti individuali.

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 Diagnostico 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.

La produzione delle attività territoriali di sanità pubblica, sia specifiche, sia correlate a progetti coinvolgenti altri servizi, garantisce l'appropriatezza, la qualità e l'uniformità tecnico professionale, secondo gli indirizzi del Dipartimento stesso, assicurando l'uso integrato delle risorse.

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.

Il Direttore del Dipartimento Sanità Pubblica si fa garante, anche attraverso le articolazioni del DSP, delle relazioni organizzative con tutte le altre macroarticolazioni aziendali e con i diversi stakeholder della comunità, coerentemente con gli indirizzi della Direzione aziendale.

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.

Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

Il Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSMDP) 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 socio-sanitarie), 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).

Il DSMDP concorre a promuovere la salute mentale come aspetto della salute generale in ogni fascia d'età, a tutelare i 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. Garantisce prestazioni in ambito di prevenzione, cura, assistenza, riabilitazione e riduzione del danno.

Caratterizza l'attività del Dipartimento la stretta collaborazione con il privato sociale e profit, in particolare per quel che riguarda le attività residenziali e altre attività specifiche nell'ambito delle dipendenze patologiche, della salute mentale adulti e della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza.

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.

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 di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche 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.

Nell'ambito della salute mentale la partecipazione attiva di utenti e familiari alla vita dei servizi assume un significato del tutto particolare, 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 DSMDP.

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.

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

4.3 SISTEMA DELL'OFFERTA

La Legge Regionale dell'Emilia-Romagna n. 9/2017 ad oggetto "Fusione dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia dell'Azienda Ospedaliera e dell'Azienda Ospedaliera Arcispedale Santa Maria Nuova di Reggio Emilia. Altre disposizioni di adeguamento degli assetti organizzativi in materia sanitaria", ha disposto **la fusione per incorporazione dell'Azienda UsI 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. 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 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 29 anni 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 01.01.2017 i residenti erano 533.392. Nel corso del 2017 si è registrato un lieve incremento e la popolazione al 01.01.2018 è risultata pari a 533.649, ma al 01.01.2019 risulta nuovamente in calo con 533.158 abitanti.

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 31/12/2019;
- 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 3,2 (di cui 2,6 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, 26 medicine di gruppo e 8 pediatrie di gruppo,
- Servizio CUP erogato da 20 punti CUP aziendali, 50 medicup e parafarmacie, 146 farmacie, 6 centri convenzionati esterni (che possono prenotare su se stessi, es. Villa Verde e Salus Hospital),
- 21 punti di guardia medica prefestiva/festiva e notturna e una sede ambulatoriale a Reggio Emilia,
- 6 Servizi infermieristici domiciliari,
- 25 Consultori salute donna, un Centro per la Famiglia Straniera e 6 ambulatori di pediatria di comunità,
- 20 Poliambulatori, di cui 1 odontoiatrico,
- 11 Case della salute attive e 4 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, 40 Centri diurni, 3 Nuclei speciali demenze,
- 18 Servizi di assistenza domiciliare per anziani e disabili,
- i Servizi di sanità pubblica (Servizio di Igiene Pubblica, Servizio per la Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro, Servizio Veterinario, Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione) presenti in ogni distretto e 4 sedi di Medicina dello sport,
- la struttura di riferimento regionale "Luoghi di prevenzione",
- il Servizio farmaceutico con 153 farmacie convenzionate (di cui 44 pubbliche e 109 private), 9 unità farmaceutiche aziendali per la distribuzione diretta dei farmaci e altri beni sanitari, situate una c/o ogni ospedale del presidio (2 all'Ospedale di Reggio Emilia) e 2 presso servizi territoriali del Distretto di Reggio Emilia,
- l'Unità logistica centralizzata dell'Area Vasta Emilia Nord.

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.

La **produzione per i cittadini residenti** da parte del privato accreditato nel 2018 (ultimo dato completo disponibile) si è attestata per attività di degenza ospedaliera al 8,8% del totale della produzione delle strutture pubbliche e private provinciali (media regionale 13,1%); l'attività di specialistica ambulatoriale si è posizionata al 9,3% (media regionale 6,5%).

Il valore della produzione dell'Azienda Usl-IRCCS di Reggio Emilia si attesta intorno a **1,4 miliardi** di euro, comprensivo dell'attività dell'Unità logistica centralizzata attivata dal 2005 e gestita dall'Azienda, che acquista beni sanitari anche per conto delle altre Aziende sanitarie che compongono l'Area Vasta Emilia Nord, per un valore annuo di circa 340 milioni di euro (da Bilancio Economico Preventivo 2019, Delibera Direttore Generale 224 del 24/06/2019).

4.4 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 Piani, programmi e accordi attuativi per la salute e il benessere sociale individuano le priorità strategiche nelle diverse aree di intervento sociale, socio-sanitario e sanitario relative ai servizi territoriali.

4.5 IL PERSONALE

L'Azienda UsI di Reggio Emilia rappresenta una delle principali aziende della provincia per numero di dipendenti (6.907 al 31/12/2019) e personale con rapporto di convenzione costituito da 330 medici di medicina generale (MMG), 89 pediatri di libera scelta (PLS), 134 medici di continuità assistenziale, 191 specialisti ambulatoriali, 20 MET (medici emergenza territoriale).

Personale dipendente per ruolo e genere al 31/12/2019

Ruolo	Maschi	Femmine	Totale	% Maschi	% Femmine
Sanitario	1.231	3.692	4.923	25,0	75,0
Professionale	13	6	19	68,4	31,6
Tecnico	339	870	1.209	28,0	72,0
Amministrativo	114	642	756	15,1	84,9
Totale	1.697	5.210	6.907	24,6	75,4

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 UsI 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 31/12/2019**

Categoria	Maschi	Femmine	Totale	% Maschi	% Femmine
Dirigenti medici e veterinari	515	567	1.082	47,6	52,4
Altri dirigenti (sanitari-APT)	74	176	250	29,6	70,4
Personale infermieristico	479	2.342	2.821	17,0	83,0
Personale tecnico sanitario	89	271	360	24,7	75,3
Personale della prevenzione	49	32	81	60,5	39,5
Personale della riabilitazione	49	322	371	13,2	86,8
Personale OTA - OSS	147	608	755	19,5	80,5
Ausiliari specializzati	3	6	9	33,3	66,7
Personale amministrativo	105	624	729	14,4	85,6
Altro personale	187	262	449	41,6	58,4
Totale	1.697	5.210	6.907	24,6	75,4

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, imbianchini, idraulici, operatori tecnici di farmacia, fattorini. È inoltre incluso il personale dedicato alla ricerca scientifica.

Come si evince dalle tabelle sopra riportate, le donne costituiscono il 75% di tutto il personale dipendente.

Il personale infermieristico rappresenta il 41% di tutto il personale dipendente, seguito da medici e veterinari (16%).

Personale dipendente al 31/12/2019 per fasce d'età e genere

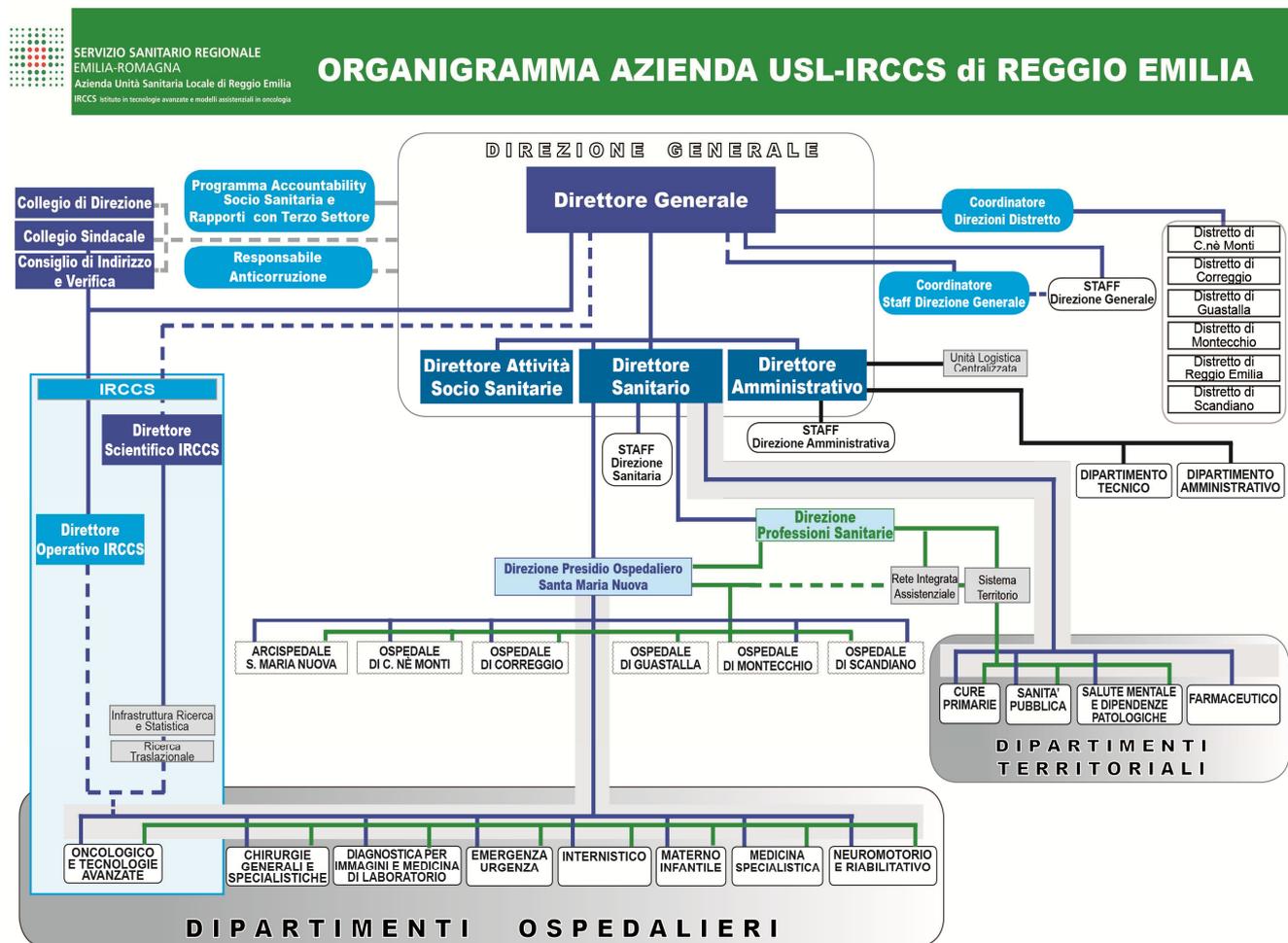
Età	Maschi	Femmine	Totale	% Maschi	% Femmine
≤35	248	821	1.069	23,2	76,8
36-44	400	1.086	1.486	26,9	73,1
45-54	508	1.903	2.411	21,1	78,9
55-64	509	1.367	1.876	27,1	72,9
≥65	32	33	65	49,2	50,8
Totale	1.697	5.210	6.907	24,6	75,4

La fascia d'età più rappresentata è 45-54 anni, corrispondente al 35% 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 27% del totale e subito dopo la fascia 36-44 anni (21,5%), mentre la fascia d'età più giovane (≤35 anni) rappresenta solo il 15,5% del totale. Questi dati evidenziano il progressivo invecchiamento del personale.

