SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: AOOAUSLPR

REGISTRO: Deliberazione

NUMERO: 0000060

DATA: 30/01/2019 13:12

OGGETTO: APPROVAZIONE PIANO INTEGRATO AZIENDA USL E AZIENDA OSPEDALIERA DI PARMA PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E LA TRASPARENZA 2019/2021.

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente da Saccenti Elena in qualità di Direttore Generale
Con il parere favorevole di Frattini Giuseppina - Direttore Sanitario
Con il parere favorevole di Chiari Marco - Direttore Amministrativo

Su proposta di Giovanni Bladelli - Sviluppo ed Integr. dei Processi Amm.vi/Trasparenza e Integrita' che esprime parere favorevole in ordine ai contenuti sostanziali, formali e di legittimità del presente atto

CLASSIFICAZIONI:

- [01-01-04]

DESTINATARI:

- Collegio sindacale
- Direzione Amministrativa Distr. Sud-Est
- Direzione Amministrativa DAI-SMDP
- Dipartimento CURE PRIMARIE (Distr. Fidenza)
- DIPARTIMENTO Assistenza Farmaceutica
- DIPARTIMENTO Sanita' Pubblica
- DIREZIONE AMMINISTRATIVA Aziendale
- DIREZIONE GENERALE Aziendale
- DIREZIONE ATTIVITA` SOCIO SANITARIE
- DIREZIONE SANITARIA Aziendale
- S.I.T. Servizio Infermieristico-Tecnico Aziendale
- Dipartimento Interaziendale Tecnico e Logistica
- Servizio Acquisizione Beni
- Servizio Esecuzione Contratti Fornitura Beni
- Servizio Attivita' Tecniche
- DA - Area Interaziendale Economico Finanziaria

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

- Servizio Economico Finanziario e aspetti economici dell'accesso alle prestazioni sanitarie
- DG - Struttura Interaziendale Stampa, comunicazione e rapporti con l'utenza
- Dipartimento Interaziendale Risorse Umane
- Area Giuridica Risorse Umane
- Area Economica Risorse Umane
- Formazione e Sviluppo Risorse Umane
- Direzione Amministrativa Ospedale Fidenza
- Direzione Medica del P.O. Aziendale
- Direzione Amministrativa Distr. Parma
- Direzione Amministrativa Distr. Fidenza
- Dipartimento Valutazione e Controllo
- Dipartimento CURE PRIMARIE (Distr. Parma)
- Dipartimento CURE PRIMARIE (Distr. Valli Taro e Ceno)
- Dipartimento CURE PRIMARIE (Distr. Sud-Est)
- DA - U.O. Affari Legali
- DG - Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale
- Ufficio Medico Competente Aziendale

DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
DELI0000060_2019_delibera_firmata.pdf	Bladelli Giovanni; Chiari Marco; Frattini Giuseppina; Saccenti Elena	4AA8809F8C987ED59E4D80CB0E3B4041665FD78FA6CBDBD1DA36BDC75FA4D9B9
DELI0000060_2019_Allegato1.pdf:		A21EC9280E7EC2E23D59DA42985BD0E185FEB106F663956642952A35E4A56A85

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

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma

DELIBERAZIONE

OGGETTO: APPROVAZIONE PIANO INTEGRATO AZIENDA USL E AZIENDA OSPEDALIERA DI PARMA PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E LA TRASPARENZA 2019/2021.

IL DIRETTORE GENERALE

PREMESSO che:

- la legge n. 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità" prevede, all'art. 1, comma 8, che l'organo di vertice e gestione di ogni amministrazione pubblica approvi entro il 31 gennaio di ogni anno il Piano Triennale di prevenzione della Corruzione, su proposta del Responsabile per la prevenzione della corruzione, nominato ai sensi del comma 7 del medesimo art. 1;
- l'applicabilità per le Aziende Sanitarie è ricavata dal comma 59 "Le disposizioni di prevenzione della corruzione, di diretta attuazione del principio di imparzialità di cui all'art. 97 della Costituzione, sono applicate in tutte le amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1, comma 2, del decreto legislativo n. 165/2001 e successive modificazioni", con i termini e le modalità da prevedersi attraverso Intese in sede di Conferenza Unificata (Stato, Regioni, Enti Locali);
- l'Intesa sul punto è intervenuta con atto del 24 luglio 2013, nel quale si prevede che il primo Piano Triennale per la prevenzione della corruzione, valido per il triennio 2014/2016, sia da approvarsi entro il 31 gennaio 2014;
- il documento di Piano, completo con la parte relativa alla Trasparenza sia pubblicato sulla sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web istituzionale, ed eventualmente in altri spazi dello stesso sito web dedicati alla diffusione dei documenti;

DATO ATTO che, oltre alla legge n. 190/2012, le principali fonti normative e di indirizzo sul sistema della prevenzione sono in particolare:

- Piano Nazionale Anticorruzione, nei contenuti e negli aggiornamenti previsti dalle varie edizioni annuali dal 2013 al 2018;
- Circolare n. 1 del 25 gennaio 2013 del Dipartimento Funzione Pubblica "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- Intesa n. 79/Conferenza Unificata del 24 luglio 2013 tra Governo, Regioni ed Enti Locali per l'attuazione dell'art. 1, commi 60 e 61, della legge n. 190/2013, per la definizione degli adempimenti attuativi delle disposizioni dei decreti legislativi delegati previsti dalla stessa legge in materia di anticorruzione, in cui è da ricomprendere la materia della trasparenza per la correlazione prevista tra il Piano Triennale di Prevenzione ed il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità;
- decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";

- decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 “Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell’art. 1, commi 49 e 50, della legge n. 190/2012”;
- DPR 16 aprile 2013, n. 62 “Codice di Comportamento per i dipendenti delle pubbliche amministrazioni”, in attuazione dell’art. 54 del decreto legislativo n. 165/2001, come sostituito dalla legge n. 190/2012;
- decreto legislativo n.97/2016, col quale, in particolare: si sono introdotte modificazioni agli obblighi di pubblicazione di cui al decreto legislativo n. 33/2013, si è introdotto l’istituto dell’ accesso civico “generalizzato”,si sono apportate modifiche alla legge n. 190/2012;
- legge n. 179/2017 sul whistleblowing, con la quale sono state apportate alcune modificazioni nella disciplina precedente, soprattutto in ragione del rafforzamento dell’istituto;

DATO ATTO, ancora, che il sistema disegnato dal legislatore è così articolato:

- a livello nazionale con l’approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione e, a livello di ciascuna amministrazione, mediante l’adozione di Piani di Prevenzione Triennali;

- il primo Piano Nazionale, predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica, è stato approvato con delibera n. 72 dell’11 settembre 2013 dell’Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.AC.);

- con Determina 28 ottobre 2015 l’Autorità Nazionale Anticorruzione ha approvato l’aggiornamento del Piano Nazionale Anticorruzione del settembre 2013, proponendo indicazioni integrative e chiarificatrici del Piano, elaborate sulla base di una attività di valutazione di numerosi Piani della amministrazioni pubbliche;

- l’aggiornamento 2016 del Piano è stato approvato con deliberazione A.N.AC n. 831 del 3 agosto 2016, un Piano in cui si propongono approfondimenti specifici ancora, tra gli altri, sulla sanità pubblica;

- l’aggiornamento 2017 del Piano Nazionale Anticorruzione è stato approvato con delibera A.N.AC. n. 1208 del 22 novembre 2017, nel quale sono considerati nella parte speciale approfondimenti relativi ad altri settori di amministrazioni pubbliche;

- l'aggiornamento 2018 del Piano Nazionale Anticorruzione è stato approvato con delibera A.N.AC. n. 1074 del 21 novembre 2018 (pubblicata in GU n. 296 del 21 dicembre 2018, nel quale sono considerati nella parte speciale approfondimenti relativi ad altri settori di amministrazioni pubbliche;

- il Piano Nazionale costituisce atto di indirizzo per le pubbliche amministrazioni ai fini dell'adozione dei propri piani triennali di prevenzione della corruzione;

- per quanto riguarda le amministrazioni regionali e locali e gli enti in loro controllo, gli adempimenti ed i relativi termini sono definiti attraverso Intese in sede di Conferenza Unificata (Stato, Regioni, Enti Locali); l'Intesa in materia è intervenuta con atto del 24 luglio 2013;

- il Responsabile per la prevenzione della corruzione presso le amministrazioni predispone il Piano Triennale di Prevenzione per l'adozione da parte dell'organo di vertice e gestione dell'amministrazione, coordina e monitora le attività e le misure programmate, relaziona annualmente in ordine alle attività svolte;

VISTI i provvedimenti A.N.AC. in merito a:

- Linee Guida su Accesso Civico "generalizzato" approvate con deliberazione n. 1309 del 28 dicembre 2016
- Linee Guida su obblighi di pubblicazione approvate con deliberazione n. 1310 del 28 dicembre 2016
- Linee Guida su Codici di Comportamento per gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale approvate con determinazione n.358 del 29 marzo 2017;

PRESO ATTO dunque della necessità di riconoscere al nuovo adottando Piano aziendale la funzione di recepire e dettare indirizzi e azioni per l'attuazione delle nuove disposizioni, oltre che organizzare l'attività di pianificazione e di indicazione delle specifiche misure di trasparenza e anticorruzione;

DATO ATTO che nel maggio 2018 è stato approvato il nuovo Codice di Comportamento per tutto il personale operante presso le Aziende Sanitarie di Parma, già efficace ed inserito quale allegato nel Piano 2019/2021 per motivi di completezza della materia e della documentazione inerente, tenuto conto che il Codice rappresenta uno degli strumenti rilevanti per l'attuazione delle azioni di prevenzione della corruzione;

PRECISATO che in virtù degli sviluppi dell'organizzazione aziendale, nel senso dell'integrazione di funzioni tra le due Aziende Sanitarie di Parma, oltre ai nuovi dettati normativi, si ritiene di proseguire nella

predisposizione di un unico documento per la prevenzione della corruzione e della trasparenza integrato interaziendale;

RITENUTO pertanto, su proposta del Responsabile trasparenza e anticorruzione delle due Aziende Sanitarie, di proseguire anche per il triennio 2019/2021 una pianificazione interaziendale integrata con efficacia per le Aziende USL e Ospedaliero Universitaria di Parma, mediante un documento che intende riprendere, riproporre e aggiornare integralmente la materia della prevenzione della corruzione e la trasparenza, il sistema e le azioni da realizzare nelle due Aziende, presentandosi come documento esaustivo e comprensivo di tutte le disposizioni da attuare, comprese le nuove norme nel tempo intervenute;

PRECISATO dunque che il documento di Piano integrato per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza 2018/2020, efficace per le Aziende Sanitarie della provincia di Parma, allegato al presente provvedimento a formarne parte integrante e sostanziale, comprende l'intera materia della Trasparenza;

CONFERMATO che gli obblighi, le azioni e le misure contenute nel Piano costituiscono obiettivi ed azioni che integrano i Piani aziendali della Performance e i Piani delle Azioni/Documenti di budget per l'anno 2019 e per gli anni successivi di efficacia del Piano, come risultante negli aggiornamenti annuali;

SOTTOLINEATO che tutti i dipendenti sono tenuti a conoscere il Piano per la prevenzione, a partecipare al processo di gestione del rischio in ragione delle funzioni svolte all'interno delle rispettive unità organizzative di appartenenza, e ad osservare le misure previste;

DATO ATTO che inadempimenti rispetto a obblighi e misure previsti dal Piano da parte di dirigenti e dipendenti comporta responsabilità disciplinare;

SU PROPOSTA del Responsabile interaziendale aziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (RPCT);

ACQUISITO il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

Delibera

di approvare il documento "Piano integrato per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza 2019/2021", efficace per entrambe le Aziende Sanitarie di Parma, AUSL e Azienda Ospedaliero Universitaria, allegato alla presente deliberazione e di cui costituisce parte integrante, predisposto dal Responsabile interaziendale per la prevenzione della corruzione e la trasparenza, in attuazione della legge n. 190/2012, dei decreti ad essa collegati e del Piano Nazionale Anticorruzione, il cui ultimo aggiornamento è stato approvato con deliberazione A.N.AC. n. 1071 del 21 novembre 2018;

di dare atto che il documento di Piano è composto da una parte descrittiva e da n. 13 allegati;

di dare atto che il documento comprende l'intera parte relativa alla Trasparenza, con le definizioni, disposizioni e misure relative, sia per l'istituto dell'accesso civico "generalizzato" che per il tema obblighi di pubblicazione;

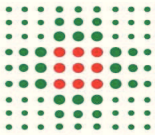
di precisare che tutti i dipendenti, appartenenti ad ogni articolazione aziendale, sono tenuti a conoscere il Piano che si approva, a partecipare al processo di gestione del rischio in ragione delle funzioni svolte all'interno delle rispettive unità organizzative di appartenenza, e ad osservare le misure previste;

di dare atto che le misure e le azioni previste nel Piano costituiscono obiettivi ed azioni che integrano il Piano aziendale della Performance e la programmazione (Piano delle Azioni/Documento di Budget) per l'anno 2019 e per gli anni successivi di efficacia del Programma, come risultante negli aggiornamenti annuali;

di disporre per la pubblicazione del Piano nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web istituzionale

di trasmettere il presente provvedimento al Collegio Sindacale, al Collegio di Direzione, alle Direzioni Amministrativa, Sanitaria e delle Attività Socio-Sanitarie, al Servizio Infermieristico Tecnico, ai Servizi Interaziendali Tecnico-Amministrativi, alla Direzione del Presidio Ospedaliero, alle Direzioni dei Distretti, ai Dipartimenti: Cure Primarie, Sanità Pubblica, Salute Mentale Dipendenze Patologiche, Valutazione e Controllo, agli Uffici Affari Legali, Contenzioso e Assicurazioni, Ufficio Stampa e Comunicazione, all'Organismo Aziendale di Supporto.

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



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma

Direzioni Aziendali
Servizio Interaziendale Trasparenza ed Integrità

Piano integrato per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza 2019/2021

Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma
Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma

gennaio 2019

INTRODUZIONE

Il 2019 è il sesto anno di attuazione della legge n. 190/2012, e provvedimenti collegati, secondo cui le amministrazioni pubbliche assumono l'impegno di pianificare e programmare azioni ed interventi per la prevenzione dei fenomeni corruttivi, ma più in generale, per il contrasto all'illegalità e la promozione dell'integrità.

L'adozione del documento di Piano rappresenta ogni volta un significativo momento di analisi delle proprie attività e di valutazione dei possibili provvedimenti, utile anche a rivalutare ed eventualmente rivedere l'organizzazione e la qualità di produzione delle prestazioni.

Il presente documento di Piano, oltre a prevedere la specifica parte operativa sulle misure sia per l'ambito della Trasparenza che per la Prevenzione della Corruzione, ha l'obiettivo anche di fornire in sintesi uno sguardo all'aggiornamento normativo ed altri interventi amministrativi dell'anno 2018, in quanto determinanti per gli indirizzi e le indicazioni utili alla comprensione di obiettivi, azioni e misure che sono dettati. Ed anche richiamare i principali istituti della legge n. 190/2012 ed il sistema di prevenzione.

Alcune precisazioni di sistema:

- il presente documento di Piano ha efficacia per entrambe le Aziende Sanitarie di Parma - Azienda USL e Azienda Ospedaliero Universitaria - così a proseguire l'innovazione introdotta dal gennaio 2017 **(Piano integrato)**

- il Piano comprende e conferma un ampio spazio dedicato alla **Trasparenza**, in forza delle modifiche normative introdotte dal decreto legislativo n. 97/2016 che hanno eliminato il documento autonomo in precedenza dedicato, anche per rafforzarne il valore di strumento di prevenzione della corruzione

- il presente Piano costituisce **aggiornamento del precedente** e considera **triennio di riferimento 2019/2021**; del precedente conserva l'impianto, e ne mantiene,

riportandole, varie parti e trattazioni al fine di mantenere il più possibile completezza di sistema (metodo consigliato da A.N.AC. nell'aggiornamento PNA 2018).

- Comprende **n. 13 Allegati**

Nelle introduzioni dei precedenti Piani si sono spesso presentati dati e rilevazioni offerte da organismi istituzionali ed associativi nazionali ed internazionali, volti ad offrire letture e graduatorie dei fenomeni di illegalità e corruzione nell'amministrazione pubblica, con l'effetto di sottolineare la necessità di operare interventi, pur nella riconosciuta oggettiva difficoltà ad elaborare e realizzare rimedi efficaci.

Studi e rilevazioni sul fenomeno sono proseguite anche nel 2018; un focus sulla percezione e sulla presenza della corruzione in Italia è stato presentato anche in occasione della Giornata internazionale contro la corruzione dello scorso 11 dicembre 2018, momento che si tiene da alcuni anni.

Illegalità e corruzione, come generalmente riconosciuto, oltre a rivestire comportamenti contrari a norme penali o disciplinari, rappresentano gravi danni al sistema economico e alla concorrenza sui mercati. Legalità e trasparenza sono profondamente segnate da condotte di abuso e arricchimento indebito che inquinano i meccanismi di accesso alle opportunità e di distribuzione delle risorse dettati dalla legge, creando così opacità e ineguaglianze, fonti della sfiducia dei cittadini nelle regole della comunità e nella politica.
Il settore della salute, per le ingenti risorse pubbliche che coinvolge, è inevitabilmente tra quelli maggiormente esposti al rischio di corruzione.

Persiste l'attenzione sul fenomeno nel nostro Paese, ne sono testimonianza la funzione legislativa, anche con la recente approvazione della legge n. 3/2019 (in gergo giornalistico "spazzacorrotti"), l'attività dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, l'impegno delle amministrazioni mediante l'adozione di strumenti ritenuti utili allo scopo di contrastare le illegalità.

Il significato della "corruzione" su cui si è inteso e si intende elaborare strategie ed azioni di prevenzione è quello che si riferisce al **comportamento dell'operatore pubblico che trae benefici dallo sfruttamento illecito della sua carica e della sua funzione.**

"E' importante il momento repressivo, ma anche attuare la trasparenza nelle attività amministrative, riorganizzare l'amministrazione in una logica di maggiore razionalità ed efficienza, impedire i conflitti di interesse, stimolare la collaborazione dei tanti funzionari onesti… (da "Corruzione e anticorruzione, dieci lezioni", Raffaele Cantone/Enrico Carloni, Feltrinelli ottobre 2018).

In questo contesto appare doveroso ricordare che nel dicembre appena trascorso si sono ricordati i **40 anni del Servizio Sanitario Nazionale**.

Il 23 dicembre 1978 con la legge n. 833 è stato istituito il S.S.N. in attuazione dell'art. 32 della Costituzione: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure agli indigenti" (comma 1).

Le principali caratterizzazioni:

- Universalità: tutti hanno diritto di accedere alle prestazioni indipendentemente dalle loro possibilità economiche
- Solidarietà: tutti concorrono col sistema della fiscalità
- Pubblico, unico e uniforme, per tutti i territori

Alcune evidenze attuali (da Rapporto OASI Bocconi novembre 2018):

- aspettativa di vita alla nascita pari a 82,8 anni (superiore a USA, Germania e Regno Unito)
- spesa sanitaria totale (pubblica e privata) 2017 pari al 8,9% del PIL (9,8 in Regno Unito, 11,1 in Germania, 17,1 in USA)
- spesa pubblica copre il 74% (117, 5 miliardi nel 2017) pari a 1.867 euro per abitante
- episodi di rinuncia alle cure pari al 5,7% (in diminuzione).

---

1. AGGIORNAMENTO NORMATIVO

Nel 2018, per arrivare sino ai giorni scorsi, si è aggiunto qualche intervento di carattere normativo, come anche richiamato nell'introduzione. Il Piano rappresenta sempre l'occasione per offrire questo tipo di informazioni che, andando ad incidere sul sistema in atto, consentono di meglio comprendere e contestualizzare strategie ed azioni.

I principali interventi che si citano sono quattro, di cui tre normativi e uno amministrativo, cioè l'aggiornamento del PNA 2018:

- **Legge 9 gennaio 2019, n. 3** (cd. "spazzacorrotti")
- **Legge 30 dicembre 2018, n. 145** (legge di bilancio 2019)
- **Legge Regionale 16 luglio 2018, n. 9** (organizzazione e controllo del S.S.R.)
- **Regolamento UE n. 679/2016** (e decreto legislativo n. 101/2018 di novellazione e adeguamento del decreto legislativo n. 196/2003) in materia di tutela dati personali.
- **Piano Nazionale Anticorruzione - aggiornamento 2018** (vedi capitolo successivo)

Legge 9 gennaio 2019, n. 3

"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"
Entra in vigore il 31 gennaio 2019.

L'intervento normativo introduce alcuni aspetti tesi a rafforzare il contrasto dell'illegalità pur non incidendo direttamente sulle azioni di prevenzione possibili da parte delle amministrazioni. In sintesi i temi sono i seguenti.

- sospensione della **prescrizione** dopo il primo grado di giudizio
- **interdizione perpetu**a (cd. "Daspo") dai pubblici uffici e **incapacità perpetua di contrattare** con la pubblica amministrazione, quali pene accessorie
- **casi di non punibilità** per chi corrompe ma poi denuncia i fatti volontariamente o dà indicazioni utili per individuare gli altri responsabili

- obblighi di trasparenza sulle **donazioni a partiti e movimenti politici** oltre i 500 euro annui
- introduce il cd. **"agente sotto copertura" (infiltrato)** anche per la lotta ai reati contro la pubblica amministrazione. L'istituto è già presente nell'ordinamento (legge n. 146/2006) e la nuova normativa ne estende l'efficacia ai reati contro la PA (concussione, corruzione…) non ricompresi nella precedente normativa. L'agente sotto copertura, utilizzando tecniche investigative speciali, non è punibile per l'eventuale attività di infiltrazione. Dunque, per il contrasto di eventuali reati potremo registrare presso le amministrazioni pubbliche l'utilizzo di questa nuova possibilità investigativa.

Legge 30 dicembre 2018, n. 145 (legge di bilancio 2019)

Tra le varie disposizioni di ordine programmatorio ed economico, sono da considerare le norme (art. 1 comma 912) che introducono deroghe per l'anno 2019 alla disciplina contenuta nel Codice dei Contratti (decreto legislativo n. 50/2016), in attesa di una complessiva revisione del Codice, in materia di **procedure di affidamento di lavori pubblici** per importi inferiori alla soglia comunitaria.

In sintesi:
- **procedura diretta** per importi inferiori a 40.000 euro, anche senza previa consultazione di due o più operatori economici
- per importi da 40.000 euro e sino a 150.000 euro **affidamento diretto** previa consultazione di 3 operatori economici
- per importi da 150.000 euro a 350.000 euro **procedura negoziata** con consultazione di almeno 10 operatori economici
- per importi da 350.000 euro a 1.000.000 euro **procedura negoziata** con consultazione di almeno 15 operatori economici.

Legge Regionale 16 luglio 2018, n. 9

"Norme in materia di finanziamento, programmazione, controllo delle aziende sanitarie e gestione accentrata. Altre disposizioni in materia di organizzazione del servizio sanitario regionale)"

L'intervento provvede ad aggiornare varie norme di organizzazione del Servizio Sanitario regionale, mettendo a sistema alcune innovazioni e strumenti introdotti nelle scorse gestioni (Paino performance, Bilanci, Controlli).

Di rilievo le norme contenute nell'art. 25 in materia di **Audit interno** alle Aziende:
"In ciascuna Azienda Sanitaria è istituita la funzione di audit interno per la verifica, il controllo, la revisione e la valutazione delle attività e delle procedure adottate, al fine di certificarne la conformità ai requisiti legali, alle linee guida e indirizzi regionali, nonché alle migliori pratiche. La funzione di audit interno persegue l'obiettivo di indicare le necessitate azioni di revisione e integrazione delle procedure interne, anche amministrativo contabili, non conformi… La funzione di audit interno assiste altresì la Direzione aziendale nel coordinamento e nella valutazione dell'efficacia e adeguatezza dei sistemi di controllo presenti ai vari livelli aziendali, raccomandando le dovute azioni di miglioramento…"

Nell'organizzazione di AUSL/AOU Parma è attiva la funzione di Internal Auditing dal 2017, istituita con competenza interaziendale nell'ambito della già realizzata integrazione dei servizi tecnico amministrativi.

Regolamento UE n. 679/2016 (tutela dati personali)

Si tratta di provvedimento del 2016, ma diventato efficace nel 2018 (e quindi inserito tra gli aggiornamento normativi del presente Piano).

L'intervento normativo europeo introduce varie novità in materia di tutela dei dati personali. Entrato in vigore il 25 maggio 2018. L'adeguamento è stato disposto con l'approvazione del decreto legislativo n. 101/2018, che ha novellato il decreto legislativo n. 196/2003.

Per quanto interessa il nostro campo si pone all'attenzione il tema della compatibilità della nuova disciplina con le norme che prevedono gli obblighi di pubblicazione (decreto legislativo n. 33/2013 modificato dal decreto legislativo n. 97/2016).

Per le pubblicazioni non vi sono particolari novità, e confermati i **princìpi di adeguatezza, pertinenza e limitazione** a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali i dati personali sono trattati.

Tra gli aggiornamenti normativi è opportuno citare una proposta di legge all'attenzione in questo periodo della Camera dei Deputati (proposta n. 491 Baroni e altri presentata il 10 aprile 2018) **"Disposizioni in materia di trasparenza dei rapporti tra le imprese produttrici, i soggetti che operano nel settore della salute e le organizzazioni sanitarie**", noto sulla stampa come **"Sunshine Act".**

La legge punta a rendere pubblici e trasparenti i rapporti rilevanti dal punto di vista economico tra gli operatori della salute e le imprese produttrici, ad esempio, di farmaci, apparecchiature e servizi sanitari.

Di seguito è riportata la parte relativa alle **novità normative inserita nel Piano dello scorso anno**, in quanto si tratta di interventi di particolare rilevanza per il sistema e da mantenere all'attenzione nel contesto del presente documento.

- **Legge 30 novembre 2017, n. 179** sul whistleblowing/segnalazioni
- **Legge Regionale Emilia Romagna 1 giugno 2017, n. 9 (artt. 5 e 7)** per politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza
- **Circolare n. 2 del 30 maggio 2017 Dipartimento Funzione Pubblica** sull'accesso civico generalizzato
- **Decreto legislativo n. 97/2016** di modifiche al decreto legislativo n. 33/2013

Nel contesto delle novità normative occorre ricordare anche i **Decreti Legislativi n. 74 e 75 del 25 maggio 2017**, di attuazione della **legge n. 124/2015** di riorganizzazione della pubblica amministrazione, che hanno apportato novità in materia di sistema della

performance (modifiche al decreto legislativo n. 150/2009) e in materia di procedimento e responsabilità disciplinare.

Inoltre da ricordare il **decreto legislativo n. 118/2017** (di attuazione di delega della legge n. 124/2015 e modificativo del decreto legislativo n. 116/2016) in materia di licenziamento disciplinare (cd. "furbetti del cartellino").

Legge 30 novembre 2017, n. 179

"Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato" **(whistleblowing)**

L'intervento normativo, approvato alla scadenza di legislatura, intende rafforzare la tutela di soggetti che effettuano segnalazioni di reati o altre forme di irregolarità, nell'ambito dei rapporti di lavoro, già introdotta dalla legge n. 190/2012.

Si tratta del dipendente che effettua segnalazioni di illeciti. Il termine "whistleblower", anglosassone, significa letteralmente "soffiare il fischietto" (come le segnalazioni di un arbitro o di un poliziotto), ed è stato utilizzato nel Piano Nazionale Anticorruzione per definire il caso di cui si parla.

Dunque, il whistleblower è chi testimonia un illecito o una irregolarità sul luogo di lavoro, durante lo svolgimento delle proprie mansioni, e decide di segnalarlo a una persona o a un'autorità che possa agire efficacemente al riguardo. Pur rischiando personalmente atti di ritorsione a causa della segnalazione, egli svolge un ruolo di interesse pubblico, dando conoscenza di problemi o pericoli all'ente di appartenenza. Sono considerate rilevanti le segnalazioni che riguardano comportamenti, reati o irregolarità a danno dell'interesse pubblico, con esclusione, evidentemente, delle lamentele di carattere personale del segnalante.

La legge n. 190, come detto, aveva introdotto una disciplina per la tutela del dipendente segnalante, mediante l'inserimento di un nuovo articolo, il 54 bis, nel corpo del decreto

legislativo n. 165/2001; A.N.AC. ha approvato con determina n. 6 del 28 aprile 2015 Linee Guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti.

Dunque ora la legge n. 179/2017 aggiorna e rafforza la disciplina per la tutela, riformulando l'art. 54 bis del decreto legislativo n. 165/2001.
E' l'art. 1 che ci riguarda, mentre l'art. 2 prevede l'estensione della tutela nel **settore privato.**
Si riportano le parti più importanti della disciplina.

Art. 1.
1. L'articolo 54 -bis del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, è sostituito dal seguente:
«Art. 54 -bis (**Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti**) . Il pubblico dipendente che, nell'interesse dell'integrità della pubblica amministrazione, segnala al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza di cui all'articolo 1, comma 7, della legge 6 novembre 2012, n. 190, ovvero all'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC), o denuncia all'autorità giudiziaria ordinaria o a quella contabile, condotte illecite di cui è venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro **non può essere sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito, o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro determinata dalla segnalazione.** L'adozione di misure ritenute ritorsive, di cui al primo periodo, nei confronti del segnalante è comunicata in ogni caso all'ANAC dall'interessato o dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nell'amministrazione nella quale le stesse sono state poste in essere. L'ANAC informa il Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri o gli altri organismi di garanzia o di disciplina per le attività e gli eventuali provvedimenti di competenza.

Sull'identità del segnalante:

3. **L'identità del segnalante** non può essere rivelata. Nell'ambito del procedimento penale, l'identità del segnalante è coperta dal segreto nei modi e nei limiti previsti dall'articolo 329 del codice di procedura penale. Nell'ambito del procedimento dinanzi alla Corte dei conti, l'identità del segnalante non può essere rivelata fino alla chiusura della fase

istruttoria. Nell'ambito del **procedimento disciplinare** l'identità del segnalante non può essere rivelata, ove la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione, anche se conseguenti alla stessa. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità del segnalante sia indispensabile per la difesa dell'incolpato, la segnalazione sarà utilizzabile ai fini del procedimento disciplinare **solo in presenza di consenso del segnalante alla rivelazione della sua identità.**

Non è possibile l'accesso documentale alla segnalazione:

4. La segnalazione è sottratta all'accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni.

L'Autorità Anticorruzione approverà Linee Guida specifiche:
5. L'ANAC, sentito il Garante per la protezione dei dati personali, adotta apposite **linee guida relative alle procedure per la presentazione e la gestione delle segnalazioni.** Le linee guida prevedono l'utilizzo di modalità anche informatiche e promuovono il ricorso a **strumenti di crittografia** per garantire la riservatezza dell'identità del segnalante e per il contenuto delle segnalazioni e della relativa documentazione.

Onere della prova:
7. È a carico dell'amministrazione pubblica o dell'ente di cui al comma 2 dimostrare che le misure discriminatorie o ritorsive, adottate nei confronti del segnalante, sono
motivate da ragioni estranee alla segnalazione stessa. Gli atti discriminatori o ritorsivi adottati dall'amministrazione o dall'ente sono nulli.
8. Il segnalante che sia licenziato a motivo della segnalazione è reintegrato nel posto di lavoro ai sensi dell'articolo 2 del decreto legislativo 4 marzo 2015, n. 23 (Jobs Act).

Condanna del segnalante per calunnia o diffamazione:
9. Le tutele di cui al presente articolo non sono garantite nei casi in cui sia accertata, anche con **sentenza di primo grado, la responsabilità penale del segnalante per i reati di**

calunnia o diffamazione o comunque per reati commessi con la denuncia di cui al comma 1 ovvero la sua responsabilità civile, per lo stesso titolo, nei casi di dolo o colpa grave».
Dunque, la legge prevede la garanzia della tutela del segnalante, come sopra indicata, fatte salve le ipotesi di condanna del segnalante per calunnia o diffamazione.

Sono previste **sanzioni** (comma 6) nei casi di:

a) Adozione misure discriminatorie
b) Assenza di procedure per inoltro e gestione delle segnalazioni
c) Mancata trattazione delle segnalazioni

Le istruttorie e ogni decisione sulle sanzioni sono di competenza dell'A.N.AC.

Legge Regionale Emilia Romagna 1 giugno 2017, n. 9 (artt. 5 e 7) per politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza

Art. 5

L'intervento normativo regionale sottolinea e rafforza l'impegno delle amministrazioni sanitarie sul tema del contrasto all'illegalità, prevedendo, in sintesi e per quanto possibile, l'impegno a perseguire gli obiettivi di prevenzione e contrasto della corruzione e di promozione della trasparenza, in particolare mediante:

- l'adozione delle migliori prassi di attuazione delle normative nazionali in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza
- misure di rotazione degli incarichi, con particolare riferimento agli incarichi dirigenziali, laddove possibile
- emanazione dell'aggiornamento del Codice di Comportamento, approvati a fine 2013 in base al DPR n. 62/2013
- nell'ambito del Codice di Comportamento prevedere:
  - **dichiarazione di rapporti con soggetti esterni ai fini di possibili conflitti di interessi (tutto il personale)**
  - **dichiarazione di patrimonio e reddito da parte del personale titolare di incarico dirigenziale.**

Art. 7. Nullaosta alle sperimentazioni cliniche

Si prevede l'obbligatorietà di espresso e motivato nullaosta del direttore generale dell'Azienda in tutti i casi di sperimentazioni cliniche, una volta sottoposte al necessario parere del Comitato Etico, al fine di garantire l'assenza di pregiudizi per l'attività assistenziale.

Circolare n. 2 del 30 maggio 2017 Dipartimento Funzione Pubblica

(sull'accesso civico generalizzato)

Data la rilevanza del tema, introdotto dal decreto legislativo n. 97/2016, di attuazione della legge n. 124/2015 di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche, che amplia le possibilità di accesso a dati e informazioni detenute dalle stesse pubbliche amministrazioni, il Dipartimento Funzione Pubblica ha inteso intervenire per fornire indirizzi di attuazione, oltre a quelli a suo tempo approvati dalle linee guida A.N.AC.

In particolare si sofferma su aspetti operativi relativi a:

- modalità di presentazione delle richieste
- identificazione del richiedente
- uffici competenti
- tempi di decisione
- controinteressati
- dialogo con i richiedenti
- registro degli accessi.

Decreto legislativo n. 97/2016

In questa sede dedicata alle normative è necessario riprendere i temi introdotti col decreto legislativo n. 97/2016, attuativo di una delle deleghe previste (art. 7) dalla legge n. 124/2015 di riordino delle amministrazioni pubbliche, che ha operato correttivi al sistema Trasparenza mediante il riordino degli obblighi di pubblicazione previsti dal decreto legislativo n. 33/2013, e introdotto l'istituto dell'Accesso civico generalizzato.

Il richiamo è altresì necessario in virtù dell'importanza dell'intervento normativo e dell'attuazione, peraltro avviata, per gli obblighi di trasparenza e per l'accesso civico.

Dal punto di vista del metodo ha **novellato il decreto legislativo n. 33/2013**, a suo tempo attuativo di delega legislativa prevista dalla legge n. 190/2012 in forza del valore ampiamente riconosciuto alla trasparenza, quale uno degli strumenti più importanti di contrasto alla corruzione. D'ora innanzi, nel presente documento, si citeranno in gran parte norme del decreto legislativo n. 33/2013, da intendersi nella formulazione modificata dal decreto n. 97.

Il decreto è intervenuto, con abrogazioni o integrazioni, su diversi obblighi di trasparenza. Tra le modifiche di carattere generale di maggior rilievo, si rileva il mutamento dell'ambito soggettivo di applicazione della normativa sulla trasparenza, l'introduzione dell'accesso civico generalizzato agli atti e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, l'unificazione tra il Piano triennale di Prevenzione della Corruzione e il Programma della Trasparenza, l'introduzione di nuove sanzioni pecuniarie nonché l'attribuzione ad A.N.AC. della competenza all'irrogazione delle stesse.
Con riferimento all'introduzione della nuova figura di accesso civico, il decreto ha assunto, nel gergo dei media, la denominazione di FOIA, acronimo inglese che sta per **Freedom Of Information Act,** come ad ispirarsi al manifesto assunto nel tempo in altri Paesi secondo cui si prevede il diritto di chiunque di avere accesso ai dati e ai documenti detenuti dalla pubblica amministrazione.

In sintesi gli ambiti di intervento:

- **obblighi di trasparenza e pubblicazione** (riordino e modifiche)
- **accesso civico "generalizzato" o "ampliato**" (accesso ampio a documenti e informazioni)
- **modifiche alla legge n. 190/2012** (PNA, Piani delle amministrazioni, coordinamento col sistema performance).

Obblighi di trasparenza e pubblicazione

Tra gli aspetti più significativi:

Banche dati nazionali. Le pubblicazioni di dati che confluiscono in banche dati nazionali possono essere soddisfatte con le comunicazioni alle stesse banche dati

Sezione Trasparenza nel piano anticorruzione. Cessa l'autonomia del documento di programma per la trasparenza, ora tutto confluisce nel Piano per la prevenzione della corruzione

Incarichi dirigenziali. Introdotto l'obbligo di pubblicazione di una serie di dati relativi ai titolari di incarichi dirigenziali, comprese le dichiarazioni riguardanti la situazione patrimoniale e di reddito. Gli articoli coinvolti sono il 14, il 15 e il 41 (del decreto 33 modificato), quest'ultimo specifico per il settore sanità.

Al momento l'attuazione delle disposizioni è ancora sospesa, in attesa di pronunciamento della Corte Costituzionale, cui il TAR Lazio ha rimesso la questione nel settembre 2017. Poi, per l'ambito della dirigenza medica, veterinaria, sanitaria, poiché non vi è sufficiente chiarezza nella formulazione e nei rimandi contenuti nelle norme citate, si attenderanno specifico intervento normativo e chiarimenti dall'Autorità Nazionale Anticorruzione.

Concorsi e selezioni. Introdotta la pubblicazione dei criteri di valutazione delle commissioni e delle tracce delle prove scritte

Organismo indipendente di valutazione (OIV). Da pubblicare gli atti e le deliberazioni dell'OIV. Rafforzamento complessivo del ruolo dell'OIV e ulteriori competenze in materia di trasparenza e anticorruzione, in connessione al sistema performance

Pagamenti. Previste nuove pubblicazioni riguardanti i dati sui pagamenti, indici di tempestività, debiti e imprese creditrici

Contratti pubblici. Ampliate le tipologie di dati da pubblicare in materia di procedure di gara e appalti, con riferimento alla recente riforma in materia approvata con decreto legislativo n.50/2016.

A.N.AC. controlla l'adempimento degli obblighi di pubblicazione con:

- esercizio di poteri ispettivi mediante richiesta di notizie, informazioni, atti e documenti

- può ordinare l'adozione di atti o provvedimenti, ovvero la rimozione di comportamenti o atti contrastanti con i piani e le regole sulla trasparenza, da adempiere entro il termine di trenta giorni
- può chiedere informazioni all'OIV.

Accesso civico "generalizzato" o "ampliato"

E' disposta una nuova tipologia di accesso civico, ampliato o generalizzato, da esercitarsi per accedere a dati, documenti, informazioni detenuti da pubbliche amministrazioni ma ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione:

"Allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico, chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'art. 5 bis (esclusioni e limiti all'accesso civico)".

Ora, dal punto di vista sistematico, coesistono tre tipologie di accesso:

- accesso alla documentazione amministrativa (artt. 22 e seguenti della legge n. 241/1990 - tipologia di accesso confermata da art. 5, comma 11, del decreto n. 33 modificato)
  si ricorda che:
  - i richiedenti interessati sono tutti i soggetti privati, compresi i portatori di interessi pubblici diffusi, che abbiano un interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso
  - la richiesta di accesso deve essere motivata
  - l'accesso si realizza con la presa visione o l'estrazione di copia di documentazione
  - l'esame dei documenti è gratuito, il rilascio di copie è subordinato al rimborso dei costi di riproduzione
  - istanza rivolta all'amministrazione/unità organizzativa che detiene la documentazione

- accesso civico (art. 5 decreto n. 33)

    - diritto esercitabile da chiunque, gratuito, non deve essere motivato
    - riguarda documenti, dati, informazioni da pubblicarsi obbligatoriamente in "Amministrazione Trasparente"
    - istanza al Responsabile Trasparenza (RPCT)

- accesso civico "generalizzato/ampliato" (art. 6, comma 2, decreto n. 97)

è ora quello esercitabile da chiunque rispetto a dati e documenti detenuti da pubbliche amministrazioni, *ulteriori* rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria, *nel rispetto di limiti di tutela di interessi giuridicamente rilevanti*.

Modifiche alla legge n. 190/2012

Sono varie le modificazioni introdotte, sia di sistema che di semplice precisazione su alcuni aspetti:

- il Piano Nazionale Anticorruzione, adottato da A.N.AC., costituisce atto di indirizzo per le pubbliche amministrazioni ai fini dell'adozione dei propri piani triennali di prevenzione della corruzione
- il Piano individua aree di attività pubbliche, i principali ambiti di rischio e fornisce indicazioni per le misure di contrasto alla corruzione
- ANAC:
    - esercita poteri ispettivi mediante richiesta di notizie, informazioni, atti e documenti
    - può ordinare l'adozione di atti o provvedimenti, ovvero la rimozione di comportamenti o atti contrastanti con i piani
- l'organo di indirizzo (il vertice delle amministrazioni) individua il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) di norma tra i dirigenti di ruolo in servizio, disponendo le modifiche organizzative necessarie ad assicurare funzioni e poteri idonei. Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione svolge, di norma, anche le funzioni di Responsabile della Trasparenza

- RPCT segnala all'organo di indirizzo e all'OIV le "disfunzioni" inerenti all'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza; indica i nominativi dei dipendenti inadempienti agli uffici competenti in materia disciplinare
- eventuali misure discriminatorie nei confronti del RPCT vanno segnalate ad ANAC
- l'organo di indirizzo definisce gli *obiettivi strategici* in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza; adotta il Piano triennale entro il 31 gennaio di ogni anno, su proposta del RPCT
- l'OIV:
    - verifica coerenza Piani triennali prevenzione corruzione con obiettivi contenuti nei documenti di programmazione strategico gestionale
    - verifica che nel sistema performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e trasparenza
    - verifica i contenuti della Relazione annuale del RPCT (attività successiva), tramite richiesta di informazioni ed eventuali audizioni di dipendenti
- la violazione delle misure di prevenzione previste dal Piano da parte dei dipendenti costituisce illecito disciplinare
- RPCT risponde per responsabilità dirigenziale e disciplinare nei casi di ripetute violazioni delle misure dei Piani, salvo che si sia data diffusione dei Piani e delle misure in essi contenute, e di aver vigilato
- RPCT trasmette la relazione annuale all'organo di indirizzo e all'OIV.

Linee Guida A.N.AC.

- Linee Guida su Accesso Civico "generalizzato" approvate con deliberazione n. 1309 del 28 dicembre 2016
- Linee Guida su obblighi di pubblicazione approvate con deliberazione n. 1310 del 28 dicembre 2016
- Linee Guida sulle dichiarazioni da rendere dai titolari di incarichi dirigenziali approvate con determinazione n. 241 del 8 marzo 2017.

2. PIANO NAZIONALE ANTICORRUZIONE

PIANO NAZIONALE ANTICORRUZIONE - aggiornamento 2018

(deliberazione A.N.AC. n. 1074 del 21 novembre 2018, pubblicata in G.U. n. 296 del 21 dicembre 2018)

Il PNA aggiornamento 2018, come il precedente aggiornamento 2017, è articolato in una parte generale e in una parte speciale. Si presenta meno ampio rispetto ai precedenti e non fornisce, nello specifico, ulteriori indicazioni per il settore sanità rispetto a quelle contenute negli altri Piani.

Nella **Parte Generale** ricorda le caratteristiche del Piano, offre una panoramica degli esiti di valutazione delle misure di prevenzione compiute su un campione di piani di 536 amministrazioni appartenenti a diversi comparti, approfondisce alcune tematiche trasversali per tutte le amministrazioni.
Nella **Parte Speciale** il Piano Nazionale dedica approfondimenti specifici a quattro tipologie di amministrazioni pubbliche/Procedure**: Agenzie Fiscali, Gestione Fondi Strutturali e dei Fondi nazionali per le politiche di coesione, Gestione dei rifiuti, Semplificazioni per i piccoli Comuni.**

In **Appendice** sono inseriti n. 2 allegati relativi a ruolo e funzioni del RPCT.

Intanto su natura e funzioni del PNA si ricorda che:

- in quanto atto di indirizzo, il PNA contiene indicazioni che impegnano le amministrazioni allo svolgimento di attività di analisi della realtà amministrativa e organizzativa nella quale si svolgono le attività di esercizio di funzioni pubbliche e di attività di pubblico interesse esposte a rischi di corruzione e all'adozione di concrete misure di prevenzione della corruzione. Si tratta di un modello che contempera l'esigenza di uniformità nel perseguimento di effettive misure di prevenzione della corruzione con l'autonomia organizzativa delle amministrazioni

- intende contribuire a responsabilizzare maggiormente tutti i soggetti che a vario titolo operano nelle amministrazioni, dagli organi di indirizzo, ai RPCT, ai dirigenti e ai dipendenti tutti, nella consapevolezza che la prevenzione dei fenomeni corruttivi non possa che essere il frutto di una necessaria interazione delle risorse, delle competenze e delle capacità di ognuno.

Tematiche considerate nella Parte Generale:

- **PNA è atto di indirizzo**, volto a favorire il rispetto sostanziale delle norme, lasciando inalterata la responsabilità delle singole amministrazioni che, in base allo specifico contesto organizzativo, sono tenute ad individuare le misure più appropriate e le modalità più idonee per attuare e declinare le misure utili per la prevenzione della corruzione

- **Adozione Piano** da parte di ciascuna amministrazione entro il 31 gennaio di ogni anno, su proposta del RPCT; Piano di durata triennale ed aggiornamento annuale, con **sezione dedicata alla trasparenza**

- **Trasparenza e tutela dei dati personali:** pone l'attenzione alla compatibilità della nuova disciplina in materia di protezione dati personali di cui al **Regolamento UE n. 679/2016,** entrato in vigore il 25 maggio 2018 (e decreto legislativo n. 101/2018 di novellazione e adeguamento del decreto legislativo n. 196/2003) con le norme che prevedono gli obblighi di pubblicazione (decreto legislativo n. 33/2013 modificato dal decreto legislativo n. 97/2016).
  Per le pubblicazioni non vi sono particolari novità, e confermati i **princìpi di adeguatezza, pertinenza e limitazione** a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali i dati personali sono trattati.
  Nella successiva parte dedicata alle misure 2019 si considera il tema.

- **Codici di Comportamento**: A.N.AC. richiama le amministrazioni a dotarsi di un Codice di Comportamento o di aggiornare quello datato. La nuova tornata viene definita

come approvazione dei Codici di Comportamento "di seconda generazione", definendo la prima, quella decorrente dal dicembre 2013, come dotata di scarsa innovatività.

Le nostre due Aziende hanno già provveduto all'approvazione del Codice di Comportamento di "seconda generazione" nel maggio 2018, secondo un iter che ha visto l'elaborazione di un modello unico regionale. Sul punto si dirà anche in seguito.

- Il cd. **pantouflage o revolving doors**: il primo termine, francese, ed il secondo, anglosassone (porta girevole), indicano entrambe una attività per la quale l'operatore pubblico ottenga, dopo la cessazione dall'impiego, un lavoro privato in un ambito e unità produttiva che è stata destinataria dell'attività della pubblica amministrazione mediante funzioni e poteri svolti da quell'operatore (inserito comma 16 ter nell'art. 53 del d.lgs n. 165/2001). Detta situazione comporta incompatibilità e conseguenze sanzionatorie.

  Lo scopo della norma è quello di scoraggiare comportamenti impropri del dipendente che, durante il periodo di servizio potrebbe sfruttare la propria posizione all'interno dell'amministrazione per precostituirsi delle situazioni lavorative vantaggiose presso il soggetto privato con cui è entrato in contatto in relazione al rapporto di lavoro.

  Il tema sarà ripreso nella parte successiva dedicata alle misure.

- **Rotazione**: A.N.AC. ricorda come programmazione e applicazione delle misure di rotazione sia difficile e poco praticata dalle amministrazioni. Ove non sia possibile precisa di poter operare scelte organizzative con effetti analoghi.

  Viene poi ricordata la cd. "rotazione straordinaria", da applicarsi successivamente al verificarsi di fenomeni corruttivi.

Ruolo e poteri del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

A.N.AC. coglie poi l'occasione per svolgere alcune precisazioni in tema di ruolo e poteri del RPCT, spesso oggetto nei fatti di interpretazioni non corrette che portano ad attribuzioni di funzioni non appropriate. Conferma quanto già indicato con la propria deliberazione n. 840 del 2 ottobre 2018.

A sintetizzare quanto chiarito dall'Autorità:

- i poteri di vigilanza e controllo del RPCT sono delineati come funzionali al ruolo principale che il legislatore assegna al RPCT, che è quello di proporre e predisporre adeguati strumenti interni all'amministrazione per contrastare l'insorgenza di fenomeni corruttivi (PTPC)

- RPCT esercita poteri di programmazione, impulso e coordinamento, la cui funzionalità dipende dal coinvolgimento e dalla responsabilizzazione di tutti coloro che a vario titolo partecipano dell'adozione e attuazione delle misure di prevenzione

- i poteri sono da coordinarsi con gli altri organi di controllo interno

- è escluso che al RPCT spetti accertare responsabilità e svolgere direttamente controlli di legittimità e di regolarità amministrativa e contabile

- su fatti e vicende che emergono (eventualmente segnalate) RPCT è chiamato ad una "delibazione" sul fumus, cioè sulla fondatezza, in modo anche da trarne spunti per interventi sul Piano anticorruzione e sulle misure di prevenzione, oppure per meglio individuare quale organo/ufficio interno o esterno all'amministrazione sia competente per i necessari accertamenti di responsabilità

- come poteri istruttori in generale, sulle segnalazioni, vi è la possibilità che il RPCT possa acquisire direttamente atti e documenti o svolgere audizioni di dipendenti al fine di chiarire procedimenti e circostanze

- a seguito di segnalazioni, informa l'autorità giudiziaria in caso di ipotesi di reati

- garanzia al RPCT di posizione di indipendenza dall'organo di indirizzo

- garanzia al RPCT di struttura di supporto adeguata

- sono riconosciute tutele in caso di revoca o misure discriminatorie.

I precedenti PNA

Si richiamano ora alcune informazioni sui precedenti PNA

Il **primo Piano Nazionale** di attuazione della legge n. 190/2012 è stato elaborato dal Dipartimento Funzione Pubblica ed approvato dall'allora CIVIT (in qualità di autorità anticorruzione del tempo) nel **settembre 2013**. Sono confermati ancora oggi l'impostazione di sistema e gli indirizzi su temi significativi, quale ad esempio il metodo di valutazione dei rischi corruttivi

L'aggiornamento 2015 del Piano, approvato con determina A.N.AC. 28 ottobre 2015. Fornisce indicazioni integrative e chiarimenti rispetto ai contenuti del primo Piano, anche sulla base delle risultanze della valutazione condotta sui piano di prevenzione delle amministrazioni pubbliche.

L' **aggiornamento 2016** del Piano è stato approvato con deliberazione A.N.AC. n. 831 del 3 agosto 2016.

I Piani 2015 e 2016 contengono una parte speciale in cui vi sono approfondimenti relativi a diverse tipologie di organizzazione ed attività pubbliche. Ampio spazio è dedicato al **settore sanità**, per il quale sono state individuate aree di rischio particolari, oltre a quelle generali previste per tutte le amministrazioni:

Con l'aggiornamento PNA 2015:
- attività libero professionale e liste d'attesa
- rapporti contrattuali con privati accreditati
- farmaceutica, dispositivi ed altre tecnologie
- attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero

Con l'aggiornamento PNA 2016:

- acquisti in ambito sanitario
- nomine
- rotazione del personale
- rapporti con soggetti erogatori

Il Piano 2016 poi:

- riprende le novità normative introdotte dal decreto legislativo n. 97/2016, in particolare per quanto riguarda il rafforzamento del ruolo dei RPCT, l'unificazione in un solo strumento di Piano di prevenzione e Programma trasparenza, l'ampliamento del ruolo degli OIV
- conferma che la trasparenza è misura di estremo rilievo e fondamentale per la prevenzione della corruzione, in quanto strumentale alla promozione dell'integrità, allo sviluppo della cultura della legalità in ogni ambito dell'attività pubblica
- l'approfondimento sulla Sanità non è rivolto solo agli Enti del Servizio Sanitario Nazionale ma anche alle Regioni, in forza delle competenze istituzionali sulla sanità. Rappresenta un elemento di novità rilevante, rispetto all'impostazione dei precedenti PNA, col quale si intende sottolineare la possibilità di interventi a livello regionale, ferme restando le competenze e i profili di autonomia delle singole amministrazioni. In Emilia Romagna la novità è stata subito considerata come opportunità per favorire omogeneità tra le varie Aziende del Servizio Sanitario Regionale anche in materia di trasparenza e anticorruzione, ed allo scopo è stato istituito un tavolo regionale operativo coordinato dal Servizio Amministrazione della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare.

Il Piano Nazionale Anticorruzione – aggiornamento 2017, approvato con delibera A.N.AC. n. 1208 del 22 novembre 2017, è articolato in una parte generale e in una parte speciale. Si presenta meno ampio rispetto ai precedenti e non fornisce, nello specifico, ulteriori indicazioni per il settore sanità rispetto a quelle contenute negli altri Piani.

Nella **Parte Generale** riporta gli esiti di una valutazione dei PTPC di un ampio campione di amministrazioni pubbliche, svolta in collaborazione con l'Università di Roma Tor Vergata.

In tale contesto si afferma che **l'esperienza maggiormente positiva è quella delle Aziende Sanitarie**, che hanno sperimentato un trend crescente in quasi tutti i punti esaminati.
Richiama poi alcuni aspetti riguardanti il RPCT, la predisposizione del Piano triennale (PTPC), le funzioni degli Organismi Indipendenti di Valutazione (OIV), che hanno visto accresciute le proprie competenze soprattutto in materia di Trasparenza ad opera del decreto legislativo n. 97/2016.

Nella **Parte Speciale** il Piano Nazionale 2017 dedica approfondimenti specifici a tre tipologie di amministrazioni pubbliche**: le Autorità di Sistema Portuale, i Commissari Straordinari, le Istituzioni Universitarie**, caratterizzate da notevoli peculiarità organizzative e funzionali.

---

3. LEGGE N. 190/2012 E SISTEMA DI PREVENZIONE

Si ritiene ora opportuno mantenere il richiamo al sistema e agli istituti più importanti introdotti dalla legge n. 190/2012, in forma sintetica e comunque utile alla migliore comprensione delle parti operative.

Il sistema

"Nel corso dell'ultimo decennio si è imposto sempre più nello scenario internazionale il tema della corruzione (come si ricordava anche nella parte introduttiva), fenomeno avvertito anche da parte dei cittadini nella sua gravità per gli effetti negativi che determina sul tessuto sociale e sulla competitività del sistema economico ed in grado di minare la legittimazione delle istituzioni democratiche… **Nell'arco di un quinquennio, a partire dal novembre 2012, nel sistema amministrativo italiano si è in ogni modo radicata una nuova funzione di prevenzione e contrasto amministrativo della corruzione, affiancatasi al tradizionale approccio repressivo che aveva connotato fino a quel momento il sistema italiano e che aveva mostrato con chiarezza i propri limiti…** La struttura fondamentale del sistema discende dalla legge "Severino", legge n. 190/2012, approvata in una fase particolare della vita politica italiana. Erano gli anni del Governo tecnico di Mario Monti e del divampare della crisi economica e, quindi, delle misure quasi emergenziali di contrasto alla crisi medesima, in funzione del rilancio del paese…" (Presidente A.N.AC. Cantone, inaugurazione anno accademico Università di Perugia, 21 novembre 2017).

La legge n. 190/2012 costituisce il primo tentativo dell'ordinamento italiano di darsi una disciplina organica della lotta alla corruzione, nella quale convergano, in modo coordinato, misure di prevenzione e misure di repressione, di cui ci si preoccupa di garantire l'efficacia con la predisposizione di strumenti operativi e autorità ad hoc.

Il sistema di prevenzione si articola a **livello nazionale** con l'approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione e, a **livello di ciascuna amministrazione**, mediante l'adozione di Piani di Prevenzione Triennali.

Il Piano Nazionale rappresenta lo strumento attraverso il quale sono individuate le strategie prioritarie per la prevenzione ed il contrasto della corruzione nella pubblica amministrazione a livello nazionale, ed individua le linee guida per indirizzare le pubbliche amministrazioni nella prima predisposizione dei rispettivi Piani Triennali.

Sugli sviluppi normativi successivi sono da segnalare almeno tre significativi interventi.

Il primo è il **decreto legge n. 90/2014** il quale ha disposto l'abolizione dell'Autorità per i contratti pubblici (AVCP), trasferendo le relative funzioni e personale all'Autorità Nazionale Anticorruzione.

Il secondo è il **decreto legislativo n. 97/2016**, già ricordato in precedenza, di riforma della disciplina in materia di trasparenza amministrativa, che si inserisce nel quadro delle complessive politiche di riforma amministrativa ed attua la delega contenuta nella legge n. 124/2015.

Il terzo è il nuovo **Codice dei contratti Pubblici**, adottato con decreto legislativo n. 50/2016, rivisto nel 2017 (decreto legislativo n. 56/2017), un intervento particolarmente ampio ed ambizioso, centrale per definire i caratteri complessivi del nuovo sistema italiano.

Attori e competenze

Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.AC.)

Opera quale soggetto dotato di terzietà rispetto all'apparato istituzionale; analizza le cause della corruzione ed individua i relativi interventi di prevenzione e contrasto; esprime pareri facoltativi e vigila su tutte le amministrazioni pubbliche; approva il Piano Nazionale Anticorruzione; presenta una relazione annuale al Parlamento sull'attività di contrasto alla corruzione e sull'efficacia delle disposizioni in materia.

A norma dell'art. 19 del decreto-legge n. 90/2014, convertito con legge n. 114/2014, l'ANAC ha assorbito compiti e funzioni dell'Autorità di vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture (AVCP), divenendo così una unica organizzazione a sovrintendere le attività di

impulso, coordinamento e controllo per la prevenzione della corruzione e la trasparenza. Compiti e funzioni, invece, in materia di misurazione e valutazione della performance sono stati trasferiti al Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Responsabile per la prevenzione della corruzione e la Trasparenza presso le amministrazioni
Viene nominato tra i dirigenti in servizio, predispone il Piano Triennale di Prevenzione per l'adozione da parte dell'organo di vertice e gestione dell'amministrazione, coordina e monitora le attività e le misure programmate, relaziona annualmente in ordine alle attività svolte.

Piani Triennali delle amministrazioni

I Piani Triennali delle amministrazioni devono contenere, tra altri elementi:

- l'individuazione di aree e processi esposti al rischio di corruzione
- il coinvolgimento dei dirigenti e di tutto il personale
- il monitoraggio dei termini dei procedimenti
- l'adozione del Codice di Comportamento, con integrazioni e specificità rispetto a quello nazionale approvato con DPR n. 62/2013
- misure in materia di trasparenza (ora non più con autonomo Programma ma come specifica sezione del Piano)
- forme di integrazione e coordinamento con il Piano della Performance
- attività di formazione del personale
- misure per la segnalazione di condotte illecite
- misure per la rotazione del personale addetto alle aree a maggior rischio
- misure in materia di autorizzazione di incarichi esterni
- misure per l'attuazione delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi dirigenziali (materia rivista dall'Autorità con delibera n. 149 del 22 dicembre 2014), anche successivamente alla cessazione dal servizio.

Il concetto di "corruzione"

Il modo più comune di definire la corruzione è quello di "un abuso del pubblico ufficiale per un guadagno privato"; oppure "particolare accordo tra un funzionario pubblico ed un soggetto privato, mediante il quale il primo accetta dal secondo, per un atto relativo alle proprie attribuzioni, un compenso che non gli è dovuto".

Le fattispecie nel codice penale distinguono la "corruzione per l'esercizio della funzione" (art. 318) e la "corruzione per atto contrario ai doveri di ufficio" (art. 319).

La prima, art. 318 (corruzione per l'esercizio della funzione), è stata modificata proprio con la legge n. 190, con l'introduzione di "esercizio della funzione" al posto del precedente "atto d'ufficio", spostando dunque l'accento dal termine "atto" all'esercizio delle "funzioni o dei poteri" del pubblico funzionario: "Il pubblico ufficiale che, per l'esercizio delle sue funzioni o dei suoi poteri, indebitamente riceve, per sé o per un terzo, denaro o altra utilità o ne accetta la promessa è punito con la reclusione da uno a sei anni" (la pena risulta aumentata, rispetto alla formulazione originaria, per effetto della legge n. 69/2015).

L'art. 319 (corruzione propria) prevede la punibilità del pubblico ufficiale che, per omettere o ritardare o per aver omesso o ritardato un atto del suo ufficio, ovvero per compiere o per aver compiuto un atto contrario ai doveri di ufficio, riceve, per sé o per un terzo, denaro od altra utilità, o ne accetta la promessa, con la reclusione da sei a dieci anni (la pena risulta aumentata, rispetto alla formulazione originaria, per effetto della legge n. 69/2015).

Poi la legge n. 190 introduce l'art. 319 quater, "Induzione indebita a dare o promettere utilità": "Il pubblico ufficiale o l'incaricato di pubblico servizio che, abusando della sua qualità o dei suoi poteri, induce taluno a dare o a promettere indebitamente, a lui o a un terzo, denaro o altra utilità è punito con la reclusione da sei anni a dieci anni e sei mesi" (la pena risulta aumentata, rispetto alla formulazione originaria, per effetto della legge n. 69/2015).

Il fenomeno corruttivo che la legge n. 190 e i Piani Nazionali considerano è più ampio dello specifico reato di corruzione e del complesso dei reati contro la pubblica amministrazione: coincide con la

"maladministration", intesa come assunzione di decisioni (di assetto di interessi a conclusione di procedimenti, di determinazioni di fasi interne a singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari. Occorre, cioè, aver riguardo ad atti e comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nell'imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse.

"E' ricorrente l'idea, anche fra autorevoli commentatori della riforma, che il nuovo disegno delinei anche una **nozione di "corruzione amministrativa**", più estesa di quella penale e riconducibile in sostanza alla maladministration. E' una lettura di cui sembra potersi trovar traccia negli stessi provvedimenti che hanno dato prima attuazione alla legge 190, dove ad esempio troviamo affermato che si può parlare di corruzione a fronte di situazioni rilevanti più ampie della disposizione penalistica, che comprendono non solo l'intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione, ma anche 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 attribuite. A ben vedere però non si introduce una nuova nozione di corruzione, concetto il cui significato resta saldamente ancorato alla definizione penalistica di scambio di atti e/o funzione con una utilità, ma si modifica l'approccio, perché si amplia il campo di intervento prima circoscritto a sanzionare specifiche condotte individuali ed ora, invece, rivolto a questioni preliminari, aspetti organizzativi, regolazione e procedimentalizzazione di specifiche attività, e così via. **Questo ampliamento è quindi soltanto il frutto della diversa logica della prevenzione rispetto alla repressione:** un mutamento di prospettiva per cui diventano rilevanti situazioni nelle quali il rischio è meramente potenziale, il conflitto di interessi apparente, ma in presenza delle quali è necessario entrino in gioco misure di allontanamento dal rischio, con scelte che talvolta prescindono completamente dalle condotte individuali. **Il nuovo sistema, proprio perché interessato a prevenire e non sanzionare, mira ad intervenire su ciò che può accadere e non guarda solo a ciò che è accaduto, si rivolge all'organizzazione e non solo all'azione: il focus si sposta dalla patologia dell'illecito alla presenza di un rischio e la strategia di contrasto si rivolge ai conflitti di interesse, da evitare, conoscere, controllare, mettere in trasparenza.** Il tutto in un disegno complessivo

fatto di misure specifiche e regolazioni settoriali, tenute insieme da due collanti: uno, organizzativo, che ha come perno l'Autorità nazionale Anticorruzione; l'altro, procedurale e programmatico, che si sviluppa in coerenza con il piano nazionale Anticorruzione" (Presidente A.N.AC. 21 novembre 2017).

Al di là di tutte le definizioni riportate, il concetto di corruzione utile per il sistema e per il nostro Piano è dunque più ampio rispetto alle fattispecie penalistiche, per il fatto che ci si occupa di prevenzione e non di repressione: e quindi è comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività di una funzione pubblica, si riscontri **l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati.**

Applicabilità alle Aziende Sanitarie

Dal punto di vista sistematico occorre subito precisare l'applicabilità della legge n. 190 alle Aziende del Servizio Sanitario pubblico, da ricomprendere appunto nella tipologia di amministrazioni pubbliche indicate *nell'art. 1, comma 59:* "Le disposizioni di prevenzione della corruzione, di diretta attuazione del principio di imparzialità di cui all'art. 97 della Costituzione, sono applicate in tutte le amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1, comma 2, del decreto legislativo n. 165/2001 e successive modificazioni". Tempi e modalità di attuazione, anche dei decreti legislativi previsti dalla legge, da parte delle Regioni e degli enti locali e degli enti pubblici di riferimento sono definiti attraverso Intese in sede di Conferenza Unificata (Stato, Regioni, Enti Locali); l'Intesa in materia è intervenuta con atto del 24 luglio 2013.

Obiettivi e strumenti

A livello nazionale sono tre gli **obiettivi** principali da perseguire nell'ambito delle strategie di prevenzione:

- ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione
- aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

I principali **strumenti** previsti dalla normativa:

- adozione dei Piani Triennali per la prevenzione della corruzione
- adempimenti di Trasparenza
- Codici di Comportamento
- tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito
- rotazione del personale
- obbligo di astensione in caso di conflitti di interesse
- disciplina per incarichi extra istituzionali e vietati
- incompatibilità e inconferibilità di incarichi dirigenziali
- disciplina per attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro
- disciplina in materia di formazione di commissioni
- formazione del personale

Responsabile per la prevenzione della corruzione (RPCT)

Le amministrazioni pubbliche devono individuare tra i dirigenti di ruolo il Responsabile per la prevenzione della corruzione. La scelta non può che ricadere su un dirigente che non sia stato destinatario di provvedimenti giudiziali di condanna, né di provvedimenti disciplinari e che abbia dato nel tempo dimostrazione di comportamenti corretti.

Poiché il sistema richiede che vi sia collegamento ed integrazione tra l'attività di prevenzione della corruzione e quella relativa alla trasparenza, una delle modifiche introdotte dal decreto legislativo n. 97/2016 richiede che il soggetto, di norma, sia Responsabile di entrambi gli ambiti (RPCT - Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza).

Da sottolineare che lo sviluppo e l'applicazione del sistema di prevenzione presso le amministrazioni, l'applicazione delle misure di prevenzione e il loro monitoraggio, sono comunque il risultato di un'azione sinergica e combinata dei singoli Responsabili di Strutture e Servizi e del Responsabile della prevenzione.

Principali compiti e funzioni:

- propone all'approvazione, entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza
- verifica l'efficace attuazione e l'idoneità del Piano, coordinando alcuni interventi previsti nelle misure di prevenzione
- propone le modifiche al Piano, anche qualora intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività
- predispone una relazione annuale, entro il 15 dicembre, al vertice dell'amministrazione (e ora all'OIV) contenente l'attività svolta, da pubblicarsi nella sezione web "Amministrazione Trasparente"

Le tipologie di responsabilità:
- dirigenziale
- disciplinare
- danno erariale e all'immagine a carico del Responsabile per la prevenzione sono previste nei casi in cui siano accertati, con sentenza passata in giudicato, casi di commissione di reati di corruzione, in assenza delle esimenti da considerare.