Per quanto riguarda il **turn-over del personale dipendente**, nel 2019 sono state registrate 383 uscite di personale assunto a tempo indeterminato, tra cui 162 pensionamenti, 76 trasferimenti ad altre Aziende, 104 dimissioni volontarie. La quota più rilevante di uscite ha riguardato il personale infermieristico (27%) seguito dal personale della Dirigenza medica e veterinaria (26%).

Il personale assunto a tempo indeterminato ha riguardato 289 unità, principalmente personale infermieristico (43%).



5. SOCIETÀ PARTECIPATE E CONTROLLATE

Il D.Lgs. n. 175/2016 “Testo Unico in materia di società a partecipazione pubblica” così come modificato dal D.Lgs. 100/2017, disciplina la costituzione di società da parte di amministrazioni pubbliche nonché l’acquisto, il mantenimento e la gestione di partecipazioni da parte delle PA.

L’ANAC con delibera n. 1134 del 8/11/2017 “Attuazione della normativa su prevenzione corruzione e trasparenza da parte delle società partecipate della PA” disciplina, tra gli altri, gli obblighi di trasparenza in capo alle società ed enti di diritto privato partecipati e controllati dalle pubbliche amministrazioni, attribuendo a queste ultime l’obbligo di attuazione di quanto previsto all’art. 22, comma 1, del D.Lgs. 33/2013 e s.m.i.

La Regione Emilia Romagna, della quale l’Azienda UsI è Ente strumentale, ha attivato, nel corso del 2018, un processo di ricognizione, revisione e razionalizzazione delle società Cup 2000 Scpa e Lepida Spa. Con L.R. n. 1 del 16/3/2018 recante “Razionalizzazione delle società in house della Regione Emilia Romagna” si è configurata l’aggregazione tra Lepida S.p.A. e Cup 2000 S.c.p.A nei termini di una fusione per incorporazione di Cup 2000 S.c.p.A. (incorporata) in Lepida S.p.A. (incorporante) ai sensi degli artt. 2502 e ss. del codice civile, prevedendo altresì la trasformazione dell’incorporante in società consortile per azioni.

L'Azienda Usl, con Delibera del Direttore Generale n. 377 del 12/10/2018, ha approvato il Progetto di fusione per incorporazione di CUP 2000 S.c.p.A. in Lepida S.p.A. con la contestuale trasformazione eterogenea dell'incorporante in società consortile per azioni.

Dal 1 gennaio 2019 ha avuto luogo la fusione per incorporazione della Società Cup 2000 S.c.p.A. nella Società Lepida S.c.p.A.

La compagine sociale di Lepida S.c.p.A. si compone di 441 Enti, tra cui Lepida S.c.p.A. stessa, la Regione Emilia-Romagna, tutti i 328 Comuni del territorio della regione Emilia-Romagna, tutte le 9 Province emiliano romagnole oltre alla Città Metropolitana di Bologna, tutte le 4 Università dell'Emilia-Romagna, tutte le 12 Aziende Sanitarie e Ospedaliere della regione, l'Istituto Ortopedico Rizzoli, 41 Unioni di Comuni, 9 Consorzi di Bonifica, 21 ASP (Azienda Servizi alla Persona), 4 ACER (Azienda Casa Emilia-Romagna), 2 Consorzi Fitosanitari, 4 Enti Parchi e Biodiversità, l'ATERSIR (Agenzia territoriale dell'Emilia-Romagna per i servizi idrici e rifiuti), l'ARPAE (Agenzia regionale per la prevenzione, l'ambiente e l'energia dell'Emilia-Romagna), l'Autorità di sistema portuale del mare adriatico centro-settentrionale e l'Azienda speciale servizi del comune di Cavriago. Il socio di maggioranza è la Regione Emilia-Romagna con una partecipazione pari al 95,6412% del Capitale Sociale.

L'Azienda Usl di Reggio Emilia detiene una partecipazione azionaria in Lepida S.c.p.A. pari allo 0,0172% del capitale sociale.

Le informazioni dettagliate e la documentazione relativa alle società partecipate dell'Azienda Usl sono pubblicate nel sito aziendale "Amministrazione Trasparente" – sezione: "Enti Controllati" sotto-sezione: "Società Partecipate".

L'Azienda Usl di Reggio Emilia detiene altresì una quota sociale della FIASO (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere).

6. COINVOLGIMENTO DEGLI ORGANI DI INDIRIZZO

6.1 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.

Il nuovo Atto Aziendale, di cui più diffusamente si è detto 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 **scelte organizzative** che consentissero di perseguire con efficacia gli obiettivi strategici. In particolare si è provveduto alla:

- nomina del Responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione, per la trasparenza e integrità nella figura apicale del Direttore di Dipartimento Amministrativo;
- 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, il Dipartimento di Sanità Pubblica, il Coordinamento socio-sanitario, il Responsabile del Servizio Ispettivo e del Servizio legale, il

Servizi che si occupano di gestione del personale, i Servizi che si occupano di appalti, il Servizio Affari Generali, la funzione di Staff Accountability e Performance, il Servizio Tecnologie Informatiche e Telematiche. Oltre al Responsabile del Servizio Ispettivo farà parte del Comitato anche la responsabile dell'Ufficio Audit Interno costituito nel dicembre 2018. La decisione assunta va nella direzione di raccordare sempre più le diverse funzioni di controllo che operano all'interno dell'Azienda.

- 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 negli adempimenti 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:

A) 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).

B) Obiettivi di budget e monitoraggio 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.

I precedenti Piani ponevano l'accento su alcuni ambiti ritenuti particolarmente critici intorno ai quali occorre rafforzare le misure di prevenzione del rischio: sistema dei controlli, delle ispezioni e delle verifiche; rapporti contrattuali con privati accreditati; attività libero professionale e gestione delle liste d'attesa; farmaceutica, dispositivi medici e rapporti con i fornitori; gestione delle sperimentazioni.

Diversi strumenti in questi settori sono già operativi e altri sono stati implementati come previsto. 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 2018/2019 alcuni obiettivi riferiti a:

- Informazione farmaceutica: Adesione agli indirizzi e le direttive in materia d'informazione scientifica promosse dalla regione Emilia-Romagna;
- 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;
- Monitoraggio: Esito delle verifiche del monitoraggio relativo alla prevenzione della corruzione, e alla trasparenza.

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.

Anche in sede di percorso di approvazione del **budget 2020/2021** verrà prevista specifica sezione dedicata ad anticorruzione e trasparenza in cui saranno definiti obiettivi da attribuire alle strutture

aziendali che andranno ad aggiungersi alle misure già inserite nel Piano della Performance individuate da O.I.V. regionale come appresso verrà meglio precisato.

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). 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").

6.2 COORDINAMENTO CON IL CICLO DELLA PERFORMANCE

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, 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 2018-2020 e vengono rendicontati nelle Relazioni annuali sulla performance.

Si tratta degli indicatori:

- *% sintetica di assolvimento degli obblighi di trasparenza (attestazione annuale OIV in merito alla verifica effettuata dagli OAS sulla griglia ANAC);*
- *% di spesa gestita su contratti derivanti da procedure sovraziendali.*

Per approfondimenti si rimanda al Piano della performance 2018-2020 e alla Relazione sulla performance 2018 pubblicati nel sito internet aziendale in Amministrazione Trasparente - sezione "Performance".

7. 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;
- adotta, su proposta del Responsabile, entro il 31 gennaio di ogni anno, il piano triennale della prevenzione della corruzione;
- garantisce al Responsabile 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. 371/2017, il Direttore Generale ha rinnovato l'incarico al Responsabile per la prevenzione della corruzione, per la trasparenza e l'integrità (di seguito RPCT), scelto tra i dirigenti amministrativi di ruolo in servizio. 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, ulteriormente rafforzata dall'unificazione delle due aziende sanitarie provinciali, 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	
Stefania Gherri	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
Silvia Filippi	Servizio Affari Generali
Maurizia Massari	Direzione Attività Socio-Sanitarie
Sara Baruzzo	Responsabile Accountability e performance
Gianluca Rivi	Responsabile Servizio Ispettivo
Daniela Bedeschi	Staff Sviluppo Risorse Umane
Ivano Massirio	Dipartimento Sanità Pubblica
Cinzia Armani	Responsabile Amministrativo Dipartimento Salute Mentale
Maurizia Gambarelli	Servizio Approvvigionamenti
Alessandro Bertinelli	Servizio Appalti e Patrimonio
Roberto Caroli	Direzione Professioni Sanitarie
Laura Cavazzuti	Direzione medica Ospedaliera
Marina Coccolini	Direzione Presidio Ospedaliero
Barbara Gilioli	Ufficio Privacy
Francesca Fratto	Staff Programmazione e Controllo
Alessia Gazzani	Servizio Gestione Giuridica del Personale
Elisa Morini	Responsabile Ufficio Audit interno

I componenti il Comitato svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile per favorire ulteriormente l'acquisizione di elementi utili e riscontri sull'intera organizzazione. Nello specifico, il Comitato aziendale supporta il Responsabile 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 Responsabile, 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: successivamente alla fusione tra le due Aziende sono stati aggiornati i referenti per ogni servizio/dipartimento dell'Azienda che 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. Il nuovo impianto organizzativo che si è venuto a costruire dovrà consentire 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 assumendo 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.

Con la citata delibera ANAC 1208/2017 si pone nuovamente particolare attenzione al ruolo che gli O.I.V. svolgono all'interno dei processi che governano trasparenza, performance ed anticorruzione.

L'Autorità dichiara la propria intenzione di *"richiedere le attestazioni entro il 30 aprile di ogni anno, scadenza utile per la presentazione da parte degli O.I.V. dei documenti della performance."*; anticipa inoltre che *"saranno oggetto di attestazione sia la pubblicazione del PTPC sia l'esistenza di misure organizzative per assicurare il regolare funzionamento dei flussi informativi ai fini della pubblicazione dei dati nella sezione Amministrazione trasparenza"*.

Compiti e modalità di funzionamento sono indicate nelle delibere O.I.V. regionale n. 1/2014, n. 2/2015 e n.3-4/2016.

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. L'O.A.S. della Azienda unica si è costituito con delibera n.11 del 15/01/2018.

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.

8. MISURE IN ATTO PER LA RIDUZIONE DEL RISCHIO

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 2019 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

Ulteriori 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: oltre a quanto già da tempo funzionante ed utilizzato (protocollo informatico, gestione informatica del percorso decisionale - delibere e atti -), nel corso del 2016 è stato implementato il percorso informatizzato dei processi documentali con particolare riferimento al workflow con la messa a punto dei supporti necessari per utilizzare in modo generalizzato il c.d. "fascicolo elettronico" ora attivato in fase sperimentale in alcuni processi aziendali principalmente riguardanti i servizi amministrativi (es. accesso agli atti, sedute degli organi aziendali);
- h) oltre all'informatizzazione, ormai attiva da diversi anni, si evidenzia l'avvenuto completamento del processo di dematerializzazione del ciclo passivo relativo agli acquisti Magazzino Farmaceutico e la 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.

Relativamente alla misura di cui al punto g) si precisa che i processi gestiti con procedure informatiche sono: gestione gare e appalti, gestione concorsi e selezioni pubbliche, gestione incarichi, gestione economica e giuridica del personale, gestione dell'intero processo del ciclo passivo, gestione dei magazzini farmaceutici ed economici, gestione finanziaria pagamenti, gestione erogazione del farmaco (per ricordare i principali). Le applicazioni consentono di gestire il ciclo di vita delle informazioni di ogni processo, la configurazione di profili utente autorizzativi, un registro di modifiche apportate dagli incaricati.

Nel sito Amministrazione trasparente, sezione "Altri contenuti", vengono implementate ulteriori informazioni rispetto a quelle previste obbligatoriamente (art. 1, comma 9 lettera f, Legge n. 190/2013) in ordine ad una esaustiva rappresentazione della realtà aziendale. Per maggiori dettagli si rinvia alla "Sezione Trasparenza".

8.1 ANAGRAFICA UNICA DELLE STAZIONI APPALTANTI

Individuazione RASA

Già 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). In considerazione del comunicato del Presidente di ANAC del 20 dicembre 2017 emanato sull'argomento, si conferma quindi l'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. Tale obbligo informativo - consistente nella implementazione della BDNCP presso l'ANAC dei dati relativi all'anagrafica della stazione appaltante, della classificazione della stessa e dell'articolazione in centri di costo - sussiste fino alla data di entrata in vigore del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti previsto dall'art. 38 del nuovo Codice dei contratti pubblici (cfr. la disciplina transitoria di cui all'art. 216, co. 10, del d.lgs. 50/2016). Il PNA 2016 precisa che l'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

8.2 INDIVIDUAZIONE GESTORE DELLE SEGNALAZIONI NORMATIVA 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'attuale sistema normativo non ci chiede particolari attività aggiuntive, né particolari adempimenti burocratici, ma di porre attenzione a quelle situazioni "anomale" che potremmo riscontrare ogni qualvolta svolgiamo attività che **direttamente od indirettamente hanno conseguenze di natura economica all'esterno dell'organizzazione o possono determinare vantaggi economici nei confronti di terzi** (es. appalti, autorizzazioni, concessioni, erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzioni di vantaggi economici di qualunque genere, finanziamenti, controlli, progetti di ricerca, sponsorizzazioni ecc.¹).

L'Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia ha individuato già da alcuni anni il proprio "gestore". Infatti con delibera DG AUSL n 175 del 18.11.2016 è stata individuata la Dr.ssa Maurizia Gambarelli, Dirigente Amministrativo c/o il 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.

Come anticipato in precedenza ("Contesto Esterno"), nel corso del 2019 l'Assessorato alla Sanità della Regione Emilia Romagna ha dato un nuovo impulso all'attività di prevenzione del fenomeno del riciclaggio, con la costituzione di un Gruppo di coordinamento delle Aziende Sanitarie e l'organizzazione di 4 eventi formativi specificatamente rivolti al mondo della sanità con la presenza dell'Unità Informazione Finanziaria UIF. La nostra Azienda Sanitaria a marzo 2019 ha perfezionato l'iscrizione dell'ente alla Piattaforma INFOSTAT – UIF, attivata per ricevere le comunicazioni di operazioni sospette, con indicazione del nominativo del Gestore.

All'interno di questo rinnovato impulso, fortemente caldeggiato anche dai rappresentanti del UIF presenti agli incontri formativi, a fornire un maggior contributo alla prevenzione, il Gestore dell'AUSL

¹ Art 10 comma 1 Dlgs 231/2007 smi. Le disposizioni di cui al presente articolo si applicano agli uffici delle Pubbliche amministrazioni competenti allo svolgimento di compiti di amministrazione attiva o di controllo, nell'ambito dei seguenti procedimenti o procedure: a) procedimenti finalizzati all'adozione di provvedimenti di autorizzazione o concessione; b) procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi secondo le disposizioni di cui al codice dei contratti pubblici; c) procedimenti di concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzioni di vantaggi economici di qualunque genere a persone fisiche ed enti pubblici e privati.

ha convocato un incontro il 7 novembre 2019, cui hanno partecipato i Direttori Responsabili di Dipartimento/Distretto/Presidio/Servizio, nonché i RUP dei servizi Appalti, Tecnico e Approvvigionamenti, per un totale di 72 persone. L'incontro ha avuto un carattere preminentemente divulgativo per rendere sensibili al problema le strutture dell'azienda che potenzialmente possono essere le più "sensibili".

A questo primo intervento, nel corso del 2020 seguiranno tavoli di confronto e condivisione, anche per settori omogenei, per mettere in pratica le istruzioni e gli indicatori UIF .

A fronte dell'impulso impresso nel 2019 e a naturale esito dell'incontro divulgativo aziendale, quindi, il Gestore dell'AUSL di Reggio Emilia, in accordo con il RPCT , ha proposto alcune priorità di intervento sul tema per il 2020.

Come già anticipato le disposizioni di cui all'art 10 del D.Lgs. 231/07 si applicano agli uffici delle Pubbliche Amministrazioni competenti allo svolgimento di compiti di **amministrazione attiva o di controllo**, nell'ambito dei seguenti procedimenti o procedure:

- a) procedimenti finalizzati all'adozione di provvedimenti di autorizzazione o concessione
- b) procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi
- c) procedimenti di concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzioni di vantaggi economici

L'attuale sistema normativo chiede di porre attenzione al fatto che mentre svolgiamo queste attività potremmo accorgerci di alcune situazioni anomale che potrebbero nascondere fenomeni di riciclaggio e quindi essere meritevoli di approfondimento e comunicazione alla Unità Informazione Finanziaria (UIF).

Pertanto relativamente ai procedimenti/procedure indicati ci si attiverà per coinvolgere attivamente il personale maggiormente coinvolto (in particolare: RUP, Istruttori, Referenti, Direttori di Servizio) secondo il modello a rete già definito.

Di seguito le linee di intervento programmate per il 2020:

- 1) mappare i procedimenti che possono avere rilievo anche per l'antiriciclaggio, tra quelli indicati all'art.10, comma 1 lett. B) del D.Lgs.n.231/2007. A tal fine si inizierà con i processi inseriti nell'allegato 1 "Contratti Pubblici" del PTPCT 2020-2022. Tenuto conto che non sono ancora pubblicate le linee guida per la mappatura e la valutazione dei rischi di riciclaggio e finanziamento del terrorismo, saranno definite metodologie aziendali per l'analisi e valutazione rischi;
- 2) rendere gli operatori in grado di riconoscere le situazioni di anomalia. Tenuto conto di quanto stabilito dal citato decreto, si ritiene necessario che l'utilizzo degli indicatori UIF da parte degli operatori sia supportato da un adeguato processo formativo². Si tratta quindi di analizzare l'elenco degli indicatori di anomalia, cercando di fare una selezione con proposte di eventuali nuovi indicatori, per calarli meglio all'interno dell'organizzazione. L'esito sarà la creazione di una griglia di agevole consultazione, strumento pratico per gli operatori, frutto di una analisi condivisa tra istruttori e responsabili di procedimento;
- 3) verificare che la procedura aziendale adottata agevoli il percorso interno di raccolta delle informazioni necessarie per l'invio delle comunicazioni e consenta la tracciabilità del percorso di valutazione delle segnalazioni di primo livello. L'Azienda USL ha approvato la procedura PR06 del 2.07.2018 recante "*Segnalazione ed eventuale comunicazione di Operazione Sospetta di riciclaggio e finanziamento del terrorismo*", trasmessa alle strutture aziendali con nota prot. n 90593 del 9.08.2018. Fermo restando la discrezionalità aziendale nella definizione del modello organizzativo idoneo alla prevenzione del riciclaggio, nel corso del

² Art 10 Dlgs 231/07 co 5 Le Pubbliche amministrazioni responsabili dei procedimenti di cui al comma 1, nel quadro dei programmi di formazione continua del personale realizzati in attuazione dell'articolo 3 del decreto legislativo 1° dicembre 2009, n. 178, adottano misure idonee ad assicurare il riconoscimento, da parte dei propri dipendenti delle fattispecie meritevoli di essere comunicate ai sensi del presente articolo.

2020 occorre verificare la coerenza della procedura citata, basata su due distinte figure il Referente Antiriciclaggio/Direttore Responsabile di Servizio e il Gestore, con il modello organizzativo proposto da UIF per le Aziende sanitarie in occasione di uno degli incontri formativi;

- 4) predisporre una pagina intranet specifica sull'argomento in cui pubblicare tutti i documenti attinenti la materia: normativa (nazionale/internazionale), procedura aziendale, modulistica, indicatori di anomalia, documentazione a carattere divulgativo, diffusione dei contenuti della formazione, ecc. per agevolarne la consultazione e l'eventuale concreto utilizzo.

8.3 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.

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, come si è detto condivise anche da ANAC, 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'evoluzione organizzativa che si è intrapresa a partire dal 2015, per poi meglio consolidarsi nel corso del successivo biennio 2016-2017, ha portato ad avere significativi cambiamenti ai vertici dei diversi Servizi / Dipartimenti Tecnici, Amministrativi e di supporto anche con specifico riferimento alle funzioni considerate potenzialmente più a rischio.

Il processo di unificazione con decorrenza 01/07/2017, ha previsto, come da proposta di Legge Regionale, che andasse ad approvare un **nuovo Atto Aziendale** che regolamentasse il nuovo soggetto istituzionale che si costituisce. L'atto è stato adottato con deliberazione 239/2018 e

definitivamente approvato dalla Giunta Regionale con deliberazione 1611 del 1/10/2018. Sul tema si è disposto 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.

Una regolamentazione più sistematica, tuttavia, potrà essere operata quando saranno ancor meglio definiti i presupposti fondamentali di funzionamento di tutte le strutture all’interno dell’Azienda unificata e in specifici documenti attuativi 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 saranno i principali criteri che verranno seguiti per attuare con modalità più sistematiche e programmate le misure in argomento.

1) Identificazione delle funzioni a rischio corruzione

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

- contratti pubblici;
- incarichi e nomine;
- gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;
- gestione attività libero professionale e liste d’attesa;
- rapporti contrattuali con privati accreditati;
- farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- affari legali e contenzioso;
- attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.

La regolamentazione definirà anche, in base al citato principio di gradualità, su quali funzioni si interverrà prioritariamente.

2) Caratteristiche della rotazione

Saranno 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;
- 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 interessato, avendo riguardo al tipo di rischio connesso, alle specifiche attività e al momento in cui si opererà la misura.

Rotazione personale dirigenziale

L’esplicitazione dei criteri del conferimento degli incarichi dirigenziali sarà prevista negli atti organizzativi successivi all’approvazione dell’ Atto Aziendale di recente introduzione.

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.

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 altre 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.