Esimenti della responsabilità sono costituiti dalla prova di
- aver predisposto il Piano triennale di prevenzione
- aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del Piano.

A.N.AC. ha confermato:
- la posizione di indipendenza del Responsabile dall'organo di vertice
- obblighi di informazione nei confronti del Responsabile
- dotazione di una struttura organizzativa di supporto adeguata.

Trasparenza

La legge considera alcuni aspetti legati al tema della Trasparenza, al di là dei princìpi e criteri per la delega realizzata col decreto legislativo n. 33/2013, prioritari per l'integrazione con la

materia della prevenzione della corruzione. Si conferma in questa sede il concetto che la Trasparenza è considerata dal legislatore **uno dei principali strumenti per la prevenzione della corruzione.**

Il concetto ora è rafforzato dalle previsioni di cui al decreto legislativo n. 97/2016, intervento che ha apportato novità e modificazioni in materia di obblighi di pubblicazione, come visto in precedenza.

Conflitto di interessi

Come si può ben intendere, è il concetto ed il dispositivo che pervade un po' tutta la materia di cui parliamo, inserito anche, naturalmente, nel Codice di Comportamento.

La norma è quella del comma 41, che introduce l'art. 6 bis nella legge n. 241/1990, nella parte in cui tratta del responsabile di procedimento: "Il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale *devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale*".

L'attuazione della norma è avvenuta con l'approvazione dei Codici di Comportamento aziendali.

Incarichi e incompatibilità (art. 53 d.lgs. n. 165/2001)

Sono introdotte modificazioni all'art. 53 del decreto legislativo n. 165/2001 con riferimento a:

- incarichi vietati
- disciplina della comunicazione dei compensi per gli incarichi autorizzati dall'amministrazione di appartenenza (entro 15 giorni dall'erogazione)
- integrazione delle varie informazioni sugli incarichi da fornire al Dipartimento della Funzione Pubblica

- il cd. pantouflage o revolving doors: il primo termine, francese, ed il secondo, anglosassone (porta girevole), indicano entrambe una attività per la quale l'operatore pubblico ottenga, dopo la cessazione dall'impiego, un lavoro privato in un ambito e unità produttiva che è stata destinataria dell'attività della pubblica amministrazione mediante funzioni e poteri svolti da quell'operatore (inserito comma 16 ter nell'art. 53 del d.lgs n. 165/2001).

Codici di Comportamento

Una delle principali misure previste dalla legge 190 e dai Piani Nazionali Anticorruzione, che contribuisce agli aspetti di promozione dell'integrità.

Il comma 44, che riscrive l'art. 54 del decreto legislativo n. 165/2001, prevede l'adozione di un Codice di Comportamento da parte di ciascuna amministrazione pubblica, contenente integrazioni e specificazioni del Codice nazionale generale per tutti i dipendenti pubblici, già approvato con DPR n. 62/2013.
I primi Codici delle due Aziende Sanitarie di Parma sono stati approvati nel dicembre 2013, anche in esito a percorsi di partecipazione degli stakeholder. Nel maggio 2018 è stato approvato il nuovo Codice con efficacia per entrambe le Aziende sanitarie di Parma sulla base di uno schema uniforme elaborato in sede regionale con effetto per tutte le Aziende Sanitarie regionali.

Formazione di commissioni e assegnazioni agli uffici

Sono state introdotte nuove forme di incompatibilità nel caso di condanna con sentenza anche non passata in giudicato per i reati ricompresi nella parte del codice penale riservata ai delitti dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione.

I soggetti condannati:
- non possono far parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblichi impieghi

- non possono far parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, servizi e forniture o per la concessione o l'erogazione di contributi, sovvenzioni, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere
- non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi, forniture.

Inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi dirigenziali

Al comma 49 troviamo la delega per la disciplina in materia di attribuzione di incarichi dirigenziali e di incarichi di responsabilità amministrativa di vertice nelle pubbliche amministrazioni, nonché in materia di incompatibilità tra i detti incarichi e lo svolgimento di incarichi pubblici elettivi.

L'esercizio della delega ha visto l'approvazione del *decreto legislativo n. 39/2013*. La sua applicazione nell'ambito della sanità pubblica, ha visto interpretazioni diverse, dapprima con la delibera n. 58/2013 della ex CIVIT, poi con la delibera A.N.AC. n. 149/2014 **(efficace ora solo con riguardo agli organi di vertice delle Aziende Sanitarie).**

Whistleblowing (segnalazioni)

Si tratta del dipendente che effettua segnalazioni di illeciti.
L'argomento è interamente trattato nel capitolo sugli aggiornamenti normativi, dove vi è un approfondimento della legge n. 179/2017.

Rotazione degli incarichi

La legge n. 190 introduce l'istituto della rotazione del personale dirigenziale e del personale con funzioni di responsabilità operante nelle aree a maggior rischio, dando mandato al Piano Nazionale Anticorruzione per la definizione dei criteri.

Nel PNA ed aggiornamenti troviamo indicazioni che si possono definire prudenziali in ordine alle effettive attuazioni della norma. E così, le Linee di indirizzo del Comitato Interministeriale propongono che si adottino adeguati sistemi di rotazione del personale addetto alle aree a rischio, con l'accortezza di mantenere continuità e coerenza degli indirizzi e le necessarie competenze delle strutture.

L'Intesa del luglio 2013 in Conferenza Unificata: "L'attuazione della misura deve avvenire in modo da tener conto delle specificità professionali in riferimento alle funzioni e in modo da salvaguardare la continuità della gestione amministrativa. Ove le condizioni organizzative dell'ente non consentano l'applicazione della misura, l'ente ne deve dar conto nel Piano triennale per la prevenzione con adeguata motivazione".

Dunque un principio da tenere in considerazione quale misura eventualmente applicabile qualora condizioni oggettive lo consentano.

Coordinamento Anticorruzione/Trasparenza/Performance

I sistemi generali di Anticorruzione e Trasparenza prevedono obbligatoriamente forme di coordinamento col ciclo di gestione della Performance, appunto a garantire un diretto collegamento tra le misure previste per la Trasparenza e la Prevenzione della Corruzione e gli obiettivi e le valutazioni delle attività dei dirigenti e delle unità organizzative.

Il concetto è stato rafforzato, unitamente al ruolo dell'OIV, con gli interventi del decreto legislativo n. 97/2016.

Protocolli di legalità/Patti di integrità

L'art. 1, comma 17, della legge n. 190/2012 prevede che "Le stazioni appaltanti possono prevedere negli avvisi, bandi o lettere di invito che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità costituisce causa di esclusione dalla gara". In base alla norma è possibile quindi che l'Azienda richieda ai partecipanti ad una gara la dichiarazione di osservanza di documenti in cui vengano esplicitate regole e condizioni

volte a prevenire fenomeni corruttivi, con contestuale indicazione nei bandi e avvisi che l'eventuale mancato rispetto comporta l'esclusione.

E' attualmente efficace il "Protocollo di legalità per la prevenzione dei tentativi di infiltrazione della criminalità organizzata nel settore degli appalti, concessioni, forniture e servizi nel settore dei lavori pubblici nella Provincia di Parma", sottoscritto da questa Azienda, unitamente ad altre amministrazioni pubbliche del territorio, con la Prefettura di Parma. Il Protocollo è stato rinnovato nel luglio 2016.

Fonti

Oltre alla fonte principale, la legge n. 190/2012, possiamo ora riportare, in sintesi, altre importanti fonti e documenti di indirizzo utili per la redazione del Piano, alcune peraltro già citate:

- Piano Nazionale Anticorruzione, predisposto dal Dipartimento Funzione Pubblica e approvato con delibera n. 72 dell'11 settembre 2013 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione
- Circolare n. 1 del 25 gennaio 2013 del Dipartimento Funzione Pubblica "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione"
- Intesa n. 79/Conferenza Unificata del 24 luglio 2013 tra Governo, Regioni ed Enti Locali per l'attuazione dell'art. 1, commi 60 e 61, della legge n. 190/2013, per la definizione degli adempimenti attuativi delle disposizioni dei decreti legislativi delegati previsti dalla stessa legge in materia di anticorruzione
- delibera A.N.AC. n.149/2014 in materia di inconferibilità ed incompatibilità
- legge n.69/2015 in materia di sanzioni dei reati contro la pubblica amministrazione
- determina A.N.AC. 28 ottobre 2015 di aggiornamento PNA 2015
- delibera A.N.AC. n 831 del 3 agosto 2016 di aggiornamento PNA 2016
- delibera A.N.AC. n. 1208 del 22 novembre 2017 di aggiornamento PNA 2017
- Legge 30 novembre 2017, n. 179 sul whistleblowing/segnalazioni

- Circolare n. 2 del 30 maggio 2017 Dipartimento Funzione Pubblica sull'accesso civico generalizzato
- Legge Regionale Emilia Romagna 1 giugno 2017, n. 9 (artt. 5 e 7) per politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza.

I vari decreti attuativi:

- decreto legislativo 31 dicembre 2012, n. 235 "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, comma 63, della legge n. 190/2012"
- decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni"
- decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della legge n. 190/2012"
- DPR 16 aprile 2013, n. 62 "Codice di Comportamento per i dipendenti delle pubbliche amministrazioni", in attuazione dell'art. 54 del decreto legislativo n. 165/2001, come sostituito dalla legge n. 190/2012
- decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97 "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'art. 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche".

L'assetto ora si aggiorna con:

- PNA - aggiornamento 2018 (deliberazione A.N.AC. n. 1074 del 21 novembre 2018, pubblicata in G.U. n. 296 del 21 dicembre 2018)
- Legge 9 gennaio 2019, n. 3 (cd. "spazzacorrotti")

4. LE AZIENDE SANITARIE DI PARMA, INTEGRAZIONE, CONTESTO

Un sintetico sguardo ad identità ed organizzazione delle due Aziende Sanitarie può risultare utile, per i soggetti esterni ai sistemi aziendali, a meglio comprendere le dinamiche, i riferimenti, la tipologia dei processi e delle attività, che vanno poi a determinare misure, azioni, interventi.

AZIENDA USL

La **missione** dell'Azienda USL di Parma è di contribuire alla promozione, al mantenimento e allo sviluppo dello stato di salute della propria popolazione di riferimento e, comunque, dei soggetti presenti nel territorio di competenza, che si trovino nelle condizioni di bisogno di assistenza, assicurando la disponibilità e l'intera gamma di tipologie di servizi e di prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza, definiti dai diversi stadi di programmazione (nazionale, regionale e locale) avvalendosi della propria autonomia produttiva e delle attività prodotte dall'insieme dei soggetti accreditati, secondo le caratteristiche qualitative e quantitative specificate dagli accordi e dai contratti di fornitura e informando la propria attività a criteri di efficacia, di efficienza, di appropriatezza dell'uso delle risorse e di economicità.

La **visione** strategica dell'Azienda è rivolta a consolidare un sistema organizzativo improntato sull'adeguatezza e sulla qualità dei servizi offerti ai soggetti (persone) rispetto ai loro bisogni ed attese, orientato al miglioramento continuo della propria offerta e rivolto alla ricerca della soddisfazione della domanda di salute del territorio e del soggetto e della valorizzazione delle risorse rappresentate dal patrimonio professionale, di esperienza e di competenza dei suoi operatori, in un contesto di gestione ottimale delle risorse disponibili. L'Azienda, nell'ottica di sostenere la motivazione e il senso di appartenenza degli operatori, promuove e valorizza lo sviluppo delle relazioni interne con forme strutturate di partecipazione organizzativa, e in questo ambito anche il lavoro in equipe, coinvolgendo le diverse professionalità nei processi di sviluppo e miglioramento dell'organizzazione del lavoro e della qualità dei servizi.

E' organizzata in **4 Distretti Sanitari**:

Distretto di Parma, cui afferiscono il Comune di parma ed altri 4 Comuni
Distretto di Fidenza, cui afferiscono 12 Comuni
Distretto Sud-Est, cui afferiscono 13 Comuni
Distretto Valli Taro e Ceno, cui afferiscono 16 Comuni

L'Azienda opera su un territorio che coincide con la provincia di Parma, con una popolazione complessiva al primo gennaio 2017 di **448.207** abitanti, 1.220 in più rispetto all'anno precedente, distribuiti in 46 Comuni.
Per il terzo anno consecutivo la **popolazione provinciale** registra un lieve aumento in un contesto demografico nazionale stagnante se non in declino (solo in 4 regioni su 20 si hanno differenziali positivi). In questo quadro, però, si inserisce la continua diminuzione delle nascite, diminuzione che in passato veniva compensata da una forte immigrazione, ultimamente molto ridotta a causa anche della diminuzione dei flussi di ingresso in provincia. Il saldo naturale risulta già da diversi anni negativo, ma è possibile affermare che il territorio mantiene ancora un buon livello di attrattività. La componente femminile risulta essere maggioritaria con il 51,4%.
La popolazione straniera costituisce il 13,5 % del totale, con un aumento dell'1,1% rispetto all'anno 2016. I bambini stranieri nella fascia 0-4 anni sono 1 su 4. Inoltre, anche se la componente più giovane è preponderante, si incomincia a intravedere una sensibile presenza nelle fasce d'età più avanzata. Infatti, nell'arco temporale di due decenni, la quota degli over 64 anni risulta moltiplicata per un fattore 20 (114 del 1997, 2.250 all'1 gennaio 2017).
Considerando i più significativi indicatori demografici è possibile disegnare un profilo così rappresentato:

- **l'indice di vecchiaia**, che rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione, riferito al numero degli ultrassessantacinquenni e dei giovani fino ai 14 anni, è uguale al valore 173,7, variando dal 164,9 del Distretto di Parma al 240,2 del Distretto Valli Taro e Ceno

- **l'indice di struttura della popolazione attiva**, cioè il grado di invecchiamento della popolazione in età lavorativa, è uguale a 139,2. È il rapporto percentuale tra la parte di popolazione in età lavorativa più anziana (40-64 anni) e quella più giovane (15-39 anni)
- **l'indice di ricambio della popolazione attiva** con il valore di 134,6 denota una popolazione in età lavorativa molto anziana
- **l'età media** è di 45 anni, nel 2002 era 44,8
- gli **indici di natalità e mortalità**, nel 2016, ultimi dati censiti, risultano essere, rispettivamente, 8,2 e 11; nel 2002 erano 8,4 e 12,6.

Per quanto riguarda **l'Assistenza Ospedaliera** l'Azienda opera mediante 2 (due) ospedali a gestione diretta, gestiti unitariamente nel Presidio Ospedaliero aziendale, e 7 (sette) ospedali privati accreditati la cui attività viene disciplinata dagli accordi contrattuali di fornitura. Nel territorio della provincia di Parma insiste anche 1'Azienda Ospedaliero Universitaria.
La Ausl di Parma governa l'offerta sanitaria attraverso un articolato insieme di strutture sanitarie pubbliche e private complessivamente 2.087 posti letto. La rete degli ospedali pubblici ne gestisce il 66,7% (1.390 pl) tra il Presidio Ospedaliero (composto da 2 stabilimenti ospedalieri: Fidenza e Borgotaro, 336 p.l., e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (1.054 pl, 50,5% del totale). Il privato gestisce 7 ospedali con 697 p.l. autorizzati di cui 645 p.l. sono riconosciuti dalla Regione Emilia-Romagna come utilizzabili per le esigenze del SSN (33,3%). Di questi ultimi 645 p.l. concessi al privato accreditato, il numero complessivo effettivamente utilizzato a carico del SSR è stato nel 2017 pari a 598 (presenza media giornaliera complessiva delle strutture private accreditate nell'anno 2017).
Gli Ospedali Privati Accreditati della Provincia di Parma dispongono della maggior quota dei posti letto di lungodegenza e riabilitazione (per quest'ultima concentrati soprattutto nelle strutture Cardinal Ferrari, Don Carlo Gnocchi e Villa Igea).
Per quanto sopra premesso, sono quindi effettivamente disponibili, per le esigenze complessive del SSN, 4,21 pl ogni 1.000 abitanti. Lo standard così ricalcolato è superiore al parametro nazionale del 3,7 per 1.000, ma è ampiamente giustificato dalle funzioni Hub regionali e dalla caratterizzazione di Azienda Ospedaliero/Universitaria dell'Ospedale Maggiore di Parma, nonché dalla mobilità attiva extra-regionale, in saldo ampiamente positivo. Il tasso di ospedalizzazione standardizzato per la popolazione residente in provincia è pari a 147,9 (anno 2017) .

L'assistenza ospedaliera, nel suo complesso, mostra, già da alcuni anni, una tendenza negativa sia in termini di produzione (-2,8%) che di consumo (- 2,4%). Nell'ambito Privato accreditato la produzione incrementa del 2,4%, in quello pubblico mostra una sostanziale stabilità, pur con segno negativo (-0,2%)

L'osservazione dei consumi dei residenti della provincia, territorio di competenza dell'Azienda USL di Parma, evidenzia come detto una riduzione complessiva del 2,4% rispetto all'anno precedente. Nel 55,8% si rivolgono all'Azienda Ospedaliero-Universitaria , nel 20% agli Ospedali Aziendali di Fidenza e di Borgo Val di Taro, nel 19,2% alle varie strutture private accreditate provinciali. Solo nel 5% i ricoveri sono effettuati in ospedali extra-provinciali.

La rete delle **Cure Intermedie**, ormai in una fase di sviluppo avanzato, dispone di servizi integrati, sanitari e sociali, residenziali e domiciliari erogati nel contesto dell'assistenza primaria, rispondendo appieno all'esigenza prioritaria di massimizzare il recupero dell'autonomia e di mantenere il paziente più prossimo possibile al suo domicilio. E' possibile, così, assicurare assistenza a pazienti complessi e non autosufficienti o terminali in alternativa al ricovero ospedaliero o come completamento di un percorso diagnostico14 terapeutico-riabilitativo iniziato in ospedale. Sono già operativi 30 posti letto presso la Casa della Salute di San Secondo (10 p.l. di Ospedale di Comunità, 10 p.l. di Riabilitation Week Hospital e 10 p.l. di Lungoassistenza); 18 p.l. di Lungoassistenza sono stati attivati presso lo stabilimento di Borgotaro. Posti letto di cure intermedie sono stati attivati anche strutture socio sanitarie, 6 p.l. presso l'ASP "San Mauro Abate" di Colorno, 6 presso la CRA di Collecchio e 6 presso il Centro Cure Progressive di Langhirano.

Per quanto riguarda nel complesso l'**Assistenza Territoriale**, l'Azienda opera mediante 95 strutture pubbliche e 172 strutture convenzionate (per un totale complessivo di 267 strutture). L'Assistenza Primaria, che garantisce agli assistiti le prestazioni di prevenzione, diagnosi e cura, di primo livello, e l'accesso ai servizi specialistici, è assicurata da 280 MMG, 60 PLS e 146 MCA , che operano in 21 NCP (forma organizzativa caratterizzata da un modello che favorisce l'integrazione interprofessionale attraverso il maggior coinvolgimento, in particolare, dei MMG e degli infermieri nelle attività distrettuali – anche al fine di

migliorare i livelli di appropriatezza organizzativa e di appropriatezza clinica e la presa in carico della cronicità).

Sono in fase di realizzazione **28 Case per la salute: 18 (64,3%) già attive** e le altre in apertura nei prossimi anni.

Nella Casa per la salute si cerca di garantire:

- facilità di accesso alle cure (tempestività della risposta, facilità di comunicazione coni professionisti)
- coinvolgimento del paziente nelle scelte e nella gestione delle cure (supporto all'autocura, counseling,)
- pro-attività degli interventi (utilizzo di registri di patologia, sistemi di programmazione delle visite e di allerta dei pazienti che facilitano il follow-up, ecc.)
- il coordinamento delle cure (tra i diversi professionisti) e la continuità dell'assistenza(tra differenti livelli organizzativi) anche attraverso lo sviluppo delle reti informatiche orizzontali e verticali.

In ognuna delle Case della Salute opera un team multi professionale e multi disciplinare in grado di fornire da una parte prestazioni cliniche di qualità e dall'altra una vasta gamma di interventi preventivi e di promozione della salute in una prospettiva di medicina di iniziativa.

L'**Assistenza Specialistica** è il sistema di cure principale per numero di prestazioni erogate sul territorio provinciale, dedicato anche a pazienti con problemi clinici complessi, ai quali viene assicurata una presa in carico integrata secondo il modello organizzativo del day service. l'Azienda USL di Parma assicura oltre 5.000.000 prestazioni ai cittadini residenti nella provincia di Parma attraverso l'erogazione diretta (Ospedali Aziendali e Poliambulatori USL), i contratti di fornitura (Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e Privato Accreditato), una parte residuale è stata usufruita in mobilità passiva infra ed extra regionale.

L'Indice di Consumo per 1.000 abitanti, per le prestazioni di base, è pari a 1.263.

L'Assistenza Psichiatrica è garantita tramite il Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche che comprende le Aree Disciplinari di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza, Dipendenze Patologiche, Psichiatria Adulti e Psicologia Clinica, è presente nei quattro distretti dell'Azienda USL con una Unità Operativa di NPIA, un CSM e

un Ser.T. e diverse sedi ambulatori distaccate. L'Area della Psichiatria Adulti eroga oltre 210.000 prestazioni/anno, la Neuropsichiatria oltre 68.000 prestazioni/anno, il Servizio Dipendenze Patologiche ha in carico circa 2.000 pazienti/anno.

L'Assistenza agli Anziani viene erogata attraverso strutture residenziali accreditate, destinate all'accoglienza e alla cura degli anziani non autosufficienti, e servizi semiresidenziali, finalizzati ad offrire agli anziani non autosufficienti occasioni di socializzazione, attività di riattivazione delle capacità residue e importante sostegno alle famiglie, hanno registrato negli anni un significativo aumento ed una diffusa distribuzione sul territorio. Grande impulso è derivato dalla istituzione del Fondo Regionale per la Non Autosufficenza (FRNA) finalizzato allo sviluppo ed alla qualificazione di una rete integrata di servizi flessibili, distribuiti in modo omogeneo nei vari territori, centrati sui bisogni delle persone non autosufficienti e di chi a loro vive accanto e se ne prende cura. Il FRNA è programmato e deliberato dalla Giunta regionale in collaborazione con la "cabina di regia" regionale per il Welfare e sottoposto al confronto ed al parere delle parti sociali. E' attuato attraverso il piano annuale delle attività, elaborato dal Comitato di Distretto e dal Direttore del Distretto sulla base delle indicazioni della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) edil riparto delle risorse è tra i Distretti dell'Azienda USL, luoghi deputati alla programmazione ed al governo dei servizi necessari alla popolazione di riferimento.

I **Consultori familiari** si occupano della tutela e della promozione della salute sessuale e riproduttiva della donna, della coppia e della famiglia. Negli ultimi anni sono state sviluppate linee di intervento che hanno visto nuove progettualità e una rimodulazione degli interventi degli operatori dei consultori, con particolare riferimento al percorso nascita, all'età adolescenziale, alle tematiche della menopausa.
All'interno dei consultori sono presenti anche servizi specifici dedicati a definite fasce di popolazione :

- spazio donne immigrate e loro bambini, spazio ad accesso libero e gratuito, dedicato alle donne immigrate, con tutte le attività proprie dei consultori e con percorsi facilitati in presenza di mediatori culturali

- spazio giovani , spazio ad accesso libero e gratuito, dedicato ai ragazzi e ragazze tra i 14 e i 20 anni, con attività socio sanitarie, e importanti attività di prevenzione e educazione sanitaria
- spazio giovani adulti , dedicato ai giovani tra i 20 e i 34 anni, ad accesso libero, con attività di educazione sanitaria e assistenziale rivolte prevalentemente alla salute riproduttiva , alla preservazione della fertilità, alla consapevole pianificazione familiare.

Per quanto riguarda la **Prevenzione**, Il Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP) è l'articolazione organizzativa aziendale, descritta nell'organigramma a pagina 24, preposta alla organizzazione ed alla promozione delle attività di tutela della salute della popolazione e di prevenzione primaria in ambienti di vita e di lavoro, delle attività di sanità pubblica veterinaria e della sicurezza alimentare. Le principali funzioni del DSP sono:

- Analisi, promozione, orientamento, assistenza, controllo e vigilanza su problemi di salute, su strutture e attività correlate, ma anche sui fattori determinanti il benessere della collettività; Il DSP assicura la trasparenza dei metodi, indipendenza di valutazione, uniformità tecnica e correttezza procedurale nell'azione di vigilanza. Persegue la massima efficacia attraverso un approccio multi professionale, la scelta delle prassi più efficaci, il coordinamento e l'integrazione interna e con altri Organismi di controllo, la verifica dei risultati
- Ricerca dell'appropriatezza degli interventi mediante il miglioramento continuo (basato sulla promozione dell'accreditamento delle strutture e del sistema procedurale delle attività espletate) anche attraverso percorsi formativi, contribuendo e partecipando ad alleanze con tutti i soggetti coinvolti
- Risposta ai problemi della cronicità, promuovendo l'adozione di comportamenti e stili di vita sani.

Il Personale

Al 31 dicembre 2017 il personale complessivo assomma a n. 2.677 unità, di cui n. 2.517 a tempo indeterminato e n. 160 a tempo determinato. Personale dirigente n. 515 unità, ossia il 21% del personale complessivo.

Dati economici

Quale dimensione generale, il conto 2017 presenta un valore della produzione pari a circa 834 milioni di euro.

Come Operiamo

L'Azienda si caratterizza per partecipazione, decentramento e collegialità nell'assunzione da parte del Direttore Generale delle decisioni strategiche relativamente allo sviluppo dell'Azienda e all'organizzazione dei servizi.

La **Direzione Generale** si avvale di una funzione collegiale di governo composta dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo, dal Direttore delle attività sociosanitarie, dai Direttori di Distretto, dal Direttore del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche e dal Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica.

Si avvale altresì delle competenze tecnico-professionali della Direzione Medica del Presidio Ospedaliero Aziendale, della Direzione Infermieristica e Tecnica Aziendale e del Dipartimento Assistenza Farmaceutica.

La Direzione, così intesa, presidia le fasi del governo aziendale avendo riguardo all'azienda intesa come sistema unitario di servizi e prestazioni, quale condizione per assicurare qualità, equità di accesso e coerenza delle azioni rispetto agli obiettivi.

Il **Collegio di Direzione** è organo dell'Azienda, opera attraverso un proprio regolamento adottato dal Direttore Generale. Ha compiti di elaborazione e di proposta al Direttore Generale per:

- l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi
- le attività di formazione e di formazione permanente, di ricerca e di innovazione ed il regolamento attuativo del relativo programma aziendale, con particolare riguardo al programma di formazione aziendale nell'ambito delle E.C.M (educazione continua in medicina)
- la libera professione, inclusa l'individuazione di strumenti e modalità per il monitoraggio dell'attività libero-professionale intramuraria e per il monitoraggio dei tempi di attesa
- il Programma aziendale di gestione del rischio
- la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori.

Esprime parere su regolamenti attuativi dell'atto aziendale, su attività aziendali di carattere strategico quali il Piano annuale delle azioni aziendali, il Bilancio di missione, la definizione dei criteri per la verifica dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici ed organizzativi.

Il Distretto: costituisce l'articolazione territoriale dell'Azienda, dotata di autonomia tecnico gestionale ed economico finanziaria nell'ambito delle risorse assegnate." "Il Distretto contribuisce alla missione aziendale assicurando alla popolazione residente la disponibilità secondo criteri di equità, accessibilità e appropriatezza dei servizi sanitarie e socio-sanitari ad elevata integrazione, attraverso l'esercizio **di funzioni di committenza,** intesa quale analisi e definizione partecipata dei bisogni, allocazione delle risorse, negoziazione della qualità e quantità delle prestazioni e dei servizi con i vari livelli di produzione, monitoraggio e valutazione dei risultati.
Il Distretto gestisce il **Fondo regionale per la non autosufficienza** nei modi e nelle forme previste dalla normativa regionale.
Il **budget** del Distretto, di cui all'art. 4 della L.R. n. 29 del 2004 è costituito dalla somma dei budget assegnati alle Aree dipartimentali distrettuali, al Dipartimento cure primarie ed alle articolazioni aziendali operanti sul territorio del Distretto.
La programmazione dei Distretti trova il punto di equilibrio e di sintesi nella Direzione Generale dell'Azienda. La gestione del budget rappresenta il tessuto operativo di interazione fra la funzione di committenza propria dei Distretti e la funzione di produzione attribuita ai Dipartimenti sanitari.

I Dipartimenti: l'organizzazione dipartimentale costituisce il modello ordinario di organizzazione e gestione operativa di tutte le attività dell'Azienda.
Il Dipartimento è una struttura organizzativa complessa dotata di autonomia tecnico-professionale e gestionale, costituita da una pluralità di unità operative e/o moduli organizzativi, raggruppati in base all'affinità del loro sistema tecnico di riferimento o della loro interdipendenza nell'assistenza da erogare a definiti gruppi di utenti, ovvero nello svolgimento di funzioni di supporto.
Sono **Dipartimenti Aziendali** il **Dipartimento Assistenziale Integrato di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche**, il **Dipartimento di Sanità Pubblica**; i **Dipartimenti delle Cure Primarie sono Distrettuali**.

Altri Dipartimenti Sanitari sono i **Dipartimenti del Presidio Ospedaliero** (**Dipartimento Medico e della Diagnostica** e **Dipartimento Chirurgico**), mentre il **Dipartimento di Emergenza-Urgenza** e Il **Dipartimento Assistenza Farmaceutica** sono interaziendali.

I **Dipartimenti tecnico-amministrativi** sono il **Dipartimento Risorse Umane** (interaziendale), il **Dipartimento Tecnico e Logistica** (interaziendale), il **Dipartimento Programmazione, Valutazione e Controllo** (interaziendale con integrazione funzionale) ed il **Dipartimento Interprovinciale ICT**.

Area Vasta Emilia Nord (AVEN): l'Azienda USL di Parma partecipa alla forma di collaborazione costituita, sulla base degli indirizzi regionali, da sei Aziende Sanitarie (Azienda USL di Piacenza, Azienda USL di Parma, Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma, Azienda USL di Reggio-Emilia, Azienda USL di Modena, Azienda Ospedaliero/Universitaria di Modena) presenti sul territorio della regione Emilia-Romagna che comprende le province di Piacenza, Parma, Reggio-Emila e Modena. Tale forma di collaborazione ha come principale obiettivo lo sviluppo e l'implementazione di attività finalizzate a favorire processi di aggregazione sia nell'ambito dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, sia nell'ambito delle funzioni amministrative e di supporto a livello di area vasta. In coerenza con le indicazioni programmatiche e con gli indirizzi regionali in materia, l'obiettivo è quello di favorire sinergie e condivisione di risorse e contribuire alla omogeneizzazione dell'offerta assistenziale sui migliori standard qualitativi, migliorando anche la sostenibilità economica.

La rappresentazione dell'organizzazione aziendale è l'Allegato 12 al Piano.

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA

L'**Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma** è stata istituita dalla legge regionale 23 dicembre 2004, n. 29 e disciplinata, ai sensi dell'art. 9, sesto comma, dell'indicata legge regionale, con delibera di Giunta regionale n. 318 del 14 febbraio 2005 ad oggetto la disciplina delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, con delibera di Giunta regionale del 30 gennaio 2006, n. 86 e dal protocollo d'intesa di cui alla delibera di Giunta regionale n. 297 del 14 febbraio 2005 ad oggetto "Protocollo di intesa tra la Regione Emilia-Romagna e le Università degli Studi di Bologna, Ferrara, Modena-Reggio Emilia e Parma, in attuazione dell'art. 9 della L.R. 23 dicembre 2004, n. 29", a seguito della conclusione del periodo transitorio di sperimentazione di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517, recante "Disciplina dei rapporti tra il Servizio Sanitario Nazionale e le Università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419".

E' dotata di personalità giuridica e di autonomia imprenditoriale; costituisce un ospedale polispecialistico ad alta specializzazione che integra funzioni universitarie e ospedaliere nei campi dell'assistenza, ricerca e didattica. Rappresenta, infatti, per l'Università degli Studi di Parma, l'Azienda di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca della Facoltà di Medicina.

La **Mission** dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si integra all'interno del sistema regionale per la salute e per i servizi sociali, nel rispetto dei suoi principi fondamentali, esercitando le proprie funzioni di diagnosi, cura, riabilitazione e prevenzione, con la finalità di contribuire al miglioramento dello stato di salute della collettività, di sviluppare la ricerca, di essere il punto di riferimento per la promozione e per la produzione delle attività formative, didattiche e scientifiche in sinergia con l'Università e le espressioni istituzionali e associative della comunità in cui opera.

La **Vision** dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si concretizza nell'intento di divenire un luogo dove l'esercizio della cura, fatta di scienza e coscienza al servizio del malato, viva in stretto connubio con lo sviluppo della cultura scientifica e dell'innovazione tecnologica; un luogo che sia espressione di una comunità che, pur mantenendo i propri

valori, vuole proiettarsi nel futuro come protagonista del cambiamento, un luogo dove l'applicazione e la trasmissione delle conoscenze scientifiche e il loro dinamico e vertiginoso sviluppo siano al servizio della vita, della dignità e della libertà dei cittadini. L'Azienda vuole utilizzare tutte le leve che permettano di sviluppare motivazione negli operatori, promuovendo e valorizzando lo sviluppo delle relazioni interne con forme strutturate di partecipazione organizzativa (lavoro in équipe) coinvolgendo le diverse espressioni professionali ai processi di sviluppo e miglioramento dell'organizzazione del lavoro e della qualità dei servizi.

Per quanto riguarda l'**Assistenza ospedaliera**, si osserva che il totale dei posti letto disponibili sul territorio provinciale è di 2.0211, di cui circa il 68,5 % gestito da strutture pubbliche ed il 31,5% da strutture private. I posti letto per acuti rappresentano circa il 79% del totale, quelli riabilitativi il 10% e quelli di lungodegenza l' 11%. Il 77% dei posti letto per acuti appartengono a strutture pubbliche mentre il 64% circa di quelli post-acuti sono gestiti da strutture private.
I posti letto dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma ammontano a 1.047 (al 31/12/2017), pari al 51,8 % circa del totale provinciale; l'88% sono posti letto per acuti.
Il numero di dimessi nell'anno 2017 trattati nella provincia di Parma è di circa 80.000, con un trend in calo, analizzando l'ultimo triennio, di circa il 4% (dinamica influenzata anche dal trasferimento in regime ambulatoriale di parte della casistica trattata, nell'ambito della ricerca di appropriatezza del setting erogativo). La distribuzione per provenienza dei pazienti trattati è la seguente:
76% residenti provincia di Parma,
10% residenti altre province RER,
14% residenti extra-RER e stranieri.
I pazienti trattati dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma rappresentano nel complesso oltre il 55,3 % del totale della produzione provinciale.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si trova in un contesto in cui l'**Assistenza Territoriale** viene erogata da strutture a gestione diretta dell'AUSL di Parma e strutture convenzionate. L'Assistenza Primaria, che garantisce agli assistiti le prestazioni di prevenzione, diagnosi e cura, di primo livello, e l'accesso ai servizi specialistici, è assicurata da

MMG, PLS e MCA , che operano in nei Nuclei di Cure Primarie (NCP) (forma organizzativa caratterizzata da un modello che favorisce l'integrazione interprofessionale attraverso il maggior coinvolgimento, in particolare, dei MMG e degli infermieri nelle attività distrettuali – anche al fine di migliorare i livelli di appropriatezza organizzativa e di appropriatezza clinica e la presa in carico della cronicità). Sono presenti in tutto il territorio provinciale le Case per la salute e altre in apertura nei prossimi anni. In ognuna delle Case della Salute opera un team multiprofessionale e multidisciplinare in grado di fornire da una parte prestazioni cliniche di qualità e dall'altra una vasta gamma di interventi preventivi e di promozione della salute in una prospettiva di medicina di iniziativa.

L'**Assistenza Specialistica** è il sistema di cure principale per numero di prestazioni erogate sul territorio provinciale, dedicato anche a pazienti con problemi clinici complessi, ai quali viene assicurata una presa in carico integrata secondo il modello organizzativo del day service. Il numero complessivo di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriali erogate dal sistema provinciale è superiore a 5 milioni e per circa il 96% riguarda residenti della provincia di Parma. L'attività svolta dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria copre circa il 60% delle prestazioni erogate nella provincia (fonte ASA – Anno 2017).

Per quanto riguarda l'attività di **Pronto Soccorso**, sul territorio provinciale l'AOU di Parma si connota ai sensi del DM 70/2015, mentre è presente un DEA di 1° livello e un Punto di Primo Intervento nell'Azienda USL. Nel 2017 in numero di accessi, nel complesso, è stato superiore ai 150.000 ed il numero di prestazioni erogate superiore a 1,3 milioni. Il 74% degli accessi ed il 75% delle prestazioni sono stati erogati dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria.
Il tasso di accesso al PS della provincia di Parma è pari a 312,3 per mille abitanti ed è inferiore alla media regionale che segna 385,9 (dati anno 2017); mentre l'indice di consumo di prestazioni in PS si attesta ad un valore superiore alla media regionale (2.736,2 vs 2.699,0).

Hub & Spoke

Con il piano sanitario 1999-2001 (DGR 22/7/2002 N. 1267), la Regione Emilia-Romagna ha adottato il modello organizzativo "hub and spoke" che rappresenta una modalità di produzione e distribuzione dell'assistenza ospedaliera secondo il principio delle Reti integrate che prevede la concentrazione della casistica più complessa, o che necessita di più

complessi sistemi produttivi, in un numero limitato di centri (hub). Gli hub trattano volumi di attività tali da garantire la miglior qualità dell'assistenza erogata e il miglior utilizzo delle risorse organizzative disponibili. L'attività di tali centri è fortemente integrata, attraverso connessioni funzionali, con quella dei centri ospedalieri periferici (spoke) che assicurano l'assistenza per la casistica residua.

Tale modello organizzativo riconosce all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma una valenza di polo di 3° livello (hub), in quanto centro di produzione di servizi sanitari ad alta specializzazione per la cura dei pazienti la cui patologia richiede interventi tecnicamente di alta complessità.

Il Sistema di relazioni con l'Università

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma costituisce per l'Università degli Studi di Parma, l'Azienda di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca, ai sensi di quanto previsto dall'art. 9, comma 4 della L.R. n. 29/2004, del Dipartimento di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Parma, garantisce l'integrazione fra le attività assistenziali e le attività didattiche e di ricerca svolte dal Servizio Sanitario Regionale e dall'Università. Essa opera nel rispetto reciproco degli obiettivi istituzionali e di programmazione del Servizio Sanitario Regionale e dell'Università, nonché nell'ambito del sistema di relazioni fra le Aziende del Servizio Sanitario Regionale. Inoltre, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, come disposto dal vigente Protocollo d'Intesa Regione-Università, approvato con DGR n. 1207 del 29/07/2016, ferma restando la sua centralità quale sede di riferimento per l'Università degli Studi di Parma e sede di realizzazione della collaborazione tra Regione e Università, acquista il ruolo di azienda di riferimento e di supporto organizzativo per l'intera rete formativa locale, anche per quanto riguarda le ulteriori sedi di collaborazione di cui all'art. 18 del Protocollo.

Come il Comitato di Indirizzo Regionale agisce quale organismo che assicura l'esercizio delle funzioni di programmazione congiunta tra il Servizio Sanitario regionale e le Università a garanzia dell'integrazione tra la programmazione sanitaria regionale e le attività assistenziali essenziali alle attività didattico-formative e di ricerca delle Università, così il Comitato di Indirizzo Aziendale, organo collegiale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, propone iniziative e misure per assicurare la coerenza fra la programmazione aziendale e la

programmazione didattica e scientifica dell'Università degli Studi di Parma e verifica la corretta attuazione del Protocollo d'Intesa e dei relativi provvedimenti aziendali.

Stante la necessaria integrazione, compenetrazione e inscindibilità tra le attività assistenziali, quelle didattico-formative ed i compiti di natura scientifica, per quanto riguarda il personale docente di Area Medico-Chirurgica, si rappresenta nell'ambito del complessivo numero dei docenti afferenti al Dipartimento Universitario di Area Medico-Chirurgica l'entità del personale docente inserito in attività assistenziale presso i Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, in attuazione all'Accordo Attuativo Locale stipulato tra Azienda e Università in data 18/12/2006. Al 31/12/2017 il personale docente afferente al Dipartimento Universitario di Area Medico-Chirurgica era pari a **201** unità, di cui **119** inseriti nelle attività assistenziali nei Dipartimenti ad Attività Integrata dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria.

Il sistema delle relazioni con l'Università e la collaborazione tra Servizio Sanitario Regionale ed il Dipartimento di Medicina e Chirurgia prevede la valorizzazione dell'apporto del personale del SSR alle attività formative. Entro tale logica si evidenzia la partecipazione del personale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma all'attività didattica pre e post laurea attraverso l'attività di docenza e di tutorato.
Per quanto riguarda i corsi di laurea delle professioni sanitarie, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma concorre, mediante l'impiego di personale dipendente dell'Azienda e di personale delle Aziende Sanitarie di Parma e Piacenza, alla realizzazione dei corsi di laurea delle professioni sanitarie**.**

L'azienda è inoltre impegnata in una fattiva e continuativa collaborazione con l'Università di Parma per l'elaborazione, anche attraverso un apposito Gruppo di Lavoro Interistituzionale, di testo condiviso del Nuovo Accordo Attuativo Locale che disciplini, in maggior dettaglio, i temi elencati all'art. 9 del Protocollo d'Intesa Regionale.

Il Personale

La fotografia del capitale umano restituisce l'immagine di una Azienda composta complessivamente n. 3960 unità al 31.12.2017.

Nel dettaglio, quanto alle tipologie contrattuali, si assiste nell'ultimo anno del triennio considerato, ad una diminuzione della consistenza complessiva del personale, all'interno della quale si conferma la spiccata prevalenza del rapporto di lavoro a tempo indeterminato rispetto alle altre forme di impiego. Rimane altresì costante il trend in diminuzione del personale universitario che svolge attività assistenziale. Il ricorso a forme di lavoro flessibile, peraltro in costante diminuzione, finalizzato a progettualità temporanee anche correlate ad attività di ricerca, costituisce il 2,65% delle professionalità presenti in Azienda.

La gestione degli organici dell'Azienda, nel rispetto degli indirizzi regionali, è stata prevalentemente orientata verso il personale dedicato all'assistenza (medico e sanitario non medico) il cui costo ha la maggiore incidenza rispetto alla complessiva spesa del personale dipendente.

I Dati Economici

Al fine di garantire la sostenibilità economica e promuovere l'efficienza operativa, negli esercizi 2015, 2016 e 2017 la Direzione aziendale si è impegnata a porre in essere attività volte al miglioramento della produttività e dell'efficienza dell'Azienda, nel rispetto del pareggio di bilancio e della garanzia di erogazione dei LEA. E' stata applicata la normativa nazionale e regionale in materia sanitaria, con particolare riferimento alle disposizioni che definiscono misure di razionalizzazione, riduzione e contenimento della spesa sanitaria, ancorché non espressamente richiamate in sede di programmazione regionale, fermo restando l'obbligo di assicurare l'erogazione dei LEA. In tale logica, sono state individuate e applicate misure alternative di riduzione della spesa sanitaria purché equivalenti sotto il profilo economico. Sono state adottate tutte le azioni utili, congiuntamente anche all'AUSL di Parma, per garantire il rispetto del vincolo di bilancio assegnato e concorrere al perseguimento dell'obiettivo del pareggio civilistico.
Quale dimensione generale, il conto 2017 presenta un valore della produzione pari a circa 390 milioni di euro.

Come Operiamo

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è un ospedale polispecialistico ad alta specializzazione che integra funzioni universitarie e ospedaliere nei campi dell'assistenza,

ricerca e didattica. L'Azienda costituisce per l'Università degli Studi di Parma, l'azienda di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca della Facoltà di Medicina, ai sensi di quanto previsto dall'art. 9, comma 4 della L.R. n. 29/2004, e garantisce l'integrazione fra le attività assistenziali e le attività didattiche e di ricerca svolte dal Servizio Sanitario Regionale e dall'Università ed opera nel rispetto reciproco degli obiettivi istituzionali e di programmazione del Servizio Sanitario Regionale e dell'Università, nonché nell'ambito del sistema di relazioni fra le Aziende del Servizio Sanitario Regionale.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è dotata di personalità giuridica e di autonomia imprenditoriale; i suoi Organi sono:
il Direttore Generale;
il Comitato di Indirizzo;
il Collegio Sindacale;
il Collegio di Direzione.

Il **Direttore Generale** è nominato dalla Regione, d'intesa con il Rettore dell'Università degli Studi di Parma. Al Direttore Generale spetta la responsabilità complessiva della gestione e la rappresentanza legale dell'Azienda. E' coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario. Il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario partecipano, unitamente al Direttore Generale, alla direzione dell'Azienda, assumono diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della direzione aziendale.
L'Azienda si caratterizza per partecipazione, decentramento e collegialità nell'assunzione da parte del Direttore Generale delle decisioni strategiche relativamente allo sviluppo dell'Azienda stessa e all'organizzazione dei servizi. In tale contesto, la Direzione Generale è caratterizzata come un organismo che opera in modo collegiale secondo il recepimento degli indirizzi di politica sanitaria della Regione e della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria.
La Direzione Generale si avvale poi delle competenze tecnico-professionali delle Direzioni Tecniche Aziendali e delle Direzioni Operative Attuative delle Politiche Aziendali per

l'elaborazione e l'attuazione delle politiche aziendali e per il supporto tecnico-operativo ai Dipartimenti.
La Direzione, così intesa, presidia le fasi del governo aziendale avendo riguardo all'azienda intesa come sistema unitario di servizi e prestazioni, quale condizione per assicurare qualità, equità di accesso e coerenza delle azioni rispetto agli obiettivi.

Il Comitato di Indirizzo propone iniziative e misure per assicurare la coerenza fra la programmazione aziendale e la programmazione didattica e scientifica dell'Università e verifica la corretta attuazione del protocollo d'intesa e dei relativi provvedimenti aziendali.

Il Collegio Sindacale esercita compiti di vigilanza sulla regolarità amministrativa e contabile dell'Azienda.

Il Collegio di Direzione ha compiti di proposta in materia di organizzazione e sviluppo dei servizi e delle attività di ricerca e innovazione e per la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori. In particolare, il Collegio di Direzione:

- elabora proposte ed esprime pareri al Direttore Generale relativamente all'integrazione e alla coerenza tra l'attività assistenziale e l'attività didattica, di ricerca e di innovazione.
- partecipa all'elaborazione del programma aziendale di formazione permanente, in collaborazione con il Collegio Aziendale delle Professioni Sanitarie e con i singoli Dipartimenti ad Attività Integrata e formula proposte in materia di libera professione, inclusa l'individuazione di strumenti e modalità per il monitoraggio dell'attività libero-professionale intramuraria e per la valutazione dei tempi di attesa.
- rappresenta, con riferimento alla funzione di ricerca e sviluppo dell'innovazione tecnologica ed organizzativa, il punto di collegamento e di trasferimento all'interno dell'Azienda di innovazioni organizzative e di programmi regionali di formazione orientati sia a coloro che hanno la responsabilità diretta della gestione della tecnologia, sia ai loro principali utilizzatori.
- rappresenta l'organo di governo della gestione integrata del rischio e delle linee di attività in tema di governo clinico e propone il Programma aziendale di gestione del rischio adottato dal Direttore Generale.

Il Collegio di Direzione rimane in carica per tre anni. Sono componenti di diritto del Collegio di Direzione i Direttori dei Dipartimenti ad Attività Integrata, il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario che lo presiede. Fa altresì parte del Collegio di Direzione il Direttore del Servizio Assistenziale.

L'**organizzazione dipartimentale** costituisce il modello ordinario di organizzazione e di gestione operativa di tutte le attività dell'Azienda, rappresenta la struttura fondamentale per la organizzazione e la gestione della produzione dei servizi e delle prestazioni assistenziali. Obiettivi dell'organizzazione dipartimentale sono:

- sviluppare la globalità degli interventi e la continuità assistenziale;
- promuovere il mantenimento e lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze tecniche e professionali;
- facilitare la valorizzazione e la partecipazione degli operatori al processo decisionale relativo alle scelte strategiche, organizzative e gestionali finalizzate al miglioramento dei servizi.

Nell'Azienda sono presenti attualmente:

- 3 Dipartimenti Tecnico-Amministrativi (Dipartimento interaziendale Tecnico e Logistica, Dipartimento interaziendale Risorse Umane, Dipartimento interprovinciale Information and Communication Technology) e un'Area Interaziendale (Economico- Finanziaria), ad integrazione strutturale
- 5 Dipartimenti ad Attività Integrata
- 2 Dipartimenti Interaziendali: il dipartimento interaziendale Farmaceutico, che fa seguito allo sviluppo negli ultimi anni di una politica di collaborazione tra le due Aziende rispetto alle azioni di governo clinico del farmaco e alla continuità assistenziale terapeutica tra ospedale e territorio, e il dipartimento di Emergenza-Urgenza provinciale interaziendale, istitutito con la delibera n.85 del 30/01/2018, ed in cui l'obiettivo è quello di una presa in carico complessiva e specialistica del paziente per garantire appropriatezza dei percorsi clinici e qualità delle cure, ma anche assicurare interventi rapidi e omogenei su tutto il territorio provinciale, con il coinvolgimento infatti anche dei due ospedali di Vaio e Borgotaro.

I 5 Dipartimenti sanitari ad Attività Integrata:

- *Medicina Generale e Specialistica*
- *Medico Geriatrico Riabilitativo*
- *Diagnostico*
- *Chirurgico Generale e Specialistico*
- *Materno Infantile*

I 2 Dipartimenti sanitari interaziendali:

- *Emergenza-Urgenza provinciale*
- *Farmaceutico*

Il **Dipartimento ad Attività Integrata** (DAI) rappresenta la struttura organizzativa fondamentale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma. Esso assicura l'esercizio delle funzioni assistenziali e di ricerca garantendo loro globalità e continuità prestazionale, integrando tale esercizio con le funzioni didattiche e di ricerca del Dipartimento Universitario di Medicina e Chirurgia.

Area Vasta Emilia Nord (AVEN): l'Azienda AOU di Parma partecipa alla forma di collaborazione costituita, sulla base degli indirizzi regionali, da sette Aziende Sanitarie (Azienda USL di Piacenza, Azienda USL di Parma, Azienda USL di Reggio-Emilia, Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, Azienda USL di Modena, Azienda Ospedaliero/Universitaria di Modena) presenti sul territorio della regione Emilia-Romagna che comprende le province di Piacenza, Parma, Reggio-Emilia e Modena. Tale forma di collaborazione ha come principale obiettivo lo sviluppo e l'implementazione di attività finalizzate a favorire processi di aggregazione sia nell'ambito dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, sia nell'ambito delle funzioni amministrative e di supporto a livello di area vasta. In coerenza con le indicazioni programmatiche e con gli indirizzi regionali in materia, l'obiettivo è quello di favorire sinergie e condivisione di risorse e contribuire alla omogeneizzazione dell'offerta assistenziale sui migliori standard qualitativi, migliorando anche la sostenibilità economica.

La rappresentazione dell'organizzazione aziendale è l'Allegato 13 al Piano.

AREE DI INTEGRAZIONE INTERAZIENDALE

Negli ultimi anni si è dato avvio progetti di integrazione tra le due Aziende Sanitarie, riguardanti in particolare le aree tecnico amministrative ma anche molte attività in ambito sanitario.

Si ricorda poi che da tempo sono in atto percorsi di riorganizzazione e gestione relativi alla dimensione di Area Vasta, nella quale hanno trovato collocazione principale i processi di acquisizione di beni e servizi mediante la realizzazione dell'Unità di Logistica Centralizzata (fornitura specialità farmaceutiche) ed il funzionamento del Dipartimento Integrato Acquisti (aggregazione stazioni appaltanti).

Le iniziative assunte dalle due Aziende Sanitarie provinciali sin dal biennio 2013/2014 hanno visto l'individuazione di specifiche aree sanitarie per le quali si sono avviati studi di fattibilità per addivenire a gestioni integrate o comunque a visioni professionali di servizi in rete; in area tecnico amministrativa sono stati elaborati numerosi progetti di collaborazione, prodromici al percorso di integrazione strutturale, alcuni dei quali hanno condotto a percorsi unificati o complementari.

La programmazione regionale 2015/2016, coniugata anche negli obiettivi di mandato delle Direzioni aziendali insediate nella primavera 2015, conferma il valore dell'integrazione, in particolare per l'ambito tecnico amministrativo di supporto, individuando l'obiettivo della piena integrazione a livello provinciale, ed il mantenimento delle iniziative a livello di Area Vasta, strutturali o funzionali (oltre alle progressive funzioni aggregatrici di Intercent-ER per il settore acquisizioni beni e servizi).

Si conferma che la dimensione interaziendale provinciale di integrazione rappresenta concreta opportunità per le logiche di perseguimento di efficienza, ed anche per una gestione coerente, con omogeneizzazione di metodi e percorsi, continuità nei servizi e nelle prestazioni.

Integrazione aree sanitarie

Quelle principali:

nel corso del 2018 sono stati istituiti:

- Dipartimento Emergenza-Urgenza Provinciale Interaziendale
- Coordinamento interaziendale delle attività sanitarie delle due Aziende

già attivi:

- Polo neurologico interaziendale
- Polo Unico di distribuzione diretta
- Dipartimento farmaceutico interaziendale

Altre aree sono oggetto di attività di integrazione:

- Insufficienza renale cronica
- Pazienti a rischio di ospedalizzazione: interventi pro attivi di carattere sanitario e sociosanitario
- Pazienti fragili in dimissione ospedaliera: definizione dei percorsi integrati di continuità assistenziale fra ospedale e territorio
- Attuazione di percorsi integrati tra Servizi territoriali/ospedalieri e Case Residenziali per anziani, finalizzati a migliorare l'assistenza sanitaria e ridurre il rischio di ospedalizzazione
- Altri percorsi clinico - organizzativi su temi strategici

Centro Comune di Ricerca

E' stato avviato il Centro Comune di Ricerca dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e dell'Università degli Studi di Parma con l'inaugurazione dei laboratori del CoreLab e della Genetica Medica al 1° piano del Padiglione Cattani.

Si compone attualmente di 7 laboratori di ricerca (CoreLab), dove sono disposte strumentazioni importanti e complesse, affiancata dai nuovi spazi della Genetica Medica, con 5 laboratori, fortemente integrata con l'area CoreLab.

La struttura si pone come polo strategico, volto a favorire l'attuazione di innovativi progetti di ricerca clinica, grazie alla concentrazione in un'unica sede di competenze, conoscenze e tecnologie avanzate.
Il Centro comune di ricerca è la prima struttura del suo genere creata in un ospedale italiano. Oltre ad assicurare lo svolgimento di ricerca di alto livello, rappresenta un'ottima opportunità per i giovani professionisti, che potranno apprendere dai colleghi più esperti nuove competenze e abilità, e trasferirle poi ai loro pazienti.
Le attività di ricerca prevalentemente remunerate con progetti finanziati dalla regione Emilia-Romagna e dalla Comunità Europea sono già operative.

Integrazione aree tecnico/amministrative

Sulla base delle indicazioni regionali dal settembre 2015 é stato avviato e realizzato un percorso di riprogettazione organizzativa atta a perseguire una integrazione piena delle funzioni, superando così progetti specifici del biennio 2013/2014, con efficacia sostanzialmente sperimentale rispetto al possibile impatto con le organizzazioni.
La progettazione definitiva ha fornito una visione complessiva del processo di integrazione, finalizzato a definire impostazione, organizzazione, effetti sui rapporti di lavoro, criteri per l'affidamento delle direzioni di area, percorso attuativo.
Approvata nel luglio 2016, sono seguiti i provvedimenti attuativi a settembre, unitamente agli atti di affidamento degli incarichi dirigenziali delle diverse aree.
L'avvio operativo è avvenuto dal 1 ottobre 2016.
La realizzazione dell'integrazione delle aree amministrative e tecniche a supporto delle attività delle due Aziende Sanitarie provinciali, lascia inalterato l'esercizio dell'autonomia e le responsabilità gestionali in capo alle rispettive Direzioni.

CONTESTO

Contesto esterno

Il PNA sollecita le amministrazioni a riportare nei Piani eventuali informazioni riguardanti il contesto esterno, con riferimento ad eventi di illegalità nell'ambito pubblico, emersi e registrati nell'ambito territoriale di interesse.

La **Rete Regionale per l'Integrità e la Trasparenza**, cui le due Aziende Sanitarie di Parma hanno aderito nel 2017, avendo avviato le attività nel corso del 2018, ha messo a disposizione una serie di documenti, di ambito regionale/locale, con varie informazioni generali sul contesto esterno. Se ne riportano di seguito gli estratti più significativi.

Scenario economico-sociale a livello regionale

Nel 2018 la regione Emilia – Romagna è stata la locomotiva del paese, al primo posto tra le regioni italiane per crescita del PIL (+1,4%).

Le previsioni dicono che sarà così anche nel 2019, pur con un rallentamento (+1,2%) del quale si leggono già i primi segnali guardando le performance delle imprese manifatturiere più piccole e di quelle artigiane.

Di seguito una breve sintesi del sistema imprenditoriale regionale e del livello di occupazione.

Il sistema imprenditoriale

Al 30 settembre 2018 le *imprese attive in Emilia-Romagna* erano poco meno di 405mila, 1.580 in meno rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente (-0,4%), a fronte di un aumento del numero degli addetti nelle imprese del 2,6%. Una flessione che non va interpretata negativamente in quanto associata a una crescita occupazionale e, quindi, a un rafforzamento delle imprese esistenti.

Le *aziende straniere* in Emilia-Romagna sono oltre 48mila, il 12% del totale delle imprese regionali, il 3% in più rispetto all'anno precedente.

I dati sulla *demografia d'impresa* suddivisi per settore confermano il trend degli ultimi anni, un sensibile calo del numero delle aziende nel comparto agricolo, una contrazione che seppur

meno marcata caratterizza anche il commercio, le costruzioni e il manifatturiero. A crescere è il comparto "altro industria", in particolare i settori operanti nell'ambito dell'energia, e il terziario.

Le imprese femminili costituiscono oltre un quinto del tessuto imprenditoriale regionale, il 14% dell'occupazione; il numero delle imprese è rimasto pressoché invariato nell'anno in corso, mentre gli addetti afferenti a imprese femminili sono aumentati di oltre il 2%.

Al 30 settembre 2018 le *cooperative attive* in regione erano poco più di 5mila, gli addetti quasi 250mila pari al 14 % del totale regionale, oltre 40 miliardi il fatturato.

Dal punto di vista numerico le cooperative sono diminuite dell'1,7 % rispetto all'anno precedente. Solamente tre i settori dove la cooperazione acquisisce nuove società, l'industria manifatturiera, l'alloggio e ristorazione e i servizi alle persone.

Lo stato dell'occupazione

Accelera sensibilmente la tendenza positiva degli occupati che proseguirà anche nel 2019.

Tra gennaio e settembre l'occupazione dell'Emilia-Romagna è, infatti, mediamente ammontata a circa 2.004.000 persone, vale a dire circa 28.000 occupati in più rispetto all'analogo periodo del 2017, per un incremento dell'1,4 %.

Il **tasso di disoccupazione**, che misura l'incidenza delle persone in cerca di occupazione sul totale delle forze di lavoro (cioè di coloro che hanno un lavoro o lo cercano attivamente) e che aveva raggiunto il suo valore minimo nel 2008 fermandosi al 2,8% per toccare l'8,4% nel 2013, nel 2018 dovrebbe ridursi sensibilmente al 5,9% e scendere al 5,7% nel 2019.

(Fonti: Rapporto sull'economia regionale 2018 – a cura dell'Ufficio Studi di Unioncamere Emilia-Romagna)

Descrizione del profilo criminologico del territorio E-R

L'insieme delle attività di ricerca realizzate dalla Regione Emilia-Romagna fin dalla metà degli anni Novanta del secolo scorso ha consentito di ricostruire un quadro articolato delle organizzazioni criminali e dei loro traffici e forme di attività in Emilia-Romagna e di comprendere il ruolo giocato dalle strategie di queste organizzazioni nello spostamento e nell'insediamento di loro uomini nel territorio regionale per l'organizzazione dei traffici illeciti.

A differenza di altre regioni del Nord, in Emilia-Romagna il controllo del territorio da parte di organizzazioni criminali risulta pressoché 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, le due organizzazioni più significative in Emilia-Romagna, puntano entrambe alla mimetizzazione sociale, a non richiamare l'attenzione ed 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 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 radicamento 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.

Anche 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.

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 più recenti pubblicati da questo organismo, nel 2017 in Italia sono stati segnalati quasi 95.000 operazioni sospette di riciclaggio (circa 10.000 in meno rispetto al 2016, ma ben 20.000 in più del 2015), di cui quasi 6.500 provenienti dall'Emilia-Romagna (circa il 7% del totale registrato a livello nazionale), che nel 2017 ha avuto una diminuzione di segnalazioni di circa 10 punti percentuali rispetto all'anno precedente, ma 15 punti in più del 2015.

(Fonti:
Rivista «QUADERNI DI CITTÀ SICURE», numeri:
Rapporto annuale dell'Unità di Informazione Finanziaria (UIF) per il 2017, n. 10 – 2018)

Alcune 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).

Per quanto attiene specificatamente le strategie regionali di prevenzione e di contrasto 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, oltre 160 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 più efficaci di contrasto ai fenomeni corruttivi e di cattiva amministrazione nel territorio emiliano-romagnolo.

È continuata 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.

(Fonti: Dati forniti dalla Regione Emilia-Romagna - Area sicurezza integrata e legalita' dell'Ufficio di Gabinetto del Presidente della Giunta regionale)

Provincia di Parma

Anche nella provincia di Parma è ormai accertata una dinamica attività di soggetti collegati ad organizzazioni criminali di tipo mafioso, che tentano di insinuarsi nel tessuto economico, sia pure in misura inferiore rispetto a quanto si registra in altre aree del territorio regionale.

Il settore degli **appalti pubblici** rimane quello maggiormente esposto alle mire espansionistiche delle cosche che a tal fine promuovono anche forme di convivenza e/o compartecipazione con elementi appartenenti a organizzazioni criminali provenienti da eterogenee aree geografiche.

Sono state documentate creazioni di società fittiziamente attribuite a "prestanome" con lo scopo di riciclare e reinvestire proventi di attività illecite.

Quanto precede è confermato dall'elevato numero di interdittive antimafia emesse dalla Prefettura di Parma nei confronti di imprese operanti nel territorio.

Figurano presenti e radicati nel territorio soggetti riconducibili alla'Ndrangheta, attivi nel settore del traffico e della distribuzione di sostanze stupefacenti, nelle pratiche estorsive ed usuraie.

Nel territorio si registrano come attivi anche elementi appartenenti a clan camorristici, fortemente attratti dalle opportunità offerte dall'intermediazione nel mercato del lavoro e in quello immobiliare, dalla gestione del gioco d'azzardo e dalle scommesse clandestine, anche se i settori privilegiati, peraltro, restano quelli del narcotraffico e delle pratiche estorsive ed usuraie. Inchieste condotte dalla Direzione Distrettuale Antimafia di Napoli hanno documentato come frange dei "casalesi"risultino attive, nel territorio parmense, in operazioni di riciclaggio di denaro.

(Fonte: Relazione sull'attività delle forze di polizia, sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica e sulla criminalità organizzata anno 2016 Presentata dal Ministro dell'Interno e comunicata alla Presidenza del Senato il 15 gennaio 2018- Vol. I)

Accordo Regione/Sindacati su legalità e appalti

Siglato nel gennaio 2018 tra la Regione Emilia Romagna e le Organizzazioni Sindacali un importante protocollo per le procedure di affidamento in appalto di beni e servizi che verranno svolte nel settore sanitario da Intercent-ER, dalle Aree Vaste e dalle Aziende Sanitarie, ossia dai vari livelli di stazione appaltante, aggregata o meno.
Si tratta certamente di un elemento rilevante, da considerarsi si come contesto esterno che interno.

Il protocollo prevede tra gli elementi più significativi:

- rafforzamento nei bandi di gara dei requisiti di qualità, valorizzando il rating di legalità, incentivando imprese e operatori economici iscritti negli elenchi di merito
- a garanzia della continuità occupazionale, si prevede la clausola sociale, che offre garanzie ai lavoratori di poter continuare a svolgere il proprio lavoro anche nel caso in cui l'azienda da cui dipendono non dovesse vincere l'appalto
- l'obbligo di applicazione dei contratti di lavoro nazionali e territoriali di settore, anche da parte dei subappaltatori
- istituzione, nell'ambito dell'Osservatorio previsto dal testo unico per la promozione della legalità della Regione Emilia Romagna, una apposita sessione inerente gli appalti nel servizio sanitario regionale
- si dichiara l'impegno a garanzia della legalità e della buona occupazione.

Da annotare che un protocollo contenente impegni su argomenti analoghi, fatte salve le competenze delle singole stazioni appaltanti, era stato sottoscritto nel settembre 2015 tra le due Aziende Sanitarie di Parma e le rappresentanze sindacali confederali locali.

Contesto interno

Con riferimento al contesto interno alle due Aziende Sanitarie rilevano i dati riferiti a segnalazioni e a procedimenti disciplinari a carico di dipendenti.

Per quanto riguarda l'anno 2018:

AUSL

- procedimenti disciplinari per violazione del Codice di Comportamento: n. 5

AOU

- procedimenti disciplinari per violazione del Codice di Comportamento: n. 10
- procedimenti disciplinari area dirigenza avviati per fatti penalmente rilevanti n. 7
- procedimenti disciplinari area comparto avviati per fatti penalmente rilevanti n. 2

Non sono pervenute al RPCT segnalazioni di illeciti nel 2018.

Inchieste "Pasimafi" e "Conquibus" (Azienda Ospedaliero Universitaria)

Si tratta di 2 inchieste riguardanti l'Azienda Ospedaliero Universitaria, per personale Universitario, anche integrato per l'assistenza, e personale dipendente (in misura marginale).

Dell'inchiesta denominata *"Pasimafi"* si è detto nel precedente Piano 2018/2020.
Iniziativa della Procura di Parma di cui si è avuta notizia nel maggio 2017 nei confronti di vari professionisti medici dell'Università, che svolgono attività cliniche ed assistenziali presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria, e dirigenti medici e professionisti dell'area comparto dipendenti della stessa Azienda, oltre ad operatori di ditte farmaceutiche ed organizzazioni esterne.
I reati contestati: corruzione, peculato, abuso d'ufficio, truffa, falso. I fatti illeciti, riconducibili agli anni 2014 e 2015, riguardano acquisizione e utilizzo di strumenti per la somministrazione di farmaci antidolorifici nell'ambito delle cure palliative e la sperimentazione di farmaci.
L'Azienda ha adottato i provvedimenti cautelari previsti dalle normative nei confronti dei propri operatori dipendenti e del personale universitario integrato per l'assistenza.

Sulla vicenda nel 2017 è stata svolta l'attività di un Gruppo di Lavoro regionale finalizzata alla verifica delle attività di terapia antalgica presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma.
Agli atti la relativa documentazione e la successiva relazione prodotta dall'Azienda.
Il RPCT ha trasmesso ad A.N.AC. dettagliata relazione in merito in data 27 aprile 2018 (agli atti).
Allo stato, il procedimento giudiziario deve ancora registrare il provvedimento di rinvio a giudizio.

L'inchiesta denominata dagli inquirenti *"Conquibus"* è emersa il 3 ottobre 2018.
Indagati n. 11 dipendenti dell'Università (di cui alcuni dirigenti medici integrati per l'assistenza) di cui n. 5 non medici ma con funzioni amministrative; solo n. 1 indagato è dirigente medico dipendente dell'Azienda.
I reati contestati: induzione indebita, corruzione, abuso d'ufficio
I fatti contestati, la gran parte riconducibili agli anni 2015/2016, sono legati a sponsorizzazioni di eventi formativi e congressuali e a selezioni universitarie. Adottati i provvedimenti cautelari.
L'Azienda ha adottato i provvedimenti cautelari previsti dalle normative nei confronti dei propri operatori dipendenti e del personale universitario integrato per l'assistenza.