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). Anche in previsione dell'adozione di questo Piano il Responsabile dell'anticorruzione ha nuovamente 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. La rotazione deve comunque avvenire in modo da tener conto delle specificità professionali in riferimento alle funzioni ed in modo da assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa, sempre garantendo la qualità delle competenze professionali necessarie per le attività concorsuali ad elevato contenuto specialistico. 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 dei 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, mentre ciò risulta più difficoltosa con i collaboratori assegnati ad altri uffici, in considerazione delle funzioni fortemente specialistiche. 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 fatta una rendicontazione mensile in cui si evidenzia chi ha inserito e chi ha controllato, 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) e quanto effettivamente erogato in busta paga. Lo stesso si verifica con le voci accessorie (es: indennità di turno, indennità festive, mensa, ecc) che vengono trasferite in automatico dalla procedura delle presenze al software di gestione delle risorse umane (GRU). Anche di queste attività di controllo e quadratura viene data evidenza con rilevazioni mensili in cui si distingue chi ha controllato e che cosa.

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.

Sia la rotazione del personale nell'ambito del Servizio che il controllo dei cedolini risultano da idonea documentazione certificata annualmente dal Direttore del Servizio.

- **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 che dopo adeguata formazione subentreranno 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 Intercenter 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. L'impianto delineato è caratterizzato da un processo che vede coinvolte professionalità multidisciplinari nel senso cioè che sono espressione di ambiti tecnico/professionali diversi e appartenenti inoltre anche a diverse aziende sanitarie in ambito di Area Vasta o 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.

È inoltre di fondamentale importanza a questo fine evidenziare come la configurazione del sistema degli appalti che si è consolidata a livello nazionale ma soprattutto a livello regionale sempre più contribuisce a suddividere in modo netto le diverse fasi in cui si compone il processo di selezione del contraente.

Il modello di riferimento quindi 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 andranno ad aggiungere alla norme già codificate in materia di gestione della programmazione degli acquisti che è in capo, come già ricordato, alla Centrale di Committenza Regionale. L'organizzazione quindi sempre più integra quanto suggerito nel PNA 2016 in ordine a possibili misure anticorruzione nella fase di programmazione degli acquisti.

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 e 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 potenziata 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 viene introdotta dal 2020 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 e la verifica 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, da parte del personale amministrativo, a cadenza settimanale sulle giacenze dei farmaci da frigo ad alto costo. Anche per questi controlli l'operatore che effettua le verifiche viene individuato a rotazione tra tutto il personale amministrativo di ULC. Il sistema informatico estrae a campione un pannello di prodotti da frigo e ad alto costo per il controllo settimanale in modo tale da consentire, al termine di ogni mese, il controllo di tutti i prodotti appartenenti a questa tipologia presenti in magazzino. In questo controllo vengono anche compresi alcuni altri prodotti da frigo sempre estratti a campione. Qualora si riscontrino variazioni inventariali di giacenze fatte da operatori della ditta appaltante, occorrerà verificare e risalire ai movimenti che possono avere causato il disallineamento partendo dai dati presenti nell'ultimo conteggio effettuato e non possono essere accettate le variazioni inventariali prima di avere capito l'origine dell'errore. Della risultanza dei conteggi deve essere redatto verbale firmato da chi ha eseguito il controllo e 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.

Nel mese di ottobre del 2019 è stata anche attivata la rotazione delle attività dei Farmacisti di ULC, in particolare sono state ruotate le aree di referenza provinciale, assegnando ad ognuno una nuova area.

Per l'anno 2020 si valuterà l'attivazione di una progressiva rotazione del personale amministrativo rispetto alle attuali aree di competenza.

8.4 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 generale³, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali interni⁴ 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, non tutti presenti nel precedente, 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 di 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).*

³ Medici di medicina generale, medici di continuità assistenziali, medici dei servizi territoriali e medici dell'emergenza sanitaria territoriale.

⁴ Medici, veterinari, biologi, chimici, psicologi.

- ✓ *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).*
- ✓ *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 2020 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 nuovo codice di Comportamento (All. 3)

8.5 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 nuovo "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.

Il sopra citato Regolamento ha previsto che il dipendente, in sede di presentazione dell'istanza oggetto di preventiva autorizzazione/comunicazione, acquisisca dal Direttore della struttura organizzativa di appartenenza/Responsabile sovraordinato il nulla osta preventivo in merito all'insussistenza di incompatibilità di fatto, conflitto d'interessi anche potenziali e incompatibilità organizzativa. In aggiunta, per il personale medico afferente al Presidio Ospedaliero Provinciale S. Maria Nuova, è prevista anche l'acquisizione del nulla osta preventivo del Direttore Amministrativo del Presidio Unico Ospedaliero.

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. Nel corso del 2017 si è provveduto ad implementare un'unica banca dati informatizzata, che 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.

9. MISURE SPECIFICHE ULTERIORI

In relazione, inoltre, alle successive misure che Anac ha inteso indicare intervenendo anche in modo specifico sulla Sanità, si portano in evidenza di seguito quelle più significative che, in questa Azienda, sono state adottate o che sono in corso di perfezionamento e che concorrono a costruire un sistema aziendale costantemente orientato a ridurre il verificarsi di eventi corruttivi in senso stretto ma anche di cattiva gestione in senso più ampio.

9.1 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC)

Il Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) è stato avviato con i Decreti Ministeriali 17 settembre 2012 e 1 marzo 2013.

L'Azienda ha iniziato già nel corso del 2015 a sviluppare il "Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC) dei dati e dei bilanci delle aziende e degli enti del SSN".

Il percorso si inserisce all'interno di un processo guidato e coordinato dalla Regione Emilia – Romagna al fine di contribuire in modo significativo a più ordini di obiettivi:

- 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.

Con la Delibera di Giunta Regionale n. 865 del 24 giugno 2013 è stato approvato dalla Regione Emilia Romagna il documento PAC che è stato successivamente aggiornato con DGR n. 150 del 23 febbraio 2015 a seguito della approvazione da parte del Ministero (22 ottobre 2014).

Con DGR 1562 del 16 ottobre 2017 sono poi state approvate le linee guida regionali per le aziende del SSR e con DGR 2119 del 20 dicembre 2017 il regolamento interno di organizzazione e disciplina contabile e il manuale delle procedure e istruzioni operative della GSA e del bilancio consolidato del SSR.

Nel PAC sono individuate le aree di intervento (requisiti generali, patrimonio netto, immobilizzazioni, rimanenze, crediti e ricavi, disponibilità liquide, debiti e costi) e il cronoprogramma ne ha definito gli obiettivi, le azioni e i relativi tempi di realizzazione a carico delle aziende. Il rispetto delle azioni e della relativa tempistica sono stati obiettivi specifici posti in capo alle Direzioni Aziendali da parte della Regione. Nel 2017 si era conclusa la fase di adozione di tutte le procedure previste dal progetto Regionale nonché di verifica da parte del Collegio Sindacale, attraverso le Revisioni Limitate, dell'adeguatezza del sistema di controllo interno aziendale attraverso le azioni e l'attuazione del

PAC. L'Azienda aveva puntualmente riscontrato alla Regione in merito allo stato di avanzamento del PAC evidenziando le attività svolte e i livelli di implementazione conseguiti.

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.

9.2 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, molto sentito dai cittadini che ne sono i fruitori e, di conseguenza, dai mass-media. 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 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.

Già dal 2009 con la Delibera di Giunta Regionale (DGR) n. 1035 la Giunta Regionale dell'Emilia-Romagna ha approvato la Strategia regionale per il miglioramento dell'accesso ai servizi di specialistica ambulatoriale, in applicazione della DGR n. 1532/2006. A queste si devono aggiungere: "Il Piano Nazionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019 -2021" e il Piano regionale di governo delle liste di attesa per il triennio 2019-2021 (DGR N. 603/2019) per rispondere ai quali le Aziende Sanitarie sono chiamate a garantire i 30 giorni di attesa effettivi per le visite e 60 giorni per la diagnostica per almeno il 90% delle prestazioni elencate nello stesso Piano Regionale di contenimento dei tempi di attesa e per almeno l'80% di tutte le altre prestazioni. Con la delibera regionale 1735/2014 e successiva delibera 1056/2015 sono state definite le azioni da intraprendere per il raggiungimento degli obiettivi che consentano di avvicinare il paziente al sistema di cura ed in particolare, con la DGR 603/2019 (Piano regionale di governo dei tempi di attesa), di prendere effettivamente in carico il paziente che necessita di controlli a breve o approfondimenti diagnostici. È stato impostato 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.

Questo sistema è stato ulteriormente implementato negli ultimi due anni, in relazione a precisi obiettivi che la Giunta Regionale si è prefissata impegnandosi per abbattere i tempi di attesa per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale e alle prestazioni di ricovero. A tal fine sono state fornite precise indicazioni alle direzioni generali e obiettivi specifici alle aziende sanitarie per la programmazione dell'attività a partire da marzo 2015.

La scrivente Azienda ha pertanto adottato a fine 2014 un "Programma straordinario interaziendale per il contenimento dei tempi di attesa", e successivamente nel 2019 il "Programma attuativo aziendale per il governo delle liste di attesa", triennale in applicazione alla delibera 603/2019, per semplificare gli accessi e assicurare la presa in carico da parte dello specialista in caso di patologie croniche o in caso di necessità di approfondimenti diagnostici .

In particolare 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 9 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 con proiezione a + 9 settimane e l’indice di performance. Dal 2016 il report è inviato anche alle Direzioni Sanitarie delle strutture private accreditate che in un’ottica di co-responsabilizzazione, controllano quotidianamente la disponibilità delle prestazioni. La reportistica ha subito a fine 2019 una riorganizzazione sia strutturale che di destinatari dell’informazione;
- garanzia di maggiore apertura di presidi ambulatoriali pubblici con estensione dell’orario e delle giornate (anche durante il fine settimana) 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);
- miglioramento dei percorsi di accesso e di presa in carico del paziente;
- miglioramento dell’accessibilità alle cure specialistiche, attraverso programmi per il potenziamento dell’offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali che, nel rispetto dell’appropriatezza prescrittiva, determinino un aumento della produzione ed un avvicinamento del paziente al sistema di cura e di assistenza;
- definizione di protocolli di appropriatezza condivisi con i professionisti ospedalieri ed MMG per alcune prestazioni monitorate (visita pneumologica, cardiologica, otorinolaringoiatrica, endocrinologica, RMN e TAC, ecodoppler, visita oculistica, visita fisiatrica, ortopedica e reumatologica, visita gastroenterologica, prestazioni di endoscopia digestiva);
- attivazione di un sistema informatico (CliniKa) che attraverso una ricerca semantica a partire dalle regole definite dal protocollo di appropriatezza e dalle ricette emesse dai professionisti, registra mensilmente l’indice di appropriatezza delle richieste sia dei MMG che medici ospedalieri e convenzionati;
- inserimento nelle schede di Budget dei dipartimenti clinici di indicatori che monitorano l’indice di appropriatezza riferito ai protocolli già definiti;
- consolidamento delle refertazioni in remoto, già attive da anni nelle due Aziende per le prestazioni di diagnostica per immagini ed ECG, attraverso il progetto di telecardiomedicina con i Medici di Medicina Generale (MMG).

Sono attive 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 prestazioni e per fornire il giustificativo della eventuale mancata presentazione all'appuntamento.

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 (ad esempio erano presenti pazienti che si erano fatti operare in altra sede o avevano optato per il non intervento);
- 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).

Gli indicatori erano quelli previsti dal "progetto mattoni" 2005-2008.