Allo stato il procedimento giudiziario è ancora in fase di indagini.

Certamente gli eventi sono considerati per un rafforzamento dell'attenzione e delle misure di prevenzione nelle materie coinvolte e oggetto delle inchieste.

---

5. PIANO INTEGRATO, OBIETTIVI STRATEGICI, PRIORITARIE AREE DI AZIONE, RPCT E RASA

Piano integrato interaziendale AUSL/AOU

In relazione alla programmazione regionale e locale, le Aziende Sanitarie che insistono nel medesimo ambito territoriale provinciale (ed anche di Area Vasta) sono chiamate da tempo ad integrare attività e funzioni, sia di area sanitaria che di area tecnico amministrativa, come ricordato nel capitolo precedente.

La programmazione regionale 2015/2016, e proseguita negli anni successivi, coniugata anche negli obiettivi di mandato delle Direzioni aziendali, conferma il valore dell'integrazione, in particolare per l'ambito tecnico amministrativo di supporto, individuando l'obiettivo della piena integrazione a livello provinciale, ed il mantenimento delle iniziative a livello di Area Vasta, strutturali o funzionali (oltre alle progressive funzioni aggregatrici di Intercent-ER per il settore acquisizioni beni e servizi).

Da qualche anno nel nostro contesto sono stati avviati processi di integrazione o di collaborazione, sfociati in unificazioni di servizi vere e proprie, in integrazioni funzionali, in collaborazioni professionali, in costruzioni di reti clinico assistenziali.

Si conferma che la dimensione interaziendale provinciale di integrazione rappresenta concreta opportunità per le logiche di perseguimento di efficienza, ed anche per una gestione coerente, con omogeneizzazione di metodi e percorsi, continuità nei servizi e nelle prestazioni.

Date dette premesse di contesto, e tenuto conto che processi di forte integrazione sono stati avviati anche nelle aree di attività sanitaria ed assistenziale, le Direzioni delle due Aziende Sanitarie provinciali, unitamente al Responsabile anticorruzione e Trasparenza, hanno ritenuto che dall'annualità 2017 si preveda l'elaborazione e l'approvazione di un **unico Piano integrato interaziendale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza, con effetto per entrambe le Aziende.**

Il presente Piano rappresenta dunque il terzo aggiornamento di Piano integrato interaziendale AUSL/AOU.

In particolare si aggiungono le seguenti specifiche motivazioni:

- dal 2016, con provvedimenti delle Direzioni, la funzione di Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza è stata unificata, ora interaziendale, in capo ad un unico soggetto, e ciò ad anticipare l'attuazione del progetto di integrazione delle aree tecnico amministrative

- dall'ottobre 2016 è stato dato avvio all'attuazione del progetto di integrazione delle aree tecnico amministrative delle due Aziende, con l'effetto di unificare la quasi totalità delle unità organizzative interessate, ritenendo appunto di confermare in questo ambito anche la funzione di Responsabile anticorruzione e trasparenza

- Integrazioni in aree sanitarie, di cui si è detto in precedenza.

  Nello specifico, sulla integrazione delle aree tecnico amministrative:

  aree di "integrazione strutturale"
  - risorse umane
  - tecnico e logistica
  - servizio economico finanziario
  - internal auditing
  - affari generali
  - trasparenza/integrita' e integrazione processi
  - information and communication technology ICT (in aggregazione interprovinciale Parma/Piacenza

aree di "integrazione funzionale"

- programmazione, valutazione e controllo
- stampa, comunicazione e rapporti con l'utenza

aree di "collaborazione tecnico professionale"

- affari legali e assicurativi.

Piano Integrato Trasparenza/Prevenzione della Corruzione

Tra le novità introdotte dal decreto legislativo n. 97/2016, come già ricordato, vi è la cessazione dell'autonomia del precedente modello di Programma Trasparenza ed Integrità e la conseguente unificazione in un solo strumento di Piano Prevenzione e interventi per la Trasparenza; e così anche la previsione di attribuire di norma allo stesso soggetto dirigente le funzioni di Responsabile anticorruzione e Responsabile per la Trasparenza.

In conseguenza, il presente documento di Piano comprende in modo integrato, appunto, la materie di prevenzione della corruzione e della trasparenza. Da ribadire che detta integrazione trova il proprio presupposto fondamentale nel valore riconosciuto alla trasparenza quale uno dei principali strumenti di prevenzione della corruzione; e così rilevano anche motivazioni di semplificazione nella programmazione e negli atti.

La sintesi dei motivi sostanziali per proseguire l'esperienza di un Piano integrato interaziendale AUSL/AOU anche per il periodo 2019/2021:

- **integrazione generale aree tecnico amministrative delle due Aziende**
- **unificazione funzione di Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza**
- **omogeneità di misure, azioni e interventi**
- **integrazione sistemi di prevenzione della corruzione e della trasparenza**

- **resta salva l'autonomia delle rispettive gestioni aziendali**
- **restano distinti i siti web aziendali e le rispettive sezioni "Amministrazione Trasparente".**

Pertanto, anche per la nuova annualità, nell'ambito del triennio di pianificazione 2019/2021, si conferma la struttura integrata interaziendale del Piano per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza.

Obiettivi strategici

Sono stati da tempo precisati quattro obiettivi strategici che informano l'attività di pianificazione in materia all'interno delle due Aziende Sanitarie, riportati anche nei rispettivi Piani per la Performance 2018/2020.

IMPEGNO

Il Piano costituisce l'insieme degli impegni che si assumono per la realizzazione di strategie ed azioni rivolte alla promozione dell'integrità e alla prevenzione dell'illegalità, nell'ambito delle previsioni della legge n 190/2012, dei decreti dalla stessa derivanti e dalle indicazioni nei provvedimenti di indirizzo emanati (PNA). Un unitario sistema, ora anche integrato interaziendale, le cui attività si configurano come un processo ciclico in cui le azioni e gli strumenti vengono aggiornati, affinati o modificati annualmente, anche in ragione degli esiti della loro applicazione. Da qui i criteri di modularità e progressività, che rispondono all'esigenza di uno sviluppo graduale del sistema di prevenzione, consci della complessità delle azioni da promuovere e delle difficoltà do realizzazione. E nel sistema svolgono un ruolo di necessario coinvolgimento, con le rispettive funzioni e responsabilità, tutti i dirigenti, dipendenti e collaboratori delle Aziende.

ADEMPIMENTO

Non si può sottovalutare la mera logica dell'adempiere a quanto indicato dalla legge n. 190/2012, dai provvedimenti normativi successivi e dal Piano Nazionale Anticorruzione, pur

coscienti che ciò non configura l'obiettivo vero di strategie ed azioni da mettere in campo. Costituisce comunque una leva rilevante per dedicare tempo e risorse ed anche, in particolare, per ottenere la collaborazione delle varie unità organizzative, dei dirigenti e di tutti i soggetti operanti nell'amministrazione.

MIGLIORAMENTO ORGANIZZAZIONE E ATTIVITA'

L'individuazione delle azioni e delle misure, generali e specifiche, non deve essere finalizzato esclusivamente alle attività proprie di prevenzione, ma rappresentano occasione per analizzare le proprie attività istituzionali, per perseguire possibilità di maggiore efficienza complessiva, risparmio o miglior utilizzo di risorse, riqualificazione del personale mediante gli interventi formativi, incremento delle capacità tecniche e conoscitive.

PROMOZIONE CULTURA DELLA LEGALITA'

Al di là di qualsiasi misura od adempimento previsto, l'intento generale è quello di agire per far prendere coscienza all'intero sistema di cui si è parte sulla necessità di correttezza ed integrità nell'agire pubblico; il bisogno vero è un cambiamento culturale diffuso ad ogni livello, per il quale lo strumento principe si ritiene sia costituito dalla sensibilizzazione e formazione.

Aree prioritarie di azione

Allo scopo di fornire un inquadramento sistematico della parte operativa è bene sottolineare, in modo semplice e schematico, i **4 principali ambiti di intervento** sulle quali si richiede la massima attenzione da parte di tutte le unità organizzative delle due Aziende Sanitarie, per i necessari profili di attuazione, adempimento e responsabilità di sistemi e misure cui è dedicata tutta la parte successiva.

Detti ambiti rappresentano i campi d'azione più importanti nei quali sono da esplicarsi da subito le principali attività di attuazione, due in area trasparenza e due in area prevenzione della corruzione propriamente detta.

TRASPARENZA

1. Obblighi di pubblicazione

Si rimanda alle specifiche contenute nel capitolo successivo e, soprattutto alla Tabella relativa allegata al Piano

2. Accesso Civico "generalizzato"

Diritto da assicurare da parte di ogni unità organizzativa interessata, indicazioni regolamentari in specifico allegato al Piano

PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

3. Misure di sistema, generali e particolari

Sono descritte nella parte successiva dedicata

4. Misure specifiche (da mappatura processi)

Le azioni previste per le varie unità organizzative, tabelle allegate al Piano.

RPCT e RASA

Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (RPCT)

Da gennaio 2016, come prima ricordato, è stata unificata la funzione di Responsabile anticorruzione e trasparenza delle due Aziende Sanitarie, mediante provvedimenti delle Direzioni aziendali, nell'ambito dell'attuazione dell'integrazione interaziendale delle aree tecnico amministrative.

La funzione è denominata INTEGRITA' E TRASPARENZA
Responsabile interaziendale
Giovanni Bladelli dirigente amministrativo di ruolo in AUSL
(Responsabile in AUSL dal 1 giugno 2013, in AOU dal 1 gennaio 2016)

Dati di contatto:

Azienda USL

Strada del Quartiere, 2/A 43125 Parma

Mail: direzione amministrativa@ausl.pr.it gbladelli@ausl.pr.it

Tel. 0521/393111 centralino 0521/393506 0521/393532

Azienda Ospedaliero Universitaria

Via Gramsci, 14 43126 Parma

Mail: direzione generale@ao.pr.it gbladelli@ausl.pr.it

Tel. 0521/702111 0521/702441 0521/393532

Responsabile per l'Anagrafe delle Stazioni Appaltanti (RASA)

Ogni stazione appaltante è tenuta a nominare il soggetto responsabile (RASA) dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante stessa presso l'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA).

L'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

Sulla base di indicazione pervenuta dal Direttore del Dipartimento interaziendale Tecnico e Logistica, col Piano 2017 è stato individuato quale RASA con effetto per entrambe le Aziende Sanitarie stazioni appaltanti, Mario Reboli, dirigente amministrativo in servizio presso il Dipartimento.
In questa sede di Piano 2019 si conferma detta nomina.

Il RPCT è tenuto a verificare, tramite i Servizi interni competenti:

a) nomina del RASA (Responsabile dell'Anagrafe Stazione Appaltante)
b) attivazione del profilo utente da parte del RASA secondo le modalità operative da tempo indicate dall'Autorità.

La verifica compiuta per quanto riguarda il punto b) è risultata positiva:

presso l'Anagrafe Unica Stazioni Appaltanti risultano regolarmente iscritte AUSL Parma e Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma (estratte dall'anagrafe le relative attestazioni in possesso del Dipartimento competente e del dirigente RASA).

In data 11 dicembre 2018, le Direzioni aziendali hanno disposto congiuntamente la nomina del RASA nella persona di Silvia Orzi, dirigente amministrativo Direttore del Servizio Acquisizione Beni e Servizi, con efficacia per il periodo di assenza temporanea del dirigente Mario Reboli.

6. SISTEMI AZIENDALI TRASPARENZA E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Ora un breve capitolo per un sintetico richiamo ai sistemi Trasparenza e Prevenzione della Corruzione attivi nelle due Aziende Sanitarie.

Si ricorda che l'attuazione delle misure di trasparenza assumono, fin dal precedente Piano, rilievo maggiore rispetto alle pianificazioni del passato, in ragione delle novità apportate dal decreto legislativo n. 97/2016.

La Trasparenza, come affermato nel PNA, è una misura di estremo rilievo e fondamentale per la prevenzione della corruzione. Essa è posta al centro di molte indicazioni e orientamenti internazionali in quanto strumentale alla promozione dell'integrità, allo sviluppo della cultura della legalità in ogni ambito dell'attività pubblica.

Sistemi aziendali Trasparenza/Obblighi di pubblicazione

Sono confermati i sistemi Trasparenza, dal punto di vista operativo, in essere presso le due Aziende Sanitarie, disciplinati dai rispettivi Programmi Trasparenza e Integrità approvati nel gennaio 2016.

Sezioni web "Amministrazione Trasparente"

Sono attive le rispettive sezioni web "Amministrazione Trasparente" all'interno dei siti istituzionale delle Aziende AUSL e AOU a cura del Responsabile della Trasparenza, in collaborazione con gli Uffici Comunicazione aziendali, cui è affidata l'operatività relativa agli inserimenti nella sezione web, articolato come da schema allegato al decreto n. 33/2013, dei file contenenti documenti, dati, informazioni.

Il supporto tecnico per l'elaborazione informatica di dati e documenti e per il sito web è garantito da Servizi di sede del Dipartimento interaziendale ICT.

Flusso di dati, documenti, informazioni

I dirigenti responsabili delle Strutture e dei Servizi delle Aziende indicati nella tabella obblighi di pubblicazione (ora unica interaziendale allegata al piano) devono garantire il regolare flusso delle informazioni da pubblicare, con la seguente operatività:

Ogni Struttura/Servizio/Ufficio/Unità Organizzativa individuata competente per l'elaborazione di un documento, contenente anche informazioni e dati, oggetto di pubblicazione, è tenuta a predisporre i necessari file, in formato aperto, e trasmetterli, nei tempi indicati, all'Ufficio Comunicazione, competente a compiere le operazioni di inserimento nella Sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web aziendale, previa verifica congiunta col Responsabile aziendale per la Trasparenza.
Ogni informazione, dato o documento inserito nella Sezione Amministrazione Trasparente deve essere aggiornato nei tempi previsti a cura della medesima unità organizzativa competente, e trasmesso all'Ufficio Comunicazione con eventuali specifiche circa la modifica o la sostituzione dei file già pubblicati.

Obblighi di aggiornamento: ciascuna unità organizzativa deve provvedere al periodico aggiornamento di documenti, dati, informazioni da pubblicare sulla sezione web "Amministrazione Trasparente", secondo le rispettive competenze, tempi e modalità previsti nella "Tabella obblighi di pubblicazione".

E' prioritario il completo adeguamento alle previsioni di pubblicazioni contenute nelle disposizioni del decreto legislativo n. 97/2016.

Tutte le Strutture e i Servizi delle due Aziende coinvolti per le attività di rispettiva competenza sono invitati a procedere alle verifiche necessarie, sulla base di quanto previsto nella tabella in cui sono declinati gli obblighi di pubblicazione.
I dirigenti responsabili di ciascuna unità organizzativa sono tenuti a promuovere le verifiche, ad avviare e rendere effettive le azioni conseguenti, finalizzate agli adempimenti dovuti.

Responsabilità e Sistema sanzionatorio

Responsabilità e sanzioni rappresentano argomenti che rilevano per quanto riguarda gli aspetti attuativi.

In tema di responsabilità sono da considerare gli artt. 46 e 47 del decreto legislativo n. 33/2013, come modificato dal decreto legislativo n. 97/2016.

L'art. 46 dispone che

- *l'inadempimento degli obblighi di pubblicazione*
- *il rifiuto, il differimento e la limitazione dell'accesso civico*,

costituiscono elementi di valutazione della responsabilità dirigenziale, eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine, e sono comunque valutati ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale dei responsabili.

L'art. 47 tratta direttamente di sanzioni.
Intanto la fattispecie più importante: la mancata o incompleta comunicazione delle informazioni e dei dati per la pubblicazione, a carico del dirigente dell'ufficio competente e dei singoli dirigenti tenuti alle dichiarazioni (di patrimonio e reddito) comporta la sanzione amministrativa pecuniaria da 500 a 10.000 euro (commi 1 e 1bis).
L'argomento "dichiarazioni" è peraltro allo stato sospeso in attesa di pronuncia della Corte Costituzionale (come più avanti si spiegherà).

Competenza ad irrogare le sanzioni. Le incertezze del regime precedente sono ora del tutto chiarite, in quanto detta competenza è affidata ad A.N.AC. (art. 47, comma 3). Al proposito, l'Autorità è già intervenuta a disciplinare l'esercizio del proprio potere sanzionatorio con Provvedimento 16 novembre 2016 (pubblicato in G.U. n. 284 del 5 dicembre 2016).

Sistemi aziendali di Prevenzione della Corruzione

Sono confermate per entrambe le Aziende i sistemi in essere per le previsioni del Piano e la sua attuazione, ora appunto in modo omogeneo e integrato.

Individuati i Referenti per ciascuna delle unità organizzative, previsti interventi di diffusione e informazione agli organismi aziendali, agli stakeholder, a dirigenti ed operatori, coordinamento col ciclo di gestione della performance, monitoraggi.

Un breve richiamo al **"processo di gestione del rischio",** ossia l'insieme delle attività, del percorso e dei soggetti che contribuiscono alla elaborazione dei presupposti per la pianificazione ed alla sua attuazione.

E' articolato, in concreto, nelle fasi di:

- individuazione delle aree con presenza di rischio
- individuazione dei processi/attività all'interno delle aree
- valutazione del rischio, secondo parametri dettati nel Piano Nazionale Anticorruzione
- definizione di misure possibili di prevenzione
- attuazione delle misure
- monitoraggio e valutazione.

Nel Piano gli esiti di detto processo sono rappresentati dalle **misure specifiche**, che considerano tratti di attività nei quali si è ritenuto di intervenire, in applicazione della logica del risvolto operativo. Si tratta di una delle parti in cui la programmazione si è spinta al dettaglio, prevedendo gli aspetti concreti ed operativi; la parte più rilevante, che si completa con la realizzazione delle azioni previste ed il loro monitoraggio. L'insieme delle fasi di individuazione di aree e processi, valutazione, definizione delle misure e del monitoraggio è rappresentato nella Tabella misure di prevenzione specifiche per le unità organizzative, allegata al Piano.

Nell'attività di analisi e valutazione si è rivolta l'attenzione in particolare a:

- ricognizione dei processi di competenza

- percezione dei potenziali rischi nelle attività svolte
- casi precedenti verificati o procedimenti disciplinari
- ipotesi di miglioramento dei processi in genere.

Sulla **valutazione del rischio**, ossia il processo di identificazione, di analisi e di ponderazione, si faranno specificazioni nella parte dedicata, confermando l'utilizzo dello schema contenuto nel Piano Nazionale Anticorruzione 2013 del Dipartimento Funzione Pubblica.

Il processo di gestione del rischio del presente Piano 2019 tiene conto dell'attività di aggiornamento della Mappatura processi/procedimenti svolta nel corso dell'anno 2017 dalle unità organizzative, in alcune parti rivista a fine 2018 in collaborazione con alcune unità organizzative.

Nel corso del 2019 si disporrà per un possibile aggiornamento della Mappatura dei processi da parte delle unità organizzative (vedi capito sulle misure).

Coordinamento Anticorruzione/Trasparenza/Performance

I sistemi generali di Anticorruzione e Trasparenza prevedono obbligatoriamente forme di coordinamento col ciclo di gestione della performance, appunto a garantire un diretto collegamento tra le misure previste per la Trasparenza e la Prevenzione della Corruzione e gli obiettivi e le valutazioni delle attività dei dirigenti e delle unità organizzative.

Quanto sopra è stato rafforzato dalle disposizioni del decreto legislativo n. 97/2016 e dal Piano Nazionale Anticorruzione aggiornamento 2016.

Pertanto il coordinamento e l'integrazione fra gli ambiti relativi alla Performance, alla Trasparenza, alla Anticorruzione si è realizzato nelle due Aziende prevedendo che gli obiettivi e le misure contenute nel Piano per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza costituiscano obiettivi ed azioni da considerare e inserire nei rispettivi **Piani**

aziendali triennali della Performance, nei Piani delle Azioni e nei Documenti di Budget annuali.

Di ciò vi è conferma nell'edizione 2018/2020 (approvati e pubblicati nel luglio 2018) dei Piani Performance di entrambe le Aziende e sarà considerato nei rispettivi documenti di programmazione anno 2019.

Tavolo regionale Direzione Generale Salute/OIV/RPCT Aziende Sanitarie

Nell'aggiornamento 2016 del Piano Nazionale Anticorruzione, l'approfondimento in esso contenuto sulla Sanità non è rivolto solo agli Enti del Servizio Sanitario Nazionale ma anche alle *Regioni*, in forza delle competenze istituzionali sulla sanità. Rappresenta un elemento di novità rilevante rispetto all'impostazione dei precedenti PNA, col quale si intende sottolineare la possibilità di interventi a livello regionale, ferme restando le competenze e i profili di autonomia delle singole amministrazioni.

In Emilia Romagna la novità è stata considerata come opportunità per favorire attuazioni omogenee tra le varie Aziende del Servizio Sanitario Regionale in materia di trasparenza e anticorruzione, ed allo scopo è stato istituito un tavolo regionale operativo tra i **RPCT delle Aziende Sanitarie, coordinato dal Servizio Amministrazione della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, e a cui partecipa l'Organismo Indipendente di Valutazione, unico per il Servizio Sanitario Regionale**, anche in ragione delle rafforzate competenze allo stesso riconosciute dalle nuove normative.

Con determina n. 19717 del 5 dicembre 2017 adottata dal Dirigente del Servizio Amministrazione del Servizio Sanitario regionale, sociale e socio sanitario, della Direzione generale Cura della persona, Salute e Welfare, è stata formalizzata la costituzione del tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione delle Aziende e degli Enti del SSR, già operante dal 2016.

Organismo Indipendente di valutazione del S.S.R

La legge n. 190/2012 e l'intero sistema di trasparenza e di prevenzione della corruzione attribuisce agli Organismi Indipendenti di Valutazione diversi compiti.

In Emilia Romagna con legge regionale n. 26/2013, attuata con DGR n 334/2014, è stato costituito un unico OIV per tutte le Aziende del Servizio Sanitario Regionale, coadiuvato in sede locale da Organismi Aziendali di Supporto (OAS), presenti in tutte le Aziende Sanitarie.

Il decreto legislativo n. 97/2016 e il Piano Nazionale Anticorruzione aggiornamento 2016 hanno rivisto ed ampliato significativamente il ruolo e le funzioni degli OIV e dei rapporti di questi con i Responsabili anticorruzione e trasparenza e con l'A.N.AC.

Le principali novità:

- RPCT è tenuto a segnalare all'OIV, oltre che all'organo di vertice, eventuali "disfunzioni" inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza
- OIV svolge la verifica della coerenza tra gli obiettivi nei documenti di programmazione strategico gestionali con i Piano di prevenzione della corruzione
- OIV ha competenza ad analizzare e verificare le Relazioni annuali RPCT sulle attività di prevenzione della corruzione e trasparenza
- Gli atti OIV (deliberazioni) sono ora oggetto di pubblicazione obbligatoria in "Amministrazione Trasparente".

A dette attribuzioni OIV sono da aggiungersi quelle da tempo effettive:

- Attestazione annuale obblighi di trasparenza e verifiche conseguenti, sulla base di indicazioni e modelli forniti da A.N.AC.
- Parere obbligatorio sui Codici di Comportamento.

Agli OAS aziendali sono riconosciute funzioni di supporto generale all'OIV, di raccordo tra le amministrazioni e l'OIV, e attribuzione di istruttorie anche nelle materie relative ad anticorruzione e trasparenza.

Sono operativi distinti OAS presso le due Aziende Sanitarie di Parma.

7. ATTIVITA' E MONITORAGGI 2018

Prima di proseguire, dal capitolo successivo, alle misure generali e specifiche pianificate, si ritiene importante indicare alcune delle attività più significative svolte nell'anno 2018, in attuazione del Piano, e in ragione di risorse ed opportunità.

Monitoraggi Trasparenza/Obblighi di pubblicazione

A cura dell'Ufficio RPCT, con la collaborazione degli Uffici Comunicazione AUSL/AOU, sono stati eseguiti nel 2018, come da prassi, monitoraggi periodici in materia di pubblicazione di dati, documenti, informazioni nelle rispettive sezioni web "Amministrazione Trasparente".

Monitoraggi generali sono stati svolti direttamente dal RPCT:

- nel periodo marzo/aprile 2018, in concomitanza con le attività di attestazione OIV sulle rilevazioni indette annualmente da A.N.AC. (con il coinvolgimento degli OAS aziendali)

- in gennaio 2019, con elaborazione di specifico documento agli atti dell'Ufficio RPCT e distribuito alle unità organizzative con nota RPCT del 19 gennaio 2019
  (Documento di monitoraggio Allegato al presente Piano)

Monitoraggio Accessi Civici "generalizzati"

Dal Piano 2017/2019 si è dato corso all'attuazione del nuovo istituto dell'accesso civico "generalizzato", mediante la regolamentazione disposta nel documento allegato al Piano stesso.

La scelta fondamentale di natura organizzativa consiste nell'aver affidato a ciascuna unità organizzativa competente la trattazione degli accessi, in ragione del possesso dei dati e delle informazioni; ciò in base alle norme contenute nel decreto legislativo n. 97/2016 e nelle indicazioni contenute nelle linee guida A.N.AC.

Il monitoraggio di fine anno, mediante raccolta di informazioni e documentazione presso le unità organizzative delle due Aziende, ha fatto registrare, nell'anno 2018 complessivamente n. 6 accessi in AUSL e n. 2 accessi in AOU.

Gli argomenti:

- coperture vaccinali (AUSL Dipartimento Sanità Pubblica)
- dati sulle prescrizioni di apparecchi acustici (AUSL Direzione Sanitaria)
- contratto del servizio relativo a manutenzione automezzi (AUSL Servizio Tecnico e Logistica interaziendale)
- informazioni utenza affetta da dipendenza da gioco d'azzardo, n. 3 accessi (AUSL Dipartimento Salute Mentale)
- progetti incentivanti d'equipe (AOU Dipartimento Risorse Umane interaziendale)
- dati su forniture e utilizzo clinico di un dispositivo medico (AOU Ufficio Legale).

Il monitoraggio consente di elaborare il Registro degli Accesso Civici, come consigliato anche dalla Circolare del Dipartimento Funzione Pubblica n. 2/2017, pubblicato e aggiornato dal 2018 nelle rispettive sezioni web "Amministrazione Trasparente" (insieme alle altre forme di accesso, documentale e civico semplice).

A completare il quadro, nel 2018 si è registrato un solo accesso civico "semplice", in AUSL, riguardante i tempi di attesa della specialistica ambulatoriale; i dati erano regolarmente pubblicati sul sito.

Monitoraggi misure di prevenzione della corruzione

Nei sistemi aziendali attuazione e monitoraggi delle varie misure di prevenzione della corruzione sono rimessi direttamente alle unità organizzative. Di dette attività le stesse sono tenute ad informare il RPCT, secondo le indicazioni contenute nel Piano. RPCT esegue poi l'esame delle relazioni anche per eventualmente intervenire sulle misure da pianificare nell'aggiornamento al Piano.

Le Relazioni in merito delle unità organizzative, agli atti presso l'Ufficio RPCT, sono state rese nei due momenti indicati nel Piano, 30 giugno e 30 novembre/31 dicembre, ed attestano una diffusa attenzione ad adempimenti ed impegni previsti, sia per l'area della trasparenza che per quella più propria della prevenzione della corruzione.

In questa sede si ritiene opportuno riportare, in sintesi, alcune attuazioni di misure significative avvenute nel 2018, ricomprese nella Tabella misure specifiche per la prevenzione della corruzione allegata al Piano 2018, le cui informazioni sono estratte dalla Relazioni delle unità organizzative:

Presidio Ospedaliero AUSL

- in materia di attività conseguenti al decesso, la Direzione ospedaliera ha provveduto ad adottare atto di recepimento ed attuazione delle direttive regionali diramate e confermate nel marzo 2018 sulla vestizione del defunto deceduto presso una struttura sanitaria (determina n. 588 del 18 maggio 2018). Svolta l'attività di controllo su applicazione ed osservanza di tutto il regolamento vigente per il Presidio
- aggiornato il regolamento per la gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato, in applicazione della circolare regionale n. 7/2017
- effettuato monitoraggio sul percorso di riscossione delle prestazioni erogate in regime di libera professione presso gli ospedali
- svolta attività di controllo e monitoraggio sull'applicazione del regolamento per l'informazione scientifica del farmaco nei due ospedali
- svolta attività di controllo e monitoraggio sulle modalità di svolgimento delle sperimentazioni cliniche autorizzate nei due ospedali.

Dipartimenti Cure Primarie AUSL

- verifiche sule prestazioni di assistenza domiciliare integrata
- monitoraggi e controlli su erogazione presidi di assistenza protesica, ausili e protesi extra tariffario
- svolte verifiche per rimborsi spese a vario titolo (dializzati, parto a domicilio, tickets, prestazioni all'estero)
- verifiche sui requisiti di apertura studi medici MMG/PLS.

Dipartimento Salute Mentale AUSL

- controlli sull'appropriatezza delle proposte di erogazione nell'ambito dei progetti terapeutici individuali, formulate dagli assistenti sociali/educatori di riferimento dei centri di salute mentale.

Dipartimento Sanità Pubblica

- verifiche periodiche sui processi collegati alla imposizione di misure restrittive all'attività di produzione alimentare in esito al controllo ufficiale
- verifiche periodiche in materia di funzioni di vigilanza controlli ufficiali sanzioni.

Direzione Sanitaria AOU

- svolta attività di controllo e monitoraggio sull'applicazione del regolamento per l'informazione scientifica del farmaco nei due ospedali
- effettuata attività di monitoraggio dei volumi di attività della libera professione intramoenia
- svolto monitoraggio degli accessi delle imprese di pompe funebri presso la camera mortuaria dell'ospedale, mediante l'UO Anatomia Patologica
- effettuati controlli liste di attesa per prestazioni di ricovero programmato.

UO Ricerca e Innovazione AOU

- diffusione su pagina web aziendale e sulla intranet di tutti gli studi clinici autorizzati che vedono coinvolti i professionisti di AOU
- definizione e attuazione di un paino di monitoraggio per la verifica della qualità
- gestione trasparente e strutturata di tutte le pratiche che vengono portate alla valutazione del Comitato Etico (dal 2018 Comitato Etico unico di AVEN).

Dipartimento Farmaceutico interaziendale

- verifiche sul rispetto della regolamentazione sull'informazione scientifica del farmaco
- monitoraggi periodici sull'appropriatezza prescrittiva, con particolare riferimento ai farmaci sottoposti a registro AIFA e/o piano terapeutico.

Dipartimento Risorse Umane interaziendale

- verifiche sulla misura di trasparenza specifica prevista per le selezioni interne di ogni tipologia
- monitoraggi e verifiche sulle autorizzazioni ad espletamento incarichi extraistituzionali.

Internal Auditing interaziendale

- attuazione controlli previsti dal Piano Attuativo della Certificabilità, secondo le indicazioni della DGR n. 919/2018.

Per il monitoraggio e l'attuazione delle misure di sistema e generali previste dal Piano 2018 si darà evidenza nei paragrafi successivi.

Codice di Comportamento

E' una delle principali misure previste dal Piano Nazionale Anticorruzione.
In entrambe le Aziende è stato approvato nel dicembre 2013 dopo l'effettuazione di un percorso di partecipazione degli stakeholder.

Il Piano 2018 ha previsto l'approvazione da parte delle due aziende di un nuovo Codice, unico ed integrato interaziendale, sulla base di un modello da approvarsi in sede regionale quale modello unico per tutte le aziende Sanitarie regionali.

Il 29 maggio 2018 è stato approvato dalle due Aziende Sanitarie di Parma, con deliberazioni n. 348 di AUSL e n. 401 di AOU, il nuovo Codice di Comportamento, unico interaziendale, per tutto il personale nelle stesse operante, che sostituisce i precedenti adottati nel dicembre 2013.
Il testo è allegato al presente Piano 2019 (ALLEGATO 4).

Il Codice, le rispettive delibere di approvazione e la relazione illustrativa di accompagnamento sono pubblicate nelle sezioni web aziendali "Amministrazione Trasparente" (in Disposizioni Generali/Atti Generali) e nelle sezioni Anticorruzione, dove è

presente anche il testo del DPR n. 62/2013 che ha approvato il Codice di comportamento nazionale in vigore.
In coincidenza con dette pubblicazioni, in data 30 maggio nei siti web aziendali e nei rispettivi servizi intranet è stata data informazione dell'avvenuta approvazione, accompagnata da brevi note illustrative su percorso e contenuti.

Si descrivono di seguito gli aspetti principali relativi al percorso di approvazione e ai contenuti più significativi

Le norme

La normativa di riferimento attuale sul Codice di Comportamento è stata introdotta dalla legge n. 190/2012 (prevenzione della corruzione nella PA), mediante riscrittura dell'art. 54 del decreto legislativo n. 165/2001, ed eliminazione del precedente Codice. L'attuazione è avvenuta con l'approvazione del Codice "nazionale", approvato con DPR n. 62/2013 e dei Codici "integrativi" da parte di ciascuna amministrazione.

Il Codice rientra tra i vari elementi di cui si compone il sistema di prevenzione della corruzione disegnato dal legislatore (insieme al Piano triennale, alle azioni per la Trasparenza ed ai vari istituti introdotti con la legge n. 190/2012).

Il Piano Nazionale Anticorruzione ha invitato le Amministrazioni a rivedere i Codici a suo tempo approvati (a fine 2013), in base agli aggiornamenti intervenuti ed alla maggior competenza acquisita in materia. I Codici aggiornati delle amministrazioni mantengono la funzione "integrativa" rispetto al Codice nazionale di cui al DPR n. 62/2013.

L'Autorità Nazionale Anticorruzione ha emanato Linee guida dedicate all'aggiornamento dei Codici per il comparto sanità (deliberazione n. 358 del 29 marzo 2017), definite quale atto di indirizzo e strumento orientativo.

La scelta regionale

Lo scorso anno a livello regionale è stata promossa l'iniziativa di elaborare un modello unico di Codice, quale riferimento cui ogni Azienda deve attenersi per l'approvazione del proprio Codice, al fine di perseguire una uniformità sull'intero territorio regionale.

L'iniziativa è rafforzata dalle previsioni contenute nella Legge Regionale n. 9/2017, il cui art. 5 è dedicato espressamente a politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza, anche aggiuntive rispetto alla disciplina nazionale (il comma d riguarda il Codice di Comportamento).

Lo schema tipo elaborato dal Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale è stato poi approvato con Deliberazione della Giunta Regionale n. 96/2018.

É stato redatto tenendo conto delle Linee Guida adottate dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, del Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici (DPR n. 62/2013) e dei Codici di Comportamento già in essere nelle singole Aziende Sanitarie.

Il percorso

L'iter osservato ha visto:

- proposta del Codice in conformità al testo del modello regionale
- effettuazione del percorso di partecipazione (come previsto dalla legge n. 190/2012 e secondo le indicazioni contenute nella deliberazione n. 75/2013 CIVIT)
- elaborazione Relazione illustrativa di accompagnamento da parte del Responsabile per la prevenzione della corruzione e la trasparenza (RPCT)
- acquisizione parere dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), previo intervento degli Organismi aziendali di Supporto all'OIV (OAS)
- approvazione da parte delle Direzioni aziendali AUSL/AOU il 29 maggio 2018.

Il "percorso di partecipazione" di cui al secondo punto del precedente elenco, cioè una consultazione pubblica rivolta agli stakeholder di sistema (associazioni, organizzazioni sociali e sindacali, ordini e collegi), è stato avviato in modo congiunto da AUSL e AOU; con la finalità di consentire la presentazione di eventuali proposte ed osservazioni sulla disciplina contenuta nel Codice, la cui considerazione ed accoglibilità è comunque rimessa all'amministrazione procedente.

La procedura di partecipazione si è realizzata mediante la pubblicazione sui rispettivi siti web delle due Aziende Sanitarie del testo del Codice accompagnato da un avviso idoneo a specificare le modalità di presentazione delle osservazioni. La pubblicazione è stata mantenuta, senza soluzione di continuità, tra le notizie in primo piano, nel periodo dal 16 aprile al 30 aprile 2018, data fissata quale termine conclusivo.

Oltre alla pubblicazione sui siti web di Avviso e testo del Codice, è stata inoltrata specifica informativa via mail ad associazioni, organizzazioni sociali e sindacali, ordini e collegi professionali. Con specifica nota delle Direzioni aziendali si è data informazione al Rettore dell'Università di Parma, in ragione dei rapporti in essere e dell'applicabilità di norme a docenti ed altri soggetti coinvolti nell'attività assistenziale.

L'approvazione

In ragione dei percorsi di integrazione interaziendale effettuati, operativamente efficaci da fine 2016 per le aree tecnico amministrative e in itinere per molte funzioni clinico/assistenziali, e tenuto conto di una unica funzione interaziendale per la trasparenza e l'integrità, dal 2017 si è elaborato e approvato un unico Piano integrato interaziendale per la prevenzione della corruzione e la trasparenza, con efficacia per l'intera organizzazione delle due Aziende Sanitarie di Parma. Il recente aggiornamento del Piano triennale 2018/2020, approvato nel gennaio scorso, ha confermato l'opzione interaziendale.

Le Direzioni aziendali e il RPCT hanno ritenuto di procedere all'elaborazione di un testo unico interaziendale anche per il Codice di Comportamento, trattandosi di uno degli

elementi di rilievo che vanno a comporre il sistema di prevenzione della corruzione e trasparenza.

Alcuni aspetti significativi

Importante richiamare e riportare parte di quanto contenuto nel dispositivo delle deliberazioni:

- il Codice rientra a pieno titolo nel sistema di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione, andando a costituire parte integrante e sostanziale del Piano triennale interaziendale per la Prevenzione della Corruzione e la trasparenza 2018/2020 approvato nel gennaio 2018

- tutti i dipendenti, professionisti convenzionati, collaboratori, consulenti e imprese fornitrici sono tenuti a conoscere ed osservare il Codice, ciascuno secondo l'ambito soggettivo di operatività delle varie norme in esso contenute, rinviando alle stesse le definizioni degli effetti conseguenti alle eventuali violazioni

- tutti i dirigenti, ciascuno per l'ambito di propria competenza e in relazione alla natura dell'incarico ed ai connessi livelli di responsabilità, promuovono la conoscenza del Codice nelle unità organizzative di riferimento e nei confronti di tutti i soggetti tenuti a conoscenza e rispetto con cui l'unità organizzativa ha relazioni funzionali

- sull'applicazione del Codice vigilano tutti i Dirigenti, l'Ufficio Procedimenti Disciplinari, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, il Dipartimento risorse Umane, l'OIV del Servizio Sanitario Regionale con la collaborazione degli OAS, secondo quanto previsto dall'art. 19 del Codice.

Principali temi:

- ampliamento ambito soggettivo di applicazione
- conflitto di interesse

- partecipazioni ad associazioni od organizzazioni
- regali
- contratti e atti negoziali
- gestione delle liste d'attesa e attività libero professionale
- ricerca e sperimentazioni
- sponsorizzazioni e attività formativa
- rapporti con società farmaceutiche e/o ditte produttrici di dispositivi medici
- attività conseguenti al decesso.

Conoscenza/diffusione del Codice di Comportamento

Con nota del 21 giugno 2018 a firma Direzioni aziendali/RPCT del 21 sono state diramate Informativa e Disposizioni sul Codice, compreso l'aspetto della diffusione.

Le deliberazioni assunte dispongono che tutti i dirigenti, ciascuno per l'ambito di propria competenza e in relazione alla natura dell'incarico ed ai connessi livelli di responsabilità, promuovono la conoscenza del Codice nelle unità organizzative di riferimento e nei confronti di tutti i soggetti tenuti a conoscenza e rispetto con cui l'unità organizzativa ha relazioni funzionali.

Si è dunque disposto che:

- ogni dirigente/responsabile di struttura/dipartimento/unità operativa/servizio/ufficio (destinatari della presente nota) è tenuto a promuovere la diffusione e la conoscenza del Codice all'interno della propria rispettiva unità organizzativa, secondo le modalità e forme più appropriate in ragione delle attività e dell'organizzazione (note informative, incontri dedicati o nel contesto di riunioni di servizio, inviti a consultare il testo sul web "Amministrazione Trasparente", affissioni…)

- l'attività di diffusione di cui sopra deve essere garantita ed attestata mediante compilazione e sottoscrizione di una apposita scheda da trasmettere al Servizio Interaziendale Trasparenza e Integrità.

Sono state acquisite le varie schede di attestazione di diffusione del Codice sottoscritte dai Responsabili di unità organizzativa.

Altri adempimenti

- Dipartimento Risorse Umane

  Acquisizione delle dichiarazioni da dipendenti e dirigenti mediante la piattaforma informatica GRU - Portale del Dipendente, secondo i tempi che saranno indicati in sede regionale:

  - dichiarazione patrimoniale e reddituale per i titolari di incarico dirigenziale (art. 12, comma 3)
  - dichiarazione comunicazione interessi finanziari e conflitti di interesse per personale dipendente e direttori (art. 4, comma 4)
  - dichiarazione comunicazione interessi finanziari e conflitti di interesse dirigenti e direttori (art. 12, comma 3)
  - dichiarazione comunicazione adesione o appartenenza ad associazione od organizzazione per tutti i dipendenti (art. 6, comma 2)
  - dichiarazione di astensione per ipotesi di interesse per tutti i destinatari (art.4, commi 3 e 5)

- Dipartimento Risorse Umane

  Consegna copia del Codice all'atto di assunzione e conferma incarico, con sottoscrizione di ricevuta da parte del destinatario. Inserimento nei contratti individuali di lavoro del dovere di osservanza delle disposizioni del Codice (art. 19 lett. d)

- Tutti i dirigenti

  Segnalano all'Ufficio Procedimenti Disciplinari competente le eventuali violazioni del Codice (se l'azione non rientra nella diretta competenza ad agire) (art. 19, lett. a)

- Uffici Procedimenti Disciplinari
  - tenuta della raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate

- consulenza ed assistenza sulla corretta interpretazione e attuazione del Codice
- elaborazione di una relazione annuale da trasmettere al RPCT
  (art. 19, lett. b).

Dichiarazioni conflitto interesse ed altri (modulistica in piattaforma GRU) Report 2018

Poco sopra si è detto dell'acquisizione, da programmarsi, delle dichiarazioni da dipendenti e dirigenti mediante la piattaforma informatica GRU - Portale del Dipendente, secondo i tempi da indicarsi e decidersi in sede regionale. La piattaforma è unica a livello regionale, con elaborazione e manutenzione sempre a livello regionale, dove è operativo un organismo denominato "cabina di regia GRU Risorse Umane".
Attività prevista quale obiettivo/azione nel Piano 2018 di prevenzione della corruzione.

L'acquisizione delle varie dichiarazioni, tra l'altro con modalità informatiche:

- *attua le disposizioni della legge regionale n. 9/2017 (art. 5)*
- *attua le disposizioni del Codice di Comportamento*
- *prevista dalla DGR n. 919/2018 di programmazione e finanziamento del SSR, in cui è indicato l'obiettivo nel 2018 di acquisire dichiarazioni da almeno il 15% dei dipendenti.*

L'attività di acquisizione dichiarazioni ha preso il via presso tutte le Aziende Sanitarie regionali, in modo condiviso, nei mesi di ottobre e novembre 2018.
A Parma, con efficacia per entrambe le Aziende, con la nota di data 4 ottobre 2018 (Allegata al presente Piano), pubblicata, rivolta a tutto il personale, contenente ogni indicazione e specificazione necessaria a favorire gli adempimenti (e approfondimento sul tema centrale del conflitto di interesse).

L'attività è stata curata dal Dipartimento Risorse Umane in collaborazione col RPCT. Nel periodo di effettiva acquisizione, l'impegno è stato intenso in ragione delle numerose istanze di chiarimento, continue e quotidiane, da parte del personale dipendente tenuto alla compilazione delle relativa modulistica.

A riepilogare la modulistica collocata in piattaforma:

Modulo 1 - Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interesse (tutti)
Modulo 1 bis - Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interesse (dirigenza)
Modulo 2 - Comunicazione adesione/appartenenza ad associazioni od organizzazioni (tutti)
Modulo 3 - Obbligo di astensione (tutti ma solo in caso di dovuto utilizzo)
Modulo - Dichiarazione Patrimonio/Reddito (dirigenti).

Naturalmente, anche al fine di non ingenerare equivoci, occorre ricordare che le dichiarazioni sono acquisite a sistema: visibili all'interno da chi è tenuto per norma (superiore gerarchico in caso di conflitto di interessi), non sono soggette a pubblicazioni (le pubblicazioni delle dichiarazioni di patrimonio e reddito dirigenti, ancorchè normativamente soggette a pubblicazione, sono sospese a livello nazionale in attesa di pronuncia della Corte Costituzionale).

L'acquisizione delle dichiarazioni avrà cadenza annuale, a cura del Dipartimento Risorse Umane (in collaborazione RPCT) mediante piattaforma GRU (in autunno).

Di seguito gli **esiti/percentuali da adesione dell'acquisizione dichiarazioni a fine 2018** (dal report realizzato dal settore competente del Dipartimento Risorse Umane):

AUSL

Modulo 1 - Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interesse (tutti) ***79,1%***
Modulo 1 bis - Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interesse (dirigenza) ***67,8%***
Modulo 2 - Comunicazione adesione/appartenenza ad associazioni od organizzazioni (tutti) ***78,3%***
Modulo - Dichiarazione Patrimonio/Reddito (dirigenti) ***75,8%***

AOU

Modulo 1 - Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interesse (tutti) ***74,2%***
Modulo 1 bis - Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interesse (dirigenza) ***65,6%***
Modulo 2 - Comunicazione adesione/appartenenza ad associazioni od organizzazioni (tutti) ***73,8%***
Modulo - Dichiarazione Patrimonio/Reddito (dirigenti) ***78,8%***

Internal Auditing e sistema controlli

Nel Piano 2018 è stato previsto altro importante obiettivo/azione nell'ambito delle misure di sistema, ossia l'elaborazione di un *documento progettuale che definisca un sistema* di controlli *per il settore Trasparenza/Anticorruzione*, nell'ambito della più ampia progettazione relativa alla funzione di internal auditing.

Il *Servizio interaziendale di Internal Auditing* è stato istituito nell'ambito del progetto di integrazione delle aree tecnico amministrative AUSL/AOU, di cui si è detto, e la cui realizzazione ha preso avvio nell'autunno 2016. Una funzione dedicata allo svolgimento delle attività per l'attuazione della pianificazione del controllo interno, finalizzato al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza organizzativa, e per la valutazione e miglioramento dei processi di controllo e gestione dei rischi. La materia Trasparenza/Anticorruzione deve essere ricompresa nel più complessivo sistema generale di internal auditing e dei controlli, al fine di sviluppare ed articolarne l'assetto in modo sistematico, sulla base della pianificazione specifica.

Compiuta l'elaborazione progettuale da parte della Struttura Internal Auditing e Funzione Trasparenza e Integrità, in collaborazione, mediante il documento **"Progetto per il rafforzamento del controllo interno e monitoraggio del sistema di trasparenza e prevenzione della corruzione".**
Il documento è Allegato al presente Piano 2019 (Allegato 6) anche per l'approvazione formale.

Le attività relative prenderanno avvio nel corso del 2019 e costituiranno misura specifica (vedi capitolo successivo).

Segnalazione illeciti (Whistleblowing)

Nel Piano 2018 è stato previsto altro importante obiettivo/azione nell'ambito delle misure di sistema, relativo alla definizione operativa di una piattaforma informatica per il ricevimento di

eventuali segnalazioni di illeciti (istituto denominato di whistleblowing), il tutto in attuazione delle legge n. 179/2017, di cui si è detto nel capitolo sull'aggiornamento normativo.

Le misure specifiche indicate:

- per la procedura informatica di inoltro segnalazioni la competenza è attribuita ai rispettivi Servizi ICT delle due Aziende, chiamati ad acquisire all'esterno, ovvero a produrre all'interno, il gestionale opportuno, d'intesa col RPCT; le procedure devono riguardare le gestione sia in AUSL che in AOU, in modo unitario o separato, in base a valutazioni tecniche
- per la procedura di trattazione delle segnalazioni la competenza è dell'Ufficio RPCT
- l'attuazione delle misure di cui alle lett. a) e b) potrà avvenire una volta emesse da A.N.AC. le relative linee guida.

Sistema e procedure sono state realizzate. Informativa per piattaforma informatica e trattazioni è Allegata (Allegato 9) al presente Piano, e sarà pubblicata nelle sezioni web Amministrazione Trasparente in febbraio 2018 in coincidenza con l'avvio operativo della piattaforma.

Nel successivo capitolo l'operatività sarà considerato quale misura di sistema.

Regolamento UE n. 679/2016 (tutela dati personali)

L'intervento normativo europeo introduce varie novità in materia di tutela dei dati personali. Entrato in vigore il 25 maggio 2018. L'adeguamento è stato disposto con l'approvazione del decreto legislativo n. 101/2018, che ha novellato il decreto legislativo n. 196/2003.

Per quanto interessa il nostro campo si pone all'attenzione il tema della compatibilità della nuova disciplina con le norme che prevedono gli obblighi di pubblicazione (decreto legislativo n. 33/2013 modificato dal decreto legislativo n. 97/2016).

Per le pubblicazioni non vi sono particolari novità, e confermati i **princìpi di adeguatezza, pertinenza e limitazione** a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali i dati personali sono trattati.

Per quanto riguarda il sistema in generale di seguito si illustra ciò che è stato affrontato nelle due Aziende.

La diretta applicazione, a partire dal 25 maggio 2018, del Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati o GDPR) ha posto con forza l´accento sulla "responsabilizzazione" dei titolari (le due Aziende sanitarie) in materia di protezione dei dati personali. Si tratta di una grande novità in quanto viene affidato ad essi il compito di decidere autonomamente le modalità, le garanzie e i limiti del trattamento nel rispetto del Regolamento UE; di conseguenza, l´intervento dell'Autorità Garante per la protezione dei dati sarà principalmente "ex post", ossia si collocherà successivamente alle determinazioni assunte in autonomia.

Questo nuovo modello di approccio ha portato le Aziende all'adozione delle prime misure finalizzate alla corretta applicazione del Regolamento.

L'Azienda USL, dopo aver designato al proprio interno un Referente Privacy (deliberazione n. 282 del 03.05.2018), con deliberazione n. 342 del 23.05.2018: ha individuato, ad esito di gara pubblica, il Responsabile della Protezione dei Dati (RDP o DPO) nella ditta *Compliance Officer e Data Protection* con sede in Pisa (referente: Dott.ssa Filomena Polito); ha adottato una procedura per la gestione delle violazioni dei dati personali (cd. *data breach*); ha confermato, in continuità con quanto previsto dal Documento Programmatico sulla Sicurezza, l'assetto organizzativo privacy in ordine all'individuazione dei soggetti designati ad eseguire operazioni di trattamento; ha adottato una prima informativa sul trattamento dei dati per finalità di diagnosi, assistenza e terapia sanitaria ed un primo Registro delle attività di trattamento, con riserva di modifiche ed integrazioni in conseguenza delle modifiche al Decreto Legislativo n. 196/2003 (avvenute con il Decreto Legislativo n. 101/2018, a partire dal 19.09.2018). Analogamente, l'Azienda Ospedaliero Universitaria ha provveduto con

deliberazione n. 371 del 23.05.2018, col quale atto è stato designato anche il Referente Privacy.

Le Aziende stanno provvedendo ad armonizzare le procedure interne alle nuove regole, ad adottare nuove informative e modificare quelle in uso al fine di renderle rispettose dei principi di trasparenza, intelligibilità, accessibilità, semplicità di linguaggio e chiarezza previsti dalla nuova disciplina. Sono in corso di predisposizione nuovi modelli di nomina a Designato del trattamento (ex Responsabile interno), ad Autorizzato al trattamento (ex incaricato) ed a Responsabile (esterno) del trattamento.

Deliberazioni su temi significativi

Si riportano ora alcuni provvedimenti assunti dalle Direzioni aziendali in relazione a tematiche di rilievo:

- Presa d'atto costituzione Comitato Etico dell'Area Vasta Emilia Nord (AVEN) (febbraio 2018)
- Approvazione del regolamento AVEN per l'acquisto di beni e servizi in regime di infungibilità ed esclusività tecnica di cui all'art. 63 del Codice Appalti pubblici (ottobre 2018)
- Adozione regolamento aggiornato contratti di importo inferiore alla soglia comunitaria di beni, servizi, lavori (dicembre 2018)
- Regolamento per l'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia (dicembre 2018).

Informazione scientifica sul farmaco

Con DGR n. 2309 del 21 dicembre 2016 la regione ha formulato indirizzi e direttive in materia di informazione scientifica del farmaco nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale.

Tra i principali motivi che hanno condotto all'adozione del provvedimento:

- una corretta informazione è un elemento strategico per la scelta appropriata e razionale dei farmaci e la loro utilizzazione efficiente nella pratica clinica
- l'adozione di modalità operative uniformi in tutti gli ambiti del SSR interessati dalla pubblicità dei medicinali ad uso umano agevola una maggiore trasparenza nei rapporti tra medici prescrittori, aziende farmaceutiche e Servizio Sanitario Regionale.

L'attuazione in sede locale delle direttive è stata prevista sin dal Piano interaziendale 2017, inserita tra le misure specifiche di area Direzione Sanitaria.

L'attuazione è avvenuta mediante un percorso di coinvolgimento e informazione degli attori interessati. In AUSL conclusa con l'adozione della deliberazione n. 480 del 1 agosto 2017 che approva specifiche disposizione regolamentari; in AOU è stata adottata la procedura P061 del 31.5.2017 "Accesso Informatori Scientifici del Farmaco/DM", redatta in collaborazione tra Direzione sanitaria e Servizio di farmacia e Governo Clinico del farmaco.

In AOU è stata poi adottata la deliberazione n. 425 del 12 giugno 2018 di approvazione del Regolamento aziendale per l'accesso degli informatori scientifici del farmaco e dispositivi medici" (diffusione interna disposta con nota del 12 giugno 2018 della Direzione Sanitaria aziendale).

Mappatura processi/procedimenti

La mappatura dei processi/procedimenti, come richiesto dal Piano Nazionale Anticorruzione, era stata eseguita nelle due Aziende Sanitarie con modalità diverse negli scorsi anni: iniziale e generale nel 2013 e 2014 in Azienda Ospedaliero Universitaria, graduale negli anni e con specifiche analisi in concomitanza con l'approvazione dei Piani in Azienda USL.

Col Piano interaziendale 2017/2019 si è disposto un aggiornamento della mappatura processi, con valutazione dei rischi e contestuali proposte di misure da considerare a partire dall'anno 2018. Era stata definita come misura di prioritaria importanza per l'anno 2017.

L'aggiornamento della mappatura è stata effettuata da parte di tutte le unità organizzative indicate nel Piano ed è stata utilizzata per l'elaborazione della Tabella misure di prevenzione specifiche per le unità organizzative allegata al Piano 2018.

Nel corso del 2018 alcune unità organizzative, previa specifica richiesta del RPCT in fase di monitoraggio, hanno proposto alcune variazioni della mappatura processi, in ragione di modifiche organizzative o di aggiornamento competenze. Dette variazioni trovano collocazione nella tabella aggiornata misure specifiche di prevenzione allegata al presente Piano.

Tra le nuove misure 2019 si prevede un nuovo aggiornamento della mappatura processi/procedimenti.

Incontri di informazione, formazione e diffusione

Anche nell'anno 2018 l'RPCT interaziendale ha promosso e personalmente svolto una serie di incontri su argomenti attinenti il Piano, il nuovo Codice di Comportamento, le attività e gli adempimenti da rendere, comunicazioni di carattere istituzionale:

- 20 febbraio 2018 incontro con le direzioni dei Servizi per presentazione Piano per la prevenzione della corruzione e la trasparenza
- 27 febbraio incontro con gli OAS aziendali per Piano per la prevenzione della corruzione e la trasparenza
- 6 aprile 2018 incontro col Collegio Sindacale AOU per illustrazione Piano per la prevenzione della corruzione e la trasparenza
- 25 maggio giornata formativa su normative e sistema per la prevenzione della corruzione e la trasparenza all'equipe del Servizio Controllo di gestione AOU
- 27 giugno 2018 incontro in Collegio di Direzione AUSL di presentazione del Codice di Comportamento
- 10 luglio incontro con i Servizi AUSL Direzioni Amministrativa e Sanitarie e Dipartimento Valutazione e Controllo di presentazione del Codice di Comportamento

- 16 luglio incontro presso il Distretto Sud Est di Langhirano di presentazione del Codice di Comportamento
- 19 luglio incontro in Collegio di Direzione AOU di presentazione del Codice di Comportamento
- 29 agosto incontro del Comitato Aziendale Medici di Medicina Generale di presentazione del Codice di Comportamento
- 18 settembre incontro del Comitato Aziendale Pediatri di Libera Scelta di presentazione del Codice di Comportamento
- 24 settembre incontro col personale del Distretto di Parma di presentazione del Codice di Comportamento
- 20 dicembre incontro col Comitato zonale per la Medicina Specialistica di presentazione del Codice di Comportamento
- 6 dicembre Giornata Trasparenza con Università.

Giornata Trasparenza 2018

La Giornata costituisce momento di diffusione delle azioni programmate e realizzate, oltre a rappresentare valenza formativa per i partecipanti interni alle amministrazioni; svolta annualmente dal 2014 da entrambe le aziende Sanitarie.
Le Giornate 2015, 2016, 2017 sono state organizzate congiuntamente all'Università di Parma, per unità di intenti e convergenza di interesse sui temi in approfondimento.

Anche nel 2018, il giorno **6 dicembre** presso l'Aula Magna dell'Università, si è tenuta la Giornata della Trasparenza, insieme all'Università di Parma e con la partecipazione del Comune di Parma.
Il titolo dell'evento " La strategia della trasparenza dell'Ateneo e delle Aziende Sanitarie di Parma". Ha registrato, tra i relatori, la presenza della prof.ssa Ida Nicotra di A.N.AC..

La relazione per le Aziende, tenuta dal RPCT, "La Trasparenza tra adempimenti, diritto di accesso e nuovo Codice di Comportamento nelle Aziende Sanitarie di Parma", ha presentato una sorta di illustrazione e rendicontazione delle principali azioni realizzate.

Si è avuto modo di confermare che le misure proposte nella strategia della trasparenza non sono concepite come meri adempimenti formali e obbligatori (o non solo), ma come un processo continuo e sinergico diretto a migliorare, in una logica di performance, il buon andamento e la funzionalità dei servizi offerti.

Referenti di unità organizzativa

Nel corso del 2017/2018, come indicato dai Piani, sono state rinnovate varie designazioni dei referenti per ciascuna unità organizzativa delle due Aziende, complessivamente n. 30 soggetti.

Si conferma in questa sede che i Referenti rappresentano il contatto operativo tra il Responsabile aziendale RPCT e le varie unità organizzative, ferme restando le responsabilità previste in capo alle direzioni delle singole Strutture e Servizi.

Agli incontri generali informativi, formativi e di monitoraggio azioni sono sempre invitati anche i Referenti.

Tavolo regionale Direzione Generale Salute/OIV/RPCT Aziende Sanitarie

Come ricordato nel capitolo precedente, è stato istituito un tavolo regionale operativo tra i RPCT delle Aziende Sanitarie, coordinato dal Servizio Amministrazione della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, e a cui partecipa l'Organismo Indipendente di Valutazione, unico per il Servizio Sanitario Regionale, anche in ragione delle rafforzate competenze allo stesso riconosciute dalle nuove normative, per il coordinamento delle misure in materia di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione delle Aziende e degli Enti del SSR.

Assicurata nel 2018 la partecipazione agli incontri del tavolo.

Rete regionale per l'Integrità e la Trasparenza

Nel 2017 è stata promossa a livello regionale, da Giunta e Assemblea Legislativa, la costituzione della Rete per l'Integrità e la Trasparenza, aperta e composta da tutte le amministrazioni pubbliche del territorio regionale, in attuazione della previsione in tal senso contenuta nell'art. 15 della L.R. n. 18/2016 (Testo Unico per la promozione della legalità).

La Rete è disciplinata dal progetto approvato con DGR n. 1852 del 17 novembre 2017.

I principali obiettivi individuati:

- condivisione esperienze e attività di prevenzione
- organizzazione attività comuni di formazione
- confronti, valutazioni e proposte tra istituzioni.

Nel dicembre 2017 AUSL e Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma hanno aderito alla Rete, con l'impegno della partecipazione alle iniziative ed alle attività che saranno indette.

Durante il 2018 si è assicurata la partecipazione alle iniziative della Rete. Una attività svolta è stata l'elaborazione di documentazione raffigurante il contesto regionale e locale, dal punto di vista del tessuto economico sociale e delle presenza di criminalità, utile per la redazione dei nuovi Piani 2019 di prevenzione della corruzione e trasparenza.

Dichiarazioni patrimonio e reddito dei titolari di incarichi dirigenziali (ed altri dati in pubblicazione)

Si coglie l'occasione, in questo contesto di nuovo Piano, riproporre le informazioni sul tema, tenuto conto che qualche mese fa si è disposta e realizzata l'acquisizione delle dichiarazioni di patrimonio/reddito mediante piattaforma GRU, di cui si è dato conto in un paragrafo precedente.

Intanto è bene ricordare che raccolta e pubblicazione delle dichiarazioni di patrimonio e reddito dei titolari degli incarichi dirigenziali nasce:

- col Codice di Comportamento nazionale approvato con DPR n. 62/2013 (informazioni di patrimonio e reddito che ogni dirigente deve fornire alla propria amministrazione di appartenenza), oggi norma rafforzata dalle previsioni dell'art. 5 della legge regionale n. 9/2017
- si amplia con le previsioni del decreto legislativo n. 97/2016 per la pubblicazione delle dichiarazioni stesse in "Amministrazione Trasparente" (oltre ai dati sui compensi, presenti da anni).

Tra la fine di giugno e luglio 2017 si è disposta la raccolta delle dichiarazioni di patrimonio e reddito. Iniziativa condivisa in sede regionale, dichiarata in incontri a vari livelli, è stata operativamente avviata presso tutte le Aziende Sanitarie regionali.

Le note a tutti i titolari di incarichi dirigenziali per disporre l'adempimento da parte loro sono state inviate tramite mail il 29 giugno in AUSL e il 10 luglio in AOU, a firma DG e RPCT. In esse sono contenute le spiegazioni dovute e le istruzioni per il caricamento informatico nei rispettivi sistemi aziendali. Evidenziato poi come la raccolta non preveda la successiva pubblicazione.

Si ricorda che si tratta oggettivamente di un adempimento che a livello nazionale ha sempre destato remore, discussioni, conflitti, con applicazioni scarse e forte contrarietà soprattutto della categoria dei medici. Iniziativa analoga è stata svolta a Parma solo da AUSL a fine anno 2014, senza proseguire ulteriormente, in ragione di una interpretazione sostanzialmente condivisa a livello generale che qualifica la comunicazione di patrimonio e redditi all'amministrazione di appartenenza come un obbligo debole, affievolito.

Quello descritto sin qui è l'adempimento richiesto, riguardante solo dichiarazioni da fornire all'amministrazione, da acquisire e conservare.

La novità che ha acceso i maggiori conflitti, a livello generale nazionale, è stata introdotta col decreto legislativo n. 97/2016 (art. 14), quello che ha ampliato l'istituto dell'accesso civico e apportato modifiche al decreto legislativo n. 33/2013 sugli obblighi di trasparenza: le

dichiarazioni dei titolari di incarico dirigenziale sono da pubblicarsi sui siti web delle amministrazioni.

Nel settore sanità, tra l'altro, si è da subito presentato una sorta di intrigo normativo sulla possibile applicazione, in virtù del contrasto oggettivo tra gli articoli generali e specifico contenuti nel decreto 97 (14, 15, 41), se e quali siano i dirigenti tenuti alla dichiarazione e alla sua pubblicazione.

Nel dicembre 2016 si è proceduto all'acquisizione e pubblicazione delle dichiarazioni dei dirigenti di area tecnico amministrativa, settore che non sembrava coinvolto nella diatriba interpretativa; dopo solo qualche giorno si è dovuto provvedere a toglierle dalla pubblicazione sui siti per una sospensione dettata a livello nazionale, tra decisioni del TAR Lazio su specifici ricorsi, dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, rimostranze sindacali.
Ad oggi comunque l'applicazione dell'art. 14 del decreto 97 è sospesa a livello nazionale, in quanto la questione è rimessa alla Corte Costituzionale.

Vediamo gli sviluppi della vicenda. L'obbligo da decreto 97 (raccolta e pubblicazione) è stato sospeso a livello nazionale dal TAR Lazio con ordinanza pubblicata il 2 marzo 2017 su ricorso di un gruppo di dirigenti (in particolare in servizio presso l'authority della privacy). E' seguita una decisione di A.N.AC. con cui si invitano le amministrazioni a sospendere le relative procedure. Il tutto anche in eventuale attesa del necessario intervento normativo che potesse dirimere il conflitto normativo per l'applicazione nel settore sanità (ad oggi nessun intervento normativo è stato fatto).

Il 19 settembre 2017 è stata pubblicata una nuova ordinanza dello stesso TAR Lazio, emessa nel contesto dello stesso giudizio, con la quale si rimette la questione alla Corte Costituzionale per la verifica di legittimità dell'art. 14 del decreto legislativo n. 97/2016; con l'effetto naturalmente che la rimessione comporta la sospensione dell'adempimento previsto dalla norma.

Nello specifico la questione di costituzionalità dell'art. 14 riguarda:

- comma 1 lett. f sulle dichiarazioni
- comma 1 ter su ogni emolumento percepito a carico della finanza pubblica.

A titolo di completezza, tra le osservazioni e le motivazioni addotte dal TAR:

- competenza giurisdizione amministrativa sugli obblighi di trasparenza amministrativa
- i princìpi di proporzionalità, pertinenza e non eccedenza costituiscono il canone complessivo che governa l'equilibrio del rapporto tra esigenza, privata, di protezione dei dati personali ed esigenza, pubblica, di trasparenza
- l'equiparazione degli obblighi di pubblicazione previsti per gli incarichi politici e quelli introdotti per la dirigenza (per patrimonio e reddito) non sembra ragionevole per la netta differenza di status, per genesi, struttura, funzioni esercitate, poteri di riferimento
- i rapporti e le responsabilità che correlano, da un lato, i titolari di incarichi politici, dall'altro i dirigenti pubblici, allo Stato e ai cittadini, si collocano su piani non comunicanti, in un insieme che *rende del tutto implausibile la loro riconduzione, agli esclusivi fini della trasparenza, nell'ambito di un identico regime.*

Non credo sia sbagliato supporre che dette argomentazioni potranno forse comportare la cancellazione o profonda modifica delle norme contestate.

Con sentenza n. 84/2018 lo stesso TAR ha poi chiarito che nella sospensione dell'applicazione va ricompreso anche il comma 1 ter sugli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica (con esclusione dei compensi ordinari che da anni si pubblicano).

Pertanto, in sintesi, è ad oggi sospesa la raccolta/pubblicazione dichiarazioni ex art. 14 del decreto legislativo n. 97/2016 (che comprende anche il coinvolgimento di coniuge, figli e parenti entro il secondo grado) in attesa della pronuncia della Corte Costituzionale.

La questione descritta, in Emilia Romagna, non travolge l'articolo prima richiamato del DPR n. 62/2013 e a maggior ragione l'obbligo previsto dall'art. 5 della legge regionale n. 9/2017 attuato ora col nuovo Codice di Comportamento

(art. 12): il dirigente, e non solamente i titolari di struttura, è tenuto alle informazioni sulla propria situazione patrimoniale e di reddito. Dichiarazioni, si conferma, che coinvolgono il solo soggetto e non coniuge, figli e parenti sino al secondo grado; e non soggette a pubblicazioni.

E' di fatto ciò che si è realizzato con la raccolta delle dichiarazioni con modulistica in piattaforma GRU.

Infine, con nota RPCT del 13 novembre 2018, agli atti, rimessa al Dipartimento Risorse Umane, si è ulteriormente chiarito in materia di pubblicazioni di dati attinenti i titolari di incarichi dirigenziali quanto segue.

Nelle due sezioni web "Amministrazione Trasparente" AUSL e AOU relativamente ai titolari di incarichi dirigenziali e compensi relativi:

- **gli incarichi dirigenziali da considerare per le pubblicazioni sono quelli dei titolari di Dipartimento, Struttura Complessa e Struttura Semplice**

- **da pubblicarsi i compensi stipendiali e da libera professione**

Al di là degli aspetti attinenti le vicende controverse su dati di patrimonio e reddito ed emolumenti/compensi, le pubblicazioni in tal modo hanno la finalità di soddisfare la necessità di evidenziare i semplici dati degli incarichi dei titolari di Dipartimento, Struttura Complessa e Struttura Semplice.

In spazio a parte devono mantenersi i curriculum di tutti i dirigenti e non solamente di quelli titolari delle strutture sopra indicate.

8. MISURE DI SISTEMA, GENERALI E SPECIFICHE: TRASPARENZA

Per misure intendiamo iniziative, azioni, strumenti, percorsi la cui effettuazione è ritenuta rilevante o determinante per l'attività di prevenzione. La definizione delle misure è la fase e l'attività con maggiore importanza all'interno del processo di gestione del rischio, fatta salva, naturalmente, quella di realizzazione delle misure stesse.

L'insieme delle misure costituisce il nucleo centrale della programmazione che attua la strategia di prevenzione, che tiene conto delle regole, dei soggetti, delle condizioni, dell'organizzazione, dell'intero sistema articolato per la prevenzione.

Ora si elencano e descrivono misure ed azioni programmate per l'anno 2019 ovvero per il triennio 2019/2021, per l'area della TRASPARENZA, rinviando al capitolo successivo quelle per la PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.

MISURE PER LA TRASPARENZA

Flussi ed operatività

La misura principale è costituita dal richiamo al sistema descritto nel precedente cap. 5 in materia di flussi di dati, documenti e informazioni per garantire gli adempimenti agli obblighi di pubblicazione nelle sezioni web AUSL e AOU "Amministrazione Trasparente".

Obblighi di pubblicazione (rif. Tabella ALLEGATO 3 al Piano)

Tutti gli obblighi di pubblicazione previsti dal decreto legislativo n. 33/2013, novellato dal decreto legislativo n. 97/2016, sono considerati nella **TABELLA 3 allegata al Piano.**
Anche in questa occasione si è condotto un aggiornamento della tabella, e quindi degli obblighi di pubblicazione, in base a novità normative, indirizzi regionali (OIV), interpretazioni

successive; si è tenuto conto delle Linee Guida A.N.AC. su obblighi di pubblicazione approvate con deliberazione n. 1310 del 28 dicembre 2016.

Nel rinviare alla tabella analitica per i singoli contenuti e competenze delle pubblicazioni, si precisano alcuni aspetti:

- la tabella è integrata interaziendale, dunque considera tutte le pubblicazioni da collocarsi nelle rispettive sezioni web aziendali "Amministrazione Trasparente"

- la tabella comprende le novità introdotte dal decreto legislativo n. 97/2016

- gli Uffici Comunicazione sono tenuti ad apportare le dovute modifiche alla presenza e sequenza di spazi e sezioni in "Amministrazione Trasparente" in base alla organizzazione della tabella

- nei casi di incerta interpretazione delle dizioni in tabella e comunque in ogni situazione di verifica degli effettivi obblighi, si rinvia alle normative vigenti, a quelle che dovessero essere emanate in corso d'anno, alle indicazioni diramate periodicamente da OIV regionale.

- **la prima verifica periodica delle pubblicazioni è stabilita per il 31 marzo 2019, in ragione del percorso di attestazione OIV/OAS che sarà completato nel mese di aprile.**

Ora alcune annotazioni specifiche su alcuni temi cui le unità organizzative competenti devono attenersi.

Pubblicazioni concernenti i titolari di incarichi dirigenziali

Per quanto riguarda raccolta e pubblicazioni delle dichiarazioni di patrimonio e reddito si rimanda alla disamina svolta nel precedente capitolo 7 (ad oggi le pubblicazioni sono sospese a livello nazionale).

Per tutti gli altri dati relativi ai titolari di incarichi dirigenziali il riferimento è agli artt. 14 e 41 del decreto n. 33, modificato dal decreto n. 97. E' l'art. 41, quello dedicato al settore sanità in particolare, che considera le pubblicazioni per la *dirigenza sanitaria* dei dati di cui all'art. 15 del decreto n. 33: questo riferimento è da considerarsi un errore (materiale) in sede di stesura e coordinamento delle norme, poichè l'art. 15 riguarda collaborazioni e consulenze (la stessa ANAC nel nuovo PNA di agosto 2016 ritiene che si tratti di puro errore, e probabilmente sarà emanata errata corrige in altra prossima fonte legislativa). Il reale riferimento dovrebbe considerarsi quello all'art. 14.

Detto della questione di natura normativa, al fine di non incorrere in responsabilità attinenti la riservatezza dei dati personali (rischio indicato da A.N.AC. nel documento Atto di segnalazione al Parlamento n. 6 del 20 dicembre 2017, approvato con delibera n. 1301 del 20 dicembre 2017) è disposto che **le pubblicazioni da eseguire per i titolari di incarichi dirigenziali riguardano i dati di cui all'art. 15 del decreto legislativo n. 33/2013.**

Da considerarsi allo stesso modo Direttore Generale, Sanitario, Amministrativo (e Direttore delle attività Sociosanitarie). Per il Direttore Generale la pubblicazione dei dati è soddisfatta mediante il link alla specifica sezione del sito della Regione, competente alla nomina e ai dati da pubblicare.
Per tutti i titolari di Posizione Organizzativa è prevista e confermata la pubblicazione del Curriculum.

E' previsto che negli atti di conferimento di incarichi dirigenziali sono da riportare gli "obiettivi di trasparenza", per collegare le comunicazioni e gli adempimenti dovuti al rapporto di lavoro; il mancato raggiungimento degli obiettivi comporta responsabilità dirigenziale, e la possibilità di tenerne conto ai fini del conferimento di incarichi successivi.

Il Dipartimento interaziendale Risorse Umane, competente sulle pubblicazioni considerate nel presente paragrafo, è chiamato a prestare la massima attenzione.

Banche Dati nazionali

L'allegato B al decreto n. 97 indica una serie di Amministrazioni centrali nazionali titolari di banche dati che devono essere pubblicate.

La disciplina contenuta nell'art. 9 bis del decreto legislativo n. 33/2013, introdotto dal decreto legislativo n. 97/2016, è la seguente.

Tutte le pubbliche amministrazioni adempiono alle pubblicazioni nelle materie ricomprese nelle banche dati tramite:

- Comunicazione dei dati, secondo le specifiche disposizioni previste, alle singole amministrazioni titolari delle corrispondenti banche dati
- Pubblicazione in "Amministrazione Trasparente" del collegamento ipertestuale alle banche dati
- I dati comunicati possono rimanere pubblicati anche sul sito dell'amministrazione.

In caso di *accesso civico* a dati compresi nelle banche dati, l'istanza è rivolta al RPCT dell'amministrazione titolare della banca dati; se l'omessa pubblicazione di dati sulla banca dati è imputabile ad una pubblica amministrazione che non ha provveduto alle comunicazioni dovute, l'istanza è rivolta al RPCT dell'amministrazione inadempiente.

Allo stato l'attuazione risulta solo avviata da qualche Banca Dati nazionale, e poche sono le comunicazioni pervenute ai fini della pubblicazione dei link di riferimento.

Il Dipartimento Tecnico e Logistica, il Dipartimento Risorse Umane e il Servizio Economico Finanziario sono tenuti a seguire per competenza l'attuazione delle Banche Dati considerate dal decreto legislativo n. 97/2016 e, in particolare, a:

- verificare se sono garantiti i flussi informativi dalle nostre Aziende verso le banche dati
- verificare se sono pervenute comunicazioni da parte delle Banche Dati con indicazione dei link da pubblicare nelle rispettive sezioni web "Amministrazione Trasparente"
- procedere alla pubblicazione dei link di collegamento quando possibile,

il tutto naturalmente con effetto per AUSL e AOU.

Il Dipartimento Tecnico e Logistica è tenuto ad adempiere alla pubblicazione del link di collegamento alla Banca Dati regionale SATER, previe verifiche opportune, nello spazio dedicato alla BDNCP.

Il Servizio Economico Finanziario è tenuto a svolgere le opportune verifiche presso la Banca dati nazionale "Soldi Pubblici" e adempiere alla pubblicazione del link di riferimento nello spazio dedicato ai Pagamenti nella sezione web "Amministrazione Trasparente".

Concorsi e selezioni

Confermata la pubblicazione dei criteri di valutazione delle commissioni e delle tracce delle prove scritte
(Dipartimento interaziendale Risorse Umane).

Pagamenti

Confermate le nuove pubblicazioni riguardanti i dati sui pagamenti, indici di tempestività, debiti e imprese creditrici
(Servizio interaziendale Economico Finanziario).

Contratti pubblici

Confermato l'ampliamento delle tipologie di dati da pubblicare in materia di procedure di gara e appalti, con riferimento alla materia approvata con decreto legislativo n. 50/2016, modificato dal decreto legislativo n. 56/2017.
(Dipartimento interaziendale Tecnico e Logistica)

Monitoraggi Sezioni web "Amministrazione trasparente"

Saranno svolti monitoraggi continuativi sulle pubblicazioni nelle sezioni "Amministrazione Trasparente", in base agli obblighi previsti dalle normative e dalla Tabella ALLEGATA, ed in particolare monitoraggi generali nei seguenti momenti:

- **31 marzo 2019** (data in cui è previsto controllo disposto da A.N.AC. mediante gli Organismi Indipendenti di Valutazione)

- **30 novembre 2019** (monitoraggio generale)

Attestazione assolvimento obblighi di Trasparenza (OIV/OAS)

L'Autorità Nazionale Anticorruzione promuove annualmente la verifica sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione, disciplinata con specifiche deliberazioni (per l'anno 2017 la n. 236/2017).

L'OIV (Organismo Indipendente di Valutazione) regionale, competente per tutte le Aziende Sanitarie regionali, è l'organismo chiamato ad effettuare gli accertamenti, da svolgersi in collaborazione con gli Organismi Aziendali di Supporto (OAS) e il RPCT, da attestare in specifica documentazione oggetto di successiva pubblicazione.

L'adempimento, a partire dall'anno 2014, ha avuto scadenze sempre diverse, in ragione delle determinazioni dell'Autorità. Nel PNA aggiornamento 2017 A.N.AC. ha stabilito per il 2018 e i seguenti che l'Attestazione degli OIV, previa attività di verifica come detto, vada effettuata e pubblicata entro il 30 aprile.

Tutte le unità organizzative che hanno competenze in ordine a obblighi di pubblicazione di dati, documenti, informazioni in "Amministrazione Trasparente" sono tenute a verificare ed adempiere a tutte le pubblicazioni di loro pertinenza entro il 31 marzo.

Indicazione data di aggiornamento del dato, documento, informazione e "indicatore delle visite"

E' misura rivolta agli Uffici Comunicazione delle due Aziende:
come indicato nelle Linee Guida A.N.AC. (delibera n. 1310 del 28 dicembre 2016), si deve esporre, quale regola generale, la data di aggiornamento in corrispondenza dello spazio o dei singoli contenuti della sezione "Amministrazione Trasparente".

Da inserire poi l'indicatore delle visite/accessi alla sezione.
Allo stato si è a conoscenza di difficoltà dal punto di vista dei sistemi informatici.

Bussola della Trasparenza

Si tratta dello strumento elaborato dal Dipartimento Funzione Pubblica finalizzato ad una sorta di monitoraggio delle sezioni web "Amministrazione Trasparente" di tutte le pubbliche amministrazioni.
Periodicamente svolge un verifica sulla semplice articolazione organizzativa della sezione, al di là dei documenti e dati contenuti negli spazi della sezione.

Uffici Comunicazione AUSL/AOU: eseguire le verifiche necessarie delle attuali risultanze nella Bussola (bussola.magellano.it), provvedendo ad effettuare le necessarie modifiche e interventi sulle sezioni web delle due Aziende.

Società Partecipate

Le due Aziende hanno minime partecipazioni in società pubbliche di livello regionale. I relativi documenti e dati richiesti per le pubblicazioni rientrano nella competenza del Servizio interaziendale Economico Finanziario.
Il 21 novembre 2017 A.N.AC. ha emanato linee guida per l'attuazione della normativa in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione da parte delle società partecipate della PA.

Il Servizio interaziendale Economico Finanziario è tenuto ad effettuare una verifica circa le novità in materia di pubblicazione e controlli presso le partecipate. A seguito della verifica curerà le eventuali nuove pubblicazioni da effettuarsi in "Amministrazione Trasparente".

Indicazione specifica A.N.AC. su selezioni interne

Nell'ambito di specifici accertamenti svolti da A.N.AC. su una procedura di selezione interna svolta in AOU, a seguito di segnalazione, e sulla quale non si sono rinvenute ipotesi illecite o

irregolari, l'Autorità ha invitato ad attivare ulteriori specifiche misure di trasparenza, oltre a quelle già numerose presenti nella tabella del Piano 2017 e relativa all'area Risorse Umane (nota A.N.AC. n. 95619 del 27 luglio 2017).

Pertanto è inserita la seguente misura nella tabella misure specifiche allegata al presente Piano 2018 per l'area Risorse Umane:
in analogia con quanto disposto per le procedure concorsuali, le prove orali delle selezioni interne sono da effettuarsi a porte aperte.

Il Dipartimento interaziendale Risorse Umane è tenuto a far rispettare l'attuazione della misura, fornendo indicazioni alle commissioni addette alle selezioni e nell'ambito delle funzioni di verifica successiva all'effettuazione delle procedure selettive.

Nuovi obblighi di pubblicazione in materia di ricerca e sperimentazione clinica (UO Ricerca e Innovazione)

Per assicurare trasparenza nella gestione della sperimentazione clinica la recente legge n. 3/2018 (art. 1, comma 2b) richiede che sul sito internet istituzionale del centro clinico sia prevista un'apposita sezione dedicata alla trasparenza, in cui, in conformità ai princìpi di cui al decreto legislativo n. 33/2013, siano resi pubblici i ***nominativi e i curricula di tutti i soggetti coinvolti nella sperimentazione e tutte le sperimentazioni attivate, in corso o concluse, e quelle autorizzate, nonché i correlati finanziamenti e programmi di spesa e i relativi contratti.*** *(vedi anche documento Regione Emilia Romagna del 26 novembre 2018 "Disciplina delle attività di ricerca clinica sperimentazione clinica nelle Aziende Ospedaliero Universitarie).*

L'UO Ricerca e Innovazione di AOU, competente per materia, è tenuta a:

- strutturare ed implementare lo spazio conseguente e necessario per le pubblicazioni di cui sopra nella sezione web "Amministrazione Trasparente" di AOU
- trasmettere il tutto all'Ufficio Comunicazione per l'inserimento nella sezione nella parte DATI ULTERIORI/ALTRI CONTENUTI
- alimentare periodicamente lo spazio creato con i dati e le informazioni dovute.

Giornata della Trasparenza

Si è detto nel capitolo precedente delle Giornate della Trasparenza annuali tenute dalle Aziende, negli ultimi anni soprattutto in collaborazione con l'Università di Parma.
La Giornata costituisce momento di diffusione delle azioni programmate e realizzate, oltre a rappresentare valenza formativa per i partecipanti interni alle amministrazioni.
Si ritiene indicare la fattibilità di analoga Giornata anche per il 2019; in alternativa allo schema sin qui seguito potrà ricorrere l'opportunità di definire e organizzare eventi simili, in materia di prevenzione della corruzione e sul Codice di Comportamento.

Attuazione dell'Accesso Civico "generalizzato" (REGOLAMENTO ALLEGATO)

Del nuovo istituto si è trattato nel Piano 2017/2019, al fine di garantire la prima attuazione. Nel precedente capitolo sugli aggiornamenti normativi si è già fatto cenno.

Ora si riprende in sintesi l'argomento, rinviando poi al confermato **REGOLAMENTO ALLEGATO** al presente Piano.

Si tratta della più forte innovazione apportata dal decreto legislativo n. 97/2016. E' quella che motiva la denominazione di F.O.I.A. (Freedom Of Information Act) all'intervento legislativo. Oggi sono presenti nell'ordinamento tre forme di accesso:

- accesso alla documentazione amministrativa (legge n. 241/1990)
- accesso civico (a dati, documenti, informazioni da pubblicarsi in Amministrazione Trasparente - art. 5 decreto n. 33)
- accesso civico "generalizzato" o "ampliato" (art. 5, comma 2, decreto n. 33 come modificato dal decreto n. 97).

Definizione
E' disposta una *nuova tipologia di accesso civico, ampliato o generalizzato,* da esercitarsi per accedere a dati, documenti, informazioni detenuti da pubbliche amministrazioni ma *ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione*:

"Allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico, *chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti* secondo quanto previsto dall'art. 5 bis (esclusioni e limiti all'accesso civico)".

Aspetti e modalità

- l'esercizio del diritto non è sottoposto ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente
- l'istanza deve identificare i dati, i documenti e le informazioni
- l'istanza non richiede motivazione
- l'istanza può essere trasmessa per via telematica
- il rilascio di dati o documenti in formato elettronico o cartaceo è gratuito, salvo il rimborso del costo effettivamente sostenuto e documentato per la riproduzione su supporti materiali

A chi deve essere presentata l'istanza, in alternativa:

- ***all'Ufficio (unità organizzativa) che detiene i dati, le informazioni o i documenti***
- ***all'Ufficio Relazioni col Pubblico***
- *ad altro Ufficio (unità organizzativa) indicata nel sito web istituzionale*

Il Responsabile Trasparenza resta competente a ricevere le istanze di accesso civico ordinario riguardanti dati, documenti, informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria in "Amministrazione Trasparente".

Esclusioni e limiti

L'accesso è *escluso* nei casi di:

- segreto di Stato

L'accesso civico generalizzato è rifiutato se il diniego è necessario per evitare un pregiudizio concreto alla tutela di uno degli interessi pubblici inerenti a:

- sicurezza e ordine pubblico
- sicurezza nazionale

- difesa e questioni militari
- relazioni internazionali
- politica e stabilità finanziaria ed economica dello Stato
- conduzione di indagini su reati e loro perseguimento
- regolare svolgimento di attività ispettive.

L'accesso è rifiutato se il diniego è necessario per evitare un pregiudizio concreto alla tutela di uno dei seguenti *interessi privati*:

- *la protezione dei dati personali*
- *la libertà e la segretezza della corrispondenza*
- *gli interessi economici e commerciali di una persona fisica o giuridica, ivi compresa la proprietà intellettuale, il diritto d'autore e i segreti commerciali.*

Particolarità:

- se i limiti riguardano soltanto *alcuni dati o alcune parti* del documento richiesto, deve essere consentito l'accesso agli altri dati o alle altre parti.
- i limiti si applicano unicamente per il *periodo nel quale la protezione* è *giustificata* in relazione alla natura del dato
- l'accesso non può essere negato ove, per la tutela degli interessi pubblici e privati citati, sia sufficiente fare ricorso al *potere di differimento.*

Controinteressati

Con riferimento alla tutela degli interessi in ambito privato, il decreto n. 97 introduce e disciplina l'ipotesi di *controinteressati* all'accesso stesso (comma 5 e seguenti dell'art. 5 del decreto n. 33 modificato).

Gli aspetti procedurali da osservarsi da ogni unità organizzativa che cura l'accesso richiesto:

- individuazione controinteressati
- invio agli stessi di copia della richiesta di accesso, mediante posta raccomandata con avviso di ricevimento o per via telematica, se consentito dai controinteressati
- entro 10 giorni dal ricevimento della comunicazione, i controinteressati possono presentare motivata opposizione alla richiesta di accesso, anche in via telematica

- i 10 giorni sospendono il termine generale di conclusione del procedimento fissato in 30 giorni
- il procedimento di accesso civico deve concludersi con provvedimento espresso e motivato nel termine di 30 giorni dalla presentazione dell'istanza, con comunicazione al richiedente ed agli eventuali controinteressati
- in caso di accoglimento si provvede a trasmettere al richiedente i dati o i documenti richiesti
- in caso di accoglimento della richiesta e in presenza di opposizione di controinteressati, si dà prima comunicazione ai controinteressati e dopo 15 giorni (dalla ricezione della comunicazione da parte del controinteressato) si trasmettono dati e documenti al richiedente
- rifiuto, limitazione o differimento dell'accesso vanno motivati
- in caso di diniego totale o parziale dell'accesso, ed in caso di mancata risposta, da parte dell'unità organizzativa destinataria della richiesta di accesso, il richiedente può avanzare *richiesta di riesame al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza*, che decide con provvedimento motivato entro il termine di 20 giorni
- se l'accesso è stato negato in ragione della tutela degli interessi riferiti alla protezione di dati personali, il Responsabile consulta il Garante per la protezione dei dati personali, che si pronuncia entro 10 giorni dalla richiesta (con sospensione del termine dei 20 giorni per rispondere al richiedente il riesame)
- il richiedente può far ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale avverso i provvedimenti dell'unità organizzativa o, in caso di richiesta di riesame, del Responsabile anticorruzione e trasparenza.

Qualora l'accesso civico riguardi dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, il Responsabile anticorruzione e trasparenza segnala il fatto (inadempimento) all'ufficio di disciplina, al vertice dell'amministrazione e all'OIV.

Regolamento interaziendale

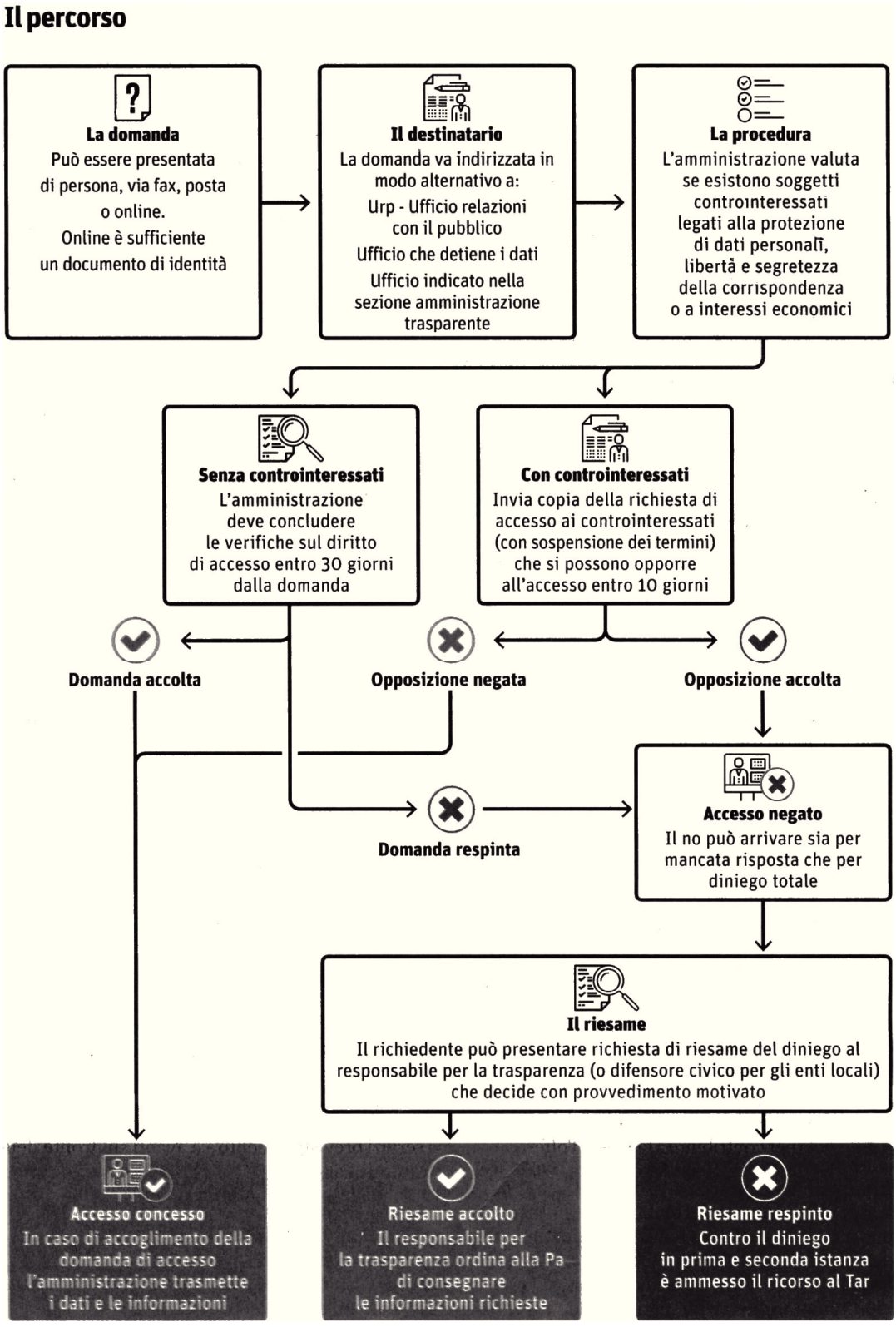
Con il presente Piano si conferma il Regolamento interaziendale ALLEGATO 5.

Il Regolamento conferma la **competenza"diffusa"** all'interno delle due Aziende Sanitarie alla trattazione degli accessi: **ogni unità organizzativa è competente a trattare gli accessi civici generalizzati in ragione delle attribuzioni per materia e del possesso di dati, documenti e informazioni , secondo gli assetti organizzativi vigenti.**

Si sottolinea la necessità che tutte le unità organizzative trasmettano semestralmente alla Funzione Trasparenza e Integrità gli accessi trattati e la relativa documentazione, ai fini di monitoraggio e di inserimento dati nei Registri aziendali informatici pubblicati nelle rispettive sezioni web "Amministrazione Trasparente".

Di seguito si ripropone uno schema utile alla visualizzazione del possibile percorso di accesso:

Accesso Civico "generalizzato"
(art. 5, comma 2, d.l.vo n. 33/2013 modificato dal d.l.vo n. 97/2016)



9. MISURE DI SISTEMA, GENERALI E SPECIFICHE: PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Misure specifiche per le unità organizzative (rif. Tabella ALLEGATI 1 e 2)

Con riferimento al processo di gestione del rischio, l'insieme delle fasi di individuazione di aree e processi, valutazione, definizione delle misure è rappresentato nelle schede specifiche per unità organizzativa.

Le schede o tabelle contenenti le misure specifiche, articolate appunto per unità organizzativa, costituiscono gli ALLEGATI 1 e 2 al presente Piano.

Naturalmente le misure specifiche si aggiungono a tutte le misure già previste nelle parti del presente capitolo 9, nel precedente cap. 8 od evidenziate in altre parti del Piano (Misure di sistema, generali, particolari per la Trasparenza e per la Prevenzione della Corruzione).

Le tabelle ripropongono in buona parte misure già indicate negli anni precedenti nei rispettivi Piani o documenti aziendali, in quanto si ritiene debbano rappresentare la necessaria continuità di azione. Nella previsione di un numero maggiore o minore di misure per le varie articolazioni aziendali si è tenuto conto anche del criterio dell'appartenenza ad aree di maggiore o minore rischio, con riferimento alle indicazioni contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione.

E' ripresentata la tabella approvata col precedente Piano 2018 con alcune variazioni proposte da alcune unità organizzative presentate nel corso del 2018.

Da precisare che per i Servizi del Dipartimento interaziendale Tecnico e Logistica si propone una specifica scheda elaborata e condivisa con AVEN e INTERCENT-ER approvata in sede di tavolo regionale in data 6 dicembre 2018,

e trasmessa alle Aziende con nota della Direzione Sanità del 19 dicembre 2018, valida per il triennio di riferimento.

La Tabella ALLEGATO 1 mantiene comunque misure specifiche per alcune funzioni interne e peculiari espletate dai Servizi del Dipartimento Tecnico e Logistica.

Le unità organizzative di AUSL e AOU interessate per le misure specifiche contenute nella tabella sono le seguenti:

Interaziendali

- Dipartimento Risorse Umane:
- Dipartimento Tecnico e Logistica
- Dipartimento interprovinciale ICT
- Servizio Economico Finanziario
- Struttura Internal Auditing
- Servizio Affari Generali

Azienda USL

- Direzione Sanitaria/SIT
- Direzione Attività Socio Sanitarie
- Presidio Ospedaliero
- Dipartimento Assistenza Farmaceutica
- Dipartimenti Cure Primarie (i 4 Dipartimenti in modo unitario)
- Dipartimento Sanità Pubblica
- Dipartimento Salute Mentale/Dipendenze Patologiche
- Ufficio Legale/Ufficio Assicurazioni
- Dipartimento Valutazione e Controllo
- Ufficio Comunicazione

Azienda Ospedaliero Universitaria

- Direzione Sanitaria/Medica
- Direzione Servizio Assistenziale
- Servizio Farmacia e Governo Clinico del Farmaco
- Servizio Ricerca e Innovazione
- Servizio Fisica Sanitaria
- Servizio Attività Giuridico Amministrativa
- Ufficio Comunicazione
- Servizio Rapporti Istituzionali

Specificazioni per la valutazione dei rischi

Per la *valutazione dei rischi* intendiamo il processo di identificazione, di analisi e di ponderazione, in termini di valutazione della probabilità che il rischio si realizzi e delle conseguenze che il rischio produce (probabilità ed impatto).

Le valutazioni svolte per intensità e graduazione dei rischi sono state effettuate in base allo schema di produzione del Dipartimento Funzione Pubblica e inserita nel Piano Nazionale Anticorruzione del settembre 2013

Detto schema prevede la considerazione di due elementi, *probabilità* e *impatto*.

I 6 ambiti considerati per la valutazione della *probabilità*:

- discrezionalità
- rilevanza esterna
- complessità del processo
- valore economico
- frazionabilità del processo
- controlli

I 4 ambiti considerati per la valutazione dell'*impatto*:

- organizzativo
- economico
- reputazionale
- professionale/immagine

A ciascuno degli aspetti ambiti si è provveduto ad associare un valore numerico indicato in Tabella (compreso tra 1 e 5); *la valutazione complessiva del rischio è rappresentata da un valore numerico risultante dal prodotto tra la media del valore della probabilità e la media del valore dell'impatto.*

Per chiarire il significato della dimensione dei valori si tenga conto che il livello di rischio massimo può essere = *25*.

Misure AREA CONTRATTI PUBBLICI Aziende/AVEN/Intercent-ER (Tabella ALLEGATO 2)

Come detto in precedenza, per i Servizi del Dipartimento interaziendale Tecnico e Logistica vi è una specifica scheda elaborata e condivisa con AVEN e INTERCENT-ER approvata in sede di tavolo regionale in data 6 dicembre 2018, e trasmessa alle Aziende con nota della Direzione Sanità del 19 dicembre 2018, valida per il triennio di riferimento.

Alla scheda (Allegato 2 al Piano) sono da associarsi le **Linee Guida**, anch'esse condivise al tavolo regionale, documento riportato di seguito integralmente col carattere corsivo.

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 ~~le~~ 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 PTCP della suddetta Regione, e Aziende sanitarie nella filiera degli acquisti. Come noto, si tratta di area di rischio particolarmente critica per tutte le pubbliche amministrazioni, ma in modo specifico nel settore sanitario. 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 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 PTCP 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.

<u>Approccio metodologico</u>

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 IntercentER.

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 IntercentER, 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

Entro la fine 2019, si prevede - quale nuova misura da attuare in modo uniforme da parte di tutte le Aziende nei rapporti con IntercentER - una regolamentazione per la nomina dei commissari e dei partecipanti ai Gruppi tecnici che preveda:

- *La verifica sostanziale dell'assenza di conflitti di interesse (in carico alle Aziende prima della designazione) tenendo conto delle dichiarazioni che ogni Azienda sta raccogliendo ai sensi del Codice di Comportamento dei Dipendenti e delle altre informazioni a disposizione.*

- *La raccolta di una specifica dichiarazione da parte dell'interessato relativamente all'assenza di conflitti di interesse, da conservare agli atti della procedura.*

La definizione delle modalità attuative (mediante linee guida e/o regolamenti) da prevedere nei PTPCT 2019-2021 è posta in carico ai responsabili dei Servizi Acquisti, da attuare entro il 2019.

Procedure informatizzate ed utilizzo di piattaforma telematica

Tale modalità, introdotta dal Codice dei contratti a far tempo dal 18.10.2018 ma per le Aziende del SSR Emilia-Romagna già dal 1.10.2017 in forza della DGR n. 2194/2016, assicura una maggiore garanzia e tracciabilità nelle fasi che vengono gestite con questi strumenti che sottraggono alcuni passaggi all'intervento manuale con evidenti minori rischi di errore o, peggio, di comportamenti "distorsivi".

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

Costante flusso informativo fra IntercentER ed Aziende sanitarie

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

Reportistica e benchmark

Una volta definite misure ed indicatori risulta opportuno che periodicamente si proceda alla loro valorizzazione ed alla divulgazione, mediante la redazione di appositi report, partendo da quanto già ordinariamente prodotto da IntercentER per le Aziende. Per avviare tale percorso, saranno programmati periodici incontri (almeno due nel corso del 2019) tra IntercentER ed il tavolo di Coordinamento RPCT; risulta infatti di grande utilità il confronto fra i valori delle diverse aziende/aree vaste al fine di evidenziare anomalie o situazioni critiche.

Misure di carattere specifico

Nella tabella allegata "Mappatura dei processi" (ALLEGATO 2 al Piano) sono riportate le diverse fasi in cui si articola il processo di acquisizione di beni e servizi (nella tabella allegato 2 è stata

aggiunta anche la materia lavori pubblici) sviluppate in coerenza con le macrofasi e le successive sotto fasi individuate da ANAC.

Per ciascuna di esse vengono evidenziati:

- *Rischi: sono descritti in maniera discorsiva i rischi, 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: sono riportati eventi "sentinella" che possono verificarsi e devono indurre a porre in essere analisi relative all'operato.*
- *Misure specifiche: sono elencate sia misure in essere che misure da attuare. Si è cercato di individuare misure il più possibile omogenee fra le Aziende ed Intercent-ER. Una volta condivise le misure, sarà necessario definire le relative responsabilità e, per quelle ancora da attivare, i tempi di attuazione.*
- *Misure generali, 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.

Aggiornamento MAPPATURA PROCESSI/PROCEDIMENTI (2019)

Si è detto che l'attuale mappatura, salvo alcune variazioni introdotte con la tabella allegata al presente Piano, è stata effettuata nell'anno 2017.

Si ritiene di disporre un aggiornamento della mappatura processi, con valutazione dei rischi e contestuali proposte di misure da considerare a partire dall'anno 2020. Allo scopo è predisposta una specifica scheda, con annessa tabella da utilizzarsi per la valutazione dei rischi (ALLEGATO 10).

La mappa processi da aggiornare è quella contenuta nell'Allegato I per ciascuna unità organizzativa considerata, per le finalità di prevenzione della corruzione.

L'aggiornamento è giustificato da eventuali modificazioni organizzative o di competenze, ovvero da semplice revisione della mappatura precedente. Le unità organizzative, possono confermare l'edizione attuale.

Conferma o proposta di aggiornamento della mappatura è da presentare al RPCT entro il 31 ottobre 2019.

Le unità organizzative di AUSL e AOU interessate per l'eventuale aggiornamento sono gli stessi contenuti nell'attuale tabella:

Interaziendali

- Dipartimento Risorse Umane:
- Dipartimento Tecnico e Logistica
- Dipartimento interprovinciale ICT
- Servizio Economico Finanziario
- Struttura Internal Auditing
- Servizio Affari Generali

Azienda USL

- Direzione Sanitaria/Servizio Infermieristico e Tecnico
- Direzione Attività Socio Sanitarie
- Presidio Ospedaliero
- Dipartimento Assistenza Farmaceutica
- Dipartimenti Cure Primarie (i 4 Dipartimenti in modo unitario)
- Dipartimento Sanità Pubblica
- Dipartimento Salute Mentale/Dipendenze Patologiche
- Ufficio Legale/Ufficio Assicurazioni
- Dipartimento Valutazione e Controllo
- Ufficio Comunicazione

Azienda Ospedaliero Universitaria

- Direzione Sanitaria/Medica
- Direzione Servizio Assistenziale
- Servizio Farmacia e Governo Clinico del Farmaco

- Servizio Ricerca e Innovazione
- Servizio Fisica Sanitaria
- Servizio Attività Giuridico Amministrativa
- Ufficio Comunicazione
- Servizio Rapporti Istituzionali

Codice di Comportamento

Nel capitolo sulle attività 2018 si è detto dell'approvazione del nuovo Codice, delle iniziative connesse e della diffusione avvenuta.

Nel 2019 e seguenti tutte le unità organizzative, a cura dei rispettivi dirigenti e responsabili, devono veder proseguita l'attività di diffusione, mediante informazioni e confronti in sede di incontri e in ogni occasione utile.

Dichiarazioni conflitto interesse ed altri (modulistica in piattaforma GRU)

Nel capitolo sule attività 2018 si è detto dell'acquisizione delle dichiarazioni mediante modulistica presente in piattaforma GRU.

A riepilogare la modulistica collocata in piattaforma:

Modulo 1 - Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interesse (tutti)
Modulo 1 bis - Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interesse (dirigenza)
Modulo 2 - Comunicazione adesione/appartenenza ad associazioni od organizzazioni (tutti)
Modulo 3 - Obbligo di astensione (tutti ma solo in caso di dovuto utilizzo)
Modulo - Dichiarazione Patrimonio/Reddito (dirigenti).

Poiché l'acquisizione delle dichiarazioni ha cadenza annuale, e tenuto conto degli obiettivi posti con DGR n.919/2018, sarà disposta nuova acquisizione nel 2019 e negli anni successivi a cura del Dipartimento Risorse Umane (in collaborazione RPCT) mediante piattaforma GRU (da programmare per i mesi autunnali).

Conflitti di interesse, regali

La norma in argomento è quella del comma 41 della legge n. 190/2012, che introduce l'art. 6 bis nella legge n. 241/1990, nella parte in cui tratta del responsabile di procedimento: "Il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale *devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale*".

L'attuazione della norma è avvenuta con l'approvazione dei Codici di Comportamento aziendali.

Misura generale per tutte le unità organizzative è l'attenzione a situazioni di conflitto, concreto o potenziale, con le seguenti indicazioni:

La segnalazione del conflitto in forma scritta deve essere indirizzata al dirigente o responsabile della propria unità organizzativa, il quale, esaminate le circostanze, valuta se la situazione realizza un conflitto di interesse idoneo a ledere l'imparzialità dell'agire. Il dirigente/responsabile risponde per iscritto all'interessato, sollevandolo dalle funzioni o dai compiti coinvolti nel conflitto oppure motivando le ragioni che consentono comunque l'espletamento dell'attività da parte dell'interessato.
Può essere consultato il Responsabile aziendale, in particolare nei casi di valutazione complessi.

Per la segnalazione al proprio superiore gerarchico l'operatore può utilizzare la modulistica presente in piattaforma informatica GRU.

Resta comunque confermata l'acquisizione annuali delle dichiarazioni come descritto nel precedente paragrafo.

Altra misura generale su cui si richiama l'attenzione di tutte le unità organizzative è il rispetto delle norme relative a Regali, compensi ed altre utilità contenute nel Codice di Comportamento (art. 5).

Segnalazione illeciti (Whistleblowing)

Come già spiegato nel capitolo sulle attività 2018 è approntata la piattaforma informatica per la ricezione di segnalazioni illeciti. La piattaforma sarà operativa dal mese di febbraio 2019.

La nota Allegata al presente Piano (Allegato 9) contiene tutte le informazioni per l'utilizzo della piattaforma e per la trattazione delle segnalazioni. Al momento la trattazione è rimessa alla competenza del RPCT, fatta salva la possibile futura individuazione di altri soggetti autorizzati ad accedere e a svolgere i trattamenti.

Trasparenza e tutela dei dati personali (Regolamento UE n. 679/2016)

L'argomento è già stato trattato in sede di aggiornamento normativo e nel capitolo sulle attività 2018 per quanto riguarda quanto fatto dalle Aziende.
Naturalmente dei contenuti e delle specifiche applicazioni si occupano le funzioni in materia di privacy individuate presso le due Aziende.

Per quanto interessa il nostro campo, come detto, si pone all'attenzione il tema della compatibilità della nuova disciplina con le norme che prevedono gli obblighi di pubblicazione (decreto legislativo n. 33/2013 modificato dal decreto legislativo n. 97/2016).

Per le pubblicazioni non vi sono particolari novità, e confermati i princìpi di adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali i dati personali sono trattati (come osservato da A.N.AC. in sede di aggiornamento 2018 del PNA).

Come misura dall'anno 2019, per quanto interessa il presente Piano, si indica la possibilità di incontro tra RPCT e DPO (o RDP) delle due Aziende per verificare l'eventuale insorgenza di particolari problematiche connesse alle pubblicazioni di dati, documenti, informazioni nelle sezioni web "Amministrazione Trasparente".

Per quanto riguarda l'individuazione dei trattamenti possibili di dati personali in capo alla funzione interaziendale Trasparenza e Integrità, la ricognitoria opportuna allo stato risulta già eseguita, con documentazione in atti.

Attività successive al rapporto di lavoro (pantouflge)

Si tratta del cd. pantouflage o revolving doors: il primo termine, francese, ed il secondo, anglosassone (porta girevole), indicano entrambe una attività per la quale l'operatore pubblico ottenga, dopo la cessazione dall'impiego, un lavoro privato in un ambito e unità produttiva che è stata destinataria dell'attività della pubblica amministrazione mediante funzioni e poteri di determinare la volontà dell'amministrazione svolti da quell'operatore.

E' l'art. 1, comma 42 della legge n. 190/2012 che inserisce il comma 16 ter nell'art. 53 del d.lgs n. 165/2001:
"I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti ed accertati ad essi riferiti".

Tutti i Servizi che in ragione delle proprie attività dovessero riscontrare casi in proposito, sono tenuti ad inviare informativa al Dipartimento interaziendale Risorse Umane ed al Responsabile aziendale per i possibili interventi.

Si osserva che risulta allo stato controverso o comunque incerto l'aspetto che individua il soggetto o l'organo competente a procedere ai provvedimenti sanzionatori previsti dalla norma, così come ammette anche l'A.N.AC. nel PNA aggiornamento 2018 (pag. 34).
In caso di segnalazioni specifiche l'Autorità invita RPCT ad inviare notizia all'A.N.AC. stessa.

Il PNA suggerisce, quale attuazione dell'istituto, di prevedere l'obbligo per il dipendente, al momento della cessazione dal servizio, di sottoscrivere un modulo in cui dichiara di essere stato informato della norma sul divieto di pantouflage.

Pertanto si ritiene di introdurre la misura specifica:

al momento della cessazione dal servizio il dipendente è tenuto a sottoscrivere un modulo contenente la dichiarazione di essere informato su esistenza ed efficacia della norma di cui all'art. 53, comma 16 ter del decreto legislativo n, 165/2001, relativo al divieto di pantouflage.

Lo schema del modulo è allegato al presente Piano (Allegato 11)

L'attuazione della misura è di competenza del Dipartimento Risorse Umane, da rendere efficace dopo l'approvazione del presente Piano 2019.

Le scelta di tempi e modalità operative di acquisizione delle dichiarazioni è rimessa allo stesso Dipartimento.

Attività conseguenti al decesso presso gli ospedali/strutture sanitarie

Il tema è considerato dai Piani per la prevenzione della corruzione che si sono succeduti, mediante l'individuazione di misure specifiche per le direzioni ospedaliere (Presidio Ospedaliero AUSL e Direzione Sanitaria/Medica AOU). E' anche area indicata espressamente da A.N.AC. nel PNA aggiornamento 2015.

Nel precedente capitolo sull'attività 2018 si è data evidenza di controlli e monitoraggi periodici effettuati dalle direzioni ospedaliere, così come attestato dalle relazioni di attività rese.

Nel Codice di Comportamento vi è norma specifica (art. 18) in argomento:

"Tenuto conto delle forti implicazioni di natura sia etica sia economica connesse ai molteplici interessi che si possono concentrare sulle attività conseguenti al decesso, nell'applicazione delle disposizioni del Codice i destinatari coinvolti:

a. rispettano l'obbligo di riservatezza relativo all'evento del decesso

b. non accettano né richiedono omaggi compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti, in particolare all'interno delle camere mortuarie
c. non suggeriscono ai parenti del deceduto alcuna specifica impresa di onoranze funebri.

I Dirigenti e il Direttore Sanitario sono tenuti a vigilare sulla osservanza delle presenti norme di condotta".

Si ricorda anche la nota regionale del 13 marzo 2018 in materia di vestizione del defunto deceduto presso una struttura sanitaria.

Misure specifiche:

- **mantenimento delle misure inserite nella tabella allegato 1 al presente Piano, già presente nei Piani precedenti**
- **verifiche periodiche sul rispetto delle norme contenute nell'art. 18 del Codice di Comportamento da parte di tutti gli operatori**
- **rotazione del personale addetto in base alle possibilità consentite dall'organico a disposizione**
- **attuazione e verifica delle indicazioni contenute nella nota regionale del 13 marzo 2018 in materia di vestizione del defunto, con riferimento alle precise e separate competenze tra personale della struttura sanitaria e impresa di pompe funebri**
- **elaborazione nuovo regolamento sulle attività in materia per AOU, compito che si affida ai Servizi Medicina Preventiva/Direzione Servizio Assistenziale in collaborazione (in AUSL il regolamento è stato rivisitato nel corso del 2018).**

Eventuali ulteriori iniziative promosse dalla Regione nel 2019 di promozione di altre misure e forme di controllo dovranno essere prontamente recepite ed attuate da parte delle unità organizzative indicate competenti, col coordinamento delle Direzioni Sanitarie.

Disciplina delle attività di ricerca clinica e sperimentazione clinica nelle Aziende Ospedaliero Universitarie

In ottemperanza al vigente Protocollo di Intesa per la collaborazione tra la Regione Emilia Romagna e gli Atenei della Regione e coerentemente con le normative europee/nazionali/regionali, il 26 novembre 2018 la Regione ha trasmesso ai Direttori Generali e ai Rettori un documento che disciplina le attività di ricerca svolte nelle Aziende Ospedaliero Universitarie della RER.

Il documento assume particolare importanza nell'ambito dell'attività di prevenzione della corruzione, poiché stabilisce, allo stesso modo per Ospedali e Università, regole fondamentali volte a prevenire comportamenti scorretti, a promuovere la qualità della ricerca e, quindi, a garantire la sicurezza e la tutela dei diritti dei pazienti in studio.

La Disciplina inizia ribadendo la necessità che tutte le tipologie di ricerca svolte presso le Aziende Sanitarie vengano preventivamente autorizzate dal Direttore Generale, e che tale autorizzazione sia preceduta da parere favorevole del Comitato Etico per tutti gli studi che prevedono il coinvolgimento dei pazienti e/o raccolta di dati e/o campioni biologici del paziente (l'art. 7 della legge regionale n.9/2017 prevede l'obbligatorietà di espresso e motivato nullaosta del Direttore Generale dell'Azienda in tutti i casi di sperimentazioni cliniche, una volta sottoposte al necessario parere del Comitato Etico, al fine di garantire l'assenza di pregiudizi per l'attività assistenziale).

Ampio spazio è poi riservato a misure per garantire la trasparenza e prevenire i conflitti di interesse. In particolare,è ora richiesto alle Aziende di rendere pubblici sul proprio sito internet i nominativi e i curricula di tutti i professionisti impegnati nelle sperimentazioni, l'elenco di tutte le sperimentazioni attivate, in corso, concluse, e autorizzate, nonché i correlati finanziamenti e programmi di spesa e i relativi contratti. Sempre per consentire una gestione trasparente della ricerca, anche in ottemperanza alla Legge n. 3/2018 sulla sperimentazione clinica dei medicinali, si richiede alle Aziende di fornire tutte le informazioni richieste per singolo studio dalla nuova piattaforma regionale SIRER, a partire dalla sottomissione al Comitato Etico e per tutto lo svolgimento dello studio. Tale piattaforma

dovrà essere utilizzata, oltre che dalle segreterie dei Comitati Etici, anche dai ricercatori, inclusi gli universitari (degli adempimenti relativi a dette pubblicazioni si è già parlato nel contesto del precedente capitolo relativo alle misure di trasparenza).

In merito agli aspetti economici, la Disciplina affida al Responsabile legale dell'Azienda la titolarità dei contratti con il promotore/sponsor dello studio. Inoltre, per contrastare la discrezionalità degli sperimentatori nell'attribuzione dei proventi (indicata nel Piano Anticorruzione come attività a rischio corruttivo), è stabilito che i ricavi netti provenienti dalla sperimentazione vengano destinati a un fondo dell'Unità Operativa dello sperimentatore o del Dipartimento/UO/Servizio coinvolto, da utilizzarsi preferibilmente per promuovere ulteriore ricerca.

La Disciplina ribadisce due norme già in vigore nell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma da marzo 2018, in seguito al recepimento del Regolamento sulle sperimentazioni cliniche elaborato in sede AVEN (Delibera n.192 del 12/03/2018):

- l'impossibilità di erogare compensi dei proventi della ricerca agli sperimentatori o altro personale dipendente, incluso quello universitario convenzionato,
- nel caso di studi con Responsabile scientifico afferente all'Università, il contratto economico con lo sponsor deve avere come contraenti sia l'Università sia l'Azienda.

L'attuazione, le verifiche e il monitoraggio di disposizioni e misure sopra descritte fa capo all'UO Ricerca e Innovazione di AOU.
Le tabelle Allegato 1 (misure specifiche) e Allegato 3 (obblighi di pubblicazione) sono state modificate e integrate con la disciplina illustrata.

Progetto rafforzamento controlli Internal Auditing/Integrità e Trasparenza

Nel capitolo sulle attività 2018 si è illustrato il Progetto, allegato 6 al presente Piano, per la definizione di un sistema di controlli per il settore Trasparenza/Anticorruzione, nell'ambito della più ampia progettazione relativa alla funzione di internal auditing.
Le attività relative, costituendo misura specifica, prenderanno avvio nel corso del 2019.

Antiriciclaggio

Le norme

Con ***decreto legislativo n. 231/2007***, concernente la prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo, si è previsto un sistema di "segnalazione di operazioni sospette" (art. 41) cui sono tenuti una serie di soggetti indicati dalla normativa, tra i quali gli uffici della pubblica amministrazione, compresi gli enti della sanità pubblica.

Destinatario delle segnalazioni è ***l'Ufficio di Informazione Finanziaria presso la Banca d'Italia (UIF),*** struttura incaricata appunto di ricevere dai soggetti obbligati le segnalazioni che riguardano ipotesi di riciclaggio o di finanziamento al terrorismo.

Per l'applicazione in concreto, è stato emanato il ***Decreto del Ministero dell'Interno 25 settembre 2015***, pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 233 del 7 ottobre 2015, col quale si prevedono:

- gli indicatori di anomalia che rendono sospette operazioni finanziarie e commerciali
- obbligo e modalità di segnalazione (con sistema on line presso UIF)
- procedure interne alle amministrazioni, con individuazione di un "gestore" per le valutazioni e la trasmissione delle segnalazioni.
-

E' stato poi emanato il ***decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 90*** sempre in materia di antiriciclaggio. Detto decreto mantiene il sistema previsto dal decreto legislativo n. 231/2007 e decreto 25 settembre 2015, sopra descritto, introducendo alcune novità nell'art. 10 riguardante le pubbliche amministrazioni.

Come recita il comma 3 dell'art. 10:

" Il Comitato di sicurezza finanziaria elabora linee guida per la mappatura e la valutazione dei rischi di riciclaggio e finanziamento del terrorismo cui gli uffici (competenti sulle tre aree sopra indicate) sono esposti nell'esercizio della propria attività istituzionale. Sulla base delle predette linee guida, le medesime pubbliche amministrazioni adottano procedure interne,

proporzionate alle proprie dimensioni organizzative ed operative, idonee a valutare il livello di esposizione dei propri uffici al rischio e indicano le misure necessarie a mitigarlo".

Infine, con Provvedimento 23 aprile 2018 (pubblicato in GU n. 269 del 19 novembre 2018) l'UIF indica le "Istruzioni sulle comunicazioni di dati e informazioni concernenti le operazioni sospette da parte degli uffici delle pubbliche amministrazioni".

Definizione sistema aziendale

Il "gestore"

Il decreto prevede l'individuazione da parte di ciascuna pubblica amministrazione di un soggetto "gestore", il quale:

- riceve informazioni e segnalazioni da parte di operatori appartenenti ad alcuni individuate articolazioni organizzative in relazione a possibili e sospette operazioni di riciclaggio (sulla base di indicatori di anomalia esposti nell'allegato al decreto 25 settembre 2015 e nel Provvedimento UIF 23 aprile 2018)

- esegue la valutazione delle informazioni e, in presenza di concreti presupposti, provvede alla segnalazione alla Unità di informazione Finanziaria (UIF) presso la Banca d'Italia ai sensi dell'art. 41 del decreto antiriciclaggio (decreto legislativo n. 231/2007).

Si conferma l'avvenuta individuazione del gestore individuato nella persona del Responsabile interaziendale per la trasparenza e la prevenzione della corruzione **(RPCT),** con effetto per entrambe le Aziende Sanitarie.

Specifiche e percorso

- Sono individuate le unità organizzative dai cui operatori possono essere formulate eventuali segnalazioni/informazioni al gestore:

- Servizi del Dipartimento interaziendale Tecnico e Logistica
- Servizio interaziendale Economico Finanziario

- La valutazione su possibili "operazione sospette" di riciclaggio è da effettuarsi in base all'elenco degli "indicatori di anomalia" contenuti nell'allegato al decreto 25 settembre 2015; l'elencazione degli indicatori non è da ritenersi esaustiva

- La mera ricorrenza di operazioni o comportamenti descritti in uno o più indicatori di anomalia non è motivo sufficiente per l'individuazione e la segnalazione di operazioni sospette, per le quali è comunque necessaria una concreta valutazione specifica

- Qualora ricorra una precisa valutazione in concreto da parte degli operatori, le complessive e specifiche informazioni sono da trasmettere al "gestore", il quale a sua volta procede ad una compiuta valutazione e decide se formulare segnalazione all'UIF

- L'UIF ha attivato un sistema di ricezione delle segnalazioni in modalità on-line

- La segnalazione di operazione sospetta è un atto distinto dalla eventuale denuncia di fatti penalmente rilevanti

Adempimenti

- RPCT informerà le unità organizzative sopra individuate per le informazioni in argomento

- RPCT disporrà, in collaborazione con le unità organizzative coinvolte, una volta emanate le linee guida di cui sopra (ai sensi dell'art. 10, comma 3, del decreto legislativo n. 90/2017, per l'elaborazione della mappatura, la valutazione dei rischi e l'individuazione di misure, di competenza delle varie unità organizzative.

Rotazione di incarichi e personale

Nel PNA la rotazione del personale è considerata quale misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione. L'alternanza riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività. Servizi, procedimenti e instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate.

Peraltro, la rotazione va 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 specifiche attività, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico.

Peraltro in varie fonti si parla di assumere iniziative con *molta attenzione e ponderazione dei possibili effetti in termini di difficoltà che potrebbero crearsi per la funzionalità delle amministrazioni, soprattutto in quelle, come le nostre Aziende, in cui si erogano servizi con operatori in larga parte dedicati specificamente a funzioni in quanto in possesso della relativa competenza professionale.*

Al proposito si richiama l'Intesa del luglio 2013 in Conferenza Unificata: "L'attuazione della misura deve avvenire in modo da tener conto delle specificità professionali in riferimento alle funzioni e in modo da salvaguardare la continuità della gestione amministrativa. Ove le condizioni organizzative dell'ente non consentano l'applicazione della misura, l'ente ne deve dar conto nel Piano triennale per la prevenzione con adeguata motivazione".

Sul tema, come in precedenza ricordato, è intervenuta anche la legge regionale n. 9/2017, che prevede il ricorso a "misure di rotazione degli incarichi, con particolare riferimento agli incarichi dirigenziali, secondo criteri definiti in coerenza con gli indirizzi contenuti nel Piano nazionale Anticorruzione".

Misure

Conferma dei sistemi di rotazione in atto previsti dai Piani precedenti di AUSL, come di seguito si riporta.

Dipartimento interaziendale Tecnico e Logistica

Le Funzioni che si prendono in considerazione sono quelle relative allo svolgimento delle gare, in particolare quelle nelle quali la scelta del contraente avviene col criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, con riguardo alla composizione della commissione giudicatrice.

E' confermata la misura della rotazione, laddove possibile, con riferimento alle professionalità presenti nei Servizi competenti del Dipartimento interaziendale, relativamente ai componenti interni delle commissioni giudicatrici.

Il report di monitoraggio è affidato allo stesso Dipartimento.

Dipartimento Sanità Pubblica

Servizio Veterinario

Sono adottati criteri di rotazione sia del personale Tecnico che di quello Dirigente che effettuano attività di vigilanza. Il sistema prevede che ad ogni operatore sia modificato il 20% annuo degli impianti o ditte, su cui effettuare le funzioni di controllo e vigilanza, presenti sul territorio provinciale e che sono state assegnate mediante il piano di lavoro individuale. In questo modo ogni operatore vede completamente modificato l'elenco delle strutture singolarmente assegnate nell'arco del quinquennio. Gli impianti di riferimento, per quanto riguarda la sanità animale, sono tutti gli allevamenti bovini, equini, ovini, caprini, suini, avicoli, di pescicoltura, apicoltura e impianti o strutture d'interesse zoo-sanitario.

Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione

In ambito Igiene degli Alimenti e Nutrizione i criteri di rotazione sono definiti dal Direttore del Servizio sulla base di una programmazione annuale che comprende la rotazione del personale in un modo analogo a quello del Servizio Veterinario, pur con maggiore flessibilità dovuta ad una minore disponibilità di risorse umane, che non consente periodicamente

complete rotazioni. Gli impianti di riferimento sono tutte le strutture produttive alimentari presenti sul territorio provinciale.

Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di lavoro

Il personale addetto alla vigilanza vede modificate ogni anno le ditte da visitare, con i criteri di rotazione visti per gli altri Servizi; l'attività di vigilanza viene effettuata dagli operatori in coppia. I dirigenti dei Servizi a livello distrettuale provvedono, per quanto possibile, alla variazione delle coppie. Le variazioni possono fornire una omogeneizzazione dei comportamenti tra gli operatori e la condivisione delle metodologie di intervento. Sistema quindi confermato.

Il report di monitoraggio è affidato ai Servizi stessi del Dipartimento.

Area tecnico amministrativa interaziendale

La riorganizzazione delle aree tecnico amministrative delle due Aziende, in attuazione del progetto di integrazione interaziendale, la cui attuazione ha preso avvio il 1 ottobre 2016, ha visto la riattribuzione degli incarichi dirigenziali sulle singole strutture e unità organizzative; in via di completamento gli affidamenti delle funzioni di Posizione Organizzativa nell'ambito dei servizi integrati, secondo i disegni organizzativi del progetto a suo tempo approvato.

Si dà atto che nell'ambito del conferimento degli incarichi dirigenziali e di posizione organizzativa, effettuati o da effettuare, mediante comparazione di curricula e selezioni, si sono registrati cambiamenti nelle direzioni delle unità organizzative e delle funzioni principali di attività assegnate all'area comparto. Unità organizzative, peraltro che risultano del tutto nuove in quanto integrate ed assorbenti le cessate delle rispettive Aziende.

Le Direzioni Amministrative delle due Aziende valuteranno una ipotesi di possibile rotazione di alcuni incarichi dirigenziali entro il termine del quinquennio dalla data di conferimento.

Per tutte le unità organizzative delle due Aziende, aree sanitarie comprese:

Si invitano tutti i dirigenti a prevedere, compatibilmente a natura e tipologie delle funzioni da svolgere, modalità operative che favoriscano una maggiore condivisione delle attività tra gli operatori, evitando così l'isolamento di certe mansioni, avendo cura di favorire la trasparenza interna delle attività o ancora l'articolazione delle competenze.

Gruppi di lavoro AUSL e AOU

Al fine di valutare ulteriori possibilità di pianificare interventi di rotazione di incarichi e personale, si ripropone la costituzione di due distinti gruppi di lavoro per l'approfondimento del tema, uno per ciascuna Azienda Sanitaria.

AUSL
Composizione: Direttore Sanitario, Dirigente medico Ospedale di Vaio, Direttore Cure Primarie del Distretto di Parma (o loro delegati)

AOU
Composizione: Direttore Sanitario, Direttore Servizio Assistenziale, Direttore Governo Clinico (o loro delegati)

Mandato ai gruppi
Elaborazione e verifica ipotesi di fattibilità di rotazione incarichi dirigenziali e di area comparto, compresi gli incarichi di coordinamento infermieristico delle varie unità organizzative.

Regolamento interaziendale in materia di sponsorizzazione della formazione

Il tema è all'attenzione presso le due Aziende; a livello regionale sarà costituito un gruppo di lavoro di approfondimento.

In proposito, l'art. 16, comma 2, del nuovo Codice di Comportamento interaziendale dispone:

"La formazione sponsorizzata è ammessa qualora porti ragionevolmente un beneficio all'attività istituzionale svolta e sulla base di proposte non nominative indirizzate alle Aziende, nel rispetto dei regolamenti vigenti; in tale ambito, i dipendenti interessati sono individuati dalle Aziende in relazione al ruolo organizzativo, alle competenze possedute, al bisogno formativo, ecc., secondo criteri d'imparzialità e rotazione. Rientrano nella fattispecie anche le risorse messe a disposizione da chiunque per la sponsorizzazione di convegni, congressi, attività formative da svolgere presso le Aziende".

Il Dipartimento Risorse Umane/Area Formazione e Sviluppo del Personale ha in corso l'elaborazione di apposito regolamento in materia.

Misura è quindi la definizione, l'approvazione e la diffusione del regolamento.

Regolamento in materia di Direttore dell'Esecuzione dei Contratti (DEC)

Sulla base e in attuazione del Decreto n. 49 del 7 marzo 2018 del Ministero Infrastrutture e Trasporti "Approvazione delle linee guida sulle modalità di svolgimento delle funzioni di direttore dei lavori e del direttore dell'esecuzione" e delle Linee Guida A.N.AC. emanate nel 2018, sono stati avviati in sede AVEN incontri e confronti con i dirigenti competenti delle Aziende per giungere alla elaborazione di uno specifico regolamento in materia, da rendere poi efficace per tutte le Aziende Sanitarie partecipanti ad AVEN.

Aspetto peculiare è costituito dalle fattispecie di incompatibilità/conflitto di interessi da considerare e disciplinare.

Nel corso del 2019 sarà elaborato il regolamento, da recepirsi poi nelle Aziende.

Referenti di unità organizzativa

Come detto nel capitolo sulle attività 2018, nel corso del 2017/2018, come indicato dai Piani, sono state rinnovate varie designazioni dei referenti per ciascuna unità organizzativa delle due Aziende, complessivamente n. 30 soggetti.

Si conferma in questa sede che i Referenti rappresentano il contatto operativo tra il Responsabile aziendale RPCT e le varie unità organizzative, ferme restando le responsabilità previste in capo alle direzioni delle singole Strutture e Servizi.

Agli incontri generali informativi, formativi e di monitoraggio azioni sono sempre invitati anche i Referenti.

Monitoraggi

Per tutte le misure di trasparenza e prevenzione della corruzione previste nei capitoli 8 e 9 e nelle tabelle Allegato 1, le unità organizzative sono tenute a relazionare all'Ufficio del Responsabile interaziendale entro le seguenti scadenze:

- **30 giugno 2019** **con breve Nota informativa**
- **15 dicembre 2019** **con Relazione conclusiva,**

da inviarsi anche tramite mail.

Relazione annuale RPCT

Per la Relazione annuale sulle attività di prevenzione, a cura del Responsabile interaziendale, la legge n. 190/2012 - art.1, comma 14, 3° e 4° periodo - prevede:

"Entro il 15 dicembre di ogni anno, il dirigente individuato ai sensi del comma 7 del presente articolo [il Responsabile per la prevenzione della corruzione] pubblica nel sito web dell'amministrazione una relazione recante i risultati dell'attività svolta e la trasmette all'organo di indirizzo politico dell'amministrazione (ora anche all'OIV). Nei casi in cui l'organo di indirizzo politico lo richieda o qualora il dirigente responsabile lo ritenga opportuno, quest'ultimo riferisce sull'attività".

L'Autorità Nazionale Anticorruzione nei tre anni trascorsi ha ritenuto di predisporre, quale modello di Relazione, una *scheda standard*, in formato excel e articolata in tre sezioni, unica ed obbligatoria per tutte le amministrazioni pubbliche; una volta compilata, la stessa deve essere pubblicata nello stesso formato sulla sezione web "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale, sottosezione "Altri contenuti - Anticorruzione".

La Relazione è atto proprio del Responsabile della trasparenza e prevenzione della corruzione e non richiede l'approvazione degli organi di vertice delle amministrazioni.

Per l'anno 2018 A.N.AC. ha individuato il termine del 31 gennaio 2019.

In base alle innovazioni introdotte dal decreto legislativo n. 97/2016, OIV (OAS) ha competenza ad analizzare e verificare le Relazioni annuali RPCT sulle attività di prevenzione della corruzione e trasparenza.

Diffusione e formazione

Come previsto dalla legge n. 190/2012 e dal Piano Nazionale Anticorruzione, ogni Amministrazione Pubblica è tenuta a promuovere interventi formativi al personale dipendente. Una attività che risulta davvero importante per lo scopo principale di promozione della cultura della legalità.

Si intendono proseguire le iniziative informative/formative già realizzate negli scorsi anni con i seguenti obiettivi di fondo:

- sensibilizzare sul tema dell'integrità e del contrasto all'illegalità

- illustrare normative ed i sistemi di Trasparenza e di Anticorruzione
- relazionare sugli impegni assunti dall'Azienda con il Piano Anticorruzione
- indicare ambiti e modalità per la partecipazione ed il coinvolgimento di tutti gli operatori.

Saranno oggetto di valutazione iniziative formative in ambiti specifici per le unità organizzative operanti nelle aree maggiormente a rischio.

La funzione Formazione garantirà il supporto organizzativo necessario al Responsabile interaziendale per le iniziative.

Iniziativa con valenza formativa sarà la Giornata della Trasparenza 2019 o altro evento alternativo/aggiuntivo.
Sarà prioritaria l'attività di informazione e diffusione del presente Piano in incontri che saranno tenuti direttamente dal Responsabile interaziendale, in particolare con i seguenti organismi:

- Collegi di Direzione
- Collegi Sindacali
- Organismi Aziendali di Supporto all'OIV regionale
- Comitati Consultivi Misti.

Iniziative della Rete regionale per l'Integrità e la Trasparenza

Della Rete si è parlato nel capitolo dedicato alle attività svolte nel 2018, disciplinata dal progetto approvato con DGR n. 1852 del 17 novembre 2017.

I principali obiettivi sono individuati:
- condivisione esperienze e attività di prevenzione
- organizzazione attività comuni di formazione
- confronti, valutazioni e proposte tra istituzioni.

Si assume l'impegno a partecipare, nel corso del 2019, alle iniziative che saranno assunte dalla Rete regionale per l'Integrità e la Trasparenza, cui le due Aziende Sanitarie hanno aderito.