In conformità alle indicazioni della delibera regionale summenzionata l'Azienda di Reggio Emilia ha operato una scelta organizzativa finalizzata alla gestione complessiva di questi aspetti: è stata infatti 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 della procedura aziendale avente per oggetto: “Gestione delle liste di attesa dei ricoveri programmati” codice PR01 (anno 2017) i cui contenuti sono coerenti con le indicazioni regionali;
- sistematica revisione delle liste di attesa dei ricoveri chirurgici programmati effettuata nell’anno 2017 e previsione di una modalità di manutenzione routinaria delle liste d’attesa per il biennio 2018-2019, da effettuarsi in subordine ai codici di priorità, con tracciatura informatizzata di tutte le annotazioni sullo stato dei pazienti (es. rifiuto, modifiche codici priorità ecc.);
- predisposizione della procedura di pre ricovero;
- formazione del personale;
- standardizzazione del numero di interventi per seduta.

Nell’anno 2019 sono state predisposte verifiche sulla immissione in lista di attesa dei pazienti che hanno effettuato una visita libero professionale per valutare eventuali favoritismi e disparità di trattamento: tale verifica, effettuata in sede di monitoraggio, non ha evidenziato particolari criticità.

Nel corso del 2019 è stata modificata la scheda di proposta di ricovero per intercettare in modo sistematico le visite chirurgiche provenienti da attività libero professionale così da poter verificare il tempo di attesa per intervento chirurgico tra coloro che hanno effettuato una visita libero professionale e coloro che hanno effettuato una visita in regime istituzionale.

Infine, è previsto un ulteriore sviluppo del software messo a disposizione dalla Regione (SIGLA 2.0) con l’obiettivo, per tutti gli stabilimenti ospedalieri dell’azienda, di omogeneizzare e rendere automatici i codici di immissione in lista dei pazienti programmati, a parità di patologia, con la possibilità di apportare modifiche solo esplicitandone le motivazioni cliniche, ciò per garantire equità di accesso e contenimento dei tempi di attesa, l’Azienda è altresì impegnata a definire la medesima procedura di pre-ricovero, che regolamenti anche il percorso anestesilogico, quale altra misura utile ad intervenire efficacemente sulla consistenza delle liste di attesa.

9.3 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., 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).

L’art. 2, comma 3, del Decreto 17 dicembre 2004 sulla ricerca indipendente o no-profit prescrive che le Aziende Sanitarie, su indicazioni delle Regioni, adottino le misure necessarie affinché venga costituito un fondo “ad hoc” per l’approvvigionamento di farmaci e la copertura di eventuali spese aggiuntive per l’effettuazione di studi indipendenti, qualora considerati dal Comitato Etico rilevanti e come tali parte integrante della assistenza sanitaria, in quanto attribuiscono all’atto medico non solo una funzione assistenziale, ma anche una valenza di ricerca per acquisire nuove conoscenze: ricerca quindi non come atto separato, ma momento integrante e strutturale del processo assistenziale.

Viene qui richiamato anche il Dossier 183/2009 “I Comitati etici locali in Emilia – Romagna” dove al paragrafo 2.4 (Utilizzo degli introiti delle sperimentazioni) viene ribadita la competenza del Comitato

Etico a valutare la congruità dell'utilizzo degli introiti provenienti dagli studi sponsorizzati, ai sensi dell'art. 6, comma 2, lett. l) del D.Lgs. 211/2003.

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, iniziata nel 2016, è proseguita nel corso del 2017 e del 2018 quale specifico obiettivo che la Direzione Aziendale ha dato alla Direzione Scientifica e ai Dipartimenti Clinici al fine di 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; 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 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.1).

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.

9.4 INFORMAZIONE SCIENTIFICA SUI BENI FARMACEUTICI

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 nuova 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. Tra le principali indicazioni che possono essere considerate ai fini del presente Piano, come misure ulteriori di prevenzione di fenomeni in senso lato corruttivi, si evidenziano: la obbligatoria identificazione degli informatori, la separazione tra orario di attività assistenziale e orario di ricevimento degli stessi, la promozione di incontri collegiali tra operatori ed informatore con richieste chiare e rendicontazione dei contenuti dell'incontro stesso.

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. In attesa di nuove indicazioni regionali in materia l'Azienda, attraverso un apposito Gruppo di lavoro, ha 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 e 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. Il documento di cui è stata predisposta specifica sezione accessibile dalla internet aziendale definisce in maniera dettagliata il percorso e le modalità di accesso degli *specialist*. Nel corso del 2019 è proseguito, inoltre, il monitoraggio informatizzato dell'attuazione della procedura aziendale. 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 che hanno registrato una semplificazione e una omogeneizzazione delle procedure. Nel corso del 2020 pertanto l'Azienda si impegnerà a rendere operativo il nuovo sistema. Nel medesimo contesto è stata regolamentata, con modalità stringenti, 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.

In area Intranet è disponibile apposita sezione per tali richieste come riportato nella Istruzione operativa denominata "*Gestione campioni gratuiti nella Vigilanza Dispositivi Medici*".

9.5 DECESSO INTRAOSPEDALIERO

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

Tuttavia, i recenti fatti 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 di pompe funebri, hanno indotto la Giunta Regionale a rivedere e rafforzare le misure adottate con precedenti disposizioni.

E' stata approvata con DGR n.1678/2019 una Direttiva Regionale ad oggetto "Riordino dell'esercizio dell'attività funebre e di accreditamento delle imprese funebri operanti in strutture sanitarie pubbliche e private accreditate" che ha lo scopo di operare un controllo con modalità informatizzate della gestione dei servizi funebri che si svolgono all'interno delle strutture ospedaliere garantendo le stesse modalità su tutto il territorio regionale. E' prevista l'implementazione di una piattaforma per l'accREDITAMENTO delle imprese di pompe funebri e dei loro rappresentanti autorizzati ad entrare nelle strutture ospedaliere. L'attività sarà poi tutta tracciata informaticamente.

Con il provvedimento si è inteso potenziare l'azione di prevenzione della corruzione legata alle attività successive al decesso nelle strutture di ricovero e costituire al contempo un deterrente per la messa in atto di operazioni illegali e uno strumento per un controllo immediato e più efficace per l'azienda sanitaria.

Nel corso del 2020, secondo le indicazioni operative che perverranno dalla Regione, l'azienda attiverà il nuovo sistema di gestione del percorso post decesso intraospedaliero.

10. AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE E RAPPORTO CON LA SOCIETÀ CIVILE

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 2019/2021. Non sono pervenuti contributi nelle occasioni precedenti e non è pervenuto alcun contributo nemmeno in occasione della stesura del presente Piano.

11. CENSIMENTO DELLE AREE DI RISCHIO E MAPPATURA DEI PROCESSI

L'intero processo di gestione del rischio richiede la partecipazione e il coinvolgimento dei Responsabili, dei Dirigenti nonché dei Referenti che in questa Azienda sono stati capillarmente individuati ciascuno per le proprie aree di competenza. Nel corso del 2016, l'attività di mappatura dei processi ha rappresentato un impegno organizzativo particolarmente importante tra gli operatori che

si sono messi in campo per affrontare il tema dell'anticorruzione. Il percorso ha visto il coinvolgimento di tutte le strutture dell'Azienda in un'ottica, come più volte ricordato, fortemente integrata nel processo con l'altra Azienda coinvolta nel progetto di fusione allora intrapreso. Le strutture sono state invitate a operare un'autoanalisi organizzativa che portasse in evidenza tutte le funzioni e i relativi processi decisionali in cui venivano a tradursi al fine di fornire un'individuazione il più possibile esaustiva che consentisse poi, anche di concerto con il RPCT e il Comitato Anticorruzione, di evidenziare quelli oggetto di possibili rischi corruttivi secondo l'ampia accezione data al concetto.

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. La mappatura quindi venne completata secondo le indicazioni di ANAC.

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 di Area Vasta in ordine a procedure comuni da adottarsi su temi ritenuti sensibili in materia;
- confronto a livello regionale anche con la Centrale di Committenza Intercent-er in materia di appalti (su cui si dirà più diffusamente).

In previsione dell'aggiornamento del Piano l'RPCT, di concerto con la Direzione Aziendale e come già proceduto anche in occasione dei Piani precedenti, ha invitato i Dirigenti Responsabili a riconsiderare gli aspetti del Piano di rispettiva competenza sia in termini di introduzione di nuovi processi e in termini di nuove misure di prevenzione eventualmente da introdurre. Ancora una volta si è voluto sottolineare i possibili rischi derivanti da situazioni di conflitto di interessi e i rischi connessi ai delicati compiti di vigilanza e controllo esercitabili sia all'interno dell'Azienda sia nei confronti di soggetti esterni (cfr. prot. 143168/2019).

MAPPATURA DEI PROCESSI INERENTI:

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 Tavolo 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** che di seguito si riportano e alla predisposizione di una mappatura condivisa dei processi che

riguardano gli appalti pubblici con riferimento ai rapporti tra **Aziende, Aree Vaste e Intercent-er quale Soggetto Aggregatore Regionale**.

LINEE GUIDA PER IL COORDINAMENTO NEI PIANI TRIENNALI PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE DI PROCESSI, RISCHI E MISURE TRA INTERCENT-ER E AZIENDE SANITARIE RER

Premessa

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.

Tra le prime va ricordato l'Art. 15 della Legge regionale 18/2016 (TU sulla legalità) che ha previsto l'attivazione della Rete per l'Integrità e la trasparenza, caratterizzata da un respiro molto ampio e che vede coinvolte numerose amministrazioni pubbliche che operano nella Regione e loro associazioni.

Tra le seconde si inseriscono l'istituzione di un unico OIV presso la Regione per tutte le Aziende sanitarie ma soprattutto la formalizzazione con determinazione n.19717 del 5/12/2017 del Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale, già attivo dal 2016. In tale ambito nel corso del 2018 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 PTPCT 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. ANAC ha compiuto numerosi interventi sul tema, a partire dal PNA 2015 in termini generali e nel PNA 2016 specificamente per il settore sanitario; in quest'ultimo documento è presente uno specifico paragrafo "Sotto-processo di adesione agli strumenti delle centrali di committenza o dei soggetti aggregatori" che indicava che in tale ambito *"il ruolo delle singole stazioni appaltanti muta, poiché il venir meno delle fasi di progettazione, selezione del contraente e aggiudicazione richiede una maggiore attenzione alla programmazione e alla esecuzione dei contratti. I profili di rischio collegati si arricchiscono di aspetti peculiari e tipici che richiedono l'adozione di misure specifiche da aggiungere a quelle del processo più generale"*.

Il risultato del lavoro svolto da uno specifico gruppo (cui hanno partecipato: RPCT della Regione, Direttore Intercent-ER e suoi collaboratori, funzionari del Servizio regionale Amministrazione SSR, OIV-SSR, alcuni RPCT delle Aziende Sanitarie e i provveditori coordinatori delle Aree Vaste) è riassunto nel presente documento e nei suoi allegati. Tali documenti intendono costituire un punto di riferimento comune e condiviso per i processi di acquisto che i vari soggetti coinvolti dovranno "calare" secondo le modalità ritenute più opportune nel proprio PTPCT (a partire da quello 2019-2021) con specifico riferimento ai processi di acquisto che vedono una interazione diretta tra Intercent-ER e Aziende sanitarie ed in relazione allo stato di avanzamento dei rispettivi PTPCT Il lavoro avviato in questa fase sarà comunque oggetto di ulteriori approfondimenti e di

monitoraggio nella sua applicazione per valutare l'esigenza di eventuali interventi correttivi o integrativi.

L'obiettivo infatti 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.

Approccio metodologico

Nelle Aziende sanitarie RER sono attivi consolidati percorsi di acquisto con modalità centralizzate, sulla base della pluriennale esperienza di collaborazione tra le Aziende, le Aree Vaste ed Intercent-ER.

I diversi PTPCT delle Aziende e quello della Regione (cui fa capo Intercent-ER) trattano già l'argomento; tali documenti hanno rappresentato quindi il necessario punto di partenza del lavoro svolto per la predisposizione del presente documento. Infatti, risulta evidente che azioni di prevenzione della corruzione nei processi di acquisto sono state sviluppate in modo molto articolato da diversi anni e sono già attive e consolidate: si ritiene che tale esperienza vada confermata e, soprattutto, sistematizzata in particolare nelle relazioni tra i diversi soggetti coinvolti.

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

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

Su tale base, e grazie agli approfondimenti compiuti nelle riunioni del Gruppo di lavoro, sono state individuate:

- Una serie di misure aventi carattere generale.
- Una serie di 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

Si prevede – quale misura da gestire in modo uniforme da parte di tutte le Aziende nei rapporti con Intercent-ER – che 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 anche 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.

La definizione delle modalità attuative è posta in carico ai responsabili dei Servizi Acquisti.

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/>), è realizzato in conformità con quanto previsto dall'art. 58 del D.lgs. 50/2016, e 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 Intercent-ER per le Aziende. Per avviare tale percorso, saranno programmati periodici incontri (almeno due nel corso del 2019) tra Intercent-ER 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" sono riportate le diverse fasi in cui si articola il processo di acquisizione di beni e servizi sviluppate in coerenza con le macrofasi e le successive sotto fasi individuate da ANAC.

Per ciascuna di esse vengono evidenziati:

- Rischi (COLONNA D): sono descritti in maniera discorsiva i rischi, senza procedere ad una loro valorizzazione, in quanto ogni amministrazione (Regione o Azienda sanitaria) può adottare a tal fine metodologie differenti di misurazione e/o ponderare in modo differente la propria specifica situazione.
- Anomalie significative (COLONNA E): sono riportati eventi "sentinella" che possono verificarsi e devono indurre a porre in essere analisi relative all'operato.
- Misure specifiche (COLONNE F - G): 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. Una volta condivise le misure, sarà necessario definire le relative responsabilità e, per quelle ancora da attivare, i tempi di attuazione.
- Misure generali (COLONNA H), con indicazione delle misure applicabili a quella specifica fase/processo.

Ogni Amministrazione dovrà poi, riportando i vari elementi nel proprio PTPCT, individuare gli indicatori, i responsabili e le tempistiche di attuazione sulla base delle proprie specificità organizzative.

Altri aspetti, introdotti a livello locale di Area Vasta, che si ritiene di sottolineare, in quanto innovano il precedente modello di procedure operative e si inseriscono nel regime dettato dal Codice Appalti del 2016 :

- approvazione nel 2018 da parte dei Direttori Generali del nuovo *Regolamento degli acquisti sottosoglia* aggiornato alle Linee-Guida Di Anac;
- approvazione da parte dei Direttori Generali del "*Regolamento per gli acquisti di beni e servizi in regime di infungibilità e di esclusività tecnica*";
- individuazione di "*Linee guida per la disciplina dei controlli in fase di esecuzione dei contratti per la fornitura di beni e servizi e l'individuazione dei relativi compiti del responsabile Unico del procedimento e del Direttore dell'esecuzione del contratto*";
- introduzione di "*Linee-guida affiancamento prodotti in corso di contratto*".

Con questi ultimi strumenti si è inteso porre ancor più l'attenzione sulla fase di esecuzione del contratto come fase esposta a rischi potenzialmente corruttivi ma meno normata in sede di ordinamento. Si rinvia alla mappatura (all.n.1) l'approfondimento dei processi in argomento, la previsione delle misure preventive e degli indicatori individuati per monitorarne l'efficacia.

Area di rischio specifica b): Rapporti contrattuali con privati accreditati

Sono state ulteriormente potenziate le misure in tema di accordi con strutture accreditate per specialistica ambulatoriale.

Area di rischio specifica d): Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

In seguito alla valutazione del contesto esterno determinata da recenti fatti di cronaca, il Piano prevede di incrementare ulteriormente le misure già in essere aderendo alle indicazioni Regionali di attivazione di specifica piattaforma informatica ed attivazione di un regolamento in tema di accessi degli operatori delle pompe funebri nei nostri ospedali.

Area di rischio specifica c) e d): Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari

Potenziamento dei processi mappati e delle conseguenti misure previste in considerazione di un procedimento penale in corso che, in parte, sta coinvolgendo anche operatori aziendali seppur con ipotesi di comportamento non direttamente correlati ai provvedimenti ampliativi in argomento.

Le misure specifiche adottate per ridurre il rischio nell'ambito dei singoli processi mappati si possono ricondurre principalmente alle seguenti tipologie di misure di carattere generale che vengono declinate nello specifico contesto di processo:

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

In allegato n. 1 "Catalogo dei processi" mappati come potenzialmente a rischio.

L'allegato n. 1 "Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi" della Delibera ANAC n. 1064 del 13/11/2019 "Approvazione PNA 2019" richiede la revisione dell'intera attività di mappatura dei processi, oltre che un approccio, di tipo qualitativo, nella ponderazione del rischio. L'attività di mappatura sarà svolta con il coinvolgimento dell'Ufficio Audit Interno aziendale, al fine di integrare le indicazioni ANAC con i criteri che saranno individuati dal Nucleo Audit Regionale. Al riguardo, la DGR n. 1972 del 11/11/2019, che prevede l'istituzione e la composizione del Nucleo Audit Regionale, delibera i compiti che il Nucleo dovrà svolgere nella fase di avvio, tra cui l'elaborazione di Linee guida regionali per la definizione del processo di gestione trasversale dei rischi aziendali, previa identificazione di tutti i processi aziendali per ciascuna area di rischio. I tempi di conclusione di questa attività saranno definiti secondo quanto scaturirà dall'intrapreso percorso Regionale.

12. 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.

L'analisi del rischio è stata effettuata con riferimento ad ogni processo e/o sottoprocesso/fase tramite la rilevazione di indici di probabilità operata sulla scorta di fattori definiti secondo le indicazioni di cui all'allegato n. 5 del P.N.A. 2013-2016.

Il Piano Nazionale 2019 approvato da ANAC ha ritenuto che l'allegato 5 del PNA 2013 non vada più considerato un riferimento metodologico da seguire. ANAC ha altresì previsto che si possa rivedere il proprio approccio metodologico entro il momento di adozione del PTPCT 2021 – 2023.

Secondo queste indicazioni si procederà nel corso del 2020 a riformulare la graduazione per tutti i processi a rischio mappati secondo l'approccio qualitativo.

Nell'allegato n. 1 al presente Piano, contenente i processi a rischio mappati, sono pertanto ancora indicati i valori di rischio in termini numerici (come da allegato n. 5 al PNA 2013).

Sono stati mappati alcuni processi ulteriori rispetto a quelli già previsti e per questi ultimi si è ritenuto di adottare una metodologia che porti ad una valutazione di natura qualitativa. La valutazione effettuata secondo tale ultima metodologia è assolutamente di carattere sperimentale. Occorre infatti impostare con tempi più consoni un metodo che sia rispondente alle indicazioni date e adeguato al nostro impianto organizzativo e motivazionale ora esistente. Tale scelta ha lo scopo di favorire un'adeguata formazione e condivisione, del metodo che verrà adottato, da parte dei servizi e dei loro responsabili che sono i principali titolari della valutazione e gestione dei rischi relativi ai processi di cui sono titolari.

Pertanto in questa prima fase, per alcuni nuovi processi inseriti nelle aree di rischio:

- *Area di rischio generale C) gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio*
- *Area di rischio D) Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto e immediato per il destinatario*

si sono presi in considerazione gli elementi forniti dalla stessa ANAC nel suo ultimo PNA.

Pertanto gli indicatori utilizzati sono:

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

La valutazione è stata fatta dal Responsabile della struttura coinvolta (autovalutazione).

La sintesi finale della ponderazione ha tenuto conto del c.d. “principio di prudenza”, non limitandosi alla mera valutazione “matematica” dei pesi degli indicatori scelti.

Di seguito la matrice usata per la valutazione:

MATRICE GENERALE RISCHIO		IMPATTO			
		BASSO	MEDIO	ALTO	ALTISSIMO
PROBABILITA'	ALTISSIMA	ALTO	ALTISSIMO	ALTISSIMO	ALTISSIMO
	ALTA	MEDIO	ALTO	ALTO	ALTISSIMO
	MEDIA	MEDIO	MEDIO	ALTO	ALTISSIMO
	BASSA	BASSO	MEDIO	MEDIO	ALTO

Nel corso del 2020 è impegno di questa Azienda rivedere la valutazione del rischio secondo le nuove indicazioni e mediante il coinvolgimento dei Dirigenti Responsabili e dei loro collaboratori.

Entro il mese di settembre del 2020 verrà prevista la formazione per tutte le strutture titolari di processi a rischio per poter poi avere la loro definitiva revisione. La responsabilità della revisione è posta in capo ai Dirigenti (secondo il modello adottato di “responsabilità diffusa”) e il RPCT garantirà le funzioni di indirizzo e coordinamento.

13. 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**; di seguito le indicazioni salienti:

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. (omissis).

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. (omissis).

5. La valutazione circa la sussistenza di una situazione di conflitto di interessi spetta al superiore gerarchico.

6. 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.

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 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. Questo consentirà di avere una mappatura della situazione aziendale ed una agevole modalità di adeguamento nel tempo delle situazioni dei singoli dipendenti sotto questo profilo. La raccolta delle dichiarazioni è proseguita anche nel 2019. 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.

Come indicato al paragrafo "Conferimento Incarichi extra istituzionali", 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 UE⁵. Tale articolo ha la funzione di completamento del

⁵ 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.

2. Si ha conflitto d'interesse quando il personale di una stazione appaltante o di un prestatore di servizi che, anche per conto della stazione appaltante, interviene nello svolgimento della procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni o può influenzarne, in qualsiasi modo, il risultato, ha, direttamente o indirettamente, un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di appalto o di concessione. In particolare, costituiscono situazione di conflitto di interesse quelle che determinano l'obbligo di astensione previste dall'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62.

3. Il personale che versa nelle ipotesi di cui al comma 2 è tenuto a darne comunicazione alla stazione appaltante, ad astenersi dal partecipare alla procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni. Fatte salve le ipotesi di responsabilità amministrativa e penale, la mancata astensione nei casi di cui al primo periodo costituisce comunque fonte di responsabilità disciplinare a carico del dipendente pubblico.