Partecipazione al Tavolo regionale Direzione Salute/OIV/RPCT

Nel capitolo 7 si è trattato del Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione delle Aziende e degli Enti del SSR, già operante dal 2016 e formalizzato con determina n. 19717 del 5 dicembre 2017 adottata dal Dirigente del Servizio Amministrazione del Servizio Sanitario regionale, sociale e socio sanitario, della Direzione generale Cura della persona, Salute e Welfare.

Si assume l'impegno a partecipare, nel corso del 2019, agli incontri che saranno convocati.

EFFICACIA E CHIUSURA

Il presente Piano assume immediata efficacia dal momento dell'approvazione con deliberazioni dei Direttori Generali dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, e costituisce atto fondamentale generale di direttiva, indirizzo ed operatività per tutte le articolazioni delle due Aziende e nei confronti di tutti gli operatori.

L'inosservanza di misure ed adempimenti previsti dal presente Piano per la prevenzione della corruzione e la trasparenza 2019/2021 costituisce illecito disciplinare.

Per quanto non espressamente previsto nel presente documento, l'attività di prevenzione della corruzione trova applicazione secondo le previsioni della legge n. 190/2012 , delle altre normative nazionali e regionali in materia, del Piano Nazionale Anticorruzione edizioni 2013, 2015, 2016, 2017, 2018.

RIEPILOGO ATTIVITA' E ADEMPIMENTI

ATTIVITA'	UNITA' ORGANIZZATIVE E/O SOGGETTI	TEMPI
Presentazione proposta di Piano integrato interaziendale 2019/2021 di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza e adozione delle Direzioni Generali	RPCT	Entro 31 gennaio 2019
Sezione web "Amministrazione Trasparente": **garanzia e aggiornamento flussi di dati, documenti, informazioni da pubblicare, nei formati idonei**	Tutte le Unità Organizzative previste nella Tabella Obblighi di pubblicazione (Allegato 3)	Tempistiche previste in Tabella obblighi di pubblicazione Prima verifica prevista per il 31 marzo 2019 (per Attestazione OIV in aprile) Seconda verifica generale al 30 novembre 2019
Sezione web "Amministrazione Trasparente": **aggiornamento presenza e sequenza degli spazi in base al decreto n. 97/2016, alla tabella allegata al Piano e alla Bussola della Trasparenza**	Uffici Comunicazione	2019 2020 2021
Sezione web "Amministrazione Trasparente": **inserimento date di aggiornamento in corrispondenza di spazi e contenuti, inserimento "indicatore delle visite/accessi" alla sezione**	Uffici Comunicazione	2019 2020 2021

Sezione web "Amministrazione Trasparente": **inserimento pubblicazioni in materia di ricerca e sperimentazione clinica**	UO Ricerca e Innovazione AOU	2019 2020 2021
Attuazione Accesso Civico "generalizzato" in base al Regolamento Allegato 5 al Piano	Tutte le Unità Organizzative Ufficio RPCT	2019 2020 2021
Verifica applicazione linee guida A.N.AC. in materia di trasparenza Società Partecipate	Servizio Economico Finanziario	2019
Attuazione misura specifica A.N.AC. sulle selezioni interne	Dipartimento Risorse Umane	2019 2020 2021
Attestazione assolvimento obblighi di trasparenza **Griglia A.N.AC. e verifica OIV**	RPCT/OAS	Pubblicazione attestazioni entro il 30 aprile 2019
Giornata della Trasparenza 2019 e/o altri eventi alternativi	RPCT Uffici Comunicazione Dipartimento Risorse Umane Area Formazione	2019
Relazioni e Report su tutte le misure generali di trasparenza e anticorruzione (capitoli 8 e 9) e sulle "misure specifiche" di prevenzione previste nelle tabelle Allegati 1 e 2 al Piano	Tutte le Unità Organizzative previste	Nota informativa entro 30 giugno 2019 Relazione conclusiva entro 15 dicembre 2019

Codice di Comportamento interaziendale AUSL/AOU: prosecuzione diffusione	RPCT e tutte le Unità Organizzative	2019 2020 2021
Acquisizione Dichiarazioni del personale (gestione GRU)	Dipartimento Risorse Umane	Ottobre Novembre Dicembre 2019 (da confermare)
Mappatura processi/procedimenti aggiornamento 2019	Tutte le Unità Organizzative in Tabella 1	31 ottobre 2019
Conflitti di interesse, regali	Tutto il personale	2019 2020 2021
Whistleblowing: attuazione	RPCT/ICT	2019 2020 2021
Attività successive al rapporto di lavoro (pantouflage) e acquisizione dichiarazioni	Dipartimento Risorse Umane	2019 2020 2021
Attività conseguenti al decesso presso gli ospedali e le strutture sanitarie	Direzioni Sanitarie AUSL/AOU Presidio Ospedaliero e Servizio Infermieristico AUSL Medicina Preventiva AOU Direzione Sevizio Assistenziale AOU	2019 2020 2021

Misure per attività di ricerca clinica e sperimentazione clinica nelle Aziende Ospedaliero Universitarie	UO Ricerca e Innovazione AOU	2019 2020 2021
Progetto rafforzamento controlli	Internal Auditing RPCT	2019/2020
Antiriciclaggio: **mappatura rischi e misure in base alla linee guida Comitato di sicurezza finanziaria (da emanarsi)** **Informazioni alle unità organizzative coinvolte**	Dipartimento Tecnico e Logistica Servizio Economico Finanziario RPCT	2019 2020 2021
Rotazione del personale: misure specifiche previste	Dipartimento Sanità Pubblica Dipartimento Tecnico e Logistica	2019 2020 2021
Rotazione incarichi e personale Elaborazione ipotesi e progetti	Gruppi di lavoro AUSL/AOU	2019/2020
Regolamento interaziendale in materia di sponsorizzazione della formazione	Dipartimento Risorse Umane Area Formazione e Sviluppo Risorse Umane	2019
Regolamento in materia di Direttore dell'Esecuzione del Contratto (DEC)	AVEN e Servizi del Dipartimento Tecnico e Logistica	2019
Relazione annuale sulle attività di prevenzione (su schema A.N.AC.)	RPCT	Entro 31 gennaio 2019

Incontri di informazione e diffusione del Piano agli organismi aziendali, a unità organizzative e dipendenti	RPCT Servizio Formazione	2019
Rete regionale Integrità e Trasparenza: partecipazione alle iniziative	RPCT	2019 2020 2021
Tavolo regionale coordinamento Direzione Salute/OIV/RPCT (partecipazione)	RPCT	2019 2020 2021

INDICE

INTRODUZIONE

AGGIORNAMENTO NORMATIVO

- Legge 9 gennaio 2019, n. 3
- Legge 30 dicembre 2018, n. 145
- Legge Regionale 16 luglio 2018, n. 9
- Regolamento UE n. 679/2016
- Legge 30 novembre 2017, n. 179 (whistleblowing)
- Legge Regionale Emilia Romagna 1 giugno 2017, n. 9 (artt. 5 e 7)
- Circolare n. 2 del 30 maggio 2017 Dipartimento Funzione Pubblica (sull'accesso civico generalizzato)
- Decreto legislativo n. 97/2016

PIANO NAZIONALE ANTICORRUZIONE

- Piano Nazionale anticorruzione - aggiornamento 2018
- Ruolo e poteri del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)
- I precedenti PNA

LEGGE N. 190/2012 E SISTEMA DI PREVENZIONE

- Il sistema
- Attori e competenze
- Piani triennali delle amministrazioni
- Concetto di corruzione
- Applicabilità alle Aziende Sanitarie
- Obiettivi e strumenti
- Il Responsabile RPCT
- Trasparenza

- Conflitto di interessi
- Incarichi e incompatibilità
- Codici di Comportamento
- Formazione di commissioni e assegnazione agli uffici
- Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi dirigenziali
- Whistleblowing
- Rotazione degli incarichi
- Coordinamento Trasparenza/Anticorruzione/Performance
- Protocolli di legalità/Patti di integrità
- Fonti

LE AZIENDE SANITARIE DI PARMA, INTEGRAZIONE, CONTESTO

- Azienda USL **(rif. Allegato 12)**
- Azienda Ospedaliero Universitaria **(rif. Allegato 13)**
- Aree di integrazione interaziendale
- Contesto (esterno e interno)

PIANO INTEGRATO, OBIETTIVI STRATEGICI, PRIORITARIE AREE DI AZIONE, RPCT E RASA

- Piano integrato interaziendale AUSL/AOU
- Piano integrato Trasparenza/Prevenzione della corruzione
- Obiettivi strategici
- Aree prioritarie di azione
- RPCT e RASA

SISTEMI AZIENDALI TRASPARENZA E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

- Sistemi aziendali trasparenza/obblighi di pubblicazione
- Responsabilità e sistema sanzionatorio
- Sistemi aziendali di prevenzione della corruzione
- Coordinamento Anticorruzione/Trasparenza/Performance

- Tavolo regionale Direzione Generale Salute/OIV/RPCT Aziende Sanitarie
- Organismo Indipendente di Valutazione del SSR

ATTIVITA' E MONITORAGGI 2018

- Monitoraggi Trasparenza/Obblighi di pubblicazione **(rif. Allegato 7)**
- Monitoraggio Accessi Civici "generalizzati"
- Monitoraggi misure di prevenzione della corruzione
- Codice di Comportamento **(rif. Allegato 4)**
- Dichiarazioni conflitto interesse ed altri (modulistica in piattaforma GRU) Report 2018 **(rif. Allegato 8)**
- Internal Auditing e sistema controlli **(rif. Allegato 6)**
- Segnalazione illeciti (Whistleblowing) **(rif. Allegato 9)**
- Regolamento UE n. 679/2016 (tutela dati personali)
- Informazione scientifica sul farmaco
- Mappatura processi/procedimenti
- Incontri di informazione, formazione e diffusione
- Giornata Trasparenza 2018
- Referenti di unità organizzativa
- Tavolo regionale Direzione Generale Salute/OIV/RPCT Aziende Sanitarie
- Rete regionale per l'Integrità e la Trasparenza
- Dichiarazioni patrimonio e reddito dei titolari di incarichi dirigenziali (ed altri dati in pubblicazione)

MISURE DI SISTEMA, GENERALI E SPECIFICHE: TRASPARENZA

- Flussi ed operatività
- Obblighi di pubblicazione **(rif. Allegato 3)**
- Monitoraggi Sezioni web "Amministrazione trasparente"
- Attestazione assolvimento obblighi di Trasparenza (OIV/OAS)
- Indicazione data di aggiornamento del dato, documento, informazione e "indicatore delle visite"

- Bussola della Trasparenza
- Società partecipate
- Indicazione specifica A.N.AC. su selezioni interne
- Nuovi obblighi di pubblicazione in materia di ricerca e sperimentazione clinica (UO Ricerca e Innovazione)
- Giornata della Trasparenza
- Attuazione dell'Accesso Civico "generalizzato" **(rif. Allegato 5)**

MISURE DI SISTEMA, GENERALI E SPECIFICHE: PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

- Misure specifiche per le unità organizzative **(rif. Allegato 1)**
- Misure Area Contratti Pubblici Aziende/AVEN/Intercent-ER **(rif. Allegato 2)**
- Aggiornamento Mappatura Processi/Procedimenti (2019) **(rif. Allegato 10)**
- Codice di Comportamento
- Dichiarazioni conflitto interesse ed altri (modulistica in piattaforma GRU)
- Conflitti di interesse, regali
- Segnalazione illeciti (Whistleblowing)
- Trasparenza e tutela dei dati personali (Regolamento UE n. 679/2016)
- Attività successive al rapporto di lavoro (pantouflge) **(rif. Allegato 11)**
- Attività conseguenti al decesso presso gli ospedali/strutture sanitarie
- Disciplina delle attività di ricerca clinica e sperimentazione clinica nelle Aziende Ospedaliero Universitarie
- Progetto rafforzamento controlli Internal Auditing/Integrità e Trasparenza
- Antiriciclaggio
- Rotazione di incarichi e personale
- Regolamento interaziendale in materia di sponsorizzazione della formazione
- Regolamento in materia di Direttore dell'Esecuzione dei Contratti (DEC)
- Referenti di unità organizzativa
- Monitoraggi
- Relazione annuale RPCT
- Diffusione e formazione

- Iniziative della Rete regionale per l'Integrità e la Trasparenza
- Partecipazione al Tavolo regionale Direzione Salute/OIV/RPCT

EFFICACIA E CHIUSURA

RIEPILOGO ATTIVITA' E ADEMPIMENTI

ALLEGATI (n. 13)

Parma, 28 gennaio 2019

Responsabile interaziendale AUSL/AOU Parma per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza - RPCT
Giovanni Bladelli

ALLEGATI

- **Tabella Misure Specifiche Unità Organizzative**
- **Tabella misure specifiche Area Contratti Pubblici**
- **Tabella Obblighi di Pubblicazione**
- **Codice di Comportamento**
- **Regolamento Accesso Civico "generalizzato"**
- **Progetto rafforzamento Controlli**
- **Documento monitoraggio Trasparenza**
- **Informativa moduli GRU**
- **Informativa Whistleblowing**
- **Scheda mappatura processi 2019**
- **Dichiarazione Pantouflage**
- **Organigramma AUSL**
- **Organigramma AOU**

ALLEGATO 1

TABELLE MISURE DI PREVENZIONE SPECIFICHE
Unità Organizzative AUSL/AOU
(Piano Anticorruzione/Trasparenza 2019/2021)

Le unità organizzative di AUSL e AOU interessate per le misure specifiche contenute nella tabella sono le seguenti:

Interaziendali
- Dipartimento Risorse Umane:
- Dipartimento Tecnico e Logistica *(vedi anche Tabella Allegato 2)*
- Dipartimento interprovinciale ICT
- Servizio Economico Finanziario
- Struttura Internal Auditing
- Servizio Affari Generali

Azienda USL
- Direzione Sanitaria/SIT
- Direzione Attività Socio Sanitarie
- Presidio Ospedaliero
- Dipartimento Assistenza Farmaceutica
- Dipartimenti Cure Primarie (i 4 Dipartimenti in modo unitario)
- Dipartimento Sanità Pubblica
- Dipartimento Salute Mentale/Dipendenze Patologiche
- Ufficio Legale/Ufficio Assicurazioni
- Dipartimento Valutazione e Controllo
- Ufficio Comunicazione

Azienda Ospedaliero Universitaria
- Direzione Sanitaria/Medica
- Direzione Servizio Assistenziale
- Servizio Farmacia e Governo Clinico del Farmaco
- Servizio Ricerca e Innovazione
- Servizio Fisica Sanitaria
- Servizio Attività Giuridico Amministrativa
- Ufficio Comunicazione
- Servizio Rapporti Istituzionali

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE RISORSE UMANE

	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE INDIVIDUATE	TEMPI DI ATTUAZIONE	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Reclutamento personale dipendente, compresi direttori di struttura complessa, collaboratori libero professionali e borsisti attraverso procedure comparative pubbliche (concorsi e selezioni anche da centro per l'impiego)	Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della procedura	4,00	Applicazione del criterio della rotazione nell'individuazione della figura del segretario commissione Dichiarazione soggetti preposti alla selezione sulla insussistenza vincoli di parentela, affinità o altre situazioni di incompatibilità	2019 2020 2021	Area Giuridica	Reportistica e relazione
2	Nomine per incarichi di Direttore di Dipartimento, Direttore di Distretto, Direttore di Presidio Ospedaliero, Direttore Struttura Complessa	Inosservanza regole procedurali indicate dalla normativa e dagli atti aziendali, anche a garanzia della trasparenza	4,00	Esplicitazione all'interno degli atti del procedimento della conformità dello stesso alle previsioni dell'atto aziendale ed agli indirizzi di programmazione regionale Pubblicazione atti del procedimento	2019 2020 2021	Area Giuridica	Reportistica e relazione
3	Selezioni interne di ogni tipologia	Inosservanza norme a garanzia della trasparenza	3,00	Prove orali delle selezioni da effettuarsi a porte aperte	2019 2020 2021	Area Giuridica Area Formazione e Sviluppo del personale	Reportistica e relazione

4	Gestione presenze/assenze	Discrezionalità nell'applicazione degli istituti di legge e contrattuali Discrezionalità nel caricamento manuale nei casi in cui è previsto Timbratura in luogo d'accesso non corretto rispetto alle sedi di rispettiva assegnazione del dipendente	3,50	Indirizzi e verifiche Uniformità di comportamenti e azioni tra le diverse sedi in AUSL	2019 2020 2021	Area Giuridica	Reportistica e relazione
5	Concessione istituti contrattuali e/o previsti da disposizioni normative (aspettative e congedi a vario titolo, permessi, benefici previsti dalla legge n. 104/1992, ecc.)	Accoglimento di istanze di soggetti prive dei requisiti e delle condizioni richieste	3,50	Verifica a campione (almeno il 10%) della documentazione richiesta ai fini dell'ottenimento del beneficio	2019 2020 2021	Area Giuridica	Reportistica e relazione
6	Autorizzazione all'espletamento di incarichi extraistituzionali e occasionali	Mancata valutazione dell'eventuale sussistenza di conflitto di interessi e del rispetto dei criteri dell'occasionalità e della temporaneità	3,00	Controlli a campione (almeno il 10%) nell'ambito dell'attività del Servizio Ispettivo e nell'ambito delle ordinarie attività di controllo	2019 2020 2021	Area Giuridica	Reportistica e relazione
7	Procedure di verifica idoneità alle mansioni e/o dispensa dal servizio	Accoglimento istanze di soggetti prive di requisiti e delle condizioni	1,50	Esplicitazione all'interno degli atti del procedimento della conformità dello stesso	2019 2020 2021	Area Giuridica	Reportistica e relazione

		richieste		alle previsioni legislative e contrattuali Pubblicazione degli atti del procedimento			
8	Controllo autocertificazioni presentate per concorsi, selezioni, benefici e procedimenti vari	Dichiarazioni non rispondenti al vero	3,50	Verifica a campione (10%) delle autocertificazioni presentate	2019 2020 2021	Area Giuridica Area Economica Area Formazione e Sviluppo del personale Area Personale Convenzionato	Reportistica e relazione
9	Progressioni di carriera che derivano da accordi integrativi aziendali	Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, secondo quanto previsto dagli accordi sindacali integrativi	4,00	Adempimento delle disposizioni contrattuali che disciplinano il percorso Verifiche puntuali sul possesso dei requisiti richiesti per l'accesso al beneficio	2019 2020 2021	Area Economica	Reportistica e relazione
10	Elaborazione cedolini stipendiali: attribuzione voci accessorie e in base a rendicontazione presenze/assenze	Accoglimento istanze di soggetti prive dei requisiti richiesti Discrezionalità nel riconoscimento delle voci accessorie	3,00	Funzionamento a regime automatismi informatici per il riconoscimento delle voci accessorie Verifica a campione (almeno il 10%) delle autodichiarazioni presentate per ottenimento assegno familiare	2019 2020 2021	Area Economica	Reportistica e relazione

11	Monetizzazione ferie non godute al momento della cessazione	Pagamento in assenza dei requisiti e delle condizioni richieste	2,00	Esplicitazione all'interno degli atti del procedimento della conformità dello stesso alle previsioni legislative e contrattuali Pubblicazione degli atti del procedimento	2019 2020 2021	Area Economica	Reportistica e relazione
12	Accesso alla formazione individuale sponsorizzata	Presenza di eventuale conflitto di interessi con soggetti sponsor	4,50	Definizione di un regolamento interaziendale AUSL/AOU e relativa modulistica (compreso modello di dichiarazione assenza conflitto di interessi)	2019 2020 2021	Area Formazione e Sviluppo del personale	Regolamento e relazione
13	Organizzazione eventi ECM formativi da parte di enti convenzionati	Presenza di soggetti sponsor non permessi dalla normativa regionale e non dichiarata al provider	5,40	Ridefinizione delle convenzioni – quadro (compreso modello di dichiarazione assenza conflitto di interessi da parte del responsabile scientifico)	2019 2020 2021	Area Formazione e Sviluppo del personale	Convenzioni e relazione
14	Scelta docenti dipendenti con pagamento orario docenza	Discrezionalità di scelta dei docenti in ambito aziendale	1,75	Utilizzo puntuale dell'Albo docenti istituito in AUSL con eventuale estensione, nel corso del processo di integrazione in atto, all'AOU.	2019 2020 2021	Area Formazione e Sviluppo del personale	Reportistica e relazione

				Ipotesi in corso è Albo regionale			
15	Scelta docenti liberi professionisti con pagamento docenza	Discrezionalità di scelta dei docenti in ambito aziendale	3,60	Utilizzo puntuale dell'Albo docenti istituito in AUSL con eventuale estensione, nel corso del processo di integrazione in atto, all'AOU. Ipotesi in corso è Albo regionale	2019 2020 2021	Area Formazione e Sviluppo del personale	Reportistica e relazione
16	Scelta fornitore servizio di formazione (con pagamento complessivo del servizio docenza e organizzazione)	Discrezionalità di scelta dei docenti in ambito aziendale	3,60	Utilizzo puntuale del Regolamento per la scelta dei servizi in merito alle procedure di acquisto sotto soglia comunitaria	2019 2020 2021	Area Formazione e Sviluppo del personale	Reportistica e relazione
17	Concessione aule a provider privati (solo per AOU)	Influenza di interessi diretti o indiretti sulla attività formativa che ne possano pregiudicare la finalità educativa basata sulle evidenze scientifiche	6,60	Ridefinizione delle procedure di prenotazione delle aule, al fine di prevenire possibili pregiudizi o danni di immagine	2019 2020 2021	Area Formazione e Sviluppo del personale	Nuove procedure e relazione
18	Conferimento incarichi dirigenziali intermedi: UO Semplice, incarico alta specializzazione	Inosservanza disposizioni normative, contrattuali, anche a garanzia della	4,50	Esplicitazione all'interno degli atti della conformità del procedimento alle disposizioni normative e	2019 2020 2021	Area Formazione e Sviluppo del personale	Reportistica e relazione

		trasparenza e dell'imparzialità		contrattuali Presenza ed esplicitazione negli atti di nomina della motivazione a supporto della scelta del dirigente cui conferire l'incarico			
19	Verifiche periodiche dirigenza: Collegi Tecnici	Inosservanza regole procedurali definite da contratti, regolamenti e accordi aziendali, anche a garanzia della trasparenza Mancata verifica di sussistenza di conflitto di interessi e incompatibilità tra i soggetti coinvolti nella valutazione	3,00	Puntuale applicazione delle disposizioni contrattuali che regolano il procedimento Verifica dell'applicazione dei criteri che assicurano la partecipazione del dipendente al procedimento	2019 2020 2021	Area Formazione e Sviluppo del personale	Reportistica e relazione
20	Verifiche periodiche dirigenza e applicazione provvedimenti conseguenti: equiparazione, passaggio fascia superiore indennità esclusività, conferimento incarichi dirigenziali ex art. 27 lett. c) e d) ccnl 8.6.2000	Discrezionalità nel riconoscimento voci accessorie Discrezionalità nel caricamento manuale in procedura nei casi in cui è previsto	3,00	Puntuale applicazione delle disposizioni contrattuali che regolano il procedimento	2019 2020 2021	Area Formazione e Sviluppo del personale	Reportistica e relazione
21	Selezioni interne di conferimento incarichi di Posizione Organizzativa area comparto	Inosservanza norme di legge, contrattuali e di	3,75	Presenza delle dichiarazioni da parte dei componenti le	2019 2020 2021	Area Formazione e Sviluppo del personale	Reportistica e relazione

		regolamento che disciplinano le procedure selettive per il conferimento degli incarichi		commissioni esaminatrici sulla insussistenza di condizioni di incompatibilità Verifiche sul possesso dei requisiti dei partecipanti alla selezione Applicazione del criterio della rotazione per l'individuazione del segretario delle commissioni esaminatrici			
22	Verifiche incarichi area comparto: procedura verifica e provvedimenti conseguenti	Inosservanza regole procedurali definite da contratti, regolamenti ed accordi aziendali anche a garanzia della trasparenza	3,00	Puntuale applicazione delle disposizioni contrattuali che regolano il procedimento Verifica del rispetto dei criteri che assicurano la partecipazione del dipendente al procedimento	2019 2020 2021	Area Formazione e Sviluppo del personale	Reportistica e relazione
23	Assegnazione e verifica raggiungimento obiettivi annuali di risultato dirigenza	Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità, secondo quanto previsto dalla contrattazione integrativa	3,00	Puntuale applicazione delle disposizioni contrattuali che regolano il procedimento Verifica del rispetto dei criteri che assicurano la partecipazione del dipendente al procedimento	2019 2020 2021	Area Formazione e Sviluppo del personale	Reportistica e relazione

24	Assegnazione e verifica raggiungimento obiettivi annuali di incentivazione personale area comparto	Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità, secondo quanto previsto dalla contrattazione integrativa	3,00	Puntuale applicazione delle disposizioni contrattuali che regolano il procedimento Verifica del rispetto dei criteri che assicurano la partecipazione del dipendente al procedimento	2019 2020 2021	Area Formazione e Sviluppo del personale	Reportistica e relazione
25	Liquidazione incentivazione area comparto, liquidazione retribuzione di risultato dirigenza	Discrezionalità nella valorizzazione delle quote economiche Discrezionalità nel caricamento manuale in procedura nei casi in cui è previsto	3,00	Verifiche e valutazione sull'introduzione, ove possibile, di automatismi informatici	2019 2020 2021	Area Formazione e Sviluppo del personale	Reportistica e relazione
26	Copertura ambiti territoriali carenti medici di Assistenza Primaria, Pediatri Libera Scelta, Medici Emergenza Territoriale	Attribuzione incarico a non avente diritto	1,50	Verifiche requisiti e relativa documentazione del procedimento	2019 2020 2021	Area Personale Convenzionato	Reportistica e relazione
27	Attribuzione incarichi a tempo indeterminato e determinato di continuità assistenziale	Attribuzione incarico a non avente diritto	1,50	Verifiche requisiti e relativa documentazione del procedimento	2019 2020 2021	Area Personale Convenzionato	Reportistica e relazione
28	Attribuzione incarichi a tempo indeterminato e determinato a specialisti ambulatoriali interni, medici veterinari, ed altre professionalità sanitarie (biologi,	Attribuzione incarico a non avente diritto	1,50	Verifiche requisiti e relativa documentazione del procedimento	2019 2020 2021	Area Personale Convenzionato	Reportistica e relazione

	chimici, fisici)						
29	Attribuzione incarichi di medicina dei servizi territoriali – Istituti Penitenziari	Attribuzione incarico a non avente diritto	1,50	Verifiche requisiti e relativa documentazione del procedimento	2019 2020 2021	Area Personale Convenzionato	Reportistica e relazione
30	Attribuzione incarichi di medicina di emergenza territoriale	Attribuzione incarico a non avente diritto	1,50	Verifiche requisiti e relativa documentazione del procedimento	2019 2020 2021	Area Personale Convenzionato	Reportistica e relazione
31	Elaborazione graduatoria aziendale di medici disponibili per incarichi a tempo determinato nei settori della medicina generale convenzionata	Inserimento e collocazione in graduatoria di candidato senza requisiti e titoli	1,50	Verifiche a campione	2019 2020 2021	Area Personale Convenzionato	Reportistica e relazione
32	Certificazione stati di servizio	Attribuzione servizi non prestati	1,50	Verifiche sulla documentazione in atti	2019 2020 2021	Area Personale Convenzionato	Reportistica e relazione
33	Liquidazione premio di operosità personale specialista ambulatoriale collocato in quiescenza	Liquidazione di competenze non spettanti	1,50	Verifica e controllo di ogni liquidazione	2019 2020 2021	Area Personale Convenzionato	Reportistica e relazione

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE TECNICO E LOGISTICA

La scheda che segue contiene misure elaborate in sede locale

Le misure generali e specifiche riferite all'articolazione delle fasi del procedimento contrattuale per i Servizi del Dipartimento Tecnico e Logistica interaziendale sono previste nelle tabelle di cui all'Allegato 2 al Piano

	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE INDIVIDUATE	TEMPI DI ATTUAZIONE	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Procedure di appalto ed esecuzione contratti: controlli antimafia	Infiltrazioni mafiose	5,00	Applicazione del "Protocollo di legalità per la prevenzione dei tentativi di infiltrazione della criminalità organizzata nel settore degli appalti, concessioni, forniture, servizi e lavori pubblici nella Provincia di Parma", sottoscritto nel luglio 2016	2019 2020 2021	Area Acquisizione Beni Area Logistica e Gestione Amministrativa Lavori Pubblici Area Attività Tecniche Area Ingegneria Clinica	Reportistica e relazione, in particolare sulle acquisizioni delle informative antimafia
2	Esecuzione appalti Lavori Pubblici	Inosservanza disposizioni in materia di "varianti"	5,25	Pubblicazione provvedimenti di adozione di varianti, con riferimento a quelle per il cui valore vi è obbligo di comunicazione ad A.N.AC.	2019 2020 2021	Area Logistica e Gestione Amministrativa Lavori Pubblici Area Attività Tecniche	Pubblicazione provvedimenti in "Amministrazione Trasparente"
3	Gestione inventario beni	Perdita o sottrazione di beni di proprietà delle Aziende	3,50	Sistematizzazione delle verifiche inventariali e revisione interaziendale della regolamentazione	2019 2020 2021	Area Acquisizione Beni Area Logistica	Relazione e regolamentazione interaziendale

4	Gestione beni immobili	Condizioni di acquisto o locazione che facciano prevalere l'interesse della controparte su quello delle Aziende	3,00	Pubblicazione in "Amministrazione Trasparente" dell'elenco immobili di proprietà e del loro valore	2019 2020 2021	Area Logistica e Gestione Amministrativa Lavori Pubblici Area Attività Tecniche	Pubblicazioni in "Amministrazione Trasparente"
5	Atti di acquisto, vendita, permuta immobili	Approvazione di acquisti, vendite o permuta di immobili non connessi ad esigenze primarie o prioritarie rispetto alle risorse disponibili ed alle esigenze operative aziendali	7,50	Formulazione della proposta, a decorrere da quelli relativi all'anno 2019, da parte dei Direttori di tutte le principali articolazioni aziendali (Distretti e Dipartimenti) per beni di valore superiore ad Euro 1.000.000,00	2019 2020 2021	Area Logistica e Gestione Amministrativa Lavori Pubblici Area Attività Tecniche	Reportistica e relazione
6	Atti di locazione attiva o passiva compresi o non compresi nell'atto di programmazione	Approvazione di acquisizione o di concessione di locali in locazione non connesse ad esigenze primarie o prioritarie rispetto alle risorse disponibili ed alle esigenze operative aziendali	6,00	Formulazione della proposta, a decorrere da quelli relativi all'anno 2019, da parte dei Direttori di tutte le principali articolazioni aziendali (Distretti e Dipartimenti) per importi annuali superiori ad Euro 100.000,00	2019 2020 2021	Area Logistica e Gestione Amministrativa Lavori Pubblici Area Attività Tecniche	Reportistica e relazione

7	Liquidazione fatture (autorizzazione al pagamento)	Corresponsione di compensi eccedenti rispetto alle prestazioni effettivamente erogate, oppure con importi unitari superiori a quelli previsti contrattualmente per gli interventi effettivamente prestati	8,00	Inserimento dei visti tecnici ed amministrativi da parte di soggetti diversi rispetto a colui che firma la liquidazione	2019 2020 2021	Area Acquisizione Beni Area Esecuzione Contratti e Fornitura beni Area Logistica e Gestione Amministrativa Lavori Pubblici Area Attività Tecniche Area Ingegneria Clinica	Reportistica e relazione
8	Accettazione dei Beni Mobili di importo oltre i 50.000 Euro	Accettazione di Beni Mobili per i quali è previsto un costo di gestione e/o manutenzione superiore rispetto ad analoghi prodotti presenti sul mercato e per i quali tali interventi sono riconducibili ad un unico soggetto economico	7,50	Inserimento di attestazione specifica, da parte del Dirigente tecnico per la valutazione del bene, in merito alla convenienza complessiva rispetto alla gestione del bene ed all'assenza di costi di manutenzione ed acquisto di prodotti di consumo superiori alla media per attrezzature della stessa tipologia	2019 2020 2021	Area Acquisizione Beni Area Logistica e Gestione Amministrativa Lavori Pubblici Area Attività Tecniche Area Ingegneria Clinica	Reportistica e relazione
9	Rimborsi con cassa economale	Rimborsi di spese non imputabili all'Azienda oppure di spese fittizie	4,50	Proseguimento nella riduzione degli importi dei rimborsi effettuati con cassa economale (al netto dei pagamenti relativi a corsi di	2019 2020 2021	Dipartimento Tecnico e Logistica	Reportistica e relazione

				aggiornamento in quanto non posti sotto il controllo del gestore della cassa economale)			
10	Ricevimento della merce da fornitori a Magazzino	Mancato controllo della corrispondenza tra il numero dei colli ricevuti con il numero dei colli indicati sul documento di trasporto, nonché della loro integrità. (Rischio collusione con trasportatore) Accettazione di prodotti non corrispondenti ai prodotti ordinati per omesso controllo tra prodotto ordinato e prodotto consegnato, verificabile mediante il codice articolo fornitore indicato nell'ordinativo e riportato sul DdT. (Rischio collusione / favoreggiamento con fornitore)	4,00	Presenza del Responsabile del Magazzino, o suo delegato, al momento del ricevimento della merce con verifica che il magazziniere controlli la corrispondenza del numero dei colli ricevuti e numero dei colli indicato sul DdT, nonché la loro integrità, e puntuale apposizione della firma sul DDT. Corretta codifica anagrafica del bene con puntuale indicazione del codice articolo fornitore (REF) e controllo periodico a campione da parte del Responsabile del Magazzino, o suo delegato, dei documenti contabili con verifica della corrispondenza tra Ordine / DdT / Carico di Magazzino / Fattura.	2019 2020 2021	Area Esecuzione Contratti e Fornitura beni Magazzino	Reportistica e relazione
11	Gestione del materiale in giacenza Magazzino	Scorrette modalità di stoccaggio, conservazione dei beni e rotazione	8,50	Verifica periodica da parte del Responsabile del Magazzino, o suo delegato, delle corrette	2019 2020 2021	Area Esecuzione Contratti e Fornitura beni Magazzino	Reportistica e relazione

		dei prodotti a scorta con conseguenti deterioramenti e necessità di ripristino scorta e aumento delle quantità ordinate. (Rischio collusione / favoreggiamento fornitore)		modalità di stoccaggio, conservazione e delle scadenze dei beni e verifica di tutte le cause dello scarto con autorizzazione specifica ad ogni movimento informatico di scarto.			
12	Richieste d'ordine d'acquisto per reintegro scorte Magazzino	Richieste di acquisti in quantità sovradimensionate rispetto alle oggettive necessità di ripristino delle scorte. (Rischio collusione/favoreggiamento fornitore)	8,50	Autorizzazione preventiva da parte del Responsabile del Magazzino, o suo delegato, in merito alle quantità di reintegro richieste rispetto alle giacenze effettive e all'andamento dei consumi.	2019 2020 2021	Area Esecuzione Contratti e Fornitura beni Magazzino	Reportistica e relazione
13	Attività di emissione ordini sia di prodotti a contratto che ordini "in economia"	Per ordini in esecuzione di contratti emissione di ordini con prezzi diversi da quelli contrattualizzati, per emissione di ordini in economia per prodotti standardizzati con concorrenza sul mercato emissione di pluralità di ordini allo stesso	6,00	Per gli ordini afferenti a contratto riserva della funzione di modifica dei prezzi solo al RUP gestore del contratto; per gli ordini in economia rilevazione dell'ammontare degli acquisti ricorrenti e comunicazione relativa al Servizio Acquisizione Beni per azioni conseguenti (espletamento gare o stipula formale di	2019 2020 2021	Area Esecuzione Contratti e Fornitura beni Magazzino	Reportistica e relazione

		fornitore, senza rotazione. (Rischio collusione /favoreggiamento fornitore)		contratto in esclusiva)			
14	Programmazione degli investimenti	Incongrua valutazione delle priorità per ingiusti vantaggi a terzi	5,00	Sistema di tracciatura di tutte le richieste ricevute dalle UO operative. Il processo prevede un'attività collegiale di valutazione interna i cui risultati saranno riportati in direzione strategica per l'approvazione finale	2019 2020 2021	Area Ingegneria Clinica	Reportistica e relazione
15	Affidamento dei servizi manutentivi	Incongrua assegnazione del servizio per favorire ingiusti vantaggi a terzi	7,50	Modifica del processo di analisi. Le tecnologie da sottoporre a contratti manutentivi saranno valutate attraverso una procedura di classificazione del rischio legata alla destinazione d'uso, alla pregressa storia manutentiva ed al rischio di continuità dell'erogazione. La designazione finale dei contratti sarà effettuata collegialmente dai dirigenti SIC, previa verifica delle eventuali condizioni di esclusività tecnica	2019 2020 2021	Area Ingegneria Clinica	Reportistica e relazione
16	Direzione ed esecuzione dei contratti di fornitura di beni e di servizi manutentivi	Incongrua attestazione della corretta esecuzione	7,50	Rotazione degli incarichi per Direttore dell'Esecuzione ed	2019 2020 2021	Area Ingegneria Clinica	Reportistica e relazione

		per favorire ingiusti vantaggi a terzi		assistenti			

DIPARTIMENTO INTERPROVINCIALE ICT (SEDI AUSL/AOU DI PARMA)

	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE INDIVIDUATE	TEMPI DI ATTUAZIONE	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Valutazione acquisizione strumenti, attrezzature informatiche, software, servizi di manutenzione	Incongrue valutazioni per ingiusti vantaggi a terzi	4,00	Rotazione degli incarichi per le valutazioni	2019 2020 2021	Aree ICT AUSL e AOU	Reportistica e relazione
2	Gestione sistemi informatici	Configurazione o amministrazione di sistema per favorire ingiusti vantaggi a terzi	4,00	Verifiche delle gestioni	2019 2020 2021	Aree ICT AUSL e AOU	Reportistica e relazione
3	Individuazione delle priorità in tema di ICT e E-Health al fine di definire gli investimenti prioritari e le azioni strategiche da eseguire	Incongrue valutazioni per ingiusti vantaggi a terzi	3,50	Autorizzazione Direzioni aziendali	2019 2020 2021	Aree ICT AUSL e AOU	Reportistica e relazione
4	Individuazione delle criticità dei sistemi informatici di competenza manutentiva SIA, dal punto di vista della strategicità, della stabilità e della funzionalità	Incongrue valutazioni per ingiusti vantaggi a terzi	3,50	Verifiche tecniche aggiuntive	2019 2020 2021	Aree ICT AUSL e AOU	Reportistica e relazione
5	Aggiornamento del regolamento dei sistemi informatici aziendali	Incongrue valutazioni per ingiusti vantaggi a terzi	3,50	Benchmarking con regolamenti Aziende AVEN	2019 2020 2021	Aree ICT AUSL e AOU	Regolamento

6	Accettazione di strumenti informatici (attrezzature o licenze) derivanti da donazioni con il supporto e le valutazioni degli uffici del servizio	Vincoli ingiusti di manutenzione non programmati e trasparenti	3,50	Relazioni di verifiche tecniche	2019 2020 2021	Aree ICT AUSL e AOU	Reportistica e relazione
7	Analisi e individuazione del fabbisogno di attrezzature informatiche e redazione, gestione e vigilanza sul piano triennale delle dotazioni strumentali (comma 597 dell'art. 2 della legge n. 244 del 2007)	Incongrue valutazioni per ingiusti vantaggi a terzi	4,00	Rotazione degli incarichi per le valutazioni	2019 2020 2021	Aree ICT AUSL e AOU	Documentazione di programmazione, reportistica e relazione
8	Macro progettazione dei sistemi informatici e informativi	Incongrue valutazioni per ingiusti vantaggi a terzi	4,00	Relazioni tecniche di verifica, impatto e valutazioni comparative	2019 2020 2021	Aree ICT AUSL e AOU	Documentazione di progettazione, reportistica e relazione

SERVIZIO INTERAZIENDALE ECONOMICO FINANZIARIO

	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE INDIVIDUATE	TEMPI DI ATTUAZIONE	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Ciclo di liquidazione	Mancanza di documentazione o documentazione non corretta	7,00	Richieste a campione finalizzate dei documenti, conteggi e prospetti utilizzati per predisporre gli atti di liquidazione	2019 2020 2021	Servizio Interaziendale Economico Finanziario	Reportistica e relazione
2	Verifica esenzioni ticket per età e reddito	Concessione di benefici economici al fine di favorire particolari utenti False dichiarazioni ai fini dell'ottenimento dell'esenzione	7,00	Maggior utilizzo dei dati SGEI Sistema informatico per le esenzioni da patologia Applicativi informatici per i controlli	2019 2020 2021	Servizio Interaziendale Economico Finanziario	Reportistica e relazione
3	Procedure solleciti crediti insoluti	Mancata attivazione delle procedure di recupero sulla base di criteri discrezionali al fine di favorire soggetti particolari	6,50	Diffusione del nuovo regolamento sul recupero crediti elaborato in area AVEN Formazione e maggior coinvolgimento del personale incaricato a livello distrettuale	2019 2020 2021	Servizio Interaziendale Economico Finanziario	Reportistica e relazione
4	Circolarizzazione dei crediti e dei debiti	Mancata o errata registrazione in contabilità	7,00	Intensificazione delle verifiche dei saldi per poter avere maggiore allineamento con i fornitori e clienti esterni	2019 2020 2021	Servizio Interaziendale Economico Finanziario	Reportistica e relazione

STRUTTURA INTERAZIENDALE INTERNAL AUDITING

	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE INDIVIDUATE	TEMPI DI ATTUAZIONE	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Percorso Attuativo Certificabilità Bilanci (PAC): monitoraggio azioni di miglioramento	Mancata implementazione delle azioni consigliate	2,00	Aggiornamento e formalizzazione procedure aziendali PAC Monitoraggio costante delle azioni intraprese dai Servizi Riscontro puntuale secondo il cronoprogramma	2019 2020 2021	Internal Auditing	Documenti, reportistica e relazione
2	Verifica controlli di primo livello	Mancata applicazione dei controlli insiti nei processi	8,50	Attività di vigilanza e identificazione delle criticità Proposte di azioni correttive Creazione di un ambiente collaborativo	2019 2020 2021	Internal Auditing	Documenti, reportistica e relazione
3	Audit: acquisizione della conoscenza di elementi informativi, gestionali, organizzativi, di governance…; analisi delle operazioni, processi e informazioni	Il sistema di audit viene percepito come l'ennesimo adempimento burocratico, senza portare a miglioramenti gestionali	7,00	Acquisizione continua di nuove conoscenze al fine di accrescere autonomia e autorevolezza Coinvolgimento attivo del personale, forte senso collaborativo Accrescere la cultura del	2019 2020 2021	Internal Auditing	Documenti, reportistica e relazione

				controllo interno			
4	Monitoraggio (follow-up): valutazione dell'applicazione delle misure raccomandate	Mancata applicazione delle azioni suggerite	7,00	Monitoraggio costante azioni intraprese Riscontro puntuale secondo il cronoprogramma Rendicontazione alla Direzione	2019 2020 2021	Internal Auditing	Documenti, reportistica e relazione

SERVIZIO INTERAZIENDALE AFFARI GENERALI

	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE INDIVIDUATE	TEMPI DI ATTUAZIONE	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Formazione e percorso deliberazioni e determine dirigenziali	Mancata osservanza dei percorsi stabiliti nelle due Aziende e nella pubblicazione sull'albo pretorio on line, ai fini di trasparenza	1,50	Verifiche in ordine alla regolarità di adozione, completezza e cronologia dei provvedimenti assunti dalle Direzioni aziendali Pubblicazioni in "Amministrazione Trasparente"	2019 2020 2021	Servizio interaziendale Affari Generali	Reportistica e relazione
2	Convenzioni attive e passive con altri Enti del SSN, altri Enti pubblici e con associazioni di volontariato (ed atti conseguenti) per prestazioni di consulenza da parte di personale dipendente (o prestazioni da parte di volontari appartenenti alle associazioni), ai sensi delle disposizioni contrattuali e regolamentari vigenti	Difformità nei singoli percorsi interni delle due Aziende e nelle procedure per la pubblicazione	1,50	Verifiche a campione in ordine alla regolarità di adozione dell'atto ed alla conclusione della pratica (es. firme dei contraenti, archiviazione originali sottoscritti ecc.) Accentramento in un unico ufficio l'adozione degli atti convenzionali	2019 2020 2021	Servizio interaziendale Affari Generali	Reportistica e relazione
3	Gestione flussi documentali e procedure di scarto dei documenti	Difformità nei singoli percorsi interni	1,50	Verifiche a campione in ordine alla regolarità dei percorsi Adozione specifica circolare	2019 2020 2021	Servizio interaziendale Affari Generali	Circolare e relazione

4	Accreditamento agenzie e cooperative per assistenza integrativa non sanitaria (in AOU)	Difformità nei singoli percorsi interni	2,00	Verifiche in ordine alla regolarità della procedura di accreditamento Verifiche periodiche in ordine alla validità della documentazione	2019 2020 2021	Servizio interaziendale Affari Generali	Reportistica e relazione
5	Accreditamento amministrativo personale infermieristico presso Istituti Penitenziari (in AOU)	Difformità nei singoli percorsi interni	1,50	Verifiche in ordine alla regolarità della procedura di accreditamento	2019 2020 2021	Servizio interaziendale Affari Generali	Reportistica e relazione
6	Nido aziendale (solo AOU)	Errori nella procedura di acquisizione delle domande	1,50	Verifiche in ordine alla regolarità di adozione, completezza e cronologia dell'istruttoria	2019 2020 2021	Servizio interaziendale Affari Generali	Reportistica e relazione
7	Reportistica sugli incarichi alla Corte dei Conti	Mancata osservanza dei percorsi stabiliti nelle due Aziende	1,00	Verifiche a campione in ordine alla regolarità della procedura di invio della reportistica da parte delle strutture complesse interessate	2019 2020 2021	Servizio interaziendale Affari Generali	Reportistica e relazione
8	Acquisizione di prestazioni in regime di attività aggiuntiva (solo AOU)	Mancata osservanza dei percorsi stabiliti	1,00	Verifiche a campione in ordine ai percorsi autorizzativi	2019 2020 2021	Servizio interaziendale Affari Generali	Reportistica e relazione
9	Controllo e liquidazione attività aggiuntiva (solo AOU)	Disomogeneità cronologica nella ripartizione delle somme destinate ai professionisti	1,50	Verifiche a campione in ordine alle somme ripartite	2019 2020 2021	Servizio interaziendale Affari Generali	Reportistica e relazione

10	Acquisizione spazi per libera professione con terzi non accreditati con il SSN e relativi accordi (solo AOU)	Errori procedurali nell'iter autorizzativo	2,50	Verifiche in ordine all'iter istruttorio	2019 2020 2021	Servizio interaziendale Affari Generali	Reportistica e relazione
11	Ripartizione proventi derivanti dall'attività libero professionale ambulatoriale, strumentale e di ricovero (solo AOU)	Ritardi ed errori nella attribuzione delle somme	1,50	Verifiche a campione in ordine alle somme ripartite	2019 2020 2021	Servizio interaziendale Affari Generali	Reportistica e relazione
12	Predisposizione liquidazione fondo di perequazione e fondo 2% (solo AOU)	Difformità procedurali	1,50	Verifiche a campione in ordine alle somme ripartite	2019 2020 2021	Servizio interaziendale Affari Generali	Reportistica e relazione
13	Autorizzazione allo svolgimento della libera professione e modifiche tariffari (solo AOU)	Mancata osservanza dei percorsi stabiliti	2,00	Verifiche a campione	2019 2020 2021	Servizio interaziendale Affari Generali	Reportistica e relazione

DIREZIONE SANITARIA AUSL

	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE INDIVIDUATE	TEMPI DI ATTUAZIONE	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Attività di controllo e monitoraggio degli accordi di fornitura Degenze con strutture private accreditate	Mancato rispetto delle previsioni contrattuali Riconoscimento economico di prestazioni non correttamente codificate o non avvenute	6,50	Monitoraggio periodico dell'attività erogata in regime contrattuale Verbalizzazione dell'attività di controllo effettuata	2019 2020 2021	Direzione Sanitaria Ufficio Coordinamento controlli sanitari Uffici distrettuali	Report, verbali, relazione
2	Attività di controllo e monitoraggio degli accordi di fornitura di Prestazioni Specialistiche ambulatoriali con private accreditate	Mancato rispetto delle previsioni contrattuali Riconoscimento economico di prestazioni non correttamente codificate o non avvenute	4,50	Monitoraggio periodico dell'attività erogata in regime contrattuale Verbalizzazione dell'attività di controllo effettuata	2019 2020 2021	Direzione Sanitaria Distretto di Parma	Report, verbali, relazione
3	Gestione mobilità sanitaria	Non correttezza della richiesta di rimborso per prestazioni effettuate	4,00	Verifica ritorni informativi per i flussi degenza, specialistica, farmaceutica	2019 2020 2021	Direzione Sanitaria	Reportistica e relazione
4	Attività Libero Professionale intramoenia	Mancato rispetto dei volumi di attività	4,00	Verifica delle reportistiche provenienti dalle strutture aziendali,	2019 2020 2021	Direzione Sanitaria	Reportistica e relazione

				sui volumi di attività istituzionale e in libera professione			
5	Comitati Etici	Anomalie di funzionamento	1,50	Collaborazione in sede AVEN, dove ora esiste unico Comitato Etico per tutte le Aziende	2019 2020 2021	Direzione Sanitaria in collaborazione con la Direzione Sanitaria AOU	Reportistica e relazione
6	Informazione scientifica sul farmaco	Mancato rispetto delle modalità di svolgimento dell'attività di informazione, disciplinata da regolamento approvato nel corso del 2017 in attuazione DGR n.2309/2016	3,50	Verifiche di rispetto e attuazione del regolamento aziendale approvato nel 2017, in attuazione della DGR n. 2309/2016 recante indirizzi e direttive di informazione scientifica sul farmaco	2019 2020 2021	Direzione Sanitaria in collaborazione con Dipartimento Farmaceutico e strutture ospedaliere e territoriali	Reportistica e relazione
7	Accesso alle ditte di pompe funebri presso le camere ardenti degli ospedali	Anomalie nelle modalità di attivazione delle imprese e sull'andamento del servizio	7,50	Verifiche e controlli sull'osservanza del regolamento di Presidio e delle direttive della Direzione medica Verifiche periodiche sul rispetto delle norme contenute nell'at. 18 del Codice di Comportamento da parte di tutti gli operatori Rotazione del personale addetto in base alle possibilità consentite dall'organico a	2019 2020 2021	Direzione Sanitaria Direzione Presidio Ospedaliero Servizio Infermieristico	Report e relazione

				disposizione Attuazione e verifica delle indicazioni contenute nella nota regionale del 13 marzo 2018 in materia di vestizione del defunto, con riferimento in particolare alle precise e separate competenze tra personale della struttura sanitaria e impresa di pompe funebri			
8	Sistema Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	Mancata conoscenza ed osservanza delle disposizioni in materia e degli interventi previsti in sede aziendale	3,50	Azioni di informazione alle equipe assistenziali sulle normative, sul Piano Anticorruzione e sul Codice di Comportamento	2018 2019 2020	Servizio Infermieristico e Tecnico (SIT)	Report e relazione

DIREZIONE ATTIVITA' SOCIO SANITARIE AUSL

	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE INDIVIDUATE	TEMPI DI ATTUAZIONE	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Elaborazione di documenti, regolamenti rivolti all'area della disabilità (percorsi di accesso, presa in carico e continuità assistenziale alle cure ospedaliere ed all'assistenza specialistica; revisione regolamento accesso ai servizi per le persone con gravissima disabilità acquisita)	Mancata osservanza della normativa e delle disposizioni regionali in materia	1,50	Verifiche periodiche attraverso il monitoraggio del flusso online GRAD "Mercurio"	2019 2020 2021	Direzione Attività Socio Sanitarie	Reportistica e relazione
2	Coordinamento: applicazione del decreto interministeriale di finanziamento del FNA gestione del flusso informatico Mercurio per le gravissime disabilità acquisite inserimento dati FRNA nel flusso regionale CUP2000	Anomalie nella rendicontazione verso la Regione, in relazione alla competenza della Direzione Attività Socio Sanitarie	2,00	Verifiche e monitoraggio online attraverso il flusso CUP2000	2019 2020 2021	Direzione Attività Socio Sanitarie	Reportistica e relazione
3	Gestione amministrativa graduatoria provinciale inserimento in posti alta valenza pazienti con gravissime disabilità acquisite	Anomalie in ordine alle valutazioni distrettuali finalizzate alla predisposizione della graduatoria provinciale per	2,00	Monitoraggio da parte della Direzione Attività Socio Sanitarie di attuazione del regolamento aziendale	2019 2020 2021	Direzione Attività Socio Sanitarie	Reportistica e relazione

		l'accesso ai posti di alta valenza approvati dalla CTSS					

PRESIDIO OSPEDALIERO AUSL (Ospedali di Vaio e Borgotaro)

	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE INDIVIDUATE	TEMPI DI ATTUAZIONE	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Gestione delle liste d'attesa dei ricoveri ospedalieri	Discrezionalità nell'attribuzione del codice di priorità clinica	5,25	Verifiche e controlli sull'osservanza del regolamento di Presidio e delle direttive della Direzione medica	2019 2020 2021	Direzione Presidio Ospedaliero	Report e relazione
2	Accesso alle ditte di pompe funebri presso le camere ardenti degli ospedali	Anomalie nelle modalità di attivazione delle imprese e sull'andamento del servizio	7,50	Verifiche e controlli sull'osservanza del regolamento di Presidio e delle direttive della Direzione medica Verifiche periodiche sul rispetto delle norme contenute nell'at. 18 del Codice di Comportamento da parte di tutti gli operatori Rotazione del personale addetto in base alle possibilità consentite dall'organico a disposizione Attuazione e verifica delle indicazioni contenute nella nota regionale del 13 marzo 2018 in materia di vestizione del defunto, con riferimento in particolare alle precise e separate competenze tra	2019 2020 2021	Direzione Sanitaria Direzione Presidio Ospedaliero Servizio Infermieristico	Report e relazione

				personale della struttura sanitaria e impresa di pompe funebri			
4	Percorso di riscossione per le prestazione erogate in regime di libera professione presso gli ospedali	Difformità e anomalie nella riscossione per le prestazioni erogate in libera professione	3,00	Verifiche periodiche sulla correttezza delle attività in relazione alle direttive aziendali e di Presidio	2019 2020 2021	Direzione Presidio Ospedaliero	Report e relazione
5	Nuovo regolamento per l'informazione scientifica del farmaco nei due ospedali: attività di controllo e monitoraggio	Verifica difformità ed eventuali anomalie nell'accesso degli informatori del farmaco presso le Unità Operative ospedaliere	3,50	Verifiche e controlli sull'osservanza del regolamento aziendale nei due ospedali	2019 2020 2021	Direzione Presidio Ospedaliero	Report e relazione
6	Attività di controllo e monitoraggio sulle modalità di svolgimento delle sperimentazioni cliniche autorizzate svolte all'interno delle Unità Operative dei due ospedali	Verifica delle modalità di effettuazione delle sperimentazioni cliniche presso le Unità Operative ospedaliere	5,00	Verifiche e controlli sull'osservanza del regolamento aziendale (in adozione) nei due ospedali	2019 2020 2021	Direzione Presidio Ospedaliero	Report e relazione
7	Revisione regolamento sull'attività di assistenza aggiuntiva non sanitaria svolta all'interno delle Unità Operative dei due ospedali	Attività di controllo e monitoraggio nell'accesso degli operatori delle agenzie autorizzate allo svolgimento di attività aggiuntiva non sanitaria	4,00	Verifiche e controlli sull'osservanza del regolamento aziendale nei due ospedali	2019 2020 2021	Direzione Presidio Ospedaliero	Report e relazione

		presso le Unità Operative ospedaliere					

DIPARTIMENTO ASSISTENZA FARMACEUTICA AUSL (Ospedaliera, Territoriale, Assistenza Diretta)

	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE INDIVIDUATE	TEMPI DI ATTUAZIONE	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Informazione scientifica sul farmaco	Mancato rispetto delle modalità di svolgimento dell'attività di informazione, disciplinata con regolamento nel corso del 2017 in attuazione DGR n.2309/	3,50	Verifiche di rispetto e attuazione del regolamento aziendale approvato nel 2017, in attuazione della DGR n. 2309/2016 recante indirizzi e direttive di informazione scientifica sul farmaco	2019 2020 2021	Dipartimento Farmaceutico in collaborazione con Direzione Sanitaria e strutture ospedaliere e territoriali	Report e relazione
2	Valutazione e validazione richieste farmaci , vaccini, emoderivati, dispositivi medici e altri prodotti farmaceutici per approvvigionamento delle Unità operative ospedaliere, servizi territoriali	Discrezionalità, difformità e anomalie nelle quantità dei prodotti richiesti	2,50	Verifiche periodiche sull' adesione alle procedure condivise di Area Vasta Verifiche periodiche	2019 2020 2021	Area farmaceutica ospedaliera e territoriale	Report e relazione
3	Verifica appropriatezza prescrittiva , con particolare riferimento ai farmaci sottoposti a Registro AIFA e/o Piano Terapeutico	Discrezionalità e diversità di giudizi Abuso dell'autonomia professionale del medico al fine di favorire la diffusione di un particolare farmaco	4,00	Periodici monitoraggi Verifiche periodiche	2019 2020 2021	Area farmaceutica ospedaliera	Report e relazione

4	Informazione/ formazione ai medici specialisti ospedalieri e dei servizi territoriali	Discrezionalità, non uniformità nelle informazioni	2,50	Condivisione dei contenuti propedeutici agli incontri	2019 2020 2021	Area farmaceutica ospedaliera e territoriale	Report e relazione
5	Gestione prodotti non oggetto della logistica centralizzata	Discrezionalità nelle scelte dei prodotti	3,00	Adesione alle linee guida di Area Vasta, prodotte dal Servizio Acquisti	2019 2020 2021	Area farmaceutica ospedaliera	Report e relazione
6	Distribuzione diretta e in dimissione dei farmaci , prodotti nutrizionali, protesica e integrativa	Discrezionalità e inosservanza delle normative e procedure a garanzia dell' equità di accesso	4,00	Validazione/ autorizzazione bozza procedura diretta	2019 2020 2021	Dipartimento Farmaceutico	Report e relazione
7	Attività di vigilanza e controllo sulle farmacie, ispezioni ordinarie, preventive e straordinarie. Applicazione della procedura" Esercizio dell'attività ispettiva ordinaria, straordinaria e preventiva presso le farmacie convenzionate"	Discrezionalità, difformità, anomalie nell'applicazione della procedura	4,50	Verifiche periodiche sulla corretta applicazione della procedura	2019 2020 2021	Area farmaceutica territoriale	Report e relazione
8	Vigilanza sulla corretta applicazione del Regolamento recante norme concernenti l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private." (DPR371/98)	Discrezionalità, difformità, anomalie nell'applicazione del la convenzionate	5,00	Elaborazione di una procedura relativa alla gestione amministrativo-contabile dei costi per assistenza farmaceutica	2019 2020 2021	Area farmaceutica territoriale	Procedura e relazione
9	Procedimento di formazione e revisione pianta organica delle Farmacie	Discrezionalità e inosservanza della normativa	2,00	Verifiche	2019 2020 2021		Report e relazione

10	Controlli ai sensi dell'art. art. 27, comma 5, dell'ACN della medicina generale ed eventuale richiesta di rimborso del farmaco indebitamente prescritto ai sensi dell'art. 1, comma 4, del D.L. 20.06.1996, n. 323, convertito con modificazioni nella L. 08.08.1996, n. 425	Discrezionalità inosservanza e anomalie nell'applicazione della normativa	6,00	Verifiche	2019 2020 2021	Dipartimento Farmaceutico	Report e relazione

DIPARTIMENTI CURE PRIMARIE AUSL (Distretti Parma, Fidenza, Sud Est, Borgotaro)

	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE INDIVIDUATE	TEMPI DI ATTUAZIONE	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Assistenza Primaria Assegnazione incarichi provvisori MMG/PLS	Assegnazione incarichi ai non aventi diritto	3,00	Adozione atti deliberativi	2019 2020 2021	Dipartimenti Cure Primarie	Deliberazioni, report e relazione
2	Assistenza Primaria Verifica dei requisiti per apertura studi medici MMG/PLS	Mancato rispetto norme convenzionali nazionali	1,50	Monitoraggio a campione per la verifica della documentazione in atti	2019 2020 2021	Dipartimenti Cure Primarie	Report e relazione
3	Assistenza Primaria Controllo Assistenza Domiciliare Integrata	Liquidazione di accessi non eseguiti	3,00	Verifica annua a campione sulle cartelle	2019 2020 2021	Dipartimenti Cure Primarie	Report e relazione
4	Assistenza Primaria Controllo PIP oggetto di preventiva autorizzazione	Liquidazione prestazioni non preventivamente autorizzate	2,00	Verifica annua a campione su schede di autorizzazione	2019 2020 2021	Dipartimenti Cure Primarie	Report e relazione
5	Assistenza Protesica e Integrativa Contributi per cure climatiche o soggiorni terapeutici a invalidi di guerra e per servizio	Assegnazione contributi a cittadini non aventi diritto	3,00	Verifica e monitoraggio annuo	2019 2020 2021	Dipartimenti Cure Primarie	Report e relazione
6	Assistenza Protesica e Integrativa Erogazione presidi di assistenza	Erogazione a cittadini non aventi diritto	4,50	Periodica formazione e informazione agli operatori addetti	2019 2020 2021	Dipartimenti Cure Primarie	Formazione e relazione

	protesica, ausili e protesi extra tariffario						
7	Assistenza Protesica e Integrativa Erogazione buoni per acquisto prodotti per pazienti con patologie particolari (celiachia, insufficienza renale…)	Erogazione a cittadini non aventi diritto	4,50	Periodica formazione e informazione agli operatori addetti	2019 2020 2021	Dipartimenti Cure Primarie	Formazione e relazione
8	Assistenza Protesica e Integrativa Rimborso ai dializzati per trasporto con mezzo proprio	Rimborsi non dovuti o non coerenti con le tipologie e le condizioni previste	3,60	Monitoraggio annuo a campione al fine della verifica sui requisiti di accesso al rimborso	2019 2020 2021	Dipartimenti Cure Primarie	Report e relazione
9	Assistenza Protesica e Integrativa Accesso alle strutture ex art. 26 (riabilitative) ubicate fuori provincia	Autorizzazione impropria rispetto a criteri di accesso e requisiti della struttura	3,00	Verifica autorizzazioni	2019 2020 2021	Dipartimenti Cure Primarie	Report e relazione
10	Assistenza Protesica e Integrativa Erogazione presidi di assistenza protesica, ausili e protesi da tariffario	Erogazione a cittadini non aventi diritto	2,60	Periodica formazione e informazione agli operatori addetti	2019 2020 2021	Dipartimenti Cure Primarie	Formazione e relazione
11	Salute Donna Rimborso spese per parto a domicilio	Rimborso spese a non aventi diritto	2,60	Monitoraggio annuo a campione	2019 2020 2021	Dipartimenti Cure Primarie	Report e relazione
12	Salute negli Istituti Penitenziari Gestione contratti di comodato	Non corretta applicazione del Regolamento	2,80	Rinnovo interventi di formazione agli operatori addetti	2019 2020 2021	Dipartimenti Cure Primarie	Formazione e relazione

	d'uso per svolgimento attività libero professionale presso UU.OO. Salute II.PP.						
13	Salute negli Istituti Penitenziari Richiesta copie cartelle e referti	Rilasci non corrispondenti alle richieste	3,00	Revisione specifico regolamento	2019 2020 2021	Dipartimenti Cure Primarie	Regolamento
14	Assistenza Specialistica Territoriale Assegnazione incarichi provvisori a medici specialisti ambulatoriali	Assegnazione incarichi a non aventi diritto	3,00	Adozione atti deliberativi	2019 2020 2021	Dipartimenti Cure Primarie	Delibere, report e relazione
15	Assistenza Specialistica Territoriale Cataratta	Non corretta gestione liste di attesa	4,50	Elaborazione indicazioni operative	2019 2020 2021	Dipartimenti Cure Primarie	Direttiva e relazione
16	Assistenza Specialistica Territoriale Rimborso ticket per prestazioni non usufruite o per pagamento errato	Rimborso improprio	2,50	Interventi di formazione e informazione agli operatori addetti sui criteri di eleggibilità	2019 2020 2021	Dipartimenti Cure Primarie	Formazione e relazione
17	Sportello Unico Attivazione del Fascicolo Sanitario Elettronico	Attivazione FSE da persona terza non autorizzata	3,00	Costanti interventi di formazione agli operatori addetti	2019 2020 2021	Dipartimenti Cure Primarie	Formazione e relazione
18	Sportello Unico Richiesta e attivazione della TS-CRS Tessera Sanitaria – Carta	Richiesta attivazione TS-CRS da persona terza non	3,00	Costanti interventi di formazione agli operatori addetti	2019 2020 2021	Dipartimenti Cure Primarie	Formazione e relazione

	Regionale dei Servizi	autorizzata					
19	Sportello Unico Iscrizione al SSN di cittadini italiani	Iscrizione di cittadini non aventi diritto	4,25	Costanti interventi di formazione agli operatori addetti	2019 2020 2021	Dipartimenti Cure Primarie	Formazione e relazione
20	Sportello Unico Iscrizione al SSN di cittadini extra UE – TU n. 286/1998 e successive modificazioni	Iscrizione di soggetti non aventi diritto	4,25	Costanti interventi di formazione agli operatori addetti	2019 2020 2021	Dipartimenti Cure Primarie	Formazione e relazione
21	Sportello Unico Iscrizione al SSN di stranieri UE – decreto legislativo n. 30/2007	Iscrizione di soggetti non aventi diritto	4,25	Costanti interventi di formazione agli operatori addetti	2019 2020 2021	Dipartimenti Cure Primarie	Formazione e relazione
22	Sportello Unico Scelta e revoca MMG/PLS	Indicazioni imprecise o incomplete all'utenza, finalizzate a privilegiare specifici professionisti	3,50	Rinnovo interventi di formazione agli operatori e verifiche periodiche	2019 2020 2021	Dipartimenti Cure Primarie	Formazione e relazione
23	Sportello Unico Scelta e revoca MMG/PLS per cittadini italiani non residenti (domiciliazione sanitaria)	Indicazioni imprecise o incomplete all'utenza, finalizzate a privilegiare specifici professionisti	3,50	Rinnovo interventi di formazione agli operatori e verifiche periodiche	2019 2020 2021	Dipartimenti Cure Primarie	Formazione e relazione

24	Sportello Unico Richiesta mantenimento PLS oltre il 14esimo anno di età	Mantenimento della scelta al non avente diritto	1,50	Formazione agli operatori addetti Monitoraggio a campione semestrale	2019 2020 2021	Dipartimenti Cure Primarie	Formazione e relazione
25	Sportello Unico Richiesta scelta in deroga MMG/PLS	Autorizzazione scelta in deroga a non avente diritto	1,50	Formazione e informazione agli operatori addetti	2019 2020 2021	Dipartimenti Cure Primarie	Formazione e relazione
26	Sportello Unico Rimborso spese per dialisi in Paesi extra UE	Rimborsi a soggetti non aventi diritto	2,50	Monitoraggio annuo 100% sulle autorizzazioni al fine del rispetto dei criteri	2019 2020 2021	Dipartimenti Cure Primarie	Report e relazione
27	Sportello Unico Autorizzazione e liquidazione spese per prestazioni ambulatoriali all'estero	Autorizzazione a cittadini non aventi diritto	3,50	Monitoraggio annuo 100% sulle autorizzazioni al fine del rispetto dei criteri	2019 2020 2021	Dipartimenti Cure Primarie	Report e relazione
28	Sportello Unico Rimborso prestazioni sanitarie fruite da cittadini italiani in occasione di temporanei soggiorni all'estero	Rimborso a cittadini non aventi diritto	2,50	Monitoraggio annuo a campione	2019 2020 2021	Dipartimenti Cure Primarie	Report e relazione
29	Sportello Unico Rilascio formulari UE (S1, S2, ecc.)	Rilascio formulari a cittadini non aventi diritto	4,00	Formazione e informazione agli operatori Monitoraggio annuo a campione	2019 2020 2021	Dipartimenti Cure Primarie	Formazione e relazione