4. Le disposizioni dei commi 1, 2 e 3 valgono anche per la fase di esecuzione dei contratti pubblici.

5. La stazione appaltante vigila affinché gli adempimenti di cui ai commi 3 e 4 siano rispettati

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 la seguente documentazione tutt'ora utilizzata per le gare che si svolgono a livello di area vasta:

- a) documento strategico recante "*Guida pratica alla individuazione e gestione del conflitto di interessi nelle procedure di appalto*" finalizzato a facilitare l'implementazione coordinata delle misure preventive che agiscono contemporaneamente sul piano della sensibilizzazione e della responsabilizzazione degli attori coinvolti;
- b) 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) documento informativo/esplicativo denominato "Vademecum" 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 tale documento è confermata alla luce delle recenti 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 ⁶.

14. INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ 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 e Direttore Amministrativo.

Il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo 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.

⁶ 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)

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.

15. INCOMPATIBILITÀ SUCCESSIVA (*PANTOUFLAGE*)

La Legge 190/2012 ha introdotto all'art. 53 del D.lgs. 165/2001 il c. 16-ter che ha disposto 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 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 preconstituirsì 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, d'ora in poi 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.

16. 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, 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 delle modifiche introdotte, la "Policy" aziendale risalente al 2014, è stata adeguatamente aggiornata come segue:

"WHISTLEBLOWING"

Modalità per le segnalazioni di illeciti e irregolarità

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 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. OGGETTO DELLA SEGNALAZIONE

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.

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'ASL;*
- *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.

4. CONTENUTO DELLE SEGNALAZIONI

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.

5. MODALITA' E DESTINATARI DELLA SEGNALAZIONE

A sensi di quanto previsto negli indirizzi contenuti nel Piano Nazionale Anticorruzione e recepiti nel documento aziendale, l'Azienda mette a disposizione il modulo di segnalazione che dovrà essere compilato dal segnalante sulla base di quanto richiesto al precedente capoverso 4).

Per quanto attiene all'inoltro, il modulo potrà essere trasmesso:

- a) per via informatica cliccando la prevista funzione "invia" da cui conseguirà 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".

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.

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.

6. ATTIVITA' DI VERIFICA DELLA FONDATEZZA DELLA SEGNALAZIONE

La gestione e la verifica sulla fondatezza delle circostanze rappresentate nella segnalazione sono affidate al Responsabile per la prevenzione della corruzione che vi provvede nel rispetto dei principi di imparzialità e riservatezza effettuando ogni attività ritenuta opportuna.

A tal fine, il Responsabile per la 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. Qualora, all'esito della verifica, la segnalazione risulti fondata, il Responsabile per la prevenzione della corruzione, in relazione alla natura della violazione e al suo obiettivo rilievo, provvederà:

- a presentare denuncia all'Autorità giudiziaria competente;
- a comunicare l'esito dell'accertamento 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;
- a segnalare 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.

7. FORME DI TUTELA DEL WHISTLEBLOWER (al sensi dell'art. 54 bis d.lgs. 165/2001 così come modificato dalla legge L.179/2017 e del Piano Nazionale Anticorruzione)

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.

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 s.m.i. 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 s.m.i.

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.

L'adozione di misure ritenute ritorsive devono essere comunicate all'ANAC o all'Ispettorato nazionale del lavoro 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.

8. 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.

17. 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 stessa.

Si dà di seguito conto delle iniziative formative, suddivise per tipologia, realizzate nel corso del 2019:

FORMAZIONE GENERALE

DATA	TITOLO	N. PARTECIPANTI	DURATA (in ore)
25/03/2019	VI° Giornata dell'Etica. Accoglienza e assistenza alla popolazione immigrata	294	3
7/10/2019	1° Giornata della cultura dell'integrità: il conflitto di interessi in sanità	275	3
29/10/2019	2° giornata della cultura dell'integrità: la prevenzione attraverso la vaccinazione antinfluenzale	312	3

FORMAZIONE SPECIALISTICA INTERNA

DATA	TITOLO	STRUTTURA INTERESSATA	N. PARTECIPA	DURATA (in ore)
25-26/03/2019 15-16/04/2019 7-8/05/2019	L'etica nell'ambiente lavorativo: codice di comportamento e anticorruzione	Servizio Logistico Alberghiero	63	11
14 e 20/05/2019 23 e 25/09/2019	Focus sulle GCP (Good Clinical Practice) Documenti essenziali: ciò che è essenziale non è invisibile agli occhi	IRCCS	36 47	4 4
17/10/2019	Anticorruzione e Trasparenza	Area Tecnico Patrimoniale	30	1,5
4/12/2019	Etica e Integrità della ricerca: una sfida continua	IRCCS	36	3

FORMAZIONE SPECIALISTICA ESTERNA

DATA	TITOLO	N. PARTECIPANTI	DURATA (in ore)
9/05/2019 Roma	5° incontro nazionale con i responsabili di prevenzione della corruzione e della trasparenza	1	8

FORMAZIONE SPECIALISTICA IN TEMA di ANTIRICICLAGGIO

DATA	TITOLO	N. PARTECIPANTI	DURATA (in ore)
15/03/2019 Bologna	La rete per l'integrità e la trasparenza - L'attività antiriciclaggio delle pubbliche amministrazioni dopo la riforma normativa del 2017	1	4
11/06/2019 Bologna	Gli obblighi antiriciclaggio nella Pubblica Amministrazione	3	5
11/06/2019 Modena	Antiriciclaggio	1	4
11/10/2019 Bologna	Impatto della normativa antiriciclaggio sulle aziende sanitarie, approfondimento sugli indicatori UIF	10	4
7/11/2019 Reggio Emilia	Normativa antiriciclaggio applicata alla Pubblica Amministrazione	61	3,5

FORMAZIONE SPECIALISTICA IN TEMA DI APPALTI

DATA	TITOLO	STRUTTURA INTERESSATA	N. PARTECIPANTI	DURATA (in ore)
14/03/2019	Ultime novità legislative e giurisprudenziali in materia di appalti pubblici, con riferimento alle gare telematiche e nella redazione dei bandi; legge finanziaria e decreto semplificazione	Area Tecnico Patrimoniale	1	6

04/04/2019	Acquistare nel MePA beni, servizi e lavori rapidamente e senza errori, utilizzando gli strumenti telematici obbligatori per legge. Esercitazioni pratiche	Area Tecnico Patrimoniale	2	6
18/04/2019	Controlli della corretta esecuzione dei contratti pubblici e delle concessioni; i compiti del Direttore dell'esecuzione/Direttore dei lavori; modifiche e varianti contrattuali	Approvvigionamenti	1	6
13/06/2019	Le gare per l'affidamento degli appalti di servizi di progettazione. Incarichi professionali. Accenni alle novità introdotte dal c.d. "sblocca -cantieri".	Area Tecnico Patrimoniale	5	6
20/06/2019	Gli appalti pubblici dopo la conversione del Decreto sblocca cantieri tutte le novità: procedure sottosoglia, verifica dei requisiti, criteri di aggiudicazione, commissioni di gara, offerte anomale, subappalto, ecc...	Servizio Approvvigionamenti	3	6
10/10/2019	L'accordo quadro nel codice degli appalti e l'accesso agli atti di gara	Approvvigionamenti	1	6
28/11/2019	Appalti sotto l'albero. III	Area Tecnica	2	6
29/11/2019	convegno in materia di Appalti Pubblici	Patrimoniale	2	3

WEBINAR

DATA	TITOLO	N. PARTECIPANTI	DURATA (in ore)
24/09/2019	PNA2019: un focus sul conflitto di interesse e sulle misure generali di prevenzione della corruzione	2	1.5
15/11/2019	Trasparenza e obblighi di pubblicazione: risposte ai quesiti	1	1.5

Il totale complessivo delle presenze alle iniziative formative realizzate nei periodi indicati si quantifica in n. **1190**.

E' proseguita, infine, anche la formazione generalista di base che si svolge in modalità FAD sui temi della prevenzione della corruzione, della legalità e della trasparenza, rivolta principalmente al personale assunto nell'anno, che alla data del 31/12/2019 ha registrato la partecipazione di n. 167 operatori.

In considerazione della centralità della formazione e del ruolo strategico che essa assume, l'Azienda, nel corso della vigenza del Piano triennale per la prevenzione della corruzione 2020-2022, ritiene di dover continuare a sviluppare interventi di formazione/informazione, rivolti al proprio personale, articolati su più livelli, e privilegiando coloro i quali operano nelle aree di maggior rischio tra quelle individuate e da individuarsi nel tempo, con la duplice funzione di prevenire e contrastare il fenomeno e fornire la massima informazione sulle situazioni concrete di rischio.

La formazione si caratterizza, pertanto, come naturale e costante percorso che si sviluppa con obiettivi pluriennali e diventa strumento per un raggiungimento ed approfondimento continuo che si snodi parallelamente al formarsi di nuove risoluzioni di natura normativa, culturale ed organizzativa.

La progettazione formativa ha lo scopo di accrescere le competenze e lo sviluppo del senso etico e, quindi, potrà riguardare, come già in precedenza, non solo il complesso delle norme in materia o su materie strettamente collegate ma anche gli aspetti etici e della legalità dell'attività amministrativa, oltre ad altre tematiche che si rendano opportune ed utili per prevenire e contrastare la corruzione.

Costituiscono obiettivi strategici dell'Azienda il costante monitoraggio della qualità della formazione erogata. Le procedure di formazione aziendale prevedono in tal senso, al termine di ciascun evento formativo la compilazione di questionari di qualità percepita da parte dei discenti attraverso un sistema informatizzato aziendale. Il contenuto dei questionari è caratterizzato da item generali e specifici e consente la rilevazione della qualità percepita sia relativamente alla docenza che agli aspetti più generali della didattica anche al fine di raccogliere eventuali fabbisogni formativi successivi. I risultati dei questionari di qualità percepita vengono periodicamente rendicontati nei documenti annuali da parte del Servizio Risorse Umane.

Nella definizione delle attività formative si terrà conto della complessa articolazione organizzativa aziendale assicurando il coinvolgimento del personale operante nelle strutture centrali e periferiche allo scopo di diffondere capillarmente la cultura dell'etica e dell'integrità contribuendo a rafforzare attitudini individuali e, ove mancante o debole, un tessuto culturale sensibile a prevenire fenomeni corruttivi.

Nel periodo di vigenza del presente Piano si prevede 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.

Gli interventi formativi che si intendono realizzare nel prossimo triennio saranno orientati all'esame di casi concreti calati nella realtà aziendale allo scopo di favorire l'accrescimento delle competenze tecniche e comportamentali dei dipendenti in materia di prevenzione della corruzione.

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 di Sanità Pubblica nell'ambito delle attività di controllo e verifica e i Dipartimenti Tecnico e Amministrativo con conseguente attivazione delle misure di prevenzione della corruzione.

Gli aspetti di complementarietà e coordinamento tra la normativa in tema di prevenzione della corruzione (L. 190/2012) e il tema dell'anticiclaggio (L. 231/2017) si intendono meritevoli di particolare approfondimento in considerazione della necessaria adozione di procedure interne idonee a valutare il livello di esposizione dei propri uffici al rischio di riciclaggio. Pertanto a livello aziendale proseguirà l'attività formativa sul tema che, nel 2019 ha riguardato gli aspetti di carattere generale mentre nel 2020 sarà caratterizzata da un approccio differente poiché arricchito dal ruolo più attivo dei discenti e da una maggiore attenzione allo studio di casi concreti che tengano conto della specificità aziendale.

Inoltre si prevede **di proseguire** nell'organizzazione di iniziative su:

- a) temi dell'etica e dell'integrità rivolta a tutti gli operatori appartenenti all'Azienda;
- b) approfondimenti in tema di codice di comportamento;
- c) temi specialistici che necessitano di particolare approfondimento e di apprendimento strettamente correlati alla normativa in tema di prevenzione della corruzione in continua evoluzione;
- d) la pubblicazione dei dati sul **Sito Amministrazione Trasparente** in conformità alle revisioni periodiche del Manuale Operativo aziendale rivolto ai referenti locali delle strutture e agli operatori che alimentano il sito Amministrazione Trasparente.

Si ritiene infine di riproporre, nelle more della messa a disposizione di un corso FAD regionale, il corso a valenza generale sui temi della prevenzione della corruzione, della legalità e della trasparenza, 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.

18. 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.; pubblica 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 a 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".

19. 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. Gli stessi Dirigenti sono altresì responsabili di garantire il costante flusso di alimentazione del sito “Amministrazione Trasparente” nelle “Sezioni/Sottosezioni” di loro diretta afferenza assicurando la qualità dei dati pubblicati e la coerenza del loro inserimento in rapporto alle indicazioni ANAC.

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 tenuta della contabilità.

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 , oltre ovviamente al RPCT, è presente il Responsabile dell'Ufficio Ispettivo. 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.

19.1 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 che fa riferimento in modo specifico alle relazioni 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".

20. SISTEMI DI MONITORAGGIO

Il monitoraggio rappresenta uno strumento specificatamente volto 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. Sono stati previsti nel corso dell'anno momenti di verifica che hanno ad oggetto il controllo sull'attuazione delle misure, già in essere o da attivarsi, inerenti alla prevenzione del rischio per i processi mappati e sulle altre misure di prevenzione della corruzione previste dal Piano, nonché sulla puntuale e costante implementazione del sito Amministrazione Trasparente.

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.

Nei primi anni di vigenza del PTPCT l'attività di controllo del sito aziendale "Amministrazione Trasparente" era svolta, a cura del Comitato Anticorruzione, contemporaneamente alla verifica dell'attuazione delle altre misure di prevenzione del rischio, durante appositi incontri presso le diverse articolazioni organizzative.

Nel corso del 2017, il percorso di monitoraggio è stato rivisto, sia nelle metodologie sia negli strumenti, dividendolo in due distinti ambiti d'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*.

Dal 2018 ci si è avvalsi, altresì, di una nuova modalità per la verifica degli adempimenti in tema di trasparenza basata sul patrimonio informativo già presente in azienda.

Il sistema informatico di gestione documentale aziendale, utilizzato anche per le pubblicazioni su *Amministrazione Trasparente*, è stato sviluppato con nuove funzioni. Si tratta di specifiche funzionalità che, tra tutte le pubblicazioni presenti, 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. Aspetto importante: contestualmente la struttura verificata può visualizzare i controlli effettuati.

MODALITÀ ATTUATIVE

Trasparenza: sono 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 come specificato più oltre.

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

Misure di prevenzione della corruzione: la verifica sull'attuazione delle misure di prevenzione previste nel Piano si svolge 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.

Criteria 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 garantita periodicamente una rotazione dei componenti dei nuclei di controllo per evitare situazioni consolidate tra controllore e controllato.

Esiti del monitoraggio – anno 2019

Il monitoraggio è stato effettuato su tutte le sezioni di Amministrazione Trasparente e sul rispetto di tutte le misure di carattere generale e specifico inserite nei processi mappati. Si è svolto pertanto in un'unica soluzione nel periodo ottobre-dicembre. Il periodo viene scelto in relazione anche alle tempistiche previste nel Piano per l'adozione delle eventuali misure ulteriori per il trattamento del rischio specifico e in tempo perché i risultati possano essere oggetto di valutazione per la stesura del Piano successivo.

I riscontri hanno evidenziato che l'organizzazione aziendale, nelle sue varie articolazioni, ha ormai diffusamente assimilato nel proprio agire quotidiano l'attenzione a questi temi e al conseguente rispetto delle misure previste.

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 2019), con una media di 12 *item* valorizzati (*range* 1-27 - con 54 *item* complessivi nelle sei articolazioni del Dipartimento cure primarie).

Per la valutazione del rispetto delle altre misure di prevenzione della corruzione sono state eseguite 25 visite presso le strutture (4 strutture non soggette a obblighi) con una media di 11 *item* valorizzati (*range* 2-36).

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

CONCLUSIONI

Il modello di monitoraggio adottato, seppur sempre suscettibile di perfezionamenti, ha dimostrato di essere uno strumento efficace. I risultati complessivamente valutati in termini di performance qualitativa sono stati positivi.

PER IL 2020:

Le caratteristiche, le tempistiche e i risultati ottenuti nel tempo portano a ritenere che le modalità fino ad ora utilizzate e consolidate, seppur con gli adattamenti che sono derivati dall'esperienza, abbiano fornito un sistema "circolare" di gestione che ha portato buoni risultati.

Gli esiti dell'attività di monitoraggio, a disposizione del RPCT, sono elementi importanti per la definizione del nuovo Piano e per il confronto con la Direzione delle strutture coinvolte.

Ciò premesso, si ritiene di mantenere sostanzialmente invariato l'impianto collaudato dove ogni processo è oggetto di controllo e ogni sezione di Amministrazione Trasparente viene monitorata. Lo stesso dicasi per le modalità operative utilizzate.

Ogni anno, e quindi anche per il 2020, il RPCT rilascia alla Direzione ed ai servizi controllati una breve relazione in cui evidenzia eventuali criticità e possibili margini di ulteriore miglioramento.

21. SVILUPPO E AGGIORNAMENTO DEL PIANO

L'arco temporale di riferimento del presente piano è il triennio 2020-2022. Il documento verrà aggiornato annualmente. Il Piano è stato predisposto e aggiornato secondo le indicazioni che ANAC ha emanato con Determinazione n. 12/2015, Delibera n. 831/2016, 1208/2017, 1074/2018 e 1064/2019. 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



***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.

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. Tali informazioni sono riportate nella Sezione "Altri contenuti" – sotto sezione: "Dati ulteriori".

Per l'anno 2020 saranno implementate ulteriori pubblicazioni nella sezione "Altri contenuti" sotto-sezione "Dati ulteriori", nello specifico:

- Informazioni sulle sperimentazioni dei farmaci (art. 11, c. 4 bis, D.Lgs. 211/2003 - introdotto dall'art.2, c. 1. D.Lgs. 52/2019;
- Antiriciclaggio;
- 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").

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".

Il sito Amministrazione Trasparente dell'ex Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia (Azienda incorporata nell'Azienda Usl in seguito a processo di fusione) è ancora consultabile accedendo dalla home page del sito Amministrazione Trasparente dell'Azienda Usl di Reggio Emilia.

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. 2) 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 "art. 9 bis".

Nel corso di validità del presente PTPCT 2020-2022 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 o 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. 2) 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 UsI di Reggio Emilia, a seguito di espressa disponibilità da parte dell'Amministrazione detentriche 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. 2).

Nel corso del 2019 sono state implementati i collegamenti con le Banche Dati, il cui accesso è stato reso disponibile dalle Amministrazioni detentriche. 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 detentriche, l'Azienda UsI 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 UsI 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 costantemente aggiornato un **"Manuale Operativo – Regole per una buona pratica di gestione del sito Amministrazione Trasparente"**; in particolare nell'ultimo aggiornamento effettuato nel dicembre 2019, che ha tenuto conto delle novità intervenute e soprattutto delle problematiche evidenziate in occasione dei monitoraggi interni operati sulle pubblicazioni, sono state rese indicazioni specifiche e dettagliate per la pubblicazione di dati, informazioni e documenti per tutte le sezioni e sotto-sezioni contenute in Amministrazione Trasparente. Il Manuale è trasmesso 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 costituito con delibera del Direttore Generale n. 11/2018.

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 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

La recente 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 occorre 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'adeguatezza 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 costanti su questi temi con il 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.

Nel gennaio del 2019 è stato reso pubblico il nuovo indicatore delle visite, il sistema è 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.

I seguenti screenshot danno evidenza dell'implementazione realizzata sia con riferimento ad una specifica sezione presa ad esempio, sia con riferimento alle statistiche di accesso.

The screenshot shows the website interface for 'Amministrazione Trasparente'. On the left is a navigation menu with categories like 'Disposizioni generali', 'Organizzazione', and 'Consulenti e collaboratori'. The main content area is titled 'Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza' and displays 'Numero di visite: 698'. Below this is a table with the following data:

	Data pubblicazione	Data ultima modifica	Oggetto	Nominativo	Tipo Incarico	Durata dell'incarico : Dal	Durata dell'incarico : Al	Importo/Compenso
Q	10/01/2019	10/01/2019	http://www.consulentipubblici.gov.it - selezionare in AMMINISTRAZIONE: Azienda USL di Reggio Emilia - anno 2019 per accedere alla banca dati del Dipartimento della Funzione Pubblica per visualizzare gli incarichi conferiti dall'AUSL di Reggio Emilia					
Q	10/01/2019	10/01/2019	http://www.consulentipubblici.gov.it - selezionare in AMMINISTRAZIONE: Azienda USL di Reggio Emilia - Gestione Economica del Personale- anno 2018 - dal 23/6/2017 è possibile accedere alla banca dati del Dipartimento della Funzione Pubblica per visualizzare gli incarichi conferiti dall'AUSL di Reggio EMILIA					
Q	30/01/2018	27/06/2018	http://www.consulentipubblici.gov.it/ElencoCce.aspx?ANNO=2017&ENTE=PA-5882 - dal 23/6/2017 è possibile accedere alla banca dati del Dipartimento della Funzione Pubblica per visualizzare gli incarichi					

Amministrazione Trasparente

Archivio corrente

Disposizioni generali
Organizzazione
Consulenti e collaboratori
Personale
Bandi di concorso
Performance
Enti controllati
Attività e procedimenti
Provvedimenti
Controlli sulle imprese
Bandi di gara e contratti
Sovvenzioni, contributi, sussidi e vantaggi economici
Bilanci
Beni immobili e gestione patrimonio
Controlli e rilievi sull'amministrazione
Servizi erogati
Pagamenti dell'amministrazione
Opere pubbliche
Pianificazione e governo del territorio
Informazioni ambientali

Statistiche di accesso

Anno	Visitatori	Visitatori Unici
2019	89418	68873
2020	6257	4459

Riepilogo serie documentali

Serie	Numero Visite
Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	3820
Bandi di concorso	3398
Bilancio preventivo e consuntivo	1195
Bandi di gara e contratti	1108
Articolazione degli uffici	1106
Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	1102
Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	1051
Posizioni organizzative	990
Dotazione organica	936
Provvedimenti dirigenti amministrativi	851
Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	750
Atti delle amministrazioni aggiudicatrici degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	729
Relazione sulla Performance	722
Atti generali	679
Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	589
Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	562
Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	560
Piano della Performance	547

INIZIATIVE DI COMUNICAZIONE E TRASPARENZA

L'Azienda Usl di Reggio Emilia da anni garantisce 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.

Particolare attenzione è rivolta alle diverse tipologie di stakeholder nonché di cittadini, che rappresentano per l'Azienda Usl di Reggio Emilia fondamentali contributori al miglioramento dei livelli di trasparenza.

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".