30	Sportello Unico Rilascio modello ex DPR n. 618 per lavoratori in distacco per lavoro in Paesi extra UE senza accordi bilaterali	Rilascio autorizzazione a cittadini non aventi diritto	4,00	Formazione e informazione agli operatori Monitoraggio annuo a campione	2019 2020 2021	Dipartimenti Cure Primarie	Formazione e relazione
31	Sportello Unico Rilascio attestato di esenzione del pagamento del ticket per invalidità, patologia, ecc.	Rilascio esenzione a cittadini non aventi diritto	3,50	Formazione e informazione agli operatori Monitoraggio annuo a campione	2019 2020 2021	Dipartimenti Cure Primarie	Formazione e relazione
32	Sportello Unico Inserimento nel registro regionale di certificazioni di malattia rara riconosciute da centri extra Regione	Riconoscimento a non aventi diritto	3,00	Rinnovo interventi di formazione e informazione al personale sulle norme che regolano le malattie rare e il programma di gestione	2019 2020 2021	Dipartimenti Cure Primarie	Formazione e relazione
33	Sportello Unico Prenotazione per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali attraverso il sistema S14web	Non equità nell'accesso alle prestazioni	3,00	Formazione e informazione periodica agli operatori Elaborazione linee guida/istruzioni operative aziendali	2019 2020 2021	Dipartimenti Cure Primarie	Formazione, linee guida e relazione

DIPARTIMENTO SANITA' PUBBLICA AUSL

Servizi Veterinari

	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE INDIVIDUATE	TEMPI DI ATTUAZIONE	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Controlli Ufficiali Ispezioni e verifiche	Inosservanza linee guida, delibere e normativa specifica	6,00	Rotazione 20% unità aziendali nei piani di lavoro aziendale Richiesta dichiarazione assenza conflitto interessi Applicazione del piano delle verifiche definite in pianificazione di UO Governo clinico (formazione, addestramento, supervisione, analisi di performance)	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizi Veterinari	Report e relazione
2	Controlli Ufficiali Audit	Inosservanza linee guida, delibere e normativa specifica	2,50	Rotazione auditor e applicazione Piano delle verifiche stabilite in pianificazione unità operative	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizi Veterinari	Report e relazione
3	Controlli Ufficiali Campionamento	Inosservanza linee guida, delibere e normativa specifica	4,00	Richiesta dichiarazione assenza conflitto interessi Applicazione del piano delle verifiche definite in pianificazione di UO	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizi Veterinari	Report e relazione

				Governo clinico (formazione, addestramento, supervisione, analisi di performance)			
4	Controlli Ufficiali Attività ispettive presso i macelli per suini ad uso famigliare	Applicazione tariffe Indebite pressioni su equipe veterinarie al fine di ottenere aperture straordinarie e non previste	6,00	Confronto dati di fatturazione e numero capi sottoposti ad ispezione Confronto ore presenza registrate e numero di ore fatturate Verifiche periodiche sull'attuazione delle disposizioni dipartimentali Per i macelli la delibera n. 631 del 01102015 definisce orari macellazione	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizi Veterinari	Report e relazione
5	Controlli Ufficiali Certificazioni/attestazioni di processo, su alimenti ad uso umano o zootecnico, sottoprodotti,	Rilascio di attestazioni non corrispondenti all'accertamento sotteso	2,00	Rotazione periodica delle unità aziendali nei piani di lavoro individuali ove previste Applicazione del piano elle verifiche definite in pianificazione di UO	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizi Veterinari	Report e relazione
6	Controlli Ufficiali Rilascio passaporti per movimenti non commerciali di cani, gatti e furetti nei Paesi UE e	Rilascio di attestazioni non corrispondenti all'accertamento sotteso	2,00	Supervisione periodica delle pratiche trattate da parte di altro operatore	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizi Veterinari	Report e relazione

	Terzi						
7	Controlli Ufficiali Attestazioni sanitarie per qualifica sanitaria e movimentazione animali vivi , animali morti	Rilascio di attestazioni non corrispondenti all'accertamento sotteso	2,00	Formazione ed informazione continua degli operatori	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizi Veterinari	Formazione e relazione
8	Controlli Ufficiali Profilassi della Rabbia -Controllo cani morsica tori	Rilascio di attestazioni non corrispondenti all'accertamento sotteso	2,00	Formazione ed informazione continua degli operatori	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizi Veterinari	Formazione e relazioni
9	Provvedimenti amministrativi conseguenti a controlli ufficiali Imposizioni di misure, Limitazioni, restrizioni/divieti, sospensioni/chiusure, revoche sequestro sanitario	Discrezionalità nell'applicazione della normativa in materia di provvedimenti coattivi	8,00	Verifiche sull'attuazione delle procedure che regolano l'accertamento, la contestazione e la notifica di illeciti amministrativi prima della firma del'atto finale	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizi Veterinari	Report e relazione
10	Provvedimenti amministrativi conseguenti a controlli ufficiali Accertamento, contestazione e notifica di illeciti amministrativi	Discrezionalità nell'applicazione della normativa in materia di provvedimenti coattivi	6,00	Verifiche sull'attuazione delle procedure che regolano l'accertamento, la contestazione e la notifica di illeciti amministrativi	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizi Veterinari	Report e relazione
11	Provvedimenti amministrativi conseguenti a controlli ufficiali Sequestri amministrativi	Discrezionalità nell'applicazione della normativa in materia di sequestri amministrativi	8,00	Verifiche sull'attuazione delle procedure che regolano l'accertamento e la fase dei sequestri amministrativi	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizi Veterinari	Report e relazione

12	Provvedimenti amministrativi conseguenti a controlli ufficiali Denuncia di malattie infettive (Regolamento di Polizia Veterinaria D.P.R. 320/54)	Omissione delle azioni conseguenti al riscontro di malattie infettive denunciabili	8,00	Formazione ed informazione continua degli operatori	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizi Veterinari	Formazione e relazione
13	Attività di polizia giudiziaria conseguenti ai controlli ufficiali Attività di Polizia giudiziaria (sequestri, indagini, denunce)	Difformità e anomalie nell'applicazione del codice di procedura penale	4,00	Verifica periodica della corretta applicazione del codice di procedura penale rispetto agli elementi emersi nel corso delle verifiche periodiche di attività	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizi Veterinari	Report e relazione
14	Gestione segnalazioni, esposti, denunce Attività conseguenti a segnalazioni, esposti, (avvelenamenti da bocconi)	Omissione delle azioni conseguenti al riscontro di segnalazioni /esposti per avvelenamenti da bocconi	4,00	Formazione ed informazione continua degli operatori	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizi Veterinari	Formazione e relazione
15	Gestione segnalazioni, esposti, denunce Accertamenti per segnalazione inconvenienti relativi ad alimenti e locali di commercio, deposito, produzione e somministrazione	Omissione delle azioni conseguenti al riscontro di segnalazioni ed esposti	4,00	Formazione ed informazione continua degli operatori	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizi Veterinari	Formazione e relazione
16	Emissione di atti di riconoscimento Riconoscimento di Aziende (Determina RER n. 14738 del	Difformità nella applicazione della procedura di gestione dei procedimenti	8,00	Monitoraggi dei tempi di rilascio Atti per atti di riconoscimento nuovi impianti	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizi Veterinari	Report e relazione

	13.11.2013)			Verifiche sull'attuazione delle procedure che regolano l'accertamento dei requisiti			
17	Emissione di atti di riconoscimento Autorizzazioni per Detenzione scorte farmaci veterinari, trasporti animali vivi	Discrezionalità nella valutazione dei requisiti richiesti per il rilascio dei pareri	2,00	Emanazione del provvedimento finale da parte di soggetto diverso da colui che ha rilasciato il parere	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizi Veterinari	Provvedimenti e relazione
18	Rilascio pareri e consulenze ad altri enti Rilascio parere (ai fini dell'ottenimento di Autorizzazione sanitaria ad attività di esercizio strutture veterinarie	Discrezionalità nella valutazione dei requisiti richiesti per il rilascio dei pareri	2,00	Valutazione parere rilasciato da controllore da parte del RUOD/RSOT/direttore primo dell'invio alla autorità competente	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizi Veterinari	Report e relazione
19	Rilascio pareri e consulenze ad altri enti Pareri per procedimenti autorizzativi ambientali	Discrezionalità nella valutazione dei requisiti richiesti per il rilascio dei pareri	2,00	Valutazione parere rilasciato insieme ad altri Servizi prima dell'invio alla autorità che ne ha fatto richiesta	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizi Veterinari	Report e relazione
20	Rilascio pareri e consulenze ad altri enti Liquidazione pratiche indennizzo allevatori per abbattimento animali a causa di provvedimenti di polizia veterinaria per Tubercolosi, Brucellosi e Leucosi	Discrezionalità nella valutazione dei criteri e difformità rispetto alla disciplina specifica	6,00	Controlli sull'appropriatezza della liquidazione dell'indennizzo Invio delle pratiche prima e dopo la liquidazione al Responsabile aziendale Trasparenza per obbligo di pubblicazione	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizi Veterinari	Report e relazione

21	Registrazioni in banche dati Registrazione di Aziende di produzione primaria che effettuano allevamento di animali presso Banca Dati nazionale Anagrafi Zootecniche	Discrezionalità nella registrazione in banca dati	2,00	Controlli sull'appropriatezza della liquidazione dell'indennizzo della Registrazione in Banca Dati	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizi Veterinari	Report e relazione
22	Registrazioni in banche dati Registrazione di Aziende di cui alla relativa procedura dettata dalla Determina RER n. 14738 del 13.11.2013	Discrezionalità nella registrazione in banca dati	2,00	Applicazione della procedura per la registrazione OSA	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizi Veterinari	Report e relazione
23	Attività formative e Sportelli informativi Formazione obbligatoria Alimentaristi	Rilascio attestazioni non conformi rispetto all'esito valutato della formazione	2,00	Gestione software di registrazione esami e rilascio attestati da parte di diversi operatori e conservazione test	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizi Veterinari	Report e relazione
24	Attività formative e Sportelli informativi Formazione conduttori, guardiani di animali	Rilascio attestazioni non conformi rispetto all'esito valutato della formazione	2,00	Emanazione del provvedimento finale da parte di soggetto diverso da colui che ha esaminato le capacità del richiedente in esame	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizi Veterinari	Provvedimenti e relazione
25	Attività ambulatoriali Attività di sterilizzazione gatti liberi facenti parte di colonie feline (L n.281/91/ LR 27/2000	Esecuzione intervento a favore di soggetti non aventi diritto	6,00	Lista delle prestazioni erogate e registrazione schede di conferimento gatti. Verifica Direttore Servizio.	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizi Veterinari	Report e relazione

26	Gestione e partecipazione a commissioni e organismi di controllo Commissione Spettacoli (animali al seguito)	Esecuzione intervento a favore di soggetti non aventi diritto	2,00	Valutazione parere rilasciato insieme ad altri Servizi prima dell'invio alla autorità che ne ha fatto richiesta.	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizi Veterinari	Report e relazione

Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione

	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE INDIVIDUATE	TEMPI DI ATTUAZIONE	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Controlli Ufficiali Ispezioni e verifiche	Rischio corruttivo Conflitto interessi	6,00	Rotazione 20% unità aziendali nei piani di lavoro aziendale Richiesta dichiarazione assenza conflitto interessi Governo clinico (formazione, addestramento, supervisione, analisi di performance)	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione	Report e relazione
2	Controlli Ufficiali Audit	Inosservanza linee guida, delibere e normativa specifica	2,50	Rotazione auditor e applicazione Piano delle verifiche stabilite in pianificazione unità operative	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione	Report e relazione

3	Controlli Ufficiali Campionamento	Rischio corruttivo Conflitto interessi	4,00	Rotazione del personale Richiesta dichiarazione assenza conflitto interessi alla notifica del Piano di Lavoro Individuale Piano di Governo clinico (formazione, addestramento, supervisione, analisi di performance)	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione	Report e relazione
4	Controlli Ufficiali Certificazioni/attestazioni di processo, su alimenti ad uso umano	Rischio corruttivo Conflitto interessi	3,00	Applicazione procedura specifica Piano di Governo clinico	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione	Report e relazione
5	Controlli Ufficiali Certificazione commestibilità funghi destinati alla commercializzazione	Rischio corruttivo Conflitto interessi	2,00	Applicazione procedura specifica Piano di Governo clinico	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione	Report e relazione
6	Provvedimenti amministrativi conseguenti a controlli ufficiali Imposizioni di misure, Limitazioni, restrizioni/divieti, sospensioni/chiusure, revoche sequestro sanitario	Rischio corruttivo Conflitto interessi	6,00	Verifiche sull'attuazione delle procedure che regolano l'accertamento, la contestazione e la notifica di illeciti amministrativi prima della firma del'atto finale	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione	Report e relazione
7	Provvedimenti amministrativi conseguenti a controlli ufficiali	Rischio corruttivo Conflitto interessi	6,00	Verifiche sull'attuazione delle procedure che regolano l'accertamento,	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Igiene Alimenti e	Report e relazione

	Accertamento, contestazione e notifica di illeciti amministrativi			la contestazione e la notifica di illeciti amministrativi		Nutrizione	
8	Provvedimenti amministrativi conseguenti a controlli ufficiali Sequestri amministrativi	Rischio corruttivo Conflitto interessi	8,00	Verifiche sull'attuazione delle procedure che regolano l'accertamento e la fase dei sequestri amministrativi	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione	Report e relazione
9	Attività di polizia giudiziaria conseguenti ai controlli ufficiali Attività di Polizia giudiziaria (sequestri, indagini, denunce)	Rischio corruttivo Conflitto interessi	6,00	Verifiche sull'attuazione delle procedure che regolano gli atti di Polizia giudiziaria	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione	Report e relazione
10	Gestione segnalazioni, esposti, denunce Accertamenti per segnalazione inconvenienti relativi ad alimenti, bevande, acque potabili e relativi locali di commercio, deposito, produzione e somministrazione	Rischio corruttivo Conflitto interessi	4,00	Assegnazione dei controlli su segnalazione, a rotazione da parte del Responsabile SOT	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione	Report e relazione
11	Emissione di atti di riconoscimento Riconoscimento di Aziende (Determina RER n. 14738 del 13.11.2013)	Rischio corruttivo Conflitto interessi	8,00	Monitoraggi dei tempi di rilascio Atti per atti di riconoscimento nuovi impianti	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione	Report e relazione
12	Rilascio pareri e consulenze ad altri enti Parere per autorizzazione	Rischio corruttivo Conflitto interessi	4,00	Applicazione procedura specifica	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione	Report e relazione

	sanitaria attività di vendita e commercio prodotti fitosanitari						
13	Rilascio pareri e consulenze ad altri enti Consulenze dietetico nutrizionali e pareri su capitolati di appalto, approvazione e modifica tabelle dietetiche per collettività, elaborazione di tabelle dietetiche e menù	Rischio corruttivo Conflitto interessi	2,00	Applicazione linee guida regionali	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione	Report e relazione
14	Registrazioni in banche dati Registrazione di Aziende di cui alla relativa procedura dettata dalla Determina RER n. 14738 del 13.11.2013)	Discrezionalità nell'inserimento in banca dati	2,00	Applicazione della procedura per la registrazione OSA	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione	Report e relazione
15	Vidimazione registri, rilascio, duplicazione documenti, patentini, validazioni Rilascio/rinnovo patentini fitosanitari per titolo o esame	Rischio corruttivo Conflitto interessi	2,00	Applicazione della procedura specifica	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione	Report e relazione
16	Vidimazione registri, rilascio, duplicazione documenti, patentini, validazioni Rilascio idoneità vendita funghi a seguito esame	Rischio corruttivo Conflitto interessi	2,00	Applicazione della procedura specifica	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione	Report e relazione

17	Vidimazione registri, rilascio, duplicazione documenti, patentini, validazioni Rilascio attestati alimentaristi per titolo, esame in seguito a corso formazione	Rischio corruttivo Conflitto interessi	2,00	Applicazione della procedura specifica	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione	Report e relazione
18	Vidimazione registri, rilascio, duplicazione documenti, patentini, validazioni Validazione corsi formazione alimentaristi per ditte	Rischio corruttivo Conflitto interessi	2,00	Applicazione della procedura specifica	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione	Report e relazione

Servizio Igiene e Sanità Pubblica

	PROCESSO	**RISCHIO**	**VALUTAZIONE RISCHIO**	**MISURE DI PREVENZIONE INDIVIDUATE**	**TEMPI DI ATTUAZIONE**	**RESPONSABILE**	**MONITORAGGIO**
1	Commissioni Invalidità Civile/Ciechi Civili/Sordomuti	Disomogeneità nella tempistica di erogazione delle prestazioni	5,00	Monitoraggio trimestrale tempi di attesa per Distretto (già in atto). Emanazione procedura specifica (2018)	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Igiene e Sanità Pubblica	Report e relazione
2	Commissione Patenti Speciali	Continuità di funzione in capo agli stessi operatori	4,50	Emanazione procedura specifica che preveda rotazione dei componenti (2018)	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Igiene e Sanità Pubblica	Report e relazione

3	Vaccinazioni adulti	Omogeneità nel governo dei tempi di attesa e nella presa in carico tempestiva delle urgenze	4,50	Monitoraggio corretta applicazione procedura "Atto Vaccinale". Valutazione trimestrale mantenimento tempi di attesa e presa in carico urgenze	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Igiene e Sanità Pubblica	Report e relazione
4	Attività di vigilanza	Disomogeneità di valutazione da parte degli operatori	4,50	Verifica corretta applicazione delle procedure specifiche per tipologia di prestazione (emanate 2017)mediante l'organizzazione di audit interni	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Igiene e Sanità Pubblica	Report e relazione
5	Medicina Sportiva	Mancato mantenimento tempi di attesa per l'erogazione della prestazione entro 30 giorni.	4,50	Monitoraggio tempi di attesa per ambulatorio (trimestrale). Emanazione piano organizzativo e verifica corretta applicazione	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Igiene e Sanità Pubblica	Report e relazione
6	Attività Commissione per le Autorizzazioni a Strutture Sanitarie ex L.R. n. 34/98	Conflitti di interesse	5,00	Verbalizzazione dell'astensione dei componenti per i quali si ravvisino conflitti d'interesse in relazione alla struttura valutata	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Igiene e Sanità Pubblica	Report e relazione

Servizio Protezione Salute negli Ambienti di Lavoro

	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE INDIVIDUATE	TEMPI DI ATTUAZIONE	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Controlli Ufficiali Attività di controllo e vigilanza dei rischi nei luoghi e negli ambienti di lavoro Campionamenti	Rischio corruttivo Conflitto interessi	8,00	Controlli eseguiti in copia variata periodicamente (SPSAL - UOIA) Sottoscrizione di dichiarazione assenza conflitto interessi alla notifica del Piano di Lavoro Individuale Applicazione del piano di Governo Clinico (procedure e supervisione) Verifiche interne periodiche Programmazione dei controlli e assegnazione agli operatori da parte del Responsabile	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Protezione Salute negli Ambienti di Lavoro	Report e relazione
2	Controlli Ufficiali Vigilanza specialistica su impianti e attrezzature di lavoro	Rischio corruttivo Conflitto interessi	8,00	Controlli eseguiti in copia variata periodicamente (UOIA) Sottoscrizione di dichiarazione assenza conflitto interessi alla notifica del Piano di Lavoro Individuale	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Protezione Salute negli Ambienti di Lavoro	Report e relazione

				Applicazione del piano di Governo Clinico (procedure e supervisione Verifiche interne periodiche Programmazione dei controlli e assegnazione agli operatori da parte del Responsabile			
3	Controlli Ufficiali Verifica periodica impianti	Rischio corruttivo Conflitto interessi	6,00	Controlli eseguiti in copia variata periodicamente (UOIA) Sottoscrizione di dichiarazione assenza conflitto interessi alla notifica del Piano di Lavoro Individuale Verifiche interne periodiche Programmazione delle verifiche e assegnazione agli operatori da parte del Responsabile	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Protezione Salute negli Ambienti di Lavoro	Report e relazione
4	Provvedimenti amministrativi conseguenti a controlli ufficiali Accertamento, contestazione e notifica di illeciti amministrativi	Rischio corruttivo Conflitto interessi	6,00	Controlli eseguiti in copia variata periodicamente Sottoscrizione di dichiarazione assenza conflitto interessi alla notifica del Piano di Lavoro Individuale	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Protezione Salute negli Ambienti di Lavoro	Report e relazione

				Valutazione del verbale di accertamento e contestazione da emanare, da parte del Direttore di Servizio Notifica del verbale da parte del Direttore di Servizio o suo delegato Verifiche interne periodiche			
5	Attività di polizia giudiziaria conseguenti ai controlli ufficiali Attività di Polizia giudiziaria (sequestri, indagini, denunce)	Rischio corruttivo Conflitto interessi	6,00	Controlli eseguiti in copia variata periodicamente Sottoscrizione di dichiarazione assenza conflitto interessi alla notifica del Piano di Lavoro Individuale Applicazione del piano di Governo Clinico (procedure e supervisione) Verifiche interne periodiche	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Protezione Salute negli Ambienti di Lavoro	Report e relazione
6	Gestione segnalazioni, esposti, denunce Segnalazioni e denunce da parte dell'utenza	Le segnalazioni generano un controllo ufficiale, gestite e assegnate ad una coppia di operatori dall'RSOT	8,00	Controlli eseguiti in copia variata periodicamente (SPSAL - UOIA) Sottoscrizione di dichiarazione assenza conflitto interessi alla	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Protezione Salute negli Ambienti di Lavoro	Report e relazione

				notifica del Piano di Lavoro Individuale Applicazione del piano di Governo Clinico (procedure e supervisione) Verifiche interne periodiche Programmazione dei controlli e assegnazione agli operatori da parte del Responsabile			
7	Rilascio pareri e consulenze ad altri enti Verifica della compatibilità dei progetti nuovi insediamenti industriali, di servizi e di attività lavorative in genere, con le esigenze di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori (supporto tecnico)	Rischio corruttivo Conflitto interessi	4,00	Sottoscrizione di dichiarazione assenza conflitto interessi alla notifica del Piano di Lavoro Individuale Verifiche interne periodiche	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Protezione Salute negli Ambienti di Lavoro	Report e relazione
8	Attività ambulatoriali rivolte alla persona - Certificazioni monocratiche Certificazione di medicina del lavoro su richiesta del lavoratore o del medico di medicina generale	Rischio corruttivo Conflitto interessi	4,00	Pluralità degli operatori coinvolti nell'espressione collegiale del parere Sottoscrizione di dichiarazione assenza conflitto interessi alla notifica del Piano di Lavoro Individuale Applicazione del piano di Governo Clinico (procedure e supervisione)	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Protezione Salute negli Ambienti di Lavoro	Report e relazione

9	Attività ambulatoriali rivolte alla persona - Certificazioni monocratiche Ricorso avverso il giudizio del medico competente	Rischio corruttivo Conflitto interessi	4,00	Pluralità degli operatori coinvolti nell'espressione collegiale del parere Sottoscrizione di dichiarazione assenza conflitto interessi alla notifica del Piano di Lavoro Individuale Applicazione del piano di Governo Clinico (procedure e supervisione)	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Protezione Salute negli Ambienti di Lavoro	Report e relazione
10	Attività ambulatoriali rivolte alla persona - Certificazioni collegiali Partecipazione commissione invalidi	Conflitto di interessi	4,00	Pluralità degli operatori coinvolti nell'espressione collegiale del parere Sottoscrizione di dichiarazione assenza conflitto interessi alla notifica del Piano di Lavoro Individuale	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Protezione Salute negli Ambienti di Lavoro	Report e relazione
11	Gestione e partecipazione a commissioni organismi di controllo Gestione dell'Organismo provinciale sezione permanente degli enti di controllo	Conflitto di interessi	1,50	Pluralità degli operatori coinvolti nell'espressione collegiale del parere Sottoscrizione di dichiarazione assenza conflitto interessi alla notifica del Piano di Lavoro Individuale	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Protezione Salute negli Ambienti di Lavoro	Report e relazione
12	Gestione e partecipazione a commissioni organismi di controllo	Conflitto di interessi	1,50	Pluralità degli operatori coinvolti nell'espressione collegiale del parere Sottoscrizione di	2019 2020 2021	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Protezione Salute	Report e relazione

	Commissione Gas Tossici			dichiarazione assenza conflitto interessi alla notifica del Piano di Lavoro Individuale		negli Ambienti di Lavoro	

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE/DIPENDENZE PATOLOGICHE AUSL

	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE INDIVIDUATE	TEMPI DI ATTUAZIONE	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Convenzione per l'affidamento del servizio afferente la funzione di promotore dei tirocini formativi e di orientamento in favore di utenti dell'AUSL Parma	Difformità e anomalie nell'applicazione della convenzione sottoscritta con la ditta affidataria del servizio	3,50	Verifica periodica della corretta applicazione della convenzione	2019 2020 2021	Dipartimento Salute Mentale e Referenti servizi territoriali	Riscontro periodico, con i servizi territoriali coinvolti, sull'applicazione della convenzione
2	Acquisti da parte Unità Operative afferenti al DAI SM-DP a valere su fondo annuale piccole spese per attività riabilitative	Discrezionalità nella richiesta acquisti da parte delle strutture richiedenti Difformità ed anomalie nell'applicazione del pertinente Regolamento aziendale	3,00	Verifica rispetto regolamento aziendale in collaborazione con il Distretto di Parma Verifica presenza autorizzazione all'acquisto e riscontro in sede di liquidazione fatture fornitori	2019 2020 2021	Dipartimento Salute Mentale	Report e relazione
3	Percorsi nell'ambito dei Disturbi del Comportamento Alimentare presso la struttura di Pellegrino Parmense	Difformità e anomalie nell'applicazione degli accordi contrattuali	4,50	Verifica periodica della corretta applicazione degli accordi contrattuali	2019 2020 2021	Dipartimento Salute Mentale e Referente Programma DCA	Riscontro periodico sull'applicazione degli accordi

4	Erogazione sussidi ad utenti dei Centri e Servizi di Salute Mentale	Discrezionalità nella valutazione dei criteri di inclusione e delle finalità dell'intervento	5,00	Prosecuzione dei controlli sull'appropriatezza dell'erogazione del sussidio rispetto al progetto terapeutico	2019 2020 2021	Dipartimento Salute Mentale	Report e relazione
5	Definizione quota di compartecipazione alla spesa per prestazioni del segmento socio sanitario	Discrezionalità nella individuazione delle esenzioni o delle riduzioni degli importi	3,00	Controllo periodico posizioni, informazione e formazione del personale addetto	2019 2020 2021	Dipartimento Salute Mentale	Interventi formativi e informativi
6	Inserimenti in progetti terapeutici	Discrezionalità nella individuazione delle tipologie di inserimento	4,50	Verifiche periodiche sull'applicazione dei protocolli di valutazione multidisciplinare	2019 2020 2021	Dipartimento Salute Mentale	Report e relazione

UFFICIO LEGALE/ASSICURAZIONI AUSL

	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE INDIVIDUATE	TEMPI DI ATTUAZIONE	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Applicazione delle norme contenute nel Programma regionale per la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile e riportate nella procedura aziendale di gestione diretta delle richieste di risarcimento danni	Discrezionalità e anomalie nell'applicazione delle disposizioni	2,50	Verifica periodica della corretta applicazione delle misure previste nella procedura aziendale	2019 2020 2021	Ufficio Contenzioso per le Assicurazioni e la responsabilità Professionale	Report e relazione
2	Gestione delle richieste risarcitorie relative a responsabilità sanitaria in "ritenzione totale"	Discrezionalità nel proporre accordo transattivo con parte reclamante	6,00	Verifiche e approvazione atti da parte della Direzione	2019 2020 2021	Ufficio Contenzioso per le Assicurazioni e la responsabilità Professionale	Provvedimenti, report e relazione
3	Gestione sinistri assicurativi RCA e property	Discrezionalità nell'accettare la proposta liquidativa da parte dell'assicuratore	6,00	Verifiche e approvazione atti da parte della Direzione	2019 2020 2021	Ufficio Contenzioso per le Assicurazioni e la responsabilità Professionale	Provvedimenti, report e relazione
4	Attribuzione incarichi di difesa giudiziaria a legali esterni	Ampia discrezionalità nell'individuazione e può determinare situazioni eccepibili	3,50	Proposta alla Direzione Generale, cui spetta la decisione in merito all'attribuzione dell'incarico I legali sono individuati in un elenco di professionisti di	2019 2020 2021	Ufficio Legale Ufficio Assicurazioni	Provvedimenti, report e relazione

				conosciuta esperienza per ambiti giuridici specifici			

DIPARTIMENTO VALUTAZIONE E CONTROLLO – SERVIZIO CONTROLLO DI GESTIONE AUSL

	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE INDIVIDUATE	TEMPI DI ATTUAZIONE	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Elaborazione ed analisi dati attraverso flussi sanitari/amministrativi correnti (SISEPS – NSIS) a supporto dei percorsi di cura e degli interventi di medicina di iniziativa	Errata selezione dei pazienti	1,50	Controlli incrociati ARA (cognome MMG/PLS – paziente)	2019 2020 2021	Dipartimento valutazione e Controllo Controllo di Gestione	Report e relazione
2	Determinazione costi/rette utenti (gra.d.a. disabili, hospice, salute mentale)	Errata quantificazione degli importi per incompletezza delle informazioni	2,50	Verifica a campione della corretta compilazione della base dati	2019 2020 2021	Dipartimento valutazione e Controllo Controllo di Gestione	Report e relazione
3	Calcolo incentivi MMG e PLS legati alle attività di appropriatezza prescrittiva farmaceutica, estensione copertura oraria ambulatoriali (reti, gruppi), progetto sole	Determinazione corresponsioni non conformi per incompletezza nelle informazioni delle banche dati interne	2,50	Verifica a campione della corretta compilazione della base dati	2019 2020 2021	Dipartimento valutazione e Controllo Controllo di Gestione	Report e relazione

UFFICIO COMUNICAZIONE AUSL

	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE INDIVIDUATE	TEMPI DI ATTUAZIONE	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Redazione e invio di comunicati stampa - relazioni con la stampa	Discrezionalità od errori	2,00	Verifiche e controlli preventivi	2019 2020 2021	Ufficio Comunicazione	Report e relazione
2	Realizzazione e gestione contenuti informativi sito internet e intranet aziendale	Discrezionalità od errori	2,00	Verifiche e controlli	2019 2020 2021	Ufficio Comunicazione	Report e relazione
3	Realizzazione di video di varia durata di informazione-educazione alla salute con affidamento esterno	Discrezionalità od errori	2,00	Verifiche e controlli	2019 2020 2021	Ufficio Comunicazione	Report e relazione
4	Realizzazione e stampa di strumenti grafico-editoriali e prodotti cartacei di informazione su servizi aziendali ed educazione alla salute, con supporto tipografico in affidamento esterno	Discrezionalità e consolidamento rapporti con specifici fornitori	4,00	Elaborazione criteri per la rotazione dei fornitori iscritti negli elenchi ufficiali Verifiche periodiche	2019 2020 2021	Ufficio Comunicazione	Report sugli affidamenti di forniture
5	Gestione amministrativa budget assegnato	Mancata osservanza delle regole interne	2,50	Promozione etica e standard comportamento, trasparenza, semplificazione, conflitti di interessi, regolamentazioni attività, rapporti con soggetti esterni	2019 2020 2021	Ufficio Comunicazione	Report e relazione

6	Gestione con affidamento esterno di altri strumenti di comunicazione esterna (rete monitor sedi aziendali)	Mancata osservanza delle norme	4,00	Adozione atti amministrativi con procedura selettiva ad evidenza pubblica come previsto dalla normativa	2019 2020 2021	Ufficio Comunicazione	Report e relazione
7	Organizzazione diretta eventi aziendali e/o supporto ad altri uffici con supporto in affidamento esterno	Mancata osservanza delle norme	4,00	Maggiori controlli, rotazione, rapporti con fornitori esterni	2019 2020 2021	Ufficio Comunicazione	Report e relazione

DIREZIONE SANITARIA/MEDICA AOU

	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE INDIVIDUATE	TEMPI DI ATTUAZIONE	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Comitati Etici	Mancata garanzia di funzionamento	1,50	Riorganizzazione del Comitato Etico (unico in AVEN)	2019 2020 2021	Direzione Sanitaria in collaborazione con Direzione sanitaria AUSL Ricerca e Innovazione	Attività e provvedimento di riordino
2	Informazione scientifica sul farmaco	Mancato rispetto delle modalità di svolgimento dell'attività di informazione, disciplinata nel corso del 2017 in attuazione DGR n.2309/2016	3,50	Verifiche di rispetto e attuazione del regolamento aziendale approvato nel 2017, in attuazione della DGR n. 2309/2016 recante indirizzi e direttive di informazione scientifica sul farmaco	2019 2020 2021	Direzione Sanitaria in collaborazione con Servizio Farmaceutico	Reportistica e relazione
3	Attività Libero Professionale intramoenia	Mancato rispetto dei volumi di attività	4,00	Verifica delle reportistiche provenienti dalle strutture aziendali, sui volumi di attività istituzionale e in libera professione	2019 2020 2021	Direzione Sanitaria Servizio interaziendale Affari generali	Report e relazione
4	Accesso alle ditte di pompe funebri presso le camere ardenti degli ospedali	Anomalie nelle modalità di attivazione delle imprese e sull'andamento	7,50	Verifiche e controlli sull'osservanza del regolamento di Presidio e delle direttive della Direzione medica	2019 2020 2021	Direzione Sanitaria	Report e relazione

		del servizio		Verifiche periodiche sul rispetto delle norme contenute nell'at. 18 del Codice di Comportamento da parte di tutti gli operatori Rotazione del personale addetto in base alle possibilità consentite dall'organico a disposizione Attuazione e verifica delle indicazioni contenute nella nota regionale del 13 marzo 2018 in materia di vestizione del defunto, con riferimento in particolare alle precise e separate competenze tra personale della struttura sanitaria e impresa di pompe funebri		Medicina Preventiva Direzione Servizio Assistenziale	
5	Controllo liste d'attesa per prestazioni ambulatoriali	Mancato rispetto delle liste d'attesa	3,00	Controlli quotidiani delle prestazioni sottoposte a monitoraggio regionale con interventi ad hoc nel caso di sforamenti (es. agende di garanzia)	2019 2020 2021	Direzione Sanitaria	Report e relazione
6	Controllo liste di attesa per prestazioni di ricovero	Mancato rispetto delle liste d'attesa	3,50	Controlli settimanali delle liste di attesa negli incontri di programmazione delle Sale Operatorie e mediante puntuale	2019 2020 2021	Direzione Sanitaria	Report e relazione

				monitoraggio tramite SIGLA (RER)			
7	Valutazione introduzione nell'Ospedale di nuovi dispositivi medici	Parzialità di giudizio nei confronti di aziende produttrici	4,00	Puntuale valutazione e verifica delle richieste di nuovi DM all'interno del Nucleo Provinciale di Valutazione, che vede coinvolte diverse professionalità con specifici ambiti di competenza	2019 2020 2021	Direzione Sanitaria	Report e relazione
8	Gestione ingresso di specialisti di prodotto all'interno di ambienti sanitari, prevalentemente sale operatorie, per fornire indicazioni tecniche sull'utilizzo di Dispositivi Medici ad elevata complessità	Mancato rispetto delle procedure di acquisizione dei DM secondo le indicazioni aziendali vigenti	4,50	Redazione di una procedura finalizzata alla regolamentazione degli accessi degli "specialist" in ambienti sanitari	2019 2020 2021	Direzione Sanitaria	Report e relazione

DIREZIONE SERVIZIO ASSISTENZIALE AOU

	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE INDIVIDUATE	TEMPI DI ATTUAZIONE	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Sistema Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	Mancata conoscenza ed osservanza delle disposizioni in materia e degli interventi previsti in sede aziendale	3,50	Azioni di informazione alle equipe assistenziali sulle normative, sul Piano Anticorruzione e sul Codice di Comportamento	2018 2019 2020	Direzione Servizio Assistenziale	Report e relazione
2	Assistenza Integrativa Non Sanitaria (AINS)	Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza	4,00	La misura prevede la trasmissione del Regolamento Aziendale per la disciplina dell'Assistenza Integrativa Non Sanitaria a tutti i Coordinatori Infermieristici e Tecnici delle U.O., cui segue contestuale azione di riscontro sui processi informativi realizzati da quest'ultimi. In esito alle risultanze delle verifiche conseguono tempestive azioni su eventuali irregolarità e/o scostamenti rispetto alla misura	2018 2019 2020	Direzione Servizio Assistenziale	Report e relazione
3	Allocazione personale presso le UO	Inosservanza regole organizzative	3,00	La misura prevede l'assegnazione del personale sulla base del	2018 2019 2020	Direzione Servizio Assistenziale	Report e relazione

		interne a garanzia della trasparenza della efficienza ed equità		difetto numerico delle risorse umane della singola U.O. A far tempo dal 2018 il criterio di assegnazione terrà conto delle Risorse Umane complessivamente assegnate al Dipartimento			
4	Valutazione del periodo di prova	Inosservanza di norme di leggi e regolamenti che disciplinano i contratti di lavoro	3,00	La misura consiste in un sistema di remainder tra le interfacce di riferimento del processo (ARU/ Allocazione Risorse/RAD/Coordinatori U.O) finalizzato alla compilazione puntuale delle schede di valutazione (nel corso dell'anno 2017 la scheda di valutazione per il personale area Comparto è stata rimodulata sul modello delle Clinical Competence).	2018 2019 2020	Direzione Servizio Assistenziale	Report e relazione
5	Valutazione periodica	Inosservanza regole procedurali	3,00	La misura in essere consiste in un sistema di remainder tra le interfacce di riferimento del processo (Sviluppo Risorse Umane/Coordinatori U.O.). In merito, per l'anno 2018, è programmata azione formativa rivolta ai Coordinatori/titolari di P.O.)	2018 2019 2020	Direzione Servizio Assistenziale	Report e relazione

6	Valutazione studenti	Subire pressioni, interne od esterne, volte a influenzare il comportamento del tutor clinico/Coordinatore di U.O.	3,00	Il processo in essere consiste in un sistema a caduta che prevede monitoraggio e registrazione della valutazione a cura del Coordinatore di U.O.. Tutor Clinico, Tutor Didattico. Al fine di rendere il processo equilibrato, equo, trasparente e scevro di occasioni, a partire dall'anno 2018, verrà progressivamente implementato, un più ampio sistema di valutazione (bidirezionale) che contempla la compilazione da parte dello studente di una scheda di valutazione dell'esperienza di tirocinio.	2018 2019 2020	Direzione Servizio Assistenziale	Report e relazione
	Accesso alle ditte di pompe funebri presso le camere ardenti degli ospedali	Anomalie nelle modalità di attivazione delle imprese e sull'andamento del servizio	7,50	Verifiche e controlli sull'osservanza del regolamento di Presidio e delle direttive della Direzione medica Verifiche periodiche sul rispetto delle norme contenute nell'at. 18 del Codice di Comportamento da parte di tutti gli operatori Rotazione del personale	2019 2020 2021	Direzione Sanitaria Medicina Preventiva Direzione Servizio Assistenziale	Report e relazione

				addetto in base alle possibilità consentite dall'organico a disposizione Attuazione e verifica delle indicazioni contenute nella nota regionale del 13 marzo 2018 in materia di vestizione del defunto, con riferimento in particolare alle precise e separate competenze tra personale della struttura sanitaria e impresa di pompe funebri			

SERVIZIO DI FARMACIA E GOVERNO CLINICO DEL FARMACO AOU

	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE INDIVIDUATE	TEMPI DI ATTUAZIONE	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Informazione scientifica sul farmaco	Mancato rispetto delle modalità di svolgimento dell'attività di informazione, disciplinata nel corso del 2017 in attuazione DGR n.2309/	3,50	Verifiche di rispetto e attuazione del regolamento aziendale approvato nel 2017, in attuazione della DGR n. 2309/2016 recante indirizzi e direttive di informazione scientifica sul farmaco	2019 2020 2021	Servizio Farmaceutico in collaborazione con Direzione Sanitaria	Report e relazione
2	Percorso di selezione dei beni sanitari	Favorire la selezione di specifici beni sulla base di sollecitazioni esterne o vantaggi	6,00	Dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse ai componenti delle Commissioni e gruppi di valutazione farmaci e DM (CDMAVEN, NPV, NOP, CF AVEN, ecc) Procedure Operative Commissioni, Nuclei, Gruppi di Lavoro Procedura campioni DM	2019 2020 2021	Servizio Farmaceutico	Report e relazione
3	Rapporto con i fornitori (magazzino centralizzato e aziende farmaceutiche e di DM)	Discrezionalità nelle richieste di beni sanitari sulla base sollecitazioni esterne o vantaggi	6,00	Verifiche periodiche sul corretto approvvigionamento inrelazione ai fabbisogni	2019 2020 2021	Servizio Farmaceutico	Report e relazione

				reali e alle programmazioni annuali delle singole UUOO Procedura gestione magazzino farmaceutico			
4	Controllo attività prescrittiva	Favorire l'uso di specifici farmaci sulla base di sollecitazioni esterne o vantaggi	8,50	Monitoraggi periodici dell'andamento dei consumi per U.O. e sul territorio (specialistica ambulatoriale) Richieste nominali personalizzate (es PT AIFA, Registri, database regionali) Attuazione della DRG n.2309/2016 recante indirizzi e direttive di informazione scientifica sul farmaco: Procedura aziendale P061AOUPR	2019 2020 2021	Servizio Farmaceutico	Report e relazione
5	Attività ispettiva degli armadi farmaceutici di reparto	Discrezionalità e difformità, anomalie nell'attività ispettiva	4,00	Rotazione del personale incaricato delle ispezioni, tracciabilità dei verbali	2019 2020 2021	Servizio Farmaceutico	Verbali, report e relazione

SERVIZIO RICERCA E INNOVAZIONE AOU

	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE INDIVIDUATE	TEMPI DI ATTUAZIONE	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Segreteria Comitato Etico Gestione delle pratiche (studi, emendamenti e notifiche) valutate dal CE	Mancata tracciabilità dei flussi documentali del Comitato Etico	4,50	Protocollazione e archiviazione di tutte le pratiche che vengono portate alla valutazione del CE per quanto di propria competenza	2019 2020 2021	Servizio Ricerca e Innovazione	Documentazione, report e relazione
2	Segreteria Comitato Etico Gestione della seduta del CE e successiva verbalizzazione dei pareri	Conflitto di interessi dei componenti nei confronti degli studi discussi in seduta e per i quali il CE si esprime	4,50	Segnalazione in ogni verbale della dichiarazione e uscita dei componenti	2019 2020 2021	Servizio Ricerca e Innovazione	Documentazione, report e relazione (Poiché la Segreteria locale di Parma fa parte della Segreteria del CE AVEN i processi vengono stabiliti dalla Segreteria Centrale di Modena e potrebbero subire variazioni)
3	Segreteria Comitato Etico Informazione a sperimentatori, promotori e componenti del CE sugli aspetti regolatori e promozione di comportamenti conformi alla normativa	Errata o carente documentazione sottoposta alla valutazione del CE e conseguente errata valutazione della stessa	4,50	Organizzazione di incontri e corsi di formazione Pubblicazione del Regolamento e delle Procedure Operative Standard (SOP) del CE	2019 2020 2021	Servizio Ricerca e Innovazione	Incontri e pubblicazioni

4	Segreteria Comitato Etico Gestione delle pratiche (studi, emendamenti e notifiche) valutate dal CE attraverso SIRER	Mancata tracciabilità dei flussi documentali del Comitato Etico	4,50	Gestione di tutte le pratiche che vengono portate alla valutazione del CE per quanto di propria competenza attraverso SIRER	2019 2020 2021	Servizio Ricerca e Innovazione	Documentazione, report e relazione (Poiché la Segreteria locale di Parma fa parte della Segreteria del CE AVEN i processi vengono stabiliti dalla Segreteria Centrale di Modena)
5	Budgeting e monitoraggio economico Predisposizione di contratti e convenzioni economiche	Discrezionalità nella definizione del budget dello studio e nell'utilizzo dei fondi da parte del Responsabile scientifico Mancata tracciabilità dei costi e dei ricavi di studio specifici	8,00	Collaborazione per la predisposizione di un disciplinare sulla ripartizione dei proventi, conseguentemente all'adozione del regolamento AVEN Messa a punto col Servizio Economico Finanziario e con il Controllo di Gestione di una procedura aziendale per il monitoraggio economico/funanziario degli studi	2019 2020 2021	Servizio Ricerca e Innovazione	Elaborazione sistema di rendicontazione e relazione
6	Budgeting e monitoraggio economico Rendicontazione dei fondi destinati agli studi	Accentramento delle responsabilità in capo ad una unica figura presso il Servizio	3,00	Richiesta ai Servizi Aziendali di Individuare formalmente un loro referente relativamente all'attività di ricerca	2019 2020 2021	Servizio Ricerca e Innovazione	Elaborazione sistema di rendicontazione e relazione

7	Data management e quality assurance Promozione della qualità nella conduzione/realizzazione degli studi	Avvio e conduzione di studi in modo non conforme ai requisiti internazionali di qualità (Good Clinical Practice GCP)	5,00	Attuazione di audit e monitoraggio clinico degli studi Organizzazione corsi sulle GCP per i professionisti che svolgono o intendono svolgere attività di ricerca	2019 2020 2021	Servizio Ricerca e Innovazione	Report, corsi e relazione
8	Data management e quality assurance Assicurare la pubblicazione di studi autorizzati	Pubblicazione di studi non autorizzati o mancata pubblicazione di studi con risultati negativi	5,00	Attuazione di attività di monitoraggio su tutte le pubblicazioni di professionisti di AOU Sollecitare il Responsabile Scientifico locale dello studio per il quale ad 1 anno dalla conclusione non viene reperita la pubblicazione	2019 2020 2021	Servizio Ricerca e Innovazione	Report, note trasmesse ai professionisti e relazione annuale
9	Data management e quality assurance Definizione e aggiornamento di Standard Operating Procedure (SOP) e relativo training per i professionisti	Discrezionalità nei comportamenti dei professionisti coinvolti nella ricerca	2,50	Diffondere sulla intranet e favorire l'implementazione delle procedure mediante eventi formativi/training	2019 2020 2021	Servizio Ricerca e Innovazione	Procedure e diffusione Relazione
10	Data management e quality assurance Partecipazione ai lavori del Nucleo Provinciale di valutazione in merito all'uso di tecnologie nell'ambito degli studi	Introduzione di tecnologie non necessarie o molto costose senza una preventiva valutazione di impatto	6,00	Verifica della congruità delle richiesta di introduzione di tecnologia con quanto riportato nel protocollo scientifico e secondo procedure aziendali	2019 2020 2021	Servizio Ricerca e Innovazione	Report e relazione

11	Divulgazione scientifica Rendere pubbliche le attività di ricerca autorizzate da AOU	Partecipazione dei pazienti a studi che non hanno ottenuto parere favorevole del Comitato Etico	8,50	Diffusione su pagina web aziendale e sulla intranet di tutti gli studi clinici autorizzati che vedono coinvolti professionisti di AOU Attuazione di incontri con i pazienti per informare sulle attività di ricerca in corso e sull'iter corretto di conduzione	2019 2020 2021	Servizio Ricerca e Innovazione	Pubblicazioni, incontri, relazione
12	Divulgazione scientifica Diffusione ai media di informazioni scientifiche inerenti attività di ricerca	Comunicazioni distorte ai media in merito alle attività di ricerca in corso e ai risultati degli studi	4,00	Diffusione ai professionisti delle regole di base di una corretta comunicazione	2019 2020 2021	Servizio Ricerca e Innovazione	Report e relazione
13	Informazione Scientifica Assicurare la trasparenza nella gestione degli studi	Partecipazione a studi realizzati da personale non adeguatamente specializzato o a studi che non hanno seguito l'iter autorizzativo	9,00	Pubblicazione sul sito web aziendale dell'elenco di tutte le sperimentazioni (fase I-IV) attivate, in corso o concluse, e dei CV dei soggetti coinvolti nella sperimentazione, nonché i correlati finanziamenti e programmi di spesa e i relativi contratti	2019 2020 2021	Servizio Ricerca e Innovazione	Evidenza in sezione web "Amministrazione Trasparente"
14	Statistica medica e epidemiologia Promuovere l'integrità nella ricerca	Disegnare studi non rigorosi e non rispettare quanto previsto nel protocollo di	6,00	Organizzare e attuare corsi in materia di metodologia della ricerca	2019 2020 2021	Servizio Ricerca e Innovazione	Corsi e relazione

		studio, al fine di attrarre l'attenzione dei direttori editoriali o di compiacere eventuali sponsor		Collaborare con i ricercatori per definire protocolli scientifici metodologicamente corretti e attuare in modo rigoroso l'analisi dei dati e loro interpretazione			
15	Statistica medica e epidemiologia Contribuire ad assicurare la confidenzialità dei dati	Trattamento improprio e/o illecito dei dati sensibili con conseguente mancanza di tutela della privacy	3,00	Definire una procedura e attuare training sulle regole da osservare nella creazione della scheda raccolta dati (eCRF) e nella gestione delle informazioni individuali Fornire supporto ai ricercatori nella gestione dei rapporti con aziende che realizzano eCRF	2019 2020 2021	Servizio Ricerca e Innovazione	Procedura per trattamento e tutela dati Relazione
16	Segreteria Ricerca e Innovazione Convenzioni e delibere: protocollazione, invio e archiviazione cartacea ed elettronica della documentazione relativa agli studi valutati e autorizzati dal Comitato Etico e evidenza degli accordi economici relativi agli studi	Mancanza di informazione generalizzata verso l'esterno e di conoscenza di quali contratti vengono stipulati ed impegnano l'Azienda con terzi contraenti	6,00	Pubblicazione delibere di autorizzazione agli studi su Albo pretorio	2019 2020 2021	Servizio Ricerca e Innovazione	Pubblicazione documentazione Relazione

SERVIZIO FISICA SANITARIA AOU

	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE INDIVIDUATE	TEMPI DI ATTUAZIONE	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Gestione e valutazione e delle Tecnologie (HTA): -il supporto tecnico agli organi aziendali per l'individuazione delle tecnologie presenti sul mercato al fine di una nuova acquisizione, - la stesura della documentazione necessaria all'esperimento delle procedure di acquisizione (capitolati), - la valutazione in sede di commissione giudicatrice delle offerte tecniche in fase di gara	Discrezionalità nelle attività e nella redazione della documentazione necessaria	5,50	Rotazione del personale coinvolto nelle attività	2019 2020 2021	Servizio Fisica Sanitaria	Documentazione, report e relazione

SERVIZIO ATTIVITA'GIURIDICO AMMINISTRATIVA AOU

	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE INDIVIDUATE	TEMPI DI ATTUAZIONE	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Applicazione delle norme contenute nel Programma regionale per la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile e riportate nella procedura aziendale di gestione diretta delle richieste di risarcimento danni	Discrezionalità e anomalie nell'applicazione delle disposizioni	2,50	Verifica periodica della corretta applicazione delle misure previste nella procedura aziendale	2019 2020 2021	Servizio Attività Giuridico Amministrativa	Report e relazione
2	Attribuzione incarichi di difesa giudiziaria a legali esterni	Ampia discrezionalità nell'individuazion e può determinare situazioni eccepibili	3,50	Proposta alla Direzione Generale, cui spetta la decisione in merito all'attribuzione dell'incarico I legali sono individuati in un elenco di professionisti di conosciuta esperienza per ambiti giuridici specifici	2019 2020 2021	Servizio Attività Giuridico Amministrativa	Provvedimenti, report e relazione
3	Concessione patrocinio legale ai dipendenti	Mancata osservanza norme legislative e contrattuali	2,00	Verifica presupposti ed elementi procedimento di accoglimento	2019 2020 2021	Servizio Attività Giuridico Amministrativa	Provvedimenti, report e relazione

UFFICIO COMUNICAZIONE AOU

	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE INDIVIDUATE	TEMPI DI ATTUAZIONE	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Acquisizione servizi e forniture per redazione e stampa di documentazione	Discrezionalità e consolidamento rapporti con specifici fornitori	4,50	Elaborazione criteri per la rotazione dei fornitori iscritti negli elenchi ufficiali Verifiche periodiche	2019 2020 2021	Ufficio Comunicazione	Report sugli affidamenti di forniture
2	Rapporti con organi di stampa e TV	Discrezionalità nella scelta degli organi di comunicazione esterni	2,50	Verifiche periodiche sull'applicazione di provvedimenti e direttive aziendali	2019 2020 2021	Ufficio Comunicazione	Report e relazioni
3	Comunicazione esterna	Diffusione di informazioni non immediatamente accessibili al cittadino	2,00	Pubblicazioni tempestive sul sito web aziendale	2019 2020 2021	Ufficio Comunicazione	Pubblicazioni
4	Redazione e pubblicazione della rassegna stampa	Discrezionalità nelle scelte e nella pubblicazione	1,50	Riunione interna	2019 2020 2021	Ufficio Comunicazione	Report e relazioni
5	Cura della sezione web "Amministrazione Trasparente"	Mancati adempimenti	2,00	Verifiche puntuali degli obblighi di pubblicazione in base alle normative ed alle indicazioni del RPCT	2019 2020 2021	Ufficio Comunicazione	Verifica pubblicazioni

SERVIZIO RAPPORTI ISTITUZIONALI AOU

	PROCESSO	RISCHIO	VALUTAZIONE RISCHIO	MISURE DI PREVENZIONE INDIVIDUATE	TEMPI DI ATTUAZIONE	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Predisposizione degli atti istruttori e dei documenti formali relativi alle intese con l'Università degli Studi di Parma in attuazione dell'Accordo Attuativo Locale	Predisposizione degli atti non aderenti alle fonti legislative e pattizie	1,50	Verifiche di rispetto normativa	2019 2020 2021	Servizio Rapporti Istituzionali	Report e relazione
2	Gestione amministrativa dei docenti e del personale del Comparto Università che svolge attività assistenziale	Predisposizione degli atti non aderenti alle fonti legislative e pattizie	1,50	Verifica a campione della documentazione amministrativa	2019 2020 2021	Servizio Rapporti Istituzionali	Report e relazione
3	Gestione annuale dei medici in formazione specialistica e predisposizione degli adempimenti formali per la stipulazione dei contratti di formazione specialistica	Mancata verifica della completezza della documentazione	2,00	Controlli a campione	2019 2020 2021	Servizio Rapporti Istituzionali	Report e relazione
4	Gestione annuale del repertorio degli incarichi di docenza e tutoriali conferiti ai dirigenti ospedalieri nell'ambito della formazione specialistica dei laureati in Medicina e Chirurgia	Discordanza tra gli Incarichi di docenza acquisiti rispetto alla totalità degli Incarichi effettivamente affidati dall'Università	3,00	Verifica annuale	2019 2020 2021	Servizio Rapporti Istituzionali	Report e relazione

5	Predisposizione e gestione delle convenzioni con altre Università per lo svolgimento, presso le strutture a direzione ospedaliera, di attività didattiche integrative a favore di medici in formazione specialistica provenienti da altre Università	Istruttoria degli atti non corrispondente alle disposizioni ministeriali (DI 402/2017)	2,50	Verifiche di conformità e autorizzazioni Direzione	2019 2020 2021	Servizio Rapporti Istituzionali	Report e relazione
6	Gestione e coordinamento dell'attività giuridico amministrativa, regolamentare e progettuale relativa allo svolgimento dei Corsi di Laurea delle professioni Sanitarie nelle strutture di sede dell'Azienda	Mancata applicazione dei regolamenti aziendali	2,00	Verifica periodica dell'applicazione dei regolamenti aziendali	2019 2020 2021	Servizio Rapporti Istituzionali	Report e relazione

AREA CONTRATTI PUBBLICI - Aziende/AVEN/Intercent-ER

AREA DI RISCHIO GENERALE CONTRATTI PUBBLICI		FASE/PROCESSO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ELENCO dei RISCHI	ANOMALIE SIGNIFICATIVE/RISCHI DI PROCESSO	MISURE PREVENZIONE AZIENDE	MISURE INTERCENTER	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1 - Programmazione	1.1	**Analisi e definizione dei fabbisogni contrattuali generali e degli oggetti degli affidamenti**	4	1) Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/ efficacia/ economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari; 2) Intempestiva predisposizione ed approvazione degli strumenti di programmazione	1) Ritardata o mancata approvazione della programmazione; 2) ingiustificato ricorso alle proroghe contrattuali; 3) reiterato inserimento nella programmazione di oggetti di gara che non arrivano alla fase di affidamento;	1) Definizione congiunta della programmazione regionale biennale "masterplan" e dei relativi aggiornamenti secondo tempistiche definite; 2) Condivisione di linee guida / istruzioni operative che definiscano modalità e tempistiche di redazione della programmazione 3)Pubblicazione della programmazione e degli aggiornamenti 4) Corretta individuazione degli attori da coinvolgere in relazione alle specifiche competenze per identificare le procedure da inserire nella programmazione 5) Controllo dei tempi di attivazione delle procedure di gara in relazione alle scadenze contrattuali; 6) Individuazione ed applicazione di strumenti di controllo, monitoraggio ed interventi sostitutivi; 7) Pubblicazione di report periodici relativi all'attuazione della programmazione; 8)Definizione dei fabbisogni condivisa con i soggetti individuati a livello aziendale e adozione della proposta del programma annuale dei lavori		1) 2) 3) 4)7) Direttore DIA; Direttore Servizi Acquisizione Beni e Logistica, Direzione Operativa Area Vasta; 5) Direttore DIA e Direttore Servizio Acquisizione Beni e Logistica 6) Direzione Operativa AVEN 8) Direttore Attività Tecniche	1) 2) e 3) Verifica diretta relativa alla pubblicazione del documento di programmazione; 4) 5)-6)-7) Set di indicatori semestrali (N. DI GARE PROGRAMMATE; N. DI GARE ATTIVATE; N. PROROGHE DISPOSTE PER CONTRATTI DI AREA VASTA OD AZIENDALI; GARE AGGIUDICATE/GARE PROGRAMMATE;) - N. procedure di gara interessate da intervento sostitutivo; 8) verifica adozione programma annuale e sue pubblicazioni
	1.2	**Predisposizione ed adozione della programmazione biennale di acquisizione di forniture e servizi e degli aggiornamenti annuali**	4						
	1.3	**Pubblicazioni e comunicazioni connesse all'adozione della programmazione (profilo committente, tavolo soggetti aggregatori)**	2,5						
	1.4	**Redazione ed aggiornamento del programma triennale dei lavori**	2,5						
	2.1	**Valutazione della richiesta di acquisto e verifica sua presenza nella programmazione.**	2	1) Disattendere le previsioni della programmazione procedendo all'affidamento di appalti non programmati 2) Disattendere le previsioni della programmazione non procedendo all'attivazione ed all'affidamento di appalti previsti	1) Numero elevato di procedure di affidamento non inserite nella programmazione attivate e/o concluse; 2)Elevato rapporto fra procedure programmate non attivate e procedure programmate	1) Controllo periodico dell'andamento della programmazione e pubblicazione degli stati di avanzamento della stessa; 2) Individuazione ed applicazione di strumenti di controllo e monitoraggio; 3) Definizione di modalità di autorizzazione delle richieste di acquisto fuori programmazione con inserimento delle motivazioni	1) Controllo periodico dell'andamento della programmazione e pubblicazione degli stati di avanzamento della stessa; 2) Individuazione ed applicazione di strumenti di controllo e monitoraggio;	1) Direttore DIA 2) Direttore DIA Direzione Operativa Area Vasta; 3) Direttori dei Servizi : Acquisizione Beni, Logistica, Ingegneria Clinica, ICT, Direzione Sanitaria	Evidenze misure in atto
	2.2	**Verifica presenza di convenzioni dei soggetti aggregatori o dell'avvenuto inserimento nella programmazione di questi ultimi dell'oggetto della richiesta d'acquisto**	3	Non utilizzo delle Convenzioni o del mercato elettronico al fine di favorire specifici fornitori	1) Non utilizzo di quote di fabbisogno comunicate e contrattualizzate; 2) attivazione di procedure di affidamento per oggetti sovrapponibili a quelli di convenzioni dei soggetti aggregatori	1) Monitoraggio periodico dei livelli di adesione alle convenzioni dei soggetti aggregatori 2) Motivazione nella determina a contrarre in ordine sia alla scelta della procedura sia alla scelta del sistema di affidamento adottato ovvero della tipologia contrattuale. 3) Adempimento delle disposizioni di legge che impongono l'adesione a Convenzioni Intercenter/CONSIP o il ricorso agli strumenti di acquisto del mercato elettronico.		1) Direttore DIA 2) e 3) Direttori Servizi Acquisizione Beni, Logistica, Attività Tecniche	1) verifica report 2) 3) Evidenza misure in atto desunte dagli atti con apposita dicitura

AREA DI RISCHIO GENERALE CONTRATTI PUBBLICI		FASE/PROCESSO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ELENCO dei RISCHI	ANOMALIE SIGNIFICATIVE/RISCHI DI PROCESSO	MISURE PREVENZIONE AZIENDE	MISURE INTERCENTER	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
2 - Progettazione	2.3	**Individuazione RUP (o sostituzione)**	3,00	Nomina di Responsabile unico del procedimento (RUP) in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privo dei requisiti idonei e adeguati ad assicurane la terzietà e l'indipendenza		1) Rotazione RUP, compatibilmente con le esigenze organizzative e le necessarie competenze richieste per medesime procedure di affidamento e/o in base ai settori di acquisto; 2) dichiarazioni di assenza di conflitto d'interesse 3) LAVORI: Individuazione dei RUP nel piano di programmazione annuale dei lavori col criterio della rotazione 4) SERVIZI e FORNITURE: Indicazione dei RUP nel "Masterplan" di programmazione aziendale. 5) LAVORI :Schede di nomina per singolo appalto approvata dal Direttore Servizio Attività tecniche 6) Indicazione/conferma del RUP nominato nel dispositivo degli atti di indizione e successivi		1) 2) 4) 6) Direttori Servizi Acquisizione Beni Attività Tecniche 3) 5) Direttore Attività Tecniche	Verifica dell'utilizzo dei moduli relativi al conflitto di interesse/compilazione GRU.Presenza di ricorsi o contestazioni da parte di ditte relativamente a presenza di conflitto di interesse. Verifica ITER di nomina RUP
	2.4	**Svolgimento indagini di mercato - pubblicazione di avvisi esplorativi**	2	Svolgimento di indagini di mercato superficiali o i cui risultati vengono predetrminati in funzione della restrizione del possibile mercato ad uno o pochi fornitori	1) Elevato numero di indagini di mercato che si concludono con l'indicazione di uno o pochi fornitori disponibili; 2) Non utilizzo degli "Avvisi esplorativi" od utilizzo limitato	Adeguato livello di trasparenza delle procedure di indagine/sondaggio di mercato		Direttori Servizi Acquisizione Beni e Attività Tecniche	Evidenze misure in atto
	2.5	**Verifica esclusività/infungibilità tramite avviso esplorativo, valutazione eventuali candidature e definizione della procedura per la sodisfazione di quel fabbisogno**	4,79	Elusione delle regole che determinano l'esclusività/infungibilià dei beni/servizi finalizzate a favorire specifici fornitori ai quali viene riconosciuta una condizione di esclusività/infungibilità non reale	1) per procedure superiori a € 40.000,00, non utilizzo degli "Avvisi esplorativi" od utilizzo limitato	1) Regolamentazione delle procedura attraverso le quali si procede all'acquisizione di beni/servizi di natura infungibile o in regime di esclusività; 2) Utilizzo di specifica modulistica compilata dal richiedente l'acquisto, finalizzata all'attestazione della infungibilità/esclusività dei prodotti/servizi con esplicitazione delle motivazioni a supporto; 3) Valutazione delle eventuali candidature da parte di figure tecniche ed utilizzo di specifica modulistica con la quale si rende noto l'esito di tali valutazioni; 4) Applicazione Regolamento per gli acquisti infungibli		1) Direttore DIA 2) 3)Direttori Servizi Acquisizione Beni, Logistica, Attività Tecniche, Ingegneria Clinica, ICT, Direttore Dipartimento Farmaceutico, Direttore Presidio Ospedaliero. 4)Servizio Acquisizione Beni	Evidenze misure in atto
	2.6	**Individuazione dei componenti il gruppo tecnico incaricato di definire il Capitolato tecnico**	3,00	1) Individuazione dei Componenti il Gruppo tecnico in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurane la terzietà e l'indipendenza. 2) Condizione di potenziale intrinseca "prossimità" di interessi generata dal fatto che i soggetti che definiscono le caratteristiche tecniche sono anche coloro che utilizzano i materiali acquistati, con conseguenti benefici diretti e/o indiretti nei confronti dello stesso utilizzatore e possono quindi orientare la quantità e tipologia del materiale richiesto; 3) Fuga di notizie circa le procedure di gara ancora da pubblicare che anticipino solo ad alcuni operatori economici la volontà di bandire eventuali gare o i contenuti della documentazione di gara		1) Sottoscrizione da parte dei soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara (Componenti del Gruppo Tecnico) di dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di interessi personali in relazione allo specifico oggetto della gara e di un impegno alla riservatezza. 2) Individuazione formale dei componenti del Gruppo Tecnico da parte delle Aziende sanitarie sulla base di una regolamentazione uniforme delle modalità di individuazione (da definirsi entro il 2019) (rif. DGR 744 del 2018) 3) Monitoraggio della partecipazione ai lavori di redazione del Capitolato di gara e dei tempi con eventuali interventi sostitutivi; 4) Rotazione dei componenti i gruppi tecnici nelle diverse edizioni dello stesso appalto o in gare ad oggetto analogo e caratterizzate da mercati di riferimento coincidenti;		1) 3) Servizio Acquisizione Beni 2) 4) Direzione Operativa AVEN, Direttore DIA	Evidenze misure in atto
	2.7	**Quantificazione dei fabbisogni di gara**	3	Fabbisogni dichiarati non coincidenti con il reale consumo/utilizzo previsto al fine di lasciare "libere" quote di mercato da affidare a fornitori specifici;		1) Individuazione di referenti tecnici di gara responsabili della quantificazione dei fabbisogni; 2) definizione di una regolamentazione relativa alle modalità (flussi e tempi) di raccolta dei fabbisogni;		1) Servizio Acquisizione Beni 2) Direttore DIA	Evidenze misure in atto

AREA DI RISCHIO GENERALE CONTRATTI PUBBLICI		FASE/PROCESSO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ELENCO dei RISCHI	ANOMALIE SIGNIFICATIVE/RISCHI DI PROCESSO	MISURE PREVENZIONE AZIENDE	MISURE INTERCENTER	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
	2.8	**Scelta della procedura di aggiudicazione**	4	1) Elusione delle regole di affidamento degli appalti mediante improprio utilizzo di sistemi di affidamento o di tipologie contrattuali per favorire un operatore. 2) Abuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato del contratto al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere. 3)Elusione delle regole di affidamento degli appalti mediante l'improprio utilizzo della procedura negoziata, al di fuori dei casi consentiti dalla legge, per favorire una specifica impresa.	1) elevato numero di procedure negoziate; 2) reiterato ed immotivato ricorso alla procedura negoziata per lo stesso oggetto di gara; 3) Frequenti "sforamenti" dei contratti stipulati in esito a procedure "sottoasoglia"	1) Inserimento nella Determina a contrarre/determina di indizione delle motivazioni in ordine alla scelta della procedura ed alla tipologia contrattuale. 2) verifiche relative agli andamenti contrattuali, alle loro "varianti" ed ai loro ampliamenti 3) Applicazione del "REGOLAMENTO PER I CONTRATTI SOTTOSOGLIA"; 4) Utilizzo della piattaforma SATER, o del MEPA CONSIP, per l'individuazione degli operatori da consultare.		1) 2) 3)4) Direttori Servizi Acquisizione Beni, Attività Tecniche 3) 4) Direttore del Servizio Logistico	Evidenze misure in atto
	2.9	**Predisposizione documentazione di gara con definizione criteri di partecipazione, criteri di aggiudicazione, item di valutazione qualità e definizione importo a base d'appalto**	4,5	1) Predisposizione di documenti di gara con definizione di criteri di ammissione finalizzati a restringere artificiosamente il numero dei concorrenti; 2) Definizione di criteri di valutazione della qualità finalizzati a favorire specifici fornitori o comunque a restringere il mercato, in particolare favorendo il fornitore uscente anche grazie ad asimmetrie informative che possono rappresentare un gap per gli altri concorrenti 3) Condizione di potenziale intrinseca "prossimità" di interessi generata dal fatto che i soggetti che elaborano i documenti di gara sono anche coloro che utilizzano i materiali acquistati, con conseguenti benefici diretti e/o indiretti nei confronti dello stesso utilizzatore e possono quindi orientare la quantità e tipologia del materiale richiesto 4) Predisposizione di clausole contrattuali dal contenuto vago o vessatorio per disincentivare la partecipazione alla gara ovvero per consentire modifiche in fase di esecuzione; 5) Fuga di notizie circa le procedure di gara ancora da pubblicare che anticipino solo ad alcuni operatori economici la volontà di bandire eventuali gare o i contenuti della documentazione di gara		1) Utilizzo di documenti standard conformi alle normative ed ai bandi-tipo ANAC 2) Sottoscrizione da parte dei concorrenti di impegni specifici al rispetto delle previsioni di cui ai protocolli di legalità o patti di integrità con inserimento nei contratti di una clausola risolutiva del contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute in tali documenti 3) adozione di criteri di valutazione della qualità di carattere oggettivo 4) Utilizzo della consultazione preliminare di mercato opportunamente publicizzata e regolamentata		Direttore DIA Direttori Servizi Acquisizione Beni e Attività Tecniche	Evidenza misure in atto
	2.10	**Predisposizione documentazione richiesta offerta per acquisti diretti (non infungibili) Inferiori a €.40.000**	3,5	Condizione di potenziale intrinseca "prossimità" di interessi generata dal fatto che i soggetti proponenti l'acquisto sono anche coloro che utilizzano i materiali acquistati, con conseguenti benefici diretti e/o indiretti nei confronti dello stesso utilizzatore e possono quindi orientare la quantità e tipologia del materiale richiesto		1) regolamentazione delle modalità di ricorso agli acquisti diretti con rotazione dei fornitori- "REGOLAMENTO PER I CONTRATTI SOTTOSOGLIA"; 2) Utilizzo della piattaforma SATER, o del MEPA CONSIP, per l'individuazione degli operatori da consultare.		Direttori Servizi Acquisizione Beni e Attività Tecniche	Evidenza misure in atto
	2.11	**Accettazione di donazioni di beni mobili o di apparecchiature elettromedicali**	3,5	Tentativo del fornitore di fidelizzare l'utente (Professionista /Azienda Sanitaria). Danno derivante da elusione delle ordinarie procedure di acquisizione. Danno derivante da una acquisizione di prodotti dedicati e/o costi di gestione. Danno derivante da fabbisogni indotti non programmati. Rischi derivanti da eventuali conflitti di interesse tra professionista e associazioni.		Procedura Aziendale		Direttori Servizi: Ingegneria Clinica, Acquisizione Beni, Logistica	Conformità alla procedura attestata negli atti di accettazione di donazioni
	2.12	**Accettazione Comodati d'uso**	2,5	Danno derivante da una acquisizione di prodotti dedicati e/o costi di gestione.		Procedura Aziendale		Direttori Servizi: Ingegneria Clinica, Acquisizione Beni, Logistica	Conformità alla procedura attestata negli atti

AREA DI RISCHIO GENERALE CONTRATTI PUBBLICI		FASE/PROCESSO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ELENCO dei RISCHI	ANOMALIE SIGNIFICATIVE/RISCHI DI PROCESSO	MISURE PREVENZIONE AZIENDE	MISURE INTERCENTER	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
3 - Selezione del contraente	3.1	**Pubblicazioni e comunicazioni connesse all'indizione della gara (profilo committente,piattaforma SATER)**	3,5	Inadeguata pubblicita'	1) Frequenti richieste di trasmissione dei documenti di gara da parte di potenziali fornitori; 2) frequenti richieste di proroga dei termini di presentazione delle offerte	1) Tempestività nella pubblicazione/trasmissione della comunicazione; 2) Osservanza delle norme e delle linee guida; 3) Indicazione nella programmazione dei termini previsti per la pubblicazione		Direttori Servizi Acquisizione Beni, Logistica e Attività Tecniche	Evidenza misure in atto
	3.2	**Gestione chiarimenti, quesiti, rettifiche, sopralluoghi, proroghe dei termini**	3,5	Assenza di pubblicità dei chiarimenti e dell'ulteriore documentazione rilevante. Immotivata concessione di proroghe rispetto al termine previsto dal bando.		1) Accessibilità della documentazione di gara e/o delle informazioni complementari rese. 2) Evidenza delle motivazioni a supporto della concessione di proroghe nei termini di presentazione offerte.		Direttori Servizi Acquisizione Beni, Logistica e Attività Tecniche	Evidenza misure in atto
	3.3	**Valutazione documentazione amministrativa**	2,5	1) Azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara (es. mancata attivazione "Soccorso istruttorio")		1) Verbalizzazione seduta di gara; 2) Check list controllo documenti previsti dal bando		Direttori Servizi Acquisizione Beni, Logistica e Attività Tecniche	Evidenza misure in atto
	3.4	**Nomina Commissione Giudicatrice** **(transitorio in attesa di applicazione linee guida Anac)**	4,50	1) Nomina di Componenti della Commissione giudicatrice in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurane la terzietà e l'indipendenza; 2) Ritardo nell'individuazione e nell'indicazione dei nominativi da parte delle Aziende sanitarie interessate		1) Composizione della Commissione con figure tecniche e professionali diversificate per competenza e provenienza aziendale, 2) Monitoraggio tempi di lavoro della commissione giudicatrice.; 3) Sottoscrizione da parte dei soggetti coinvolti nella valutazione di dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di interessi personali in relazione allo specifico oggetto della gara. 4) Individuazione formale dei componenti della Commissione da parte delle Aziende sanitarie sulla base di una regolamentazione condivisa delle modalità di individuazione 5) monitoraggio tempi di nomina; 6) Acquisizione casellario Giudiziale		1) 2) 4) 5) Direttore DIA 3) 6) Direttori Servizi Acquisizione Beni, Logistica e Attività Tecniche	Evidenza utilizzo dei moduli Evidenza acquisizione Casellario Giudiziale
	3.5	**Valutazione tecnica offerte in caso di aggiudicazione con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa**	6,00	1) Azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara. Applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esito. 2) Assenza di criteri motivazionali sufficienti a rendere trasparente l'iter logico seguito nell'attribuzione dei punteggi, nonché valutazione dell'offerta non chiara/ trasparente/ giustificata.		1) Monitoraggio tempi di lavoro della commissione giudicatrice; 2) Verbalizzazione delle decisioni relative all'attribuzione dei punteggi di qualità con motivazione 3) formule di aggiudicazione riportate nella documentazione amministrativa elaborate da Area Vasta sono conformi ai criteri elaborati dalla giurisprudenza e alla indicazioni fornite da ANAC		1) Direttore DIA 2) 3)Direttori Servizi Acquisizione Beni e Attività Tecniche	Evidenza misure in atto
	3.6	**Verifica di anomalia delle offerte**	4	1) Verifica strumentalmente finalizzata ad escludere offerte in realtà congrue o ad ammettere offerte in realtà non congrue o credibili 2) Valutazione non adeguata da parte del RUP se non dotato delle necessarie competenze tecniche; 3) assenza di adeguata motivazione sulla congruità o non congruità dell'offerta; 4) Accettazione di giustificazioni di cui non è stata verificata la fondatezza		1) Supporto uffici stazione appaltante al RUP per la valutazione dell'anomalia; 2) Valutazione effettuata dalla commissione giudicatrice o da commissione ad hoc 3) Verbalizzazione del procedimento di valutazione delle offerte anomale e di verifica della congruità dell'offerta che dia dettagliatamente conto delle motivazioni a sostegno della scelta		Direttori Servizi Acquisizione Beni, Logistica e Attività Tecniche	Evidenza misure in atto
	3.7	**Controlli pre aggiudicazione/pre stipula**	2,50	1) Alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti. Possibilità che i contenuti delle verifiche siano alterati per pretermettere l'aggiudicatario e favorire gli operatori economici che seguono nella graduatoria.		1) Utilizzo, se e quando è dovuto, sistema AVCPass. 2) Funzione centralizzata per l'acquisizione dei documenti, tracciabilità della richiesta nell'archivio informatizzato dei documenti sui quali è stato effettuato il controllo.		Direttori Servizi Acquisizione Beni, Logistica e Attività Tecniche	Evidenza misure in atto

AREA DI RISCHIO GENERALE CONTRATTI PUBBLICI		FASE/PROCESSO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ELENCO dei RISCHI	ANOMALIE SIGNIFICATIVE/RISCHI DI PROCESSO	MISURE PREVENZIONE AZIENDE	MISURE INTERCENTER	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
	3.8	**Adozione atto di aggiudicazione**	2	Immotivato ritardo nella formalizzazione del provvedimento di aggiudicazione definitiva , che può indurre l'aggiudicatario a sciogliersi da ogni vincolo o recedere dal contratto.		Monitoraggio tempi		Direttori Servizi Acquisizione Beni, Logistica e Attività Tecniche	evidenza misure in atto
	3.9	**Pubblicazioni e comunicazioni connesse all'adozione della aggiudicazione definitiva**	3,00	Violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di evitare o ritardare la proposizione di ricorsi da parte di soggetti esclusi o non aggiudicatari.		Check list di controllo sul rispetto degli adempimenti e formalità di comunicazione previsti dal Codice		Direttori Servizi Acquisizione Beni, Logistica e Attività Tecniche	evidenza misure in atto
	3.10	**Annullamento della gara/ Revoca del bando**	4,50	Abuso del provvedimento di revoca del bando al fine di bloccare una gara il cui risultato si sia rivelato diverso da quello atteso o di concedere un indennizzo all'aggiudicatario o di allungare artificiosamente i tempi di affidamento		Controllo a campione nella documentazione di gara circa il rispetto dell'obbligo di motivazione in ordine alla legittimità, opportunità, convenienza del provvedimento di revoca	Controllo a campione su tutti gli atti amministrativi in relazione alle tipologie di atti di affidamento stabilita nell'anno precedente all'estrazione (non si tratta quindi di un controllo puntuale solo sugli atti di revoca).	Direttori Servizi Acquisizione Beni, Logistica e Attività Tecniche	evidenza misure in atto
4 - Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto	4.1	**Stipula contratto/adesione convenzione e emissione ordinativo di fornitura**	3	1) Immotivato ritardo nella adesione alla convenzione o nella sottoscrizione del contratto, che può indurre l'aggiudicatario a sciogliersi da ogni vincolo o recedere dal contratto; 2) Adesione alla convenzione con quantitativi/imposrti non coerenti con il fabbisogno espresso in sede di predisposizione dei documenti di gara		1) Monitoraggio tempi di adesione alle convenzioni o sottoscrizione dei contratti; 2) Monitoraggio adesione alle convenzioni in collaborazione con IntercentER		Direttore DIA , Direttori Servizi Acquisizione Beni, Logistica e Attività Tecniche	evidenza misure in atto
	4.2	**Individuazione Direttore Esecuzione Contratto**	3,00	Nomina DEC in rapporto di contiguità con impresa aggiudicataria o privo dei requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza		1) Regolamentazione delle modalità di individuazione DEC e collaboratori; 2) Sottoscrizione da parte del DEC di dichiarazione che attesta l'assenza di interessi personali in relazione alla ditta affidataria dell'appalto; 3) Formazione dei DEC e collaboratori		1) Direttore DIA; 2) 3) Direttori Servizi Acquisizione Beni, Logistica e Attività Tecniche	evidenza misure in atto
	5.1	**Autorizzazione al subappalto**	3,00	1) Mancata valutazione dell'impiego di manodopera o incidenza del costo della stessa ai fini della qualificazione dell'attività come subappalto per eludere le disposizioni e i limiti di legge. 2)Mancata effettuazione delle verifiche obbligatorie sul subappaltatore. 3)Accordi collusivi tra le imprese partecipanti che utilizzano il subappalto come modalità per distribuire i vantaggi dell'accordo a tutti i partecipanti all'accordo.		a) Adempimento delle prescrizioni di legge in materia di subappalto. b) Protocollo di legalità applicato agli appalti di lavori e misti di lavori/forniture/servizi. c) Comunicazione al Responsabile per la prevenzione della corruzione di situazioni di inosservanza degli adempimenti in materia di subappalto e ad Intercenter per le convenzioni. d) Comunicazione da parte di Intercenter alle aziende degli eventuali subappalti,		a)b) c) Direttori Servizi Acquisizione Beni, Logistica e Attività Tecniche	Evidenze misure

AREA DI RISCHIO GENERALE CONTRATTI PUBBLICI		FASE/PROCESSO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ELENCO dei RISCHI	ANOMALIE SIGNIFICATIVE/RISCHI DI PROCESSO	MISURE PREVENZIONE AZIENDE	MISURE INTERCENTER	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
5 - Esecuzione del Contratto	5.2	**Ammissione delle varianti (compreso sesto quinto)**	4,00	Abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore (ad esempio, per consentirgli di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire extra guadagni o di dover partecipare ad una nuova gara). Inserimento nuovi prezzi.		a) Rispetto delle prescrizioni del Codice Appalti relative alla redazione varianti; b) Varianti autorizzate con provvedimento dell'Azienda o da intercenter adeguatamente motivato in ordine al riscontro delle fattispecie normative; c) Trasmissione al RPC delle varianti trasmesse all'ANAC; d) Monitoraggio di non sforamento del "sesto quinto"		Direttori Servizi Acquisizione Beni, Logistica e Attività Tecniche	Evidenza misure in atto
	5.3	**Affiancamenti e sostituzioni in corso di contratto**	4,5	Affiancamenti e sostituzione di prodotti in corso di contratto finalizzate a favorire uno specifico fornitore		1) Regolamentazione delle modalità autorizzative degli affiancamenti/ sostituzioni; 2) definizione di percorsi condivisi per affiancamento / sostituzione prodotti contrattualizzati sulla base di convenzioni Intercenter 3) utilizzo delle piattaforme informatiche		1) 2) Direzione DIA 3) Direttori Servizi Acquisizione Beni, Logistica e Attività Tecniche	Evidenza misure in atto
	5.4	**Verifiche in corso di esecuzione del contratto**	4,50	1) Mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto o ingiustificato pagamento anticipato. 2) Accettazione materiali in cantiere non conformi al capitolato. 3) Accettazione materiali non conformi nelle forniture di beni sanitari. 4) Uso non giustificato di materiali fuori contratto.		1) Verifica periodica dei livelli di qualità attesi per gli appalti di servizi attraverso indicatori specifici. 2) Applicazione di eventuali penali a seguito di non conformità riscontrate nell'esecuzione del contratto. 3) Definizione procedure su "non conformità e acquisti in danno" 4) Condivisione delle modalità di gestione dei flussi informativi con la centrale di committenza		1) Direttori Servizi: Logistico Alberghiero; 2) Direttori Servizi Acquisizione Beni, Logistica e Attività Tecniche, Dipartimento Farmaceutico, Presidio Ospedaliero, Direzione Operativa Area Vasta; 3) Direttore Servizio Acquisizione Beni 4) Direttore DIA	1) Relazione annuale del Direttore esecuzione del contratto sull'andamento contratto 3) Pubblicazione sul sito AVEN delle procedure riviste
	5.5	**Verifica delle disposizioni in materia di sicurezza con particolare riferimento al rispetto delle prescrizioni del Piano di Sicurezza e Coordinamento (PSC) o Documento Unico di Valutazione dei Rischi Interferenziali (DUVRI)**	2,50	Mancato rispetto delle disposizioni previste nel DUVRI/PSC/POS		1) Periodici controlli verbalizzati sulla corretta attuazione del PSC/POS a cura del coordinatore della sicurezza in esecuzione. 2) Applicazione misure previste dal DUVRI in riferimento alla procedura aziendale sui rischi di interferenza.		1) Direttore Servizio Attività Tecniche 2) Direttori Servizi: Prevenzione e Protezione, Logistico	Evidenza misure in atto
	5.6	**Apposizione di riserve**	3,50	Apposizione di riserve generiche a cui consegue una incontrollata lievitazione dei costi.		Rigorosa adesione al Codice degli appalti.		Direttore Servizio Attività Tecniche	Evidenza misure in atto

AREA DI RISCHIO GENERALE CONTRATTI PUBBLICI		FASE/PROCESSO	VALUTAZIONE DEL RISCHIO	ELENCO dei RISCHI	ANOMALIE SIGNIFICATIVE/RISCHI DI PROCESSO	MISURE PREVENZIONE AZIENDE	MISURE INTERCENTER	RESPONSABILE	MONITORAGGIO
	5.7	**Gestione delle controversie, Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto.**	3,50	Ricorso ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie per favorire l'esecutore.		1) Rispetto delle prescrizioni di legge riguardo l'applicazione dell'Accordo Bonario. 2) Indicazione nei documenti di gara del foro competente con esclusione del ricorso ad arbitrati. 3) Fermo restando l'obbligo di oscurare i dati personali relativi al segreto industriale o commerciale, pubblicazione degli accordi bonari in Amministrazione trasparente, altri contenuti.		Direttore Servizio Attività Tecniche	Evidenza misure in atto
	5.8	**Effettuazione dei pagamenti in corso di esecuzione**	3,50	Pagamenti Indebiti		Verifiche puntuali ed evidenza per l'approvazione stati di avanzamento lavori (SAL) e Stati avanzamento servizi (SAS) tramite evidenze documentali		Direttori Servizi Acquisizione Beni, Logistica e Attività Tecniche	Evidenza misure in atto
6 - Rendicontazione del contratto	6.1	**Procedimento di nomina del collaudatore (o della commissione di collaudo)**	3,00	Alterazioni o omissioni di attività di controllo al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante.Rilascio del certificato di collaudo/regolare		In caso di affidamento a personale interno, rotazione del personale. In caso di affidamento ad esterni, ricorso ad elenco di professionisti disponibili alla voce merceologica "Servizi Professionali" sul portale del Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione (MEPA)		Direttore Servizio Attività Tecniche	Evidenza misure in atto
	6.2	**Verifica della corretta esecuzione con rilascio del certificato di collaudo o del certificato di verifica di conformità**	2.50	Alterazioni o omissioni di attività di controllo al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante.Rilascio del certificato di collaudo/regolare esecuzione in cambio di vantaggi economici o la mancata denuncia di difformità e vizi dell'opera.		1) Verbali di collaudo conformi alla normativa. 2) Sottoscrizione dichiarazione conflitto d'interesse		Direttori Servizi Attività Tecniche e Ingegneria Clinica	Evidenza misure in atto, utilizzo della modulistica ai fini autodichiarazione insussistenza conflitto interessi

ALLEGATO 3

TABELLA OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE
(Piano Anticorruzione/Trasparenza AUSL/AOU 2019/2021)

Area	Tipologia documento, dato, informazione	Denominazione e contenuto del singolo obbligo di pubblicazione	Riferimento normativo	Tempi di pubblicazione e di aggiornamento	Competenza e Responsabilità (individuazione ed elaborazione dati, trasmissione per pubblicazione)	Note
Disposizioni generali	Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT)	Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT)	art. 10, c. 8, lett. a, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Responsabile interaziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (RPCT)	Adozione entro il 31 gennaio di ogni anno
	Atti generali	Normative statali e regionali di interesse per l'attività aziendale	art. 12, c. 1, 2, d.lgs n. 33/2013	Tempestivo	Servizio interaziendale Affari Generali	
		Atto Aziendale Documenti nazionali contenenti direttive generali Atti e programmi di rilevanza aziendale	artt. 12 e 13 d.lgs n.33/2013	Tempestivo	Servizio interaziendale Affari Generali	

		Codici disciplinari Codice di Comportamento nazionale (DPR n. 62/2013) e aziendale	art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 art. 1, c. 44. legge n. 190/2012 art. 54 d. lgs. n. 165/2001	Tempestivo In base a modifiche normative o aggiornamenti	Dipartimento interaziendale Risorse Umane Uffici Procedimenti Disciplinari RPCT	
Diposizioni generali	Oneri informativi per cittadini e imprese	Scadenzario obblighi amministrativi	art.12. c. 1 bis, d.lgs n. 33/2013	Tempestivo	Non Applicabile Aziende SSN	
		Oneri informativi per cittadini e imprese	art. 34 d.lgs n. 33/2013	Dati non più soggetti pubblicazione obbligatoria ai sensi d.lgs n. 97/2016		
	Burocrazia zero	Burocrazia zero	art. 37 d.l. n. 69/2013	Dati non più soggetti pubblicazione obbligatoria ai sensi d.lgs n. 97/2016		
		Attività soggette a controllo	art. 37 d.l. n. 69/2013	Dati non più soggetti pubblicazione obbligatoria ai sensi d.lgs n. 97/2016		
Organizzazione	Organi di indirizzo politico-amministrativo	Indicazione dei soggetti che compongono la Direzione aziendale e indicazione di altri organismi di vertice per l'organizzazione	art. 13, c. 1, lett. a, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Dipartimento interaziendale Risorse Umane Uffici Comunicazione	Curricula, compensi e dichiarazioni sono nella sezione Personale (Incarichi di vertice)

	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	art.47 c.1 d.lgs. n.33/2013	Tempestivo	Non Applicabile Aziende SSN	
	Rendiconti gruppi consiliari	Rendiconti e atti degli organi di controllo	art.28 c.1 d.lgs. n.33/2013	Tempestivo	Non Applicabile Aziende SSN	
	Articolazione degli uffici	Dati e documenti di Organizzazione aziendale, con indicazione di strutture, servizi, uffici, relative competenze e responsabili	art. 13, c. 1, lett. b, c, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Uffici Comunicazione Dipartimento interaziendale Risorse Umane	
	Telefono e posta elettronica	Elenco numeri di telefono e caselle di posta elettronica dei singoli operatori. Elenco caselle attive di Posta Elettronica Certificata	art. 13, c. 1, lett. d, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Dipartimento interprovinciale ICT (sedi AUSL e AOU Parma) Uffici Comunicazione	
Consulenti e collaboratori	Incarichi e rapporti di consulenza e collaborazione, comprese le borse di studio	Estremi atto conferimento incarico Curriculum dell'incaricato Compensi con evidenza componenti variabili o legate al risultato Oggetto e durata dell'incarico	art. 15, c. 1, 2, art.10, c. 8 lett. d, d.lgs. n. 33/2013 art. 53, comma 14, d.lgs. n. 165/2001	Tempestivo I dati devono permanere per 3 anni successivi alla cessazione dell'incarico	Dipartimento interaziendale Risorse Umane Servizio interaziendale Affari Generali (per riepiloghi e trasmissione documentazione)	Ogni Struttura o Servizio aziendale proponente atti di conferimento incarichi a consulenti o collaboratori deve trasmettere il fascicolo completo delle informazioni indicate, compreso il curriculum anche in formato digitale,

		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitti di interesse			Tutte le unità organizzative che propongono e trattano incarichi di consulenza e collaborazione	omettendo i dati sensibili e quelli personali non pertinenti Banca Dati PERLAPA art. 9 bis dlgs n. 33/2013 Vanno inseriti membri Commissioni concorsuali, Collegi sindacali e OAS
		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione Pubblica)	art. 15, c. 1, 2, art.10, c. 8 lett. d, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, comma 14, d.lgs. n. 165/2001	Entro 30 giorni dall'invio	Dipartimento interaziendale Risorse Umane	Banca Dati PERLAPA art. 9 bis dlgs n. 33/2013 Vanno inseriti membri Commissioni concorsuali, Collegi sindacali e OAS
Personale	Incarichi amministrativi di vertice	Estremi atto conferimento incarico Curriculum Compenso (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato) Dichiarazioni di assenza inconferibilità Dichiarazione di assenza incompatibilità (dichiarazione annuale)	artt. 14 e 15, c. 1, 2, art. 41, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 art. 20, c. 1 e 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Dipartimento interaziendale Risorse Umane	Riguarda i Direttori Generale, Sanitario, Amministrativo, Attività socio sanitarie (per Direttore Generale le pubblicazioni principali avvengono sul sito web della Regione, in quanto titolare del potere di nomina)

		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti				
	Dirigenti	Per ciascun titolare di incarico: Estremi atto conferimento incarico, con indicazione durata Curriculum, redatto in conformità al vigente modello europeo Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato), compresa l'attività libero professionale in regime di intramoenia Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici Dati relativi ad assunzione di altre cariche presso enti pubblici o privati, e	artt. 15 e 41 d.lgs. n. 33/2013		Dipartimento interaziendale Risorse Umane	Riguarda tutti i dirigenti di ogni ruolo. Per la dirigenza sanitaria il riferimento è l'art. 41 del decreto legislativo n. 33/2013 Rispetto a precedenti diverse indicazioni, sono da ritenersi non applicabili per le Aziende SSN i seguenti punti (e quindi non soggetti a pubblicazione): altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti dichiarazioni di patrimonio e reddito e loro variazioni dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico dichiarazione di

		relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti				insussistenza di una delle cause di incompatibilità dell'incarico ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica dati dirigenti cessati (non applicabile Aziende SSN) *NB: le tabelle generali con i dati sugli incarichi dirigenziali (dipartimento, struttura complessa e struttura semplice) sono da aggiornarsi e pubblicarsi almeno semestralmente*
		Procedure conferimento incarichi	art. 41, c. 2, d.lgs. n.33/2013	Tempestivo	Dipartimento interaziendale Risorse Umane	Riguarda tutti i dirigenti con incarichi di Responsabile di Dipartimento, Distretto, Presidio Ospedaliero, Struttura Complessa, Struttura Semplice
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	art. 47, c. 1, d.lgs. n.33/2013	Tempestivo	RPCT Dipartimento interaziendale Risorse Umane	
	Posizioni Organizzative	Elenco Posizioni Organizzative	art. 14, c. 1 quinquies, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Dipartimento interaziendale Risorse Umane	

		Curricula dei titolari degli incarichi, redatti in conformità al vigente modello europeo				
	Dotazione organica	Conto annuale del personale (art. 60, comma 2, d.lgs. n. 165/2001), con evidenza di: dotazione organica costo personale a tempo indeterminato, articolato per aree professionali	art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Annuale	Dipartimento interaziendale Risorse Umane	Banca Dati SICO (art. 9 bis All. B) sia per dotazione organica che per costo personale a tempo indeterminato
	Personale non a tempo indeterminato	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle) Costo complessivo del personale non a tempo indeterminato	art. 17, c. 1 e 2, d.lgs. n. 33/2013	Tabelle annuali del personale Pubblicazione trimestrale per i costi	Dipartimento interaziendale Risorse Umane	Banca Dati PERLAPA e SICO (art. 9 bis All. B)
	Tassi di assenza	Tassi di assenza del personale, suddiviso per strutture	art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tabelle trimestrali	Dipartimento interaziendale Risorse Umane	
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti	Elenco incarichi conferiti o autorizzati a dipendenti, con indicazione di durata e compenso	art. 18 d.lgs. n. 33/2013 e art. 53 d.lgs. n. 165/2001	Tempestivo	Dipartimento interaziendale Risorse Umane	Banca Dati PERLAPA (art. 9 bis All. B)

	Contrattazione collettiva	Riferimenti per accedere alla consultazione dei contratti collettivi nazionali (link ARAN)	art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Dipartimento interaziendale Risorse Umane	Banca Dati SICO e ARAN-CNEL (art. 9 bis All. B)
	Contrattazione integrativa	Accordi integrativi di natura economica, con relazione illustrativa e tecnico finanziaria, e tutti gli altri accordi stipulati a livello aziendale Costi contratti integrativi (annuale)	art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, comma 4, d.lgs. n.150/2009	Tempestivo	Dipartimento interaziendale Risorse Umane	Banca Dati SICO e ARAN-CNEL (art. 9 bis All. B)
	Organismo di Valutazione regionale per le Aziende del SSR (art.6 L.R. n.26/2013 e DGR n. 334/2014)	Composizione OIV e OAS aziendali Curricula Compensi (per OIV collegamento alla pagina web regionale)	art. 10, c. 8, lett. c, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Organismi Aziendali di Supporto (OAS) Dipartimento interaziendale Risorse Umane	Per OIV collegamento alla pagina web regionale
Bandi di concorso	Bandi di concorso	Bandi e Avvisi per Reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale	Art. 19 d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Dipartimento interaziendale Risorse Umane	
		Criteri di valutazione delle Commissioni di			Dipartimento interaziendale Risorse	

		concorso e selezione Tracce delle prove scritte			Umane	
Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Delibera CIVIT n. 104/2010	Tempestivo	OAS/OIV	
	Piano della Performance	Piano della performance	art. 10 d.lgs. n.150/2009	Tempestivo	Dipartimento Valutazione e Controllo AUSL Programmazione e Controllo di Gestione AOU	
	Relazione sulla Performance	Relazioni di verifica performance (rendicontazioni e verifiche del Piano delle azioni e del Documento di Budget)	art. 10 d.lgs. n.150/2009	Tempestivo	Dipartimento Valutazione e Controllo AUSL Programmazione e Controllo di Gestione AOU	Da ricomprendere gli indicatori ex comma 522 legge stabilità 2016
	Ammontare complessivo dei premi	Importi complessivi risorse destinate alla performance del personale, distinti per aree contrattuali (fondi contrattuali) Importi complessivi effettivamente distribuiti a titolo di incentivi e risultato legati alla performance	art. 20 d.lgs. n. 33/2013	Annuale	Dipartimento interaziendale Risorse Umane	

	Dati relativi ai premi	Criteri definiti nel sistema performance per trattamento accessorio Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dar conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi Indicazione grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti che per i dipendenti comparto	art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Annuale	Dipartimento interaziendale Risorse Umane	
	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo	art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Dati non più soggetti pubblicazione obbligatoria ai sensi d.lgs n. 97/2016		

Enti controllati	Società partecipate	Elenco delle società di cui l'Amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati finanziari regolamentati italiani o di altri Paesi dell'Unione Europea, e loro controllate Per ciascuna delle Società: Ragione sociale Misure di partecipazione Durata della partecipazione Onere complessivo gravante per l'anno sul bilancio	art. 22, c. 1, lett. b, c. 2, 3, d.lgs. n. 33/2013	Annuale Per i provvedimenti di costituzione di società, di acquisto e gestione delle partecipazioni (ultimi 3 punti): Tempestivo	Servizio interaziendale Economico Finanziario	Banca Dati SIQuEL e Patrimonio PA (art. 9 bis All B) Le pubblicazioni delle varie tipologie di provvedimenti indicati negli ultimi tre punti non sono applicabili per le società ex art. 9 bis del decreto legislativo n. 502/1992

		Rappresentanti dell'Azienda e trattamento economico Incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico Risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito web dell'ente) Tempestivo Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito web dell'ente) Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate				

		Provvedimenti di costituzione di società, di acquisto di partecipazioni, di gestione delle partecipazioni Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici. Annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate Provvedimenti con cui le società in controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento				
	Rappresentazione grafica	Rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e le società partecipate	art. 22 d.lgs. n. 33/2013	Annuale	Servizio interaziendale Economico Finanziario	

Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Elenco procedimenti, con indicazione per ciascuno di essi di: breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili unità organizzative responsabili dell'istruttoria l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardino termine fissato in sede di disciplina normativa del	art. 35 d.lgs. n. 33/2013	Annuale	Servizio interaziendale Affari Generali Servizi del Dipartimento interaziendale Risorse Umane Servizio interaziendale Economico Finanziario Servizi del Dipartimento interaziendale Tecnico e Logistica Servizio interaziendale Internal Auditing Dipartimento valutazione e Controllo AUSL Programmazione e Controllo di Gestione AOU Servizi Affari Legali e Assicurativi AUSL e AOU Uffici Comunicazione AUSL e AOU Direzione Sanitaria AOU Direzione Sanitaria AUSL	Schema/tabella contenente le informazioni, a cura di ciascun Servizio o Dipartimento indicati, per i procedimenti di rispettiva competenza

		procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio assenso dell'amministrazione strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli link di accesso al servizio on line, ove sia disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione modalità per l'effettuazione dei pagamenti, con i codici IBAN identificativi del			Servizi Farmaceutici AUSL e AOU Dipartimento Sanità Pubblica AUSL Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche AUSL Dipartimenti Cure Primarie AUSL Servizi di Staff AUSL e AOU	

		conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria nome del soggetto cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale Per i procedimenti ad istanza di parte: atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac simili per le autocertificazioni uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze				

	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Dati non più soggetti pubblicazione obbligatoria ai sensi d.lgs n. 97/2016		
	Monitoraggio tempi procedimentali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedimentali	Art. 24, comma 2, legge n. 190/2012	Dati non più soggetti pubblicazione obbligatoria ai sensi d.lgs n. 97/2016		
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Informazioni sulle modalità di acquisizione d'ufficio dei dati e per lo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività, volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	art. 35, c. 3, lett. c, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Servizi del Dipartimento interaziendale Risorse Umane Servizio interaziendale Economico Finanziario Servizi del Dipartimento interaziendale Tecnico e Logistica	

Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo-politico	Elenchi deliberazioni delle Direzioni aziendali	art. 23 d.lgs. n. 33/2013	Semestrale	Servizio interaziendale Affari Generali	Tabella con indicati numero atto, oggetto, data adozione e proponente
	Provvedimenti dirigenti	Elenchi delle determine dirigenziali	art. 23 d.lgs. n. 33/2013	Semestrale	Servizio interaziendale Affari Generali	Tabella con indicati numero atto, oggetto, data approvazione e Servizio o struttura Competente
Controlli sulle imprese	Controlli sulle imprese	Tipologie di controllo	art. 25 d.lgs. n. 33/2013	Dati non più soggetti pubblicazione obbligatoria ai sensi d.lgs n. 97/2016		
		Obblighi e adempimenti	art. 25 d.lgs. n. 33/2013	Dati non più soggetti pubblicazione obbligatoria ai sensi d.lgs n. 97/2016		
Bandi di gara e contratti	Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	Dati previsti dall'art. 1, comma 32 legge n. 190/2012: Codice Identificativo Gara (CIG) Struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte, numero degli offerenti	art. 1, comma 32, legge n. 190/2012	Tempestivo Annuale le tabelle del punto 3	Servizi del Dipartimento interaziendale Tecnico e Logistica	Banche Dati BDAP, BDNCP, Servizio Contratti Pubblici (art. 9 bis All. B)

		che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera, servizio o fornitura, importo delle somme liquidate Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relativi all'anno precedente				
	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi, forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali Avvisi di preinformazione Delibera a contrarre o atto equivalente	art. 37, comma 1, d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, comma 1, d.lgs. n. 50/2016	Tempestivo	Servizi del Dipartimento interaziendale Tecnico e Logistica	Banche Dati BDAP, BDNCP, Servizio Contratti Pubblici (art. 9 bis All. B)
	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Avvisi e bandi (varie norme d.lgs. n.50/2016): Avviso Avviso di indagini di mercato Avviso di formazione elenco operatori economici e pubblicazione elenco	art. 37, comma 1, d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, comma 1, d.lgs. n. 50/2016	Tempestivo	Servizi del Dipartimento interaziendale Tecnico e Logistica	Banche Dati BDAP, BDNCP, Servizio Contratti Pubblici (art. 9 bis All. B)

		Bandi ed avvisi Avviso periodico indicativo Avviso relativo all'esito della procedura Avviso di aggiudicazione Bando di concessione Avviso in merito alla modifica dell'ordine di importanza dei criteri Avviso costituzione del privilegio Avviso sui risultati della procedura di affidamento Elenchi dei verbali delle commissioni di gara Avvisi sistemi di qualificazione Affidamenti: gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici Informazioni ulteriori: contributi e resoconti degli incontri con portatori di interessi unitamente ai progetti di			Nota Bene in "Profilo del committente" occorre inserire anche specifica voce denominata: *"Pubblicazione dati in materia di responsabilità professionale ai sensi della legge n. 24/2017"*

		fattibilità di grandi opere e ai documenti predisposti dalla stazione appaltante				
		Provvedimenti di esclusione e di ammissione (entro 2 giorni dalla loro adozione)	art. 37, comma 1, d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, comma 1, d.lgs. n. 50/2016	Tempestivo	Servizi del Dipartimento interaziendale Tecnico e Logistica	Banche Dati BDAP, BDNCP, Servizio Contratti Pubblici (art. 9 bis All. B) Banche Dati BDAP, BDNCP, Servizio Contratti Pubblici (art. 9 bis All. B)
		Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti	art. 37, comma 1, d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, comma 1, d.lgs. n. 50/2016	Tempestivo	Servizi del Dipartimento interaziendale Tecnico e Logistica	
		Testo integrale di tutti i contratti d'acquisto di beni e servizi di importo unitario stimato superiore a 1 milione di euro in esecuzione del programma biennale e suoi aggiornamenti	Art. 1, comma 505, legge n. 208/2015	Non applicabile, in quanto abrogato dal d.lgs n. 50/2016 come modificato dal d.lgs. n. 56/2017		
		Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	art. 37, comma 1, d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, comma 1, d.lgs. n. 50/2016	Tempestivo	Servizi del Dipartimento interaziendale Tecnico e Logistica	
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Documenti, atti e regolamenti che stabiliscono criteri e modalità per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi	art. 26 d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Servizio interaziendale Affari Generali	

		ed ausili finanziari e per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone, enti pubblici e privati				
	Atti di concessione	Tabella riportante i provvedimenti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone, enti pubblici e privati, di importo superiore a 1.000 euro (tipologia benefici senza controprestazione)	artt. 26 e 27 d.lgs. n. 33/2013	annuale	Servizio interaziendale Affari Generali Tutti i Servizi e le Strutture che dispongono in materia. Si indicano (in modo non esaustivo): Direzione Attività Socio Sanitarie AUSL Distretti AUSL Dipartimenti Cure Primarie AUSL Dipartimento Sanità Pubblica AUSL Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche AUSL	Le tabelle devono indicare: soggetto beneficiario (esclusi dati identificativi delle persone fisiche in relazione a stato di salute e disagio economico sociale) importo del vantaggio economico corrisposto titolo o motivazioni a base dell'attribuzione modalità di individuazione del beneficiario elenco dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone di importo

						superiore a 1.000 euro A titolo esemplificativo, di seguito una casistica non esaustiva: Cure Primarie: rimborsi utilizzo mezzo proprio ad utenti dializzati rimborsi per cure climatiche invalidi di guerra rimborsi ricoveri all'estero rimborsi prestazioni diverse (ausili, trasporti…) Salute mentale: sussidi borse lavoro assegni di cura contributi ed altri interventi Sanità Pubblica e Veterinaria: indennizzi ex legge n. 210/1992 indennità

						abbattimento animali a titolo di risarcimento indennità malattie infette a titolo di risarcimento Distretti: borse lavoro sussidi a minori ed adulti assegni di cura per disabili
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Bilanci di previsione e di esercizio in forma integrale, con allegati Tabella con dati relativi ai bilanci di previsione e d'esercizio in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con ricorso a rappresentazioni grafiche Dati relativi alle entrate e alla spesa di cui ai bilanci preventivi e d'esercizio in formato tabellare	art. 29 d.lgs. n. 33/2013 legge n. 208/2015, art. 1, comma 522	Bilanci entro 30 giorni dall'approvazione (regionale) Tabelle annuali	Servizio interaziendale Economico Finanziario	Banca Dati BDAP (art. 9 bis All. B)
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 18 bis d.lgs. n. 118/2011	Non Applicabile alle Aziende SSN		

Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Elenco immobili in proprietà o disponibilità o detenuti con informazioni identificative	art. 30 d.lgs. n. 33/2013	Annuale	Servizi del Dipartimento interaziendale Tecnico e Logistica	Banca Dati Patrimonio PA (art. 9 bis All.B)
	Canoni di locazione o affitto versati o percepiti	Elenco immobili e canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	art. 30 d.lgs. n. 33/2013	Annuale	Servizi del Dipartimento interaziendale Tecnico e Logistica	
Controlli e rilievi sull'Amm.ne	Organismo di Valutazione regionale per le Aziende del SSR (art.6 L.R. n.26/2013 e DGR n. 334/2014)	Attestazioni sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	art. 14 d.lgs. n. 150/2009	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC	OAS/OIV	
		Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla performance	art. 14 d.lgs. n. 150/2009	Non Applicabile Aziende SSN		
		Relazione dell'OIV sul funzionamento complessiva del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni	art. 14 d.lgs. n. 150/2009	Tempestivo	OAS/OIV	
		Altri atti degli OIV	art. 14 d.lgs. n. 150/2009	Tempestivo	OAS/OIV	

	Organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio d'esercizio	Art. 31 d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Servizio interaziendale Economico Finanziario	
	Corte dei Conti	Rilievi della Corte dei Conti ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici		Tempestivo	Direzione Amministrativa Servizio interaziendale Economico Finanziario	
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Carte dei Servizi (aziendali o per Struttura)	art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Uffici Comunicazione	
	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni o concessionari di servizi pubblici al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio Sentenza di definizione del giudizio	Art. 1 e 4 del d.lgs. n. 198/2009	Tempestivo	Uffici Legali	

		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza				
	Costi contabilizzati	Tabella Costi Contabilizzati servizi all'utenza	art. 32, c. 2, lett. A d.lgs. n. 33/2013	Annuale	Dipartimento Valutazione e Controllo AUSL Programmazione e Controllo di Gestione AOU	Tabella dati aggregati di costo, articolati nei tre livelli di assistenza (AUSL) ovvero per sistema organizzativo (AOU)
	Liste di attesa	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna prestazione erogata (specialistica ambulatoriale e degenze)	art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Annuale	Direzioni Sanitarie AUSL/AOU Ufficio Specialistica Ambulatoriale e Tempi d'attesa AUSL Presidio Ospedaliero AUSL	Per mezzo di link al sistema TDAER per specialistica ambulatoriale Documentazione specifica per liste attesa ricoveri
	Attività assistenziali e loro qualità	Esiti monitoraggio annuale	art. 1, comma 522, legge n. 208/2015 (legge stabilità 2016)	Annuale	Direzione Sanitaria AUSL Direzione Sanitaria AOU Dipartimento Valutazione e Controllo AUSL Programmazione e Controllo di Gestione AOU	Pubblicazione da effettuarsi entro il 30 giugno di ogni anno (dati dal SIVER regionale)

	Servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete	art. 7, comma 3, d.lgs. n. 82/2005 modificato dal d.lgs. n. 179/2016	Tempestivo	Servizi ICT AUSL/AOU	
Pagamenti dell'Amm.ne	Dati sui pagamenti del Servizio Sanitario Nazionale	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	art. 41 d.lgs. n. 33/2013	Semestrale	Servizio interaziendale Economico Finanziario	
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti per acquisti di beni, servizi, forniture Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti per tutti i pagamenti indistintamente Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici (annuale)	art. 33 d.lgs. n. 33/2013	Annuale Trimestrale Annuale	Servizio interaziendale Economico Finanziario	

	IBAN e pagamenti informatici	Informazioni per i pagamenti con l'utilizzo di tecnologie informatiche	art. 36 d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Servizio interaziendale Economico Finanziario	
Opere pubbliche	Opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche	art. 38 d.lgs. n. 33/2013 art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Tempestivo	Servizi del Dipartimento interaziendale Tecnico e Logistica	
		Tempi, indicatori e costi di realizzazione delle opere pubbliche	art. 38 d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Servizi del Dipartimento interaziendale Tecnico e Logistica	
		Informazioni relative ai Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi	art. 38 d.lgs. n. 33/2013	Non Applicabile alle Aziende SSN		
Pianificazione e governo del territorio	Pianificazione e governo del territorio	Atti di governo del territorio e documentazione relativa (urbanistica)	art. 39 d.lgs. n. 33/2013	Non Applicabile alle Aziende SSN		

Informazioni Ambientali	Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali relative a: Stato dell'ambiente Fattori inquinanti Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto Relazioni sull'attuazione della legislazione Stato della salute e della sicurezza umana Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	art. 40 d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Servizi del Dipartimento interaziendale Tecnico e Logistica Servizi del Dipartimento Sanità Pubblica AUSL	
Strutture sanitarie private accreditate	Strutture sanitarie private accreditate	Elenco strutture sanitarie private accreditate	art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Annuale	Direzione Sanitaria AUSL Direzione Sanitaria AOU Distretti AUSL Servizio interaziendale Affari Generali	

		Accordi con le strutture sanitarie private accreditate	art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Annuale	Direzione Sanitaria AUSL Direzione Sanitaria AOU Distretti AUSL Servizio interaziendale Affari Generali	
Interventi straordinari e di emergenza	Interventi straordinari e di emergenza	Provvedimenti in ordine ad interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con indicazione eventuali costi	art. 42 d.lgs. n. 33/2013	Non Applicabile Aziende SSN		
Altri Contenuti o Dati Ulteriori	Prevenzione della corruzione	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e la trasparenza (PTPC)	art. 10, comma 8, legge n. 190/2012	Annuale	RPCT	
		Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)	art. 10, comma 8, legge n. 190/2012	Tempestivo	RPCT	
		Regolamenti in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza		Tempestivo	RPCT	

		Relazione RPCT recante i risultati dell'attività svolta	art. 1, comma 14, legge n. 190/2012	Annuale	RPCT	
		Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	art. 1, comma 3, legge n. 190/2012	Tempestivo	RPCT	
	Accesso Civico	Accesso Civico "semplice": Nome del responsabile, recapiti, modulistica	art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	RPCT	
		Accesso Civico "generalizzato": Regolamento interaziendale	art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	RPCT	
		Registro degli accessi	Linee Guida A.N.AC. (del. 1306/2016) e Circolare n. 2/2017 Funzione Pubblica	Semestrale	RPCT Servizio interaziendale Affari Generali (una volta disponibile gestione applicativo gestione flussi documentali)	
		Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Art. 53, comma 1 bis, d.lgs. n.82/2005, modificato da art. 43 d.lgs. n.179/2016	Tempestivo	ICT Sevizi AUSL/AOU	

	Accessibilità e catalogo dei dati, metadati e banche dati	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati	Art. 53, comma 1 bis, d.lgs. n.82/2005	Annuale	ICT Sevizi AUSL/AOU	
		Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici (entro 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	Art. 9, comma 7, d.l. n.179/2012 convertito con modificazioni con legge n.221/2012	Annuale	ICT Sevizi AUSL/AOU	
	Dati ulteriori	Relazione annuale ex legge n. 24/2017 sulla sicurezza delle cure	Art. 2, comma 5, legge n. 24/2017	Annuale	Governo Clinico AUSL/AOU	
	Dati ulteriori	Dati e informazioni sulle sperimentazioni cliniche	Legge n. 3/2018, art. 1 comma 2b	Tempestivo	UO Ricerca e Innovazione AOU	
	Dati Ulteriori	Dati, informazioni e documenti che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare			Tutte le Unità Organizzative	

ALLEGATO 4

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma

CODICE DI COMPORTAMENTO

PER IL PERSONALE OPERANTE PRESSO LE AZIENDE SANITARIE AUSL E AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI PARMA

Approvato da Azienda USL Parma
con deliberazione n. 348 del 29 maggio 2018

Approvato da Azienda Ospedaliero Universitaria Parma
con deliberazione n. 401 del 29 maggio 2018

maggio 2018

IL TESTO E' CONFORME ALLO SCHEMA DI RIFERIMENTO DEL CODICE DI COMPORTAMENTO APPROVATO DALLA REGIONE EMILIA ROMAGNA CON DELIBERA GIUNTA REGIONALE N. 96/2018

INDICE

Titolo I: Disposizioni di carattere generale

Art. 1 Natura e finalità del Codice

Art. 2 Ambito di applicazione e definizioni

Titolo II: Principi etici e valori di riferimento

Art. 3 Principi generali

Titolo III: Norme di comportamento

Art. 4 Conflitto di interessi e obbligo di astensione

Art. 5 Regali, compensi e altre utilità

Art. 6 Partecipazione ad associazioni e organizzazioni

Art. 7 Prevenzione della corruzione

Art. 8 Trasparenza e tracciabilità

Art. 9 Comportamento nei rapporti privati

Art. 10 Comportamento in servizio

Art. 11 Comportamento nei rapporti con il pubblico e con i mezzi di informazione

Art. 12 Disposizioni particolari per i dirigenti

Art. 13 Contratti e atti negoziali

Art. 14 Gestione delle liste di attesa e attività libero professionale

Art. 15 Ricerca e sperimentazioni

Art. 16 Sponsorizzazioni e attività formativa

Art. 17 Rapporti con società farmaceutiche e/o ditte produttrici di dispositivi medici

Art. 18 Attività conseguenti al decesso

Titolo IV: Sistema sanzionatorio e di vigilanza

Art. 19 Vigilanza sull'applicazione del Codice

Art. 20 Responsabilità conseguenti alla violazione dei doveri del Codice e Disposizioni Sanzionatorie per i destinatari soggetti al potere disciplinare dell'Azienda

Art. 21 Responsabilità conseguenti alla violazione dei doveri del Codice e Disposizioni Sanzionatorie per gli altri destinatari

Art. 22 Effetti del rispetto del Codice sul sistema di valutazione

Titolo V: Disposizioni finali

Art. 23 Disposizioni finali

Allegato 1) Normativa di riferimento

TITOLO I: DISPOSIZIONI DI CARATTERE GENERALE

Art. 1
Natura e finalità del Codice

1. Il presente Codice di Comportamento (nel seguito indicato come "Codice") definisce i doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità, buona condotta e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico, nonché i valori e i principi etici che i dipendenti e il personale operante a qualunque titolo presso le AZIENDE SANITARIE DI PARMA - AUSL e AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA (in seguito indicate col termine "Aziende") - sono tenuti ad osservare (ai sensi dell'art. 54 del decreto legislativo n.165/2001, dell'art.1 del DPR 62/2013 e dell'art.5 c.1 lett. d) della Legge Regionale n. 9/2017).

2. Le previsioni del Codice integrano quelle previste dal DPR 62/2013 (nel seguito indicato come "Regolamento") sulla base delle indicazioni fornite dall'A.N.AC. per l'adozione dei codici di comportamento negli enti del SSN, tenendo anche conto dell'ordinamento vigente in materia di responsabilità disciplinare, come declinata dai C.C.N.L. delle aree di contrattazione collettiva del personale del S.S.N.

3. Il Codice si pone come strumento a supporto della gestione aziendale fondato su valori etici condivisi, volto all'adozione di procedure e comportamenti finalizzati ad assicurare il miglior soddisfacimento dei bisogni delle comunità di riferimento, a migliorare l'efficienza e l'efficacia delle Aziende e a prevenire attività e comportamenti illegittimi e/o illeciti. Le regole introdotte con il Codice hanno, pertanto, una valenza etica e giuridica.

4. Con il Codice, predisposto in un percorso condiviso con la Regione e con le altre Aziende del S.S.R., si intende inoltre valorizzare l'azione di ogni Azienda (e di coloro che vi operano) in una logica di sistema, che la vede integrata in un assetto erogativo articolato in reti e aree vaste, al fine di assicurare universalismo dell'assistenza, equità di accesso ed appropriatezza delle prestazioni erogate, nel quadro della programmazione sanitaria nazionale e regionale.

5. L'adozione del Codice:

   - risponde al fondamentale concetto di responsabilità sociale delle Aziende, come risultato di un complesso sistema di principi e regole che disciplinano le relazioni tra le aziende sanitarie e tutti i soggetti con i quali intrattengono rapporti di legittimo reciproco interesse (stakeholders);

   - rappresenta una scelta strategica del Servizio Sanitario Regionale, che induce ad affrontare un processo condiviso e articolato in tre momenti:

     a) una prima fase di presa di coscienza e di chiara esplicitazione, diffusione e condivisione dei riferimenti valoriali;

b) una seconda in cui i valori si traducono in prassi operative con essi coerente e regolamentata;
c) una terza di monitoraggio e valutazione dell'adeguatezza delle misure adottate.

6. L'osservanza delle disposizioni contenute nel Codice e nel Regolamento costituisce parte integrante e sostanziale delle obbligazioni contrattuali facenti capo al personale.

7. Il Codice, come previsto dal comma 5 dell'art. 54 del d.lgs. n. 165/2001 è il risultato del coinvolgimento degli stakeholders ed è approvato previa acquisizione del parere dell'OIV-SSR.

Art. 2
Ambito di applicazione e definizioni

1. Il Codice si applica, salvo quanto disposto nei singoli articoli, a tutto il personale che a qualsiasi titolo presta attività lavorativa per le Aziende 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 generale (e medici di continuità assistenziale, medici dei servizi territoriali e medici dell'emergenza sanitaria territoriale), pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali interni (medici, veterinari, biologi, chimici, psicologi) per quanto compatibile con le convenzioni vigenti

   f) medici in formazione specialistica, ricercatori a tempo determinato e/o con contratti flessibili, dottorandi, assegnisti di ricerca autorizzati allo svolgimento delle attività assistenziali e tirocinanti

   g) direttore generale, amministrativo e sanitario, scientifico e socio-sanitario ove presenti

   h) personale a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni, servizi o lavori, in conformità con quanto previsto dai Patti di integrità dagli stessi sottoscritti

   i) volontari componenti di associazioni di volontariato, in conformità con quanto previsto dagli accordi dalle stesse sottoscritte.

2. A tal fine, nei provvedimenti di incarico o nei contratti di collaborazione, consulenza o servizio, sono inserite apposite clausole di risoluzione del rapporto di lavoro, di

decadenza o altre disposizioni in caso di violazione degli obblighi derivanti dal presente Codice e/o dal Regolamento, secondo quanto previsto dall'art. 20.

3. Le Società controllate o partecipate dalle Aziende, e i loro dipendenti, nell'applicazione della normativa in materia sono destinatarie del presente Codice in termini di principi ed indirizzi.

4. Nel presente documento, si adottano le seguenti definizioni:

   - "destinatari": tutti i soggetti ricompresi al comma 1 del presente articolo

   - "dipendenti": i destinatari ricompresi nelle lettere a e b del comma 1 del presente articolo; a questi sono assimilati, ai fini dell'applicazione del Codice, anche i destinatari ricompresi nella lettera d

   - "dirigenti": i titolari di un incarico dirigenziale, inclusi quelli conferiti ai sensi dell'art. 15 septies del decreto legislativo n. 502/1992 e s.m.i.

   - "direttori": i destinatari compresi nella lettera g) del comma 1 del presente articolo.

TITOLO II: PRINCIPI ETICI E VALORI DI RIFERIMENTO

Art. 3
Principi generali

1. I principi fondamentali riconosciuti e condivisi dalle Aziende per il perseguimento della mission aziendale e su cui si fondano i comportamenti oggetto del Codice sono, oltre a quelli di diligenza, lealtà, imparzialità, buona condotta e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico, quelli di correttezza, buona fede, onestà, proporzionalità, obiettività, equità e ragionevolezza, indipendenza, efficacia, efficienza e sostenibilità, centralità della persona, non discriminazione, legalità e integrità, trasparenza, riservatezza, valorizzazione del patrimonio professionale, ricerca e orientamento all'innovazione, responsabilità sociale, multidisciplinarietà e integrazione e tutela della sicurezza dei pazienti e dei dipendenti.

2. I destinatari del Codice improntano la propria condotta al rispetto dei principi di cui al presente articolo.

3. I principi maggiormente attinenti alla specificità del contesto del S.S.N. sono declinati come segue:

   a) Centralità della persona:

   a.1. Le Aziende, in qualità di garanti, nell'ambito di propria competenza, del miglioramento dello stato di salute e della qualità della vita delle persone, orientano la propria gestione alla soddisfazione dell'utente, sviluppando un rapporto di fiducia ed osservando un comportamento improntato alla massima educazione, cortesia, rispetto e disponibilità, avendo quale vocazione, fra le altre, la difesa e la salvaguardia della dignità umana.

   a.2. A tal fine le Aziende pongono particolare attenzione alla corretta comunicazione agli utenti sui percorsi e sulle alternative diagnostiche, terapeutiche e/o assistenziali, evidenziando rischi e benefici, fornendo tutte le precisazioni e i chiarimenti necessari, con l'obiettivo di garantire adeguate relazioni tra il personale, il paziente, i suoi familiari e/o il caregiver.

   b) Principio di non discriminazione

   b.1. Le Aziende contrastano qualsivoglia forma di discriminazione diretta o indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, all'origine razziale ed etnica, alla disabilità e alla lingua, sia nelle relazioni con i pazienti e i cittadini-utenti, sia nelle relazioni fra e con i destinatari.

   b.2. Le Aziende garantiscono le pari opportunità, la tutela dal mobbing e dalle molestie sessuali e perseguono il benessere organizzativo anche attraverso l'operatività dei Comitati Unici di Garanzia.

c) Legalità e integrità

c.1. Le Aziende conformano la propria azione al rispetto dei principi di legalità e integrità, ponendo in essere le misure necessarie a prevenire la corruzione ed evitare comportamenti illeciti.

c.2. Le Aziende perseguono l'interesse pubblico conformando la propria azione ai doveri di imparzialità, efficienza, economicità e buon andamento, nel rispetto delle leggi, dei contratti e delle direttive, anche tenendo conto dei codici deontologici delle singole professioni.

c.3. Le Aziende assicurano l'assolvimento dei compiti affidati ai destinatari senza condizionamenti dovuti ad interessi privati e personali e senza che vi siano abusi della posizione rivestita per raggiungere indebite utilità, al fine di favorire il più alto grado di fiducia e credibilità.

d) Trasparenza

d.1. Le Aziende improntano la propria attività alla massima trasparenza, dando piena attuazione agli obblighi legislativamente previsti, in modo da favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche, garantendo ai cittadini l'accessibilità totale alle informazioni, ai dati e ai documenti.

d.2. Le Aziende si impegnano ad agire con trasparenza anche attraverso la ricerca del confronto e della partecipazione degli stakeholders, nelle fasi di pianificazione e programmazione, nonché nella rendicontazione degli obiettivi raggiunti e delle risorse impiegate.

e) Riservatezza

e.1. Le Aziende garantiscono nel trattamento delle informazioni il rispetto delle previsioni normative e regolamentari in materia di tutela e protezione dei dati personali, con particolare riguardo ai dati relativi alla salute e alla dignità della persona, e del segreto d'ufficio.

f) Valorizzazione del patrimonio professionale

f.1. L'Azienda riconosce l'importanza del contributo di tutti gli operatori al perseguimento dei fini istituzionali:

- valorizzando la preparazione e competenza professionale

- promuovendo l'attività di formazione e sviluppo professionale attraverso un'attenta rilevazione dei bisogni formativi e mediante l'adozione di iniziative adeguate

- favorendo l'efficacia e la trasparenza delle procedure e dei sistemi di valutazione del personale, riconoscendone l'importanza quali strumenti atti a valorizzare e motivare il personale e a riconoscerne il merito.

g) Ricerca e orientamento all'innovazione

g.1. La ricerca è funzione istituzionale propria delle Aziende, al pari della funzione assistenziale e delle attività di formazione.

g.2. L'attività di ricerca costituisce condizione essenziale per l'innovazione e il miglioramento continuo della qualità dei servizi del S.S.R., consente di promuovere, in modo efficace e appropriato, la qualità dei servizi e delle prestazioni. A tal fine, le Aziende garantiscono lo svolgimento di attività di ricerca obiettiva e indipendente volta alla tutela degli interessi dei cittadini, anche attraverso il potenziamento delle competenze e degli strumenti dedicati.

h) Responsabilità sociale

h.1. Le Aziende promuovono la responsabilità sociale quale principio fondamentale della propria attività e come valore essenziale della gestione organizzativa, in coerenza con la propria funzione sociale, con la tutela dell'ambiente, con la responsabilità verso la comunità locale e le generazioni future.

h.2. Le Aziende promuovono ed assicurano azioni di sostegno nei confronti delle persone più vulnerabili e più esposte al rischio di esclusione sociale e rispetta la diversità culturale al fine di rimuovere ogni forma di emarginazione.

i) Multidisciplinarietà e integrazione

i.1. Le Aziende favoriscono l'approccio multidisciplinare nello svolgimento delle attività anche attraverso l'integrazione dei professionisti e delle discipline coinvolte, tra i servizi sanitari, socio-sanitari e sociali e tra le diverse Aziende e Aree territoriali.

l) Gestione del rischio e tutela della sicurezza

l.1. Le Aziende promuovono e garantiscono nelle proprie strutture la sicurezza dei pazienti e degli operatori, perseguendo il miglioramento della qualità assistenziale anche attraverso la corretta gestione del rischio collegato ai processi di cura ed assistenza.

l.2. Le Aziende, consapevoli dell'importanza di garantire la sicurezza negli ambienti di lavoro, assicurano ai destinatari condizioni di lavoro atte a garantire la tutela della salute e della sicurezza e rispettose della dignità individuale, in attuazione della normativa vigente.

TITOLO III: NORME DI COMPORTAMENTO

Art. 4
Conflitto di interessi e obbligo di astensione

1. Il conflitto di interessi è una condizione in cui il destinatario del Codice è portatore di interessi della propria sfera privata che, anche solo potenzialmente, possono influenzare negativamente e compromettere l'imparzialità e l'indipendenza richieste nelle attività svolte per conto dell'Azienda. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come ad esempio quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici o comunque di voler ricavare utilità propria o di terzi in modo indebito.

2. Il destinatario si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività in situazioni di conflitto di interessi, anche potenziale, e in situazioni che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente, ovvero quando esistano importanti ragioni di convenienza.

3. L'astensione va comunicata per iscritto al soggetto competente individuato al successivo comma 5, anche attraverso modalità informatizzate, e in tempo utile per la trattazione della pratica o lo svolgimento dell'attività, specificando le ragioni. Il responsabile decide sull'astensione, fornendo una risposta scritta tempestiva, anche attraverso modalità informatizzate.

4. Il dipendente fornisce, all'atto della prima assegnazione al servizio e in caso di ogni successivo trasferimento o diverso incarico, e aggiorna annualmente, una dichiarazione avente ad oggetto tutti i rapporti che lo stesso abbia o abbia avuto negli ultimi tre anni, a qualsiasi titolo, con soggetti esterni dai quali possa derivare un conflitto di interessi anche potenziale e/o comunque in qualunque modo retribuiti. Detta dichiarazione specifica per ciascun rapporto tutti gli eventuali emolumenti percepiti e/o benefici goduti, sia direttamente che indirettamente, e inoltre: a) se in prima persona, o suoi parenti o affini entro il secondo grado, il coniuge o il convivente abbiano ancora rapporti finanziari con il soggetto con cui ha avuto i predetti rapporti; b) se siano intercorsi o intercorrano con soggetti che abbiano interessi in attività o decisioni inerenti al servizio, limitatamente alle attività a lui affidate. La dichiarazione, resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, è rilasciata in forma completa, utilizzando il modulo predisposto dalle Aziende, anche attraverso modalità informatizzate. Le previsioni del presente comma si applicano anche ai direttori.

5. La valutazione circa la sussistenza di una situazione di conflitto di interessi spetta:

   - per i dipendenti, al superiore gerarchico

- per il direttore amministrativo, sanitario e socio-sanitario al Direttore Generale

- per il direttore scientifico si rinvia alla normativa nazionale di settore

- per il Direttore Generale al Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare

- per gli altri destinatari, al superiore gerarchico secondo le procedure aziendali.

6. L'adozione delle decisioni conseguenti rispetto alla valutazione di cui al comma precedente avviene secondo le procedure definite dalle Aziende o dalla Regione per il Direttore Generale.

7. Il dipendente non accetta incarichi di collaborazione da soggetti privati che abbiano, o abbiano avuto nel biennio precedente, un interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti all'ufficio di appartenenza.

Art. 5
Regali, compensi e altre utilità

1. I destinatari del Codice, in relazione all'esercizio delle funzioni svolte o attribuite, sia nei rapporti interni che esterni all'Azienda:

   a. non chiedono, né sollecitano, per sé o per altri, regali o altre utilità

   b. non accettano, per sé o per altri, regali o altre utilità, salvo quelli d'uso di modico valore effettuati occasionalmente nell'ambito delle normali relazioni di cortesia o in occasione di festività; in particolare, è consentito di accettare regali di modico valore come espressione di gratitudine del loro operato e come una valutazione positiva dei servizi resi

   c. in ogni caso, non accettano regali o altre forme di utilità che possano creare una situazione di conflitto di interessi, anche solo potenziale o apparente, o influenzare l'indipendenza del loro operato, mettendo a rischio l'immagine e la reputazione aziendale

   d. indipendentemente dalla circostanza che il fatto costituisca reato, non chiedono né accettano, per sé o per altri, regali o altre utilità, neanche di modico valore, a titolo di corrispettivo per compiere o per aver compiuto un atto o un'attività del proprio servizio da soggetti che possano trarne beneficio.

2. Ai fini del presente articolo, per regali o altre utilità di modico valore si intendono quelli di natura occasionale e di valore non superiore a 150 euro per singolo regalo, anche sotto forma di sconto.

3. Per regali o altre utilità, si intendono ad esempio prestazioni o servizi, crediti personali o facilitazioni di pagamento, assistenza e supporti variamente intesi, opportunità di lavoro, spese (pasti, trasporti, viaggi), contributi, partecipazione gratuita a eventi formativi/sportivi/culturali o a manifestazioni fieristiche, eccedenze di fornitura, ecc.

4. In ogni caso è precluso ai destinatari la possibilità di accettare omaggi o utilità sotto forma di somme di denaro o equivalenti (es. assegni, buoni, sconti, carte regalo,….) per qualunque importo, che possono invece essere oggetto di donazione alle Aziende secondo la regolamentazione vigente.

5. I regali e le altre utilità comunque ricevuti fuori dai casi consentiti dal presente articolo devono essere immediatamente consegnati per la restituzione o per essere devoluti a fini istituzionali, secondo i regolamenti aziendali.

Art. 6
Partecipazione ad associazioni e organizzazioni

1. I destinatari del codice, nel rispetto della disciplina vigente del diritto di associazione, non assumono incarichi in associazioni e organizzazioni che possano porli in conflitto di interessi con l'attività svolta all'interno delle Aziende, incluse le associazioni di volontariato e/o senza fini di lucro.

2. Al fine della valutazione del conflitto di interessi, i dipendenti e i direttori comunicano tempestivamente, anche attraverso modalità informatizzate, al proprio superiore gerarchico l'adesione o l'appartenenza ad associazioni od organizzazioni, anche senza fini di lucro, specificando il ruolo ricoperto, i cui ambiti di interessi possano interferire con lo svolgimento dell'attività del servizio di appartenenza, nonché quelle in ambito sanitario, socio sanitario, di ricerca e di tutela della salute. Il presente comma non si applica all'adesione a partiti politici o a sindacati.

3. In ogni caso, per i dipendenti e per i direttori è vietata l'adesione o l'appartenenza ad associazioni o organizzazioni con la previsione di un corrispettivo e/o compenso, ferma restando la possibilità di effettuare attività extraistituzionali secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

4. I destinatari non esercitano pressioni, promettendo vantaggi o prospettando svantaggi di carriera o di altra natura, nei confronti di colleghi e altri operatori o utenti dei servizi con i quali vengano in contatto durante l'attività professionale, al fine di agevolare l'adesione ad associazioni o organizzazioni.

Art. 7
Prevenzione della corruzione

1. I destinatari rispettano le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione ed, in particolare, le prescrizioni e gli obiettivi indicati nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT).

2. Al fine di favorire un efficace e concreto sistema di difesa a contrasto della corruzione, i destinatari sono tenuti a collaborare con il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza (RPCT); in particolare, i dirigenti e gli altri soggetti individuati nel PTPCT partecipano al processo di gestione del rischio di corruzione, contribuiscono alla definizione delle misure e delle azioni indirizzate a prevenire

comportamenti a valenza corruttiva, da inserire nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, e supportano il RPCT nel loro monitoraggio.

3. Fermo restando l'obbligo di denuncia all'Autorità Giudiziaria, i destinatari segnalano al proprio superiore gerarchico e/o al RPCT e/o agli altri soggetti indicati nei regolamenti aziendali eventuali situazioni di illecito nell'amministrazione di cui siano venuti a conoscenza, segnalando anche eventuali criticità nell'applicazione del Codice e possibili miglioramenti dell'organizzazione che consentano di favorire la prevenzione della corruzione.

4. I dipendenti e i direttori coinvolti e il RPCT sono chiamati ad assicurare la tutela dei soggetti che, fuori dai casi di responsabilità per calunnia o diffamazione, denuncino alle Autorità preposte o al RPCT illeciti di cui siano venuti a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, rispetto ai quali verrà prevista specifica tutela nell'ambito dei regolamenti aziendali (tutela del whistleblower). Il RPCT e i direttori prendono in considerazione segnalazioni anonime solo se adeguatamente circostanziate.

Art. 8
Trasparenza e tracciabilità

1. I destinatari del Codice, secondo quanto previsto nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza integrato interaziendale, assicurano l'adempimento degli obblighi di trasparenza previsti in capo alle pubbliche amministrazioni in conformità alle disposizioni normative vigenti, anche prestando la massima collaborazione nell'elaborazione, reperimento e trasmissione dei dati sottoposti all'obbligo di pubblicazione sui siti istituzionali "Amministrazione Trasparente".

2. La tracciabilità dei processi decisionali adottati deve essere, in tutti i casi, garantita attraverso un adeguato supporto documentale ed informatico, che consenta in ogni momento la replicabilità del processo decisionale, assicurando la completezza e l'integrità della documentazione amministrativa e/o sanitaria, con un linguaggio chiaro e comprensibile. Deve essere garantita la conservazione dei documenti acquisiti e prodotti ai fini della rintracciabilità del relativo fascicolo e della documentazione in generale.

3. La tenuta e la conservazione della documentazione amministrativa e/o sanitaria deve avvenire nel rispetto della normativa privacy.

4. I destinatari concorrono a garantire la piena attuazione del diritto di accesso documentale, civico e generalizzato, in ottemperanza alle disposizioni legislative e regolamentari vigenti.

Art. 9
Comportamento nei rapporti privati

Nei rapporti privati, comprese le relazioni extralavorative con pubblici ufficiali nell'esercizio delle loro funzioni, i destinatari del Codice non sfruttano, né menzionano la posizione ricoperta o l'incarico svolto nelle Aziende per ottenere utilità che non gli spettino, e non

assumono nessun altro comportamento che possa pregiudicare gli interessi delle Aziende o nuocere alla loro immagine.

Art. 10
Comportamento in servizio

1. I destinatari del Codice si impegnano a svolgere la propria attività lavorativa, perseguendo l'interesse pubblico e della collettività, nonché del singolo, nel rispetto delle norme, dei regolamenti aziendali e dei principi enunciati dal presente Codice.

2. In particolare:

   - rispettano il segreto d'ufficio e mantengono riservate le notizie e le informazioni apprese nell'ambito dell'attività svolta

   - non divulgano le informazioni relativi ai procedimenti in corso, prima che siano stati ufficialmente deliberati dagli organi competenti, fermo restando i diritti degli interessati al procedimento

   - non ritardano, né adottano, salvo giustificato motivo, comportamenti tali da far ricadere su altri il compimento di attività o l'adozione di decisioni di propria spettanza

   - assicurano nelle relazioni con i colleghi e i terzi la massima collaborazione, nel rispetto delle posizioni e dei ruoli rivestiti, evitando atteggiamenti e comportamenti che possano turbare il necessario clima di serenità e concordia nell'ambito dei servizi

   - si astengono da condotte moleste, anche di tipo sessuale, discriminatorie od offensive dell'altrui dignità

   - si astengono dal rendere pubblico con qualunque mezzo, compresi il web o i social network, i blog o i forum, commenti, informazioni e/o foto/video/audio che possano ledere l'immagine delle Aziende, l'onorabilità dei colleghi, nonché la riservatezza o la dignità delle persone e in particolare dei pazienti

   - mantengono la funzionalità ed il decoro degli ambienti, utilizzano gli oggetti, le attrezzature e gli strumenti esclusivamente per finalità lavorative, e adottano comportamenti volti alla riduzione degli sprechi ed al risparmio energetico

   - utilizzano i mezzi di trasporto delle Aziende soltanto per lo svolgimento dei compiti d'ufficio e/o delle attività affidate, astenendosi dal trasportare terzi, se non per motivi d'ufficio

   - non prestano la propria attività sotto l'effetto di sostanze alcoliche e/o stupefacenti e/o consumano tali sostanze nel corso della prestazione lavorativa.

3. I dipendenti rispettano gli obblighi di servizio con particolare riferimento all'orario di lavoro, applicando correttamente la regolamentazione aziendale prevista per la rilevazione delle presenze e per l'astensione al lavoro. In particolare, all'atto di ingresso o uscita dal

servizio, utilizzano il lettore badge più vicino alla propria sede di lavoro, fatte salve le ipotesi previste nelle regolamentazioni aziendali.

Art. 11
Comportamento nei rapporti con il pubblico e con i mezzi di informazione

1. Il destinatario del Codice si fa riconoscere attraverso l'esposizione, in modo visibile, del cartellino di riconoscimento o altro supporto identificativo secondo i regolamenti vigenti. Negli ambienti di lavoro utilizza le divise di servizio in modo da garantirne l'igiene, la sicurezza e il decoro nel rispetto della dignità professionale e dell'immagine dell'Azienda.

2. Nel rispondere alla corrispondenza, a chiamate telefoniche, ai messaggi di posta elettronica e ad ogni altra forma di messaggistica digitale, il destinatario opera nella maniera più completa e accurata possibile, favorendo la propria identificazione e indirizzando l'interessato ad altro servizio o ufficio, qualora non competente per materia. Fatte salve le norme sul segreto d'ufficio, fornisce le spiegazioni che gli siano richieste in ordine al comportamento proprio e di altri colleghi dei quali ha la responsabilità o il coordinamento. Nelle attività da svolgere e nella trattazione delle pratiche rispetta, salvo diverse esigenze di servizio o diverso ordine di priorità stabilito dall'Azienda, l'ordine cronologico e non rifiuta prestazioni a cui sia tenuto con motivazioni generiche. Rispetta gli appuntamenti con i cittadini e risponde in modo tempestivo ai loro reclami.

3. Salvo il diritto di esprimere valutazioni e diffondere informazioni a tutela dei diritti sindacali, il destinatario si astiene da dichiarazioni pubbliche offensive nei confronti dell'Azienda o lesive dell'immagine della stessa e dei colleghi.

4. Il destinatario rispetta gli standard di qualità e di quantità fissati dalle Aziende anche nelle Carte dei Servizi; opera al fine di assicurare la continuità del servizio e di fornire informazioni sulle modalità di prestazione dei servizi e sui livelli di qualità.

5. I rapporti con gli organi di informazione (stampa, televisione, radio, ecc.) spettano alle Direzioni aziendali che si avvalgono degli uffici competenti, nel rispetto della politica di comunicazione eventualmente definita nei regolamenti dalle Aziende. Nel caso di eventuali contatti diretti da parte degli organi di informazione con i singoli destinatari in relazione alla attività aziendale, gli stessi informano preventivamente gli uffici competenti secondo le disposizioni aziendali.

6. Nei rapporti con gli organi di informazione, particolare attenzione deve essere posta alla tutela della riservatezza e della dignità delle persone e al diritto alla protezione dei dati personali e dei dati relativi alla salute.

Art. 12
Disposizioni particolari per i dirigenti

1. Ferma restando l'applicazione delle altre disposizioni del Codice, ai dirigenti si applicano le disposizioni dell'articolo 13 del Regolamento nonché quelle del presente articolo. Le

presenti disposizioni si applicano anche ai titolari di Posizione Organizzativa per le strutture prive di personale con qualifica dirigenziale.

2. Il dirigente svolge con diligenza le funzioni ad esso spettanti in base all'atto di conferimento dell'incarico, persegue gli obiettivi assegnati e adotta un comportamento organizzativo adeguato per l'assolvimento dell'incarico.

3. Il dirigente fornisce e aggiorna annualmente le informazioni sulla propria situazione patrimoniale e le dichiarazioni annuali dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche previste dalla legge, secondo le indicazioni impartite dalle Aziende, anche con modalità informatizzate. Nell'ambito della dichiarazione prevista all'art. 4 comma 4, il dirigente, prima di assumere le sue funzioni, comunica altresì all'Azienda le partecipazioni azionarie e gli altri interessi finanziari che possano porlo in conflitto di interessi con la funzione pubblica che svolge e dichiara se ha parenti e affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che ricoprano incarichi politici, o esercitino attività professionali o economiche che li pongano in contatti frequenti con l'ufficio che dovrà dirigere o che siano coinvolti nelle decisioni o nelle attività inerenti all'ufficio.

4. In particolare, i dirigenti, ciascuno per l'ambito di propria competenza e in relazione alla natura dell'incarico ed ai connessi livelli di responsabilità:

   - favoriscono il pieno e motivato coinvolgimento del personale assegnato nel perseguimento degli obiettivi e delle attività aziendali

   - curano il benessere organizzativo, favorendo l'instaurarsi di rapporti cordiali e rispettosi tra i collaboratori, assumono iniziative finalizzate alla circolazione delle informazioni, anche in merito agli obiettivi assegnati alla struttura e alle criticità riscontrate, all'inclusione e alla valorizzazione delle differenze di genere, di età e di condizioni personali. Il dirigente garantisce, altresì, ai propri collaboratori pari opportunità di crescita professionale, assicurando una formazione e un aggiornamento adeguati, promuovendo lo sviluppo delle loro capacità e valorizzandone le competenze e le differenti attitudini e potenzialità

   - vigilano sul rispetto degli obblighi contrattuali e del Codice da parte dei collaboratori, con particolare attenzione alle norme in materia di presenza in servizio, corretta timbratura delle presenze e fruizione dei permessi, utilizzo adeguato dei servizi, materiali, attrezzature, mezzi di trasporto e, in generale, risorse affidategli per ragioni di servizio

   - assicurano che le risorse assegnate siano utilizzate per finalità esclusivamente istituzionali e, in nessun caso, per esigenze personali

   - rispettano le disposizioni vigenti in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e si impegnano, altresì, a provvedere alle relative comunicazioni obbligatorie

- ad integrazione di quanto previsto all'art. 8, promuovono e assicurano l'applicazione delle misure previste dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, e vigilano sulla loro attuazione

- assegnano le attività sulla base di un'equa ripartizione del carico di lavoro, dell'inquadramento contrattuale e degli incarichi di responsabilità organizzativa conferiti, tenendo conto delle capacità, delle attitudini e della professionalità del personale a disposizione, anche in base a criteri di rotazione, ove opportuno e possibile

- valutano il personale assegnato alla struttura cui è preposto con imparzialità e rispettando le indicazioni, i tempi prescritti dall'Azienda e l'obbligo di astensione previsto nei casi di cui al comma 2 dell'art. 4

- intraprendono con tempestività le iniziative necessarie ove vengano a conoscenza di un illecito; attivano e concludono, se competenti, il procedimento disciplinare, ovvero segnalano tempestivamente l'illecito all'autorità disciplinare, prestando ove richiesta la propria collaborazione. Provvedono, nei casi in cui si configuri un illecito penale, amministrativo o contabile a informare senza indugio il proprio superiore gerarchico e a inoltrare tempestiva denuncia/segnalazione all'autorità giudiziaria competente. Nel caso in cui ricevano segnalazioni di un illecito da parte di un dipendente, adottano ogni cautela affinché il segnalante sia tutelato (ai sensi e per gli effetti dell'art. 54 bis del decreto legislativo n. 165/2001)

- si adoperano affinché notizie non rispondenti al vero quanto all'organizzazione, all'attività e ai dipendenti dell'Azienda possano diffondersi.

5. Le indicazioni nel presente articolo si applicano anche ai direttori.

Art. 13
Contratti e atti negoziali

1. Nello svolgimento delle attività propedeutiche ad una gara pubblica, nella conclusione di accordi e negozi, nonché nella stipulazione di contratti e nella fase di esecuzione degli stessi, i dipendenti e i direttori agiscono secondo il principio di imparzialità e di ottenimento del massimo vantaggio per le Aziende nel perseguimento dei fini istituzionali.

2. In particolare i dipendenti e i direttori non possono stipulare contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento o assicurazione con imprese con le quali abbiano stipulato contratti a titolo privato o ricevuto altre utilità nel biennio precedente, ad eccezione di quelli conclusi mediante moduli standard o formulari (art.1342 codice civile).

3. Ciascuna procedura deve essere espletata adottando le più ampie condizioni di concorrenza, pubblicità e trasparenza, nel rispetto della normativa vigente.

4. Nello svolgimento delle attività di cui al comma 1, i dipendenti e i direttori non ricorrono a mediazione di terzi, né corrispondono o promettono ad alcuno utilità a titolo di intermediazione, né per facilitare o aver facilitato la conclusione o l'esecuzione del

contratto. Il presente comma non si applica ai casi in cui l'amministrazione abbia deciso di ricorrere all'attività di intermediazione professionale per esplicite ragioni di maggior vantaggio per l'amministrazione.

5. In caso di procedure di gara pubblica l'aspirante contraente si impegna a rispettare i principi del presente Codice al momento di presentazione della domanda di partecipazione. In ogni caso i contraenti si impegnano espressamente a condividere e rispettare i medesimi principi al momento della stipulazione del contratto e quanto previsto dai Patti di integrità sottoscritti.

Art. 14
Gestione delle liste di attesa e attività libero professionale

1. Le liste di attesa sono gestite con il massimo rigore e secondo criteri di trasparenza rispettando l'ordine cronologico di prenotazione ed i criteri di priorità fissati per l'accesso alle prestazioni, evitando ogni forma di condizionamento derivante dall'attività libero professionale o da altri interessi non istituzionali.

2. L'esercizio dell'attività libero professionale deve essere autorizzata dalle Aziende e svolta nel rispetto delle disposizioni normative e regolamentari in materia. Non deve essere in contrasto con le finalità e le attività istituzionali delle Aziende e deve essere organizzato in modo tale da garantire il prioritario svolgimento e il rispetto dei volumi dell'attività istituzionale, nonché la funzionalità dei servizi.

3. Il destinatario tiene rigorosamente separate l'attività libero professionale da quella istituzionale secondo quanto previsto dalla normativa nazionale, dagli indirizzi e dalle direttive regionali in materia (cfr. in particolare DGR n. 1131/2013 "Linee guida regionali attuative dell'art. 1, comma 4, della Legge n. 120/2007 "Disposizioni in materia di attività libero professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria", come modificato dal decreto legge n. 158/2012); nel suo svolgimento non deve ritardare, intralciare o condizionare l'attività istituzionale, con particolare attenzione al fenomeno dello sviamento dei pazienti verso l'attività libero professionale, propria o altrui, a discapito e/o in sostituzione dello svolgimento dell'attività istituzionale.

4. Le Aziende vigilano sul corretto svolgimento dell'attività libero professionale, in particolare per quanto attiene alla libera scelta dell'assistito, al rispetto del corretto rapporto fra volumi di attività istituzionale e libero professionale e alla corretta e trasparente informazione al paziente.

Art. 15
Ricerca e sperimentazioni

1. Le attività di ricerca e di sperimentazione sono svolte secondo quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale e dai regolamenti aziendali, osservando le buone pratiche previste dalla comunità scientifica e garantendo l'assenza di pregiudizi per l'attività assistenziale.

2. Nelle sperimentazioni cliniche e negli studi, che secondo la legge o altra fonte normativa devono essere sottoposti al parere del competente Comitato Etico, oltre al parere positivo del medesimo Comitato è richiesto espresso e motivato nullaosta del direttore generale della struttura sanitaria in cui è condotta l'attività. L'avvio della sperimentazione clinica o dello studio, in assenza del predetto nullaosta, è fonte di responsabilità disciplinare ed è rilevante ai fini della responsabilità civile, amministrativa e contabile dello sperimentatore.

3. Il personale coinvolto conduce l'attività di ricerca e di sperimentazione libero da condizionamenti e pressioni di ogni genere, assicurando la massima tutela dei diritti e della dignità delle persone. Lo svolgimento di tale attività avviene altresì nel rispetto dei seguenti requisiti:

   - completa informativa al paziente in merito alla sperimentazione e/o studio e conseguente acquisizione del consenso informato, ove necessario

   - conformità ai principi della normativa in materia di protezione dei dati personali

   - appropriatezza, veridicità e affidabilità nella progettazione e nella conduzione dello studio (es. raccolta di dati veritieri e loro corretta conservazione nei registri, corretta comunicazione di eventuali eventi avversi, adeguata e veritiera rendicontazione di contributi o finanziamenti ricevuti, pubblicazione dei dati in modo accurato senza alterazione dei risultati)

   - rispondenza ai principi etici e agli standard professionali in tutte le fasi della ricerca scientifica

   - integrità, indipendenza e trasparenza del ricercatore.

4. Il personale coinvolto nell'attività di ricerca/sperimentazione informa le Aziende e il Comitato Etico, secondo le modalità previste dai regolamenti vigenti, di potenziali conflitti di interessi o di eventuali attività o iniziative finalizzate a condizionare la sperimentazione stessa. Assicura la corretta attribuzione e la trasparenza dei finanziamenti ottenuti e della ripartizione degli oneri delle sperimentazioni, come definito dai regolamenti aziendali in materia.

5. I destinatari del presente Codice che detengono brevetti e altre forme di proprietà intellettuale devono prestare particolare attenzione ai potenziali conflitti di interessi che potrebbero derivare rispetto alle attività aziendali svolte e dichiararli alle Aziende per una loro valutazione.

Art. 16
Sponsorizzazioni e attività formativa

1. I destinatari del Codice, in relazione alle iniziative di sponsorizzazione e agli atti di liberalità, osservano le procedure previste nei regolamenti aziendali, attenendosi a principi di trasparenza, imparzialità e pubblicità.

2. La formazione sponsorizzata è ammessa qualora porti ragionevolmente un beneficio all'attività istituzionale svolta e sulla base di proposte non nominative indirizzate alle Aziende, nel rispetto dei regolamenti vigenti; in tale ambito, i dipendenti interessati sono individuati dalle Aziende in relazione al ruolo organizzativo, alle competenze possedute, al bisogno formativo, ecc., secondo criteri d'imparzialità e rotazione. Rientrano nella fattispecie anche le risorse messe a disposizione da chiunque per la sponsorizzazione di convegni, congressi, attività formative da svolgere presso le Aziende.

3. Nell'individuazione dei docenti ai quali affidare le attività formative aziendali, i dipendenti coinvolti nel percorso di assegnazione dei relativi incarichi applicano principi di valutazione delle competenze richieste dal fabbisogno formativo, di imparzialità e trasparenza, nel rispetto delle procedure aziendali.

Art. 17
Rapporti con società farmaceutiche e/o ditte produttrici di dispositivi medici

1. I rapporti con società farmaceutiche e/o ditte produttrici di dispositivi medici sono gestiti secondo quanto previsto dalla normativa nazionale, dagli indirizzi e dalle direttive regionali in materia (cfr. in particolare DGR n. 2309/2016 "Indirizzi e direttive in materia di informazione scientifica sul farmaco nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale") e dai regolamenti aziendali, evitando qualsiasi comportamento volto a favorire indebitamente qualunque soggetto.

2. Nel quadro dell'attività di informazione e presentazione dei medicinali, svolta presso medici o farmacisti, ad integrazione di quanto già previsto all'art. 5, è fatto divieto di ricevere premi, vantaggi pecuniari o in natura, salvo che siano di valore trascurabile e siano comunque collegabili all'attività espletata dal medico o dal farmacista. La quantificazione del predetto valore trascurabile è fissata in un massimo di venti euro annui per società farmaceutica, per ogni singolo medico o farmacista. Eventuale materiale informativo di consultazione scientifica o di lavoro (abbonamenti a riviste, testi, accesso a banche dati, ecc.), per l'attività del medico e del farmacista, può essere ceduto, a titolo gratuito, solo alle direzioni delle Aziende Sanitarie che disporranno in quale modalità renderlo fruibile agli operatori sanitari.

3. Il personale medico che opera per le Aziende è tenuto a prescrivere i farmaci e utilizzare i dispositivi medici secondo le migliori scelte basate su evidenze scientifiche, sicurezza di uso e sostenibilità economica per la cura delle persone sulla base dei prontuari del farmaco regionali e delle loro articolazioni a livello di Area Vasta e nel rispetto di quanto previsto dai regolamenti e dalle procedure operative stabilite a livello aziendale. Parimenti, il personale medico prescrive dispositivi ed ausili secondo le procedure stabilite a livello aziendale.

4. È fatto divieto ai destinatari di promuovere nei confronti degli utenti l'acquisto o comunque l'acquisizione di prodotti e/o materiale sanitario e non, al di fuori di quanto previsto dalle procedure aziendali.

5. I principi sopra indicati si estendono a tutte le tipologie di fornitori e a tutti i destinatari coinvolti.

Art. 18
Attività conseguenti al decesso

1. Tenuto conto delle forti implicazioni di natura sia etica sia economica connesse ai molteplici interessi che si possono concentrare sulle attività conseguenti al decesso, nell'applicazione delle disposizioni del Codice i destinatari coinvolti:

   a. rispettano l'obbligo di riservatezza relativo all'evento del decesso

   b. non accettano né richiedono omaggi compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti, in particolare all'interno delle camere mortuarie

   c. non suggeriscono ai parenti del deceduto alcuna specifica impresa di onoranze funebri.

2. I Dirigenti e il Direttore Sanitario sono tenuti a vigilare sulla osservanza delle presenti norme di condotta.

TITOLO IV: SISTEMA SANZIONATORIO E DI VIGILANZA

Art. 19
Vigilanza sull'applicazione del Codice

1. Sull'applicazione del presente Codice vigilano:

   a) i **dirigenti** ciascuno per l'ambito di propria competenza e in relazione alla natura dell'incarico ed ai connessi livelli di responsabilità:

      - promuovono la conoscenza del Codice e favorirne il rispetto, anche fornendo consulenza ed assistenza sulla corretta interpretazione e attuazione del medesimo

      - segnalano all'autorità disciplinare o attivano direttamente le azioni disciplinari di competenza conseguenti ad eventuali violazioni del Codice, comunicando le sanzioni comminate all'U.P.D.

   b) l'**Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.)**, il quale oltre alle funzioni disciplinari previste dalla legge, ai fini dell'attuazione del Codice:

      - ne cura l'aggiornamento in collaborazione con il RPCT, anche sulla base degli indirizzi regionali

      - esamina le segnalazioni di violazione dello stesso

      - tiene la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate e le segnala alle Autorità Giudiziarie competenti per i profili di responsabilità contabile, amministrativa, civile e penale e al Servizio competente ai fini della valutazione dell'incarico

      - fornisce consulenza ed assistenza sulla corretta interpretazione e attuazione del Codice

      - invia alle strutture aziendali deputate alla valutazione del personale gli atti decisori in esito a procedimenti disciplinari per gli adempimenti di competenza anche in ordine alla valutazione delle performance e/o dell'incarico conferito

      - predispone una relazione annuale dell'attività disciplinare svolta complessivamente e delle segnalazioni relative a condotte illecite e/o fatti o illegalità nel rispetto della riservatezza da trasmettere al R.P.C.T.

   c) il **Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (R.P.C.T.)**, il quale:

      - cura la diffusione della conoscenza del Codice in ambito aziendale, anche promuovendo idonee iniziative formative

- monitora annualmente il livello di attuazione dello stesso

- riceve le segnalazioni di infrazione del Codice commesse da qualunque destinatario

- cura la pubblicazione sul sito istituzionale dell'Azienda l'esito del monitoraggio annuale secondo le indicazioni fornite dall'ANAC

- utilizza tali dati al fine di proporre eventuali misure volte a correggere i fattori che hanno contribuito a determinare le cattive condotte e in fase di predisposizione del PTPC.

d) il **Servizio personale o altro Servizio aziendale preposto in materia o il fornitore**, il quale:

- consegna copia del Codice al destinatario che lo sottoscrive all'atto del conferimento dell'incarico/assunzione o dalla stipula del contratto. In particolare, i contratti individuali di lavoro aziendali devono contenere il richiamo al dovere di osservanza delle disposizioni del Codice, con precisazione che l'eventuale violazione verrà sanzionata

e) l'**Organismo Indipendente di Valutazione per gli Enti e le Aziende del Servizio Sanitario Regionale (OIV-SSR)**, con il supporto dell'**Organismo Aziendale di Supporto**, il quale:

- fornisce parere obbligatorio sul Codice ai sensi dell'art. 54, comma 5, decreto legislativo n. 165/2001

- verifica il coordinamento tra i contenuti del Codice ed il sistema di misurazione e valutazione della performance.

2. Collaborano altresì all'aggiornamento e al monitoraggio del Codice:

   a. **i destinatari del Codice**

   b. **gli utenti e le Associazioni di cittadini**.

3. Per i dipendenti, il rispetto del Codice ed il corretto esercizio dei doveri di vigilanza sull'attuazione e sul rispetto dello stesso rientrano tra parametri e criteri di valutazione della performance individuale.

Art. 20
Responsabilità conseguenti alla violazione dei doveri del Codice e Disposizioni Sanzionatorie per i destinatari soggetti al potere disciplinare delle Aziende

1. Ferma restando la necessità dell'osservanza dei principi di cui all'art. 3, il presente Codice stabilisce specifici obblighi la cui trasgressione costituisce violazione dei doveri d'ufficio e comporta l'applicazione di sanzioni disciplinari così come previste dalla legge, dai

regolamenti e dai contratti collettivi. Pertanto, quanto riportato nel presente articolo ha valenza ricognitiva e non costitutiva.

2. Il contratto individuale di lavoro prevede il richiamo al dovere di osservanza delle disposizioni del presente Codice, con la precisazione che l'eventuale violazione verrà sanzionata. Nel contratto medesimo il lavoratore dà atto di conoscere il presente Codice, le sue prescrizioni e le conseguenti responsabilità, anche disciplinari, in caso di violazione.

3. Ai fini della determinazione del tipo e dell'entità della sanzione disciplinare concretamente applicabile, la violazione è valutata in ogni singolo caso con riguardo alla gravità del comportamento e all'entità del pregiudizio, anche morale, derivatone al decoro o al prestigio dell'amministrazione di appartenenza.

4. Fermo restando che violazioni gravi o reiterate del Codice comportano l'applicazione della sanzione espulsiva, quest'ultima si applica in particolare nei seguenti casi di violazione del Codice:

   - violazione delle disposizioni concernenti regali, compensi e altre utilità (art. 5 del presente Codice) qualora concorrano la non modicità (da intendersi come valore non superiore a 150 €) del valore del regalo o delle altre utilità e l'immediata correlazione di questi ultimi con il compimento di un atto o di un'attività tipici dell'ufficio

   - nel caso in cui il pubblico dipendente costringa altri dipendenti ad aderire ad associazioni od organizzazioni o eserciti pressioni a tale fine, promettendo vantaggi o prospettando svantaggi di carriera (art. 6, comma 4, del presente Codice)

   - nel caso in cui il pubblico dipendente concluda, per conto delle Aziende, contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento o assicurazione con imprese con le quali abbia stipulato contratti a titolo privato o ricevuto altre utilità nel biennio precedente, ad eccezione di quelli conclusi mediante moduli standard o formulari (art.1342 codice civile) (art. 13, comma 2, del presente codice)

   - nei casi di recidiva nelle seguenti ipotesi di illecito:

     a) il pubblico dipendente accetti incarichi di collaborazione da soggetti privati che abbiano, o abbiano avuto nel biennio precedente, un interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti all'ufficio di appartenenza (art. 4, comma 7, del presente Codice)

     b) il pubblico dipendente non si sia astenuto dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni in situazioni di conflitto, non meramente potenziale, di interessi con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici (art. 4, commi 1 e 2, del presente Codice)

c) il dirigente responsabile di struttura, che nei limiti delle sue possibilità, non eviti che notizie non rispondenti al vero quanto all'organizzazione, all'attività e ai dipendenti pubblici possano diffondersi (art.12, comma 4 ultimo capoverso).

5. Le sanzioni conservative possono essere applicate in caso di violazione delle disposizioni previste nel Titolo III del presente Codice con conseguente applicazione delle seguenti sanzioni disciplinari, salvo quelle più gravi previste dalla legge, dai regolamenti e dai contratti collettivi (art. 16 com. 3 del Regolamento):

   a) per il personale del comparto (art. 13 CCNL/2004): dal minimo del rimprovero verbale o scritto al massimo della multa di importo pari a quattro ore della retribuzione (comma 4 lett. a,b,c oppure lett. g in caso di violazione di doveri di comportamento non ricompresi specificatamente nelle lettere precedenti, da cui sia derivato disservizio ovvero danno o pericolo all'azienda o ente, agli utenti o terzi); oppure sospensione dal servizio con privazione della retribuzione fino a un massimo di 10 gg in caso di recidiva se la precedente violazione era stata sanzionata con il massimo della multa (comma 5 lett. a) o qualora sia derivato grave danno all'azienda o ente, agli utenti o terzi (comma 5 lett. m); o sospensione dal servizio con privazione della retribuzione da 11 giorni fino ad un massimo di 6 mesi per recidiva nel biennio quando sia stata comminata la sanzione massima oppure in caso di particolare gravità (comma 6 lett. a)

   b) per la dirigenza (CCNL/2010 integrativo CCNL 17.10.2008 art. 8): dal minimo della censura scritta fino alla multa da 200 a 500 € (art. 8 comma 4 lett. a, b, f, h) la sospensione dal servizio con privazione della retribuzione da un minimo di 3 giorni fino ad un massimo di 3 mesi nel caso previsto dall'art. 55 sexies, comma 1 del decreto legislativo n. 165/2001 (art 8, comma 7); la sospensione dal servizio con privazione della retribuzione da un minimo di 3 giorni a 6 mesi, nei casi di recidiva delle mancanze previste o particolare gravità delle mancanze previste al comma 4 (art. 8, comma 8 lett. a) o per le condotte di cui al comma 8 lett. b e segg.

   A fronte del mancato esercizio o della decadenza dell'azione disciplinare, dovuto all'omissione o al ritardo, senza giustificato motivo, degli atti del procedimento disciplinare, inclusa la segnalazione di cui all'art. 55 bis, comma 4, ovvero a valutazioni manifestamente irragionevoli di insussistenza dell'illecito in relazione a condotte aventi oggettiva e palese rilevanza disciplinare, è prevista, per i soggetti responsabili, l'applicazione della sospensione dal servizio fino ad un massimo di 3 mesi, salva la maggior sanzione del licenziamento prevista nei casi di cui all'art 55 quater, comma 1, lettera f-ter) e comma 3 quinquies. (art. 55 sexies, comma 3 del decreto legislativo n. 165/2001)

   c) per i dipendenti che violino il Codice con conseguente condanna dell'Amministrazione al risarcimento del danno si applica la sospensione dal servizio con privazione della retribuzione da un minimo di 3 giorni a un massimo di 3 mesi in proporzione dell'entità del risarcimento (art.. 55 sexies, comma 1, decreto legislativo n. 165/2001).

6. In ogni caso l'irrogazione delle sanzioni è consentita solo a seguito di procedimento disciplinare e nel rispetto dei principi di gradualità e proporzionalità delle sanzioni alle effettive circostanze oggettive e soggettive del caso.

7. Restano fermi gli ulteriori obblighi e le conseguenti ipotesi di responsabilità disciplinare dei pubblici dipendenti previsti da norme di legge, di regolamento o dai contratti collettivi, nonché la comminazione del licenziamento senza preavviso per i casi già previsti dalla legge, dai regolamenti e dai contratti collettivi.

7. In ogni caso, costituendo le norme del presente Codice precise obbligazioni contrattuali, nei casi di violazione delle stesse, le Aziende agiscono nei confronti del trasgressore ricorrendo agli strumenti e alle tutele previste dall'ordinamento giuridico, quali, a mero titolo esemplificativo, la risoluzione del contratto e il risarcimento del danno, anche di immagine, derivato alle Aziende dalla condotta lesiva.

Art. 21
Responsabilità conseguenti alla violazione dei doveri del Codice e Disposizioni Sanzionatorie per gli altri destinatari

1. Per i destinatari non soggetti al potere disciplinare dell'Azienda, costituendo le norme del presente Codice precise obbligazioni contrattuali, nei casi di violazione delle stesse, l'Azienda agisce nei confronti del trasgressore ricorrendo agli strumenti e alle tutele previste dall'ordinamento giuridico, quali, a mero titolo esemplificativo, la risoluzione del contratto e il risarcimento del danno, anche di immagine, derivato all'Azienda dalla condotta lesiva.

2. Con specifico riferimento alle varie tipologie di destinatari, si indicano le conseguenze della violazione del Codice:

   a) **per il personale universitario integrato nell'attività assistenziale, ivi compresi i ricercatori a tempo determinato convenzionati**, in caso di violazione degli obblighi previsti dal presente Codice, previa istruttoria, le Aziende trasmettono gli atti all'Università per le valutazioni del caso e l'eventuale attivazione del procedimento disciplinare. Qualora la violazione consista in gravissime mancanze ai doveri d'ufficio, il Direttore Generale previo parere conforme, da esprimere entro ventiquattro ore dalla richiesta al Comitato dei Garanti, può sospendere i professori ed i ricercatori universitari dall'attività assistenziale e disporne l'allontanamento dall'Azienda, dandone immediata comunicazione al Rettore per gli ulteriori provvedimenti di competenza; qualora il Comitato non si esprima nelle ventiquattro ore previste, il parere si intende espresso in senso conforme.

      In esito al procedimento disciplinare condotto dall'Università e in accordo con quest'ultima, le Aziende valutano la risoluzione dal rapporto convenzionale.

   b) **Per i medici in formazione specialistica**, in caso di violazione degli obblighi previsti dal presente Codice, previa istruttoria, le Aziende trasmettono segnalazione al Rettore, al Direttore della Scuola di Specializzazione alla quale risulta iscritto il Medico in Formazione Specialistica ed al Responsabile del Dipartimento Universitario

di riferimento della Scuola di Specializzazione per l'attivazione delle misure di propria competenza. Sulla base della gravità della violazione, previa istruttoria, le Aziende possono disporre l'inibizione temporanea dalla frequenza presso le proprie strutture e, conseguentemente, dall'attività formativa pratica, nelle more delle decisioni dell'Università, in conformità agli accordi esistenti tra Aziende ed Università.

c) **Per i ricercatori a tempo determinato a moderata attività assistenziale, dottorandi ed assegnisti di ricerca autorizzati all'espletamento dell'attività assistenziale**, in caso di violazione degli obblighi previsti dal presente Codice, le Aziende, previa segnalazione all'Università e previa istruttoria, possono disporre la sospensione dell'autorizzazione o la revoca dell'ammissione all'esercizio dell'attività assistenziale con conseguente esclusione. Qualora la violazione concerna uno degli illeciti che comportano l'applicazione delle sanzioni espulsive (licenziamento per giustificato motivo e per giusta causa), il Direttore Sanitario attiverà comunque le procedure previste per l'esclusione dall'attività assistenziale, in conformità agli accordi esistenti tra Aziende ed Università.

d) **per il direttore generale, amministrativo e sanitario, scientifico e sociosanitario ove presenti**, ogni comportamento in contrasto con il presente Codice sarà segnalato alla Regione per il Direttore Generale, al Direttore Generale per il Direttore Sanitario, Amministrativo e Socio-Sanitario, al Ministero della Salute per il Direttore Scientifico e potrà costituire mancato raggiungimento degli obiettivi attribuiti con ogni conseguenza del caso.

e) **per gli altri destinatari del presente Codice non compresi nei punti precedenti** - ossia quanti intrattengono con le Aziende rapporti convenzionali, contrattuali o di collaborazione/consulenza, compresi loro dipendenti, collaboratori, ecc. - ogni comportamento in contrasto con il presente Codice potrà costituire inadempimento sulla base di quanto stabilito nei relativi contratti o convenzioni, con ogni conseguenza del caso.

Art. 22
Effetti del rispetto del Codice sul sistema di valutazione

1. L'attuazione dei doveri e adempimenti previsti nel Codice è ritenuta rilevante nell'ambito della definizione dei criteri di misurazione e valutazione della performance individuale e organizzativa del personale, e della eventuale attribuzione degli incarichi previsti dai CC.NN.LL. e dagli Accordi integrativi aziendali.

2. Per i dipendenti, la violazione del Codice, qualora accertata in ambito disciplinare, assume rilevanza anche ai fini del sistema premiante aziendale e della conseguente erogazione delle voci accessorie correlate, nei casi e con le modalità previste nel sistema di valutazione adottato nell'ambito degli accordi integrativi aziendali.

TITOLO V: DISPOSIZIONI FINALI

Art. 23
Disposizioni finali

1. Il presente Codice entra in vigore dalla data di approvazione con atto deliberativo delle Aziende.

2. Ai sensi dell'art.17, comma 2 del Regolamento, viene data la più ampia diffusione tramite pubblicazione sul sito web istituzionale delle Aziende Sanitarie e sulla rete intranet, nonché tramite e-mail o altra comunicazione a tutti i dipendenti e ai titolari di contratti di consulenza o collaborazione a qualsiasi titolo, anche professionale, di imprese fornitrici di servizi in favore delle Aziende sanitarie.

3. Il presente Codice è parte integrante e sostanziale del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza interaziendale.

ALLEGATO 1) NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Il presente Codice s'inserisce nel più ampio quadro recentemente tracciato nel nostro ordinamento giuridico di seguito riportato:

- Legge 7 agosto 1990 n. 241 "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di accesso ai documenti amministrativi"

- Art. 54 "Codice di Comportamento" del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, così come sostituito dall'art. 1, comma 44, della Legge n. 190/2012

- Decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

- Decreto legislativo 9 aprile 2008 n. 81 "Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro"

- Legge 6 novembre 2012, n. 190 recante: "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e la repressione dell'illegalità nella pubblica amministrazione"

- D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165"

- Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 relativo a "Riordino della disciplina riguardante
- gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni"

- Decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 relativo a: "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190"

- Regolamento (UE) 2016/679 sulla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati

- Intesa tra Governo Regioni ed Enti Locali per l'attuazione dell'art. 1, commi 60 e 61, della Legge 2 novembre 2012, n. 190, n. 79 del 24 luglio 2013

- Linee guida in materia di codici di comportamento delle pubbliche amministrazioni (art. 54, comma 5, decreto legislativo n. 165/2001), approvate dalla CIVIT (ora ANAC) con Deliberazione n. 75/2013

- Delibera CIVIT 11/9/2013 n. 72 "Approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione"

- Determinazione ANAC 28/10/2015 n. 12: "Aggiornamento PNA"

- Determinazione ANAC 3/8/2016 n. 831: "Aggiornamento PNA"

- Determinazione ANAC 28/12/2016 n.1309: "Linee guida su accesso civico generalizzato"

- Linee guida per l'adozione dei codici di comportamento negli enti del SSN, approvate con Deliberazione ANAC n. 358 del 29/3/2017

- Legge Regionale 1 giugno 2017 n. 9 "Fusione dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia e dell'Azienda Ospedaliera 'Arcispedale Santa Maria Nuova'. Altre disposizioni di adeguamento degli assetti organizzativi in materia sanitaria"

- Contratti collettivi del comparto sanità e delle aree dirigenziali del SSN

- Accordi collettivi nazionali del personale convenzionato (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti, ecc.)

- Codici deontologici professionali

- Piani aziendali per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza.

ALLEGATO 5

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma

REGOLAMENTO PER L'ATTUAZIONE DELL'ACCESSO CIVICO "GENERALIZZATO"

(art. 5, comma 2, d.l.vo n. 33/2013 come modificato dal d.l.vo n. 97/2016)

L'accesso Civico definito "generalizzato" o "ampliato" costituisce l'innovazione di maggiore rilievo apportata dal decreto legislativo n. 97/2016, ed è quella che motiva la denominazione di F.O.I.A. (Freedom Of Information Act) data all'intervento legislativo.

Ad oggi sono tre le forme di accesso a dati, documenti, informazioni della pubblica amministrazione:

- accesso "documentale" (artt. 22 e seguenti legge n. 241/1990)
- accesso civico "semplice" (a dati, documenti, informazioni da pubblicarsi in Amministrazione Trasparente - art. 5 decreto n. 33)
- accesso civico "generalizzato" o "ampliato" (art. 5, comma 2, decreto n. 33 come modificato dal decreto n. 97).

Definizione

E' disposta una nuova tipologia di accesso civico, ampliato o generalizzato, da esercitarsi per accedere a dati, documenti, informazioni detenuti da pubbliche amministrazioni ma ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione:

"Allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico, chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'art. 5 bis (esclusioni e limiti all'accesso civico)".

Si tratta di un diritto di accesso non condizionato dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti ed avente ad oggetto tutti i dati e i documenti e informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli per i quali è stabilito un obbligo di pubblicazione.

Istanza

- l'esercizio del diritto non è sottoposto ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente

- l'istanza non richiede motivazione

- l'istanza deve identificare i dati, i documenti e le informazioni

- l'istanza deve contenere i dati di individuazione del richiedente, anche mediante copia di documento di identità
  L'identificazione del richiedente è indispensabile ai fini di una corretta gestione delle domande, e va dunque intesa come condizione di ricevibilità della richiesta.

- l'istanza deve contenere i recapiti precisi cui indirizzare le risposte e le informazioni
- l'istanza può essere trasmessa per posta ordinaria o per via telematica.

Presentazione

- *all'unità organizzativa (Struttura, Servizio, Ufficio, di area amministrativa, tecnica o sanitaria) che detiene i dati, le informazioni o i documenti*
- *agli Uffici Relazioni col Pubblico aziendali*

Competenze

- Ogni unità organizzativa di entrambe le Aziende (di area amministrativa, tecnica o sanitaria) che detiene dati, informazioni, documenti che sono oggetto di accesso civico "generalizzato" è tenuta ad assicurare il procedimento di accesso

- Qualora le richieste di accesso siano rivolte ad Uffici Relazioni col Pubblico, questi dovranno necessariamente rivolgersi alle unità organizzative competenti che possiedono dati e documenti, tenendo conto che ciò non comporta differimento di termini per le risposte. La risposta può essere fornita direttamente dagli URP, una volta ottenute le informazioni dall'unità organizzativa competente, ovvero dalla unità organizzativa stessa

- Sui rispettivi siti web istituzionali, e collegamenti esistenti nelle sezioni "Amministrazione Trasparente", sono rinvenibili, per i potenziali richiedenti l'accesso civico, le denominazioni e i riferimenti delle unità organizzative delle Aziende, nonché gli Uffici URP, al fine di individuare i detentori di dati, documenti e informazioni

- Ogni istanza deve essere protocollata dall'URP o dall'unità organizzativa destinataria

- Qualora l'istanza sia rivolta in modo improprio all'unità organizzativa non competente, in quanto non detentrice dei dati o delle informazioni, l'unità destinataria è tenuta ad inoltrare l'istanza stessa all'articolazione aziendale competente in base agli assetti organizzativi vigenti; ciò non comporta differimenti di termini per le risposte

- Nei casi in cui venga presentata una domanda di accesso per un numero manifestamente irragionevole di documenti od informazioni, imponendo un carico di lavoro oggettivamente eccessivo tale da paralizzare, in modo sostanziale, il buon funzionamento dell'amministrazione, è possibile procedere a "ponderare" l'interesse dell'accesso con il carico di lavoro necessario, al fine di salvaguardare l'interesse del buon andamento dell'amministrazione

Risposta

- il procedimento di accesso civico deve concludersi con provvedimento espresso e motivato nel termine di 30 giorni dalla presentazione dell'istanza, con comunicazione al richiedente ed agli eventuali controinteressati

- il rilascio di dati o documenti in formato elettronico o cartaceo è gratuito, salvo il rimborso del costo effettivamente sostenuto e documentato per la riproduzione su supporti materiali, **determinato sulla base dei costi indicati nei regolamenti aziendali per l'accesso documentale ex legge n. 241/1990**

- la risposta negativa, o parzialmente tale, deve contenere congrua e completa motivazione

- **nel ricevimento della richiesta e nella trattazione dell'accesso ogni unità organizzativa è tenuta ad instaurare un "dialogo cooperativo" con il richiedente,**

al fine di comprendere al meglio l'istanza e chiarire ogni aspetto di competenza dell'amministrazione

Registro degli accessi

- **ogni unità organizzativa deve istituire e tenere un registro, cartaceo od informatizzato, siglato dal rispettivo responsabile, nel quale annotare le richieste di accesso pervenute e le conseguenti risposte fornite**

- **con periodicità semestrale (30 giugno e 31 dicembre), ciascuna unità organizzativa che ha trattato accessi nel periodo di riferimento è tenuta a trasmettere copia del registro, unitamente a tutta la documentazione completa dei singoli accessi all'Ufficio del Responsabile per la prevenzione della corruzione e la trasparenza (RPCT)**

- **l'Ufficio RPCT provvede ad elaborare un unico Registro aziendale (uno per AUSL e uno per AOU), contenente i campi essenziali indicati anche dalle linee guida A.N.AC., da pubblicarsi semestralmente sulle sezioni web "Amministrazione Trasparente" (in Altri Contenuti/Accesso Civico)**

- **i sistemi di gestione del protocollo e dei flussi documentali in uso presso le due Aziende hanno programmato ampliamenti che consentiranno, quando attivati, la gestione informatizzata per fascicoli; ciò consentirà la trattazione digitale da parte di ciascuna unità organizzativa anche degli accessi civici "generalizzati", con l'effetto di realizzare a sistema il registro degli accessi.**

Esclusioni e limiti

L'accesso è escluso nei casi di:

- segreto di Stato

L'accesso civico generalizzato è rifiutato se il diniego è necessario per evitare un pregiudizio concreto alla tutela di uno degli interessi pubblici inerenti a:

- sicurezza e ordine pubblico
- sicurezza nazionale
- difesa e questioni militari
- relazioni internazionali
- politica e stabilità finanziaria ed economica dello Stato
- conduzione di indagini su reati e loro perseguimento
- regolare svolgimento di attività ispettive

L'accesso è rifiutato se il diniego è necessario per evitare un pregiudizio concreto alla tutela di uno dei seguenti *interessi privati*:

- *la protezione dei dati personali*
- *la libertà e la segretezza della corrispondenza*
- *gli interessi economici e commerciali di una persona fisica o giuridica, ivi compresa la proprietà intellettuale, il diritto d'autore e i segreti commerciali.*

Particolarità:

- se i limiti riguardano soltanto alcuni dati o alcune parti del documento richiesto, deve essere consentito l'accesso agli altri dati o alle altre parti.
- i limiti si applicano unicamente per il periodo nel quale la protezione è giustificata in relazione alla natura del dato
- l'accesso non può essere negato ove, per la tutela degli interessi pubblici e privati citati, sia sufficiente fare ricorso al potere di differimento.

Controinteressati

Con riferimento alla tutela degli interessi in ambito privato, il decreto n. 97 introduce e disciplina l'ipotesi di controinteressati all'accesso stesso (comma 5 e seguenti dell'art. 5 del decreto n. 33 modificato).
Gli aspetti procedurali da osservarsi da ogni unità organizzativa che cura l'accesso richiesto:

- individuazione controinteressati

- invio agli stessi di copia della richiesta di accesso, mediante posta raccomandata con avviso di ricevimento o per via telematica, se consentito dai contro interessati

- entro 10 giorni dal ricevimento della comunicazione, i controinteressati possono presentare motivata opposizione alla richiesta di accesso, anche in via telematica

- i 10 giorni sospendono il termine generale di conclusione del procedimento fissato in 30 giorni

- il procedimento di accesso civico deve concludersi con provvedimento espresso e motivato nel termine di 30 giorni dalla presentazione dell'istanza, con comunicazione al richiedente ed agli eventuali controinteressati

- in caso di accoglimento si provvede a trasmettere al richiedente i dati o i documenti richiesti

- in caso di accoglimento della richiesta e in presenza di opposizione di controinteressati, si dà prima comunicazione ai controinteressati e dopo 15 giorni (dalla ricezione della comunicazione da parte del controinteressato) si trasmettono dati e documenti al richiedente

- rifiuto, limitazione o differimento dell'accesso vanno motivati

Richiesta di riesame

In caso di diniego totale o parziale dell'accesso, ed in caso di mancata risposta, da parte dell'unità organizzativa destinataria della richiesta di accesso, il richiedente può avanzare richiesta di riesame al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, che decide con provvedimento motivato entro il termine di 20 giorni.

Se l'accesso è stato negato in ragione della tutela degli interessi riferiti alla protezione di dati personali, il Responsabile consulta il Garante per la protezione dei dati personali, che si pronuncia entro 10 giorni dalla richiesta (con sospensione del termine dei 20 giorni per rispondere al richiedente il riesame)

Il richiedente può far ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale avverso i provvedimenti dell'unità organizzativa o, in caso di richiesta di riesame, del Responsabile anticorruzione e trasparenza.

Qualora l'accesso civico riguardi dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, il Responsabile anticorruzione e trasparenza segnala il fatto (inadempimento) all'ufficio di disciplina, al vertice dell'amministrazione e all'OIV.

Rinvio

Per ogni aspetto non disciplinato dalle presenti indicazioni, si fa rinvio alle norme in materia del decreto legislativo n. 97/2016, alle Linee Guida A.N.AC. approvate con

deliberazione 1309 del 28 dicembre 2016, pubblicata in G.U. n. 7 del 10 gennaio 2017, **alla Circolare n. 2 del 30 maggio 2017 del Dipartimento Funzione Pubblica pubblicata sulla G.U. n. 162 del 13 luglio 2017.**

ALLEGATO 6

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma

PROGETTO PER IL RAFFORZAMENTO DEL CONTROLLO INTERNO E MONITORAGGIO DEL SISTEMA DI TRASPARENZA E PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Obiettivo specifico previsto dal Piano interaziendale integrato per la prevenzione della corruzione e la trasparenza 2018/2020

STRUTTURA INTERNAL AUDITING
FUNZIONE INTEGRITA' E TRASPARENZA

Novembre 2018

INTRODUZIONE

Il sistema dei controlli interni nelle Aziende Sanitarie di Parma è attivo mediante risorse e professionalità disponibili sulle diverse aree di attività; definizione ed articolazione si sono gradualmente ampliate e rese operative negli anni, anche sulla base degli interventi normativi che hanno orientato le amministrazioni pubbliche su nuovi strumenti di programmazione e gestione (in particolare sui temi performance, trasparenza, prevenzione della corruzione) e sulla evoluzione degli organismi di controllo (OIV).

Si tratta comunque di attività e percorsi che necessitano di continua evoluzione e miglioramento, sia in relazione al necessario affinamento di metodi e strumenti che ai diversi e ulteriori obiettivi indicati dall'esperienza gestionale.

Da sottolineare il valore da riconoscersi alle finalità delle attività di controllo, non limitate alle sole verifiche di conformità alla norme e ai dettati dell'autorità ma anche all'aspetto dell'efficacia rispetto agli obiettivi da perseguire ed al più generale miglioramento organizzativo. Una connotazione, questa, di cui vi è forte convinzione e impegna l'attenzione della dirigenza aziendale, anche con azioni di promozione e diffusione presso le unità organizzative di erogazione dei servizi.

Struttura Internal Auditing

Il tema della costituzione di un sistema di controllo interno nelle Aziende Sanitarie di Parma, si è sviluppato a partire dal Patto per la salute 2010-2012 in cui le Regioni si impegnavano ad avviare le procedure per eseguire la certificabilità dei bilanci, attraverso un percorso che le impegnerà a garantire l'accertamento della qualità delle procedure ammnistrativo-contabili sottostanti alla corretta contabilizzazione dei fatti aziendali, nonché la qualità dei dati contabili.

Dall'emanazione del decreto del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC), le Aziende Sanitarie di Parma hanno saputo cogliere le opportunità del percorso verso la certificabilità, creando i presupposti organizzativi, operativi e culturali per affrontare gradualmente le verifiche con i Collegi Sindacali; definire le regole amministrativo-contabili condivise e applicate in modo corretto ed omogeneo; efficientare ed integrare i sistemi di controllo interno sensibilizzando e responsabilizzando, formando e coinvolgendo tutti gli operatori coinvolti. Si è voluto rendere il percorso verso la certificabilità un'opportunità strategica per migliorare l'attendibilità del sistema di rilevazione e rappresentazione della performance economico finanziaria e per accendere l'interesse per le tematiche di gestione dei processi interni, nonché la volontà del governo del rischio.

Oggi, la funzione dell'Internal Auditing, tra l'altro ora obbligatoriamente prevista dalla legge regionale n.9/2018 (art. 26 - sistema di audit interno), si esplicita in analisi, valutazioni e raccomandazioni in merito all'effettivo funzionamento dei processi interni e di controllo interno, avendo quale riferimento la legislazione nazionale e le migliori prassi nazionali ed internazionali in materia di controllo interno. In particolare, si ispira agli standard nazionali e internazionali quali l'Associazione Italiana Internal Auditors (AIIA) e l'Insititute of Internal Auditors (IIA). Qui di seguito si riporta la traduzione integrale della definizione rilasciata dall'associazione Italiana Internal Auditors (AIIA):

L'Internal Auditing è un'attività indipendente ed obiettiva di assurance e consulenza, finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza organizzativa; assiste l'organizzazione nel perseguimento dei propri obiettivi tramite un approccio professionale sistematico, che genera valore aggiunto in quanto finalizzato a valutare e migliorare i processi di controllo, di gestione dei rischi e Corporate Governance.

In tale definizione, le diverse tipologie di servizi offerti sono ricondotte a due categorie, con lo scopo di creare valore aggiunto all'interno

dell'organizzazione, che sono **l'*assurance*** e la ***consulenza*.** Nei servizi di *assurance*, all'Internal Auditing viene richiesta una rilevazione o una conferma indipendente dei fatti aziendali; un oggettivo esame delle evidenze. Nella loro accezione più ampia, *i servizi di assurance si estendono a comprendere tutte quelle attività che possono migliorare la qualità delle decisioni, procurando nuove informazioni, oppure rendendo più tempestive quelle già disponibili, oppure ancora assicurandone l'affidabilità o la rilevanza*.

I servizi di *consulenza* dell'Internal Auditing sono attività di supporto ed assistenza, la cui natura ed estensione sono concordate con la Direzione Aziendale; erogano valore aggiunto e migliorano i processi di governance, risk management e controllo di una organizzazione, senza assumere responsabilità manageriali.
La finalità primaria dell'attività di Internal Auditing, consiste nel miglioramento dell'*efficacia* e dell'*efficienza* dell'organizzazione, secondo un'ampia concezione che tiene conto dell'opportunità di declinare gli obiettivi strategici della stessa, in obiettivi specifici dei singoli processi e di considerare i mezzi predisposti per conseguirli anche in base alle politiche di assunzione del rischio esplicitamente o implicitamente adottate. L'efficacia può essere definita come la capacità di un'organizzazione di realizzare i propri obiettivi. È una dimensione che, se isolata, può tendere alla massimizzazione dei controlli.
L'efficienza, in senso lato, viene definita come il rapporto tra il grado di raggiungimento degli obiettivi e la quantità di risorse impiegate; introduce un concetto di ottimizzazione del controllo e di valutazione professionale del punto di equilibrio tra i costi e i benefici di eventuali controlli aggiuntivi. L'efficienza si configura come l'obiettivo delle attività di consulenza. L'Internal Auditing assiste l'organizzazione nel perseguimento dei propri obiettivi attraverso la valutazione imparziale dei sistemi di risk management e di controllo interno e la promozione di sistemi ottimizzanti e cost effective.

Anche la materia Trasparenza/Anticorruzione deve essere ricompresa nel più complessivo sistema generale di Internal Auditing, al fine di sviluppare ed articolarne l'assetto in modo sistematico, sulla base della pianificazione specifica. La trasparenza e la prevenzione della corruzione si configurano infatti come misure complementari al sistema dei controlli. In particolare, la struttura di Internal Auditing effettuerà in questo progetto, attività di consulenza sulla valutazione dei controlli ed il loro grado di strutturazione. L'attività di consulenza è quindi riferita essenzialmente all'adeguatezza e all'efficacia della strategia di prevenzione della corruzione.

Area Trasparenza e Integrità

Il principale strumento, dettato da normativa ed esperienza, è rappresentato dal Piano per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza, la cui ultima edizione approvata nel gennaio 2018 è relativa al triennio 2018/2020.
Detta pianificazione, con aggiornamento annuale, avviatasi nel 2014 con i primi documenti in applicazione della legge n. 190/2012, ha registrato nel tempo evoluzione e miglioramento, soprattutto negli aspetti riguardanti l'applicazione degli istituti principali e in particolare sulle capacità di analisi e mappatura di attività e rischi "corruttivi in senso ampio" correlati.

Il Piano impegna trasversalmente l'intera organizzazione, individuando azioni, misure, controlli e responsabilità, col coinvolgimento della dirigenza di tutte le unità organizzative, anche per gli aspetti di controllo, diffusione e promozione della cultura della legalità.

Oltre alla descrizione di contesto aziendale, delle attività espletate, degli aggiornamenti normativi e di nuovi obiettivi, che consentono di fornire un insieme della materia, il Piano delinea i suoi principali contenuti nelle misure generali e specifiche individuate per l'attuazione degli istituti e delle indicazioni nazionali di prevenzione della corruzione e per contrastare gli

specifici rischi evidenziati a seguito delle attività di mappatura di processi e procedimenti.
Le molte misure previste, con riferimento a ciascuna unità organizzativa competente per attività, prevedono sia interventi destinati a limitare la possibilità che si realizzino fenomeni illeciti che azioni di controllo specifico, con verifiche e rendicontazioni periodiche.

Il sistema di prevenzione della corruzione è integrato col tema "trasparenza": di fatto, prioritariamente, è la sezione che si occupa di programmare e organizzare obblighi ed adempimenti in materia di pubblicazione di dati, documenti, informazioni secondo le disposizioni vigenti. Ed anche di regolamentare l'istituto dell'accesso civico, di recente introduzione. I controlli su detti aspetti sono periodici e analitici.
Recentemente il sistema si è arricchito con l'adozione dell'aggiornamento del Codice di Comportamento 2018, avvenuta nel maggio scorso, unico interaziendale AUSL/AOU, efficace dalla data di approvazione per tutto il personale operante presso le due Aziende Sanitarie.

Il testo del Codice corrisponde ad un modello unico elaborato e approvato a livello regionale (DGR n. 96/2018), al fine di perseguire una uniformità sull'intero territorio regionale, anche con riferimento alle previsioni contenute nella Legge Regionale n. 9/2017, il cui art. 5 è dedicato espressamente ad un rafforzamento delle politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza.

Tutti i dipendenti, universitari integrati per l'assistenza, professionisti convenzionati, collaboratori, consulenti e imprese fornitrici sono tenuti a conoscere ed osservare il Codice, ciascuno secondo l'ambito soggettivo di operatività delle varie norme in esso contenute, rinviando alle stesse le definizioni degli effetti conseguenti alle eventuali violazioni.

Il valore etico e regolamentare del Codice, integrando la generale e specifica disciplina del rapporto di lavoro, ma anche dei contenuti convenzionali per il personale universitario integrato per l'assistenza, per i professionisti della medicina territoriale, e per collaboratori e consulenti a vario titolo, si presenta quale elemento significativo tra le azioni di contrasto di possibili azioni illecite.

Il sistema di monitoraggio e controllo della funzione di Trasparenza e Integrità

Il sistema attuale, per la Prevenzione della Corruzione, prevede e realizza in capo al Servizio Trasparenza e Integrità:

- il diretto monitoraggio sugli obiettivi generali e trasversali previsti dal Piano;

- l'acquisizione delle rendicontazioni semestrali delle diverse unità organizzative sulle misure specifiche, contenute nel documento allegato al Piano e frutto della mappatura dei procedimenti/processi, il cui ultimo aggiornamento è stato effettuato nell'anno 2017.

I controlli specifici sui singoli processi sono rimessi alle unità organizzative e alle loro direzioni, in possesso delle conoscenze tecniche e gestionali, oggetto delle rendicontazioni acquisite e monitorate dal Servizio Integrità e Trasparenza.

Per l'area specifica della Trasparenza, sempre a cura del Servizio Trasparenza e Integrità:

- verifica generale degli adempimenti di pubblicazione nelle sezioni web "Amministrazione Trasparente" e conseguente illustrazione alle unità organizzative per le attività di competenza (annuale);
- verifica specifica degli adempimenti di pubblicazione ricompresi nell'attività di accertamento promossa annualmente dall'Autorità Nazionale Anticorruzione e coordinata dall'OIV regionale;

- monitoraggio degli accessi civici generalizzati (trattazione e risposte di competenza delle unità organizzative in forza del regolamento approvato col Piano per la prevenzione della corruzione e la trasparenza).

In tema di verifiche e controlli, relativamente a ruolo e poteri del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza (RPCT), è recentemente intervenuta A.N.AC. (delibera n.840 di ottobre 2018 e conferma nell'aggiornamento al PNA 2018 di novembre 2018):

- RPCT esercita poteri di programmazione, impulso e coordinamento, la cui funzionalità dipende dal coinvolgimento e dalla responsabilizzazione di tutti coloro che a vario titolo partecipano dell'adozione e attuazione delle misure di prevenzione;
- i poteri di vigilanza e controllo sono funzionali al ruolo principale, che è quello di predisporre adeguati strumenti interni all'amministrazione per contrastare l'insorgenza di fenomeni corruttivi; tali poteri si inseriscono e vanno coordinati con quelli di altri organi di controllo interno;
- non rientrano tra i poteri del RPCT il controllo di legittimità e di merito su procedimenti e provvedimenti; neppure accertare responsabilità personali, qualunque natura esse abbiano;
- su fatti e vicende che emergono (eventualmente segnalate) RPCT è chiamato ad una "delibazione", in modo da trarne spunti per interventi sul Piano anticorruzione e sulle misure di prevenzione, oppure per meglio individuare quale organo/ufficio interno o esterno all'amministrazione sia competente per i necessari accertamenti di responsabilità;
- come poteri istruttori in generale vi è la possibilità che il RPCT possa acquisire direttamente atti e documenti o svolgere audizioni di dipendenti al fine di chiarire procedimenti e circostanze.

IL PROGETTO E LE AZIONI

Nel Piano per la prevenzione della corruzione e la trasparenza 2018/2020 si è inserito un obiettivo specifico, tramite mandato alla Struttura Internal Auditing e al Servizio Integrità e Trasparenza, in collaborazione, per la elaborazione di un documento progettuale che definisca modalità di verifica del sistema di controlli interni per il settore Trasparenza/Anticorruzione, nell'ambito della più ampia progettazione relativa alla funzione stessa di internal auditing.

Si tratta di avviare l'istituzione di un processo sinergico a garantire l'efficace svolgimento delle attività previste per un rafforzamento delle funzioni di controllo interno e monitoraggio del sistema di trasparenza e prevenzione della corruzione. Ferme restando le attività di monitoraggio e controllo già in essere ed attuate dal Servizio Trasparenza e Integrità, come sopra specificate, e le funzioni di verifica indipendente e di consulenza in staff alle Direzioni Amministrative sulla gestione dei rischi e dei controlli, da parte della Struttura di Internal Auditing; sono indicate nel progetto ulteriori azioni specifiche di verifica e controllo presso le unità organizzative competenti su processi/attività da considerare, afferenti ad AUSL e AOU.

Si intende introdurre una nuova strategia di controllo dei fenomeni corruttivi attraverso una più incisiva e accurata gestione dei rischi di corruzione, un maggior coinvolgimento delle organizzazioni, una più mirata rilevazione dei fattori che influenzano l'ambiente amministrativo gestionale, un più incisivo sistema di controllo interno e collegamento con gli obiettivi del Piano Performance.

Gli obiettivi strategici consistono nel:

- valutare il sistema di controllo interno su specifiche tipologie di rischio;
- rafforzare il sistema di controllo interno e l'efficacia delle misure di contrasto al fenomeno corruttivo;

- avviare di un processo di intervento, in base alle specificità di contesto interno, mediante l'individuazione di specifici procedimenti/processi da sottoporre a verifica.

Risultati attesi:

- istituzione di un presidio organizzato in grado di garantire supporto per il corretto funzionamento del sistema di controllo interno;
- consolidare gli strumenti di controllo per una maggiore trasparenza e gestione del rischio corruttivo;
- valorizzare la cultura dell'etica dell'integrità e del controllo.

Benefici:

- maggior efficacia del sistema di gestione e di controllo interno;
- tutela della reputazione dell'organizzazione;
- promozione e diffusione della cultura della legalità.

Per la prima attuazione delle attività progettuali sono prese in considerazione alcune attività/processi di particolare rilievo per il contesto interaziendale, alcune anche per le specificità dettate da vicende che richiedono rivisitazione di aspetti regolamentari; altre, sempre ricompresi tra i processi elencati nell'allegato C al Piano per la prevenzione della corruzione frutto dell'aggiornamento della mappatura eseguita nel 2017 e per i quali sono già previste misure di prevenzione, indicativi di particolari attività soggette a rischi specifici.

A detto primo gruppo di processi, i cui controlli prevedono l'impegno nel biennio 2019/2020, seguiranno altri processi e attività da selezionare per i periodi successivi.

In questo primo biennio l'obiettivo prioritario è di quello di rendere operativo un "modello di intervento di verifica e controllo", idoneo ad orientare,

supportare e verificare il sistema dei controlli interni alle singole funzioni operative/unità organizzative coinvolte.

Fasi e Azioni

Le Fasi del modello proposto consistono nelle analisi presso le singole unità organizzative del sistema dei controlli, nell'attuazione delle misure specifiche indicate dal Piano anticorruzione e nelle verifiche della corretta esecuzione dei controlli dell'attuazione delle misure previste.

Le Fasi sono le seguenti:

1. Valutazione del sistema di controllo interno

La valutazione dell'adeguatezza del sistema di controllo interno considera il grado di strutturazione del controllo ovvero la copertura, la pertinenza e la robustezza dei controlli.

La valutazione avviene considerando in particolare le seguenti tipologie di rischio:

a) grado di osservanza delle procedure;
b) livelli di trasparenza;
c) attività di controllo in essere;
d) conflitto di interesse;
e) atti/comportamenti illeciti.

2. Verifica della corretta esecuzione dei controlli rispetto all'obiettivo presidiato, la relazione con altri processi di controllo, il grado effettivo di applicazione

3. Riscontro dei ruoli e delle responsabilità

L'obiettivo è di verificare, la separazione delle funzioni e i controlli predisposti dal management (controlli di linea e control owner), anche in considerazione dei possibili conflitti di interesse.

4. Valutazione degli ambiti di miglioramento del sistema di controllo interno e definizione delle azioni correttive

In questo caso l'obiettivo è quello di individuare le possibili aree di miglioramento e fornire le indicazioni (modalità, tempi, competenze ecc.) per avviare le azioni preventive o correttive.

5. Attività di monitoraggio

Verifica successiva circa l'attuazione delle azioni correttive individuate.

La dimensione organizzativa

Come detto in precedenza, le attività di consulenza in questa sede considerate, non integrano verifiche di legittimità e merito od azioni di accertamento delle responsabilità per le conseguenze previste dalle varie tipologie, ma hanno l'obiettivo di orientare, supportare e verificare il sistema dei controlli interni alle singole funzioni operative/unità organizzative coinvolte.

Si tratta dunque di attività di verifica, su mandato delle Direzioni Aziendali AUSL e AOU, cui le unità organizzative coinvolte, per i processi e le attività considerate, sono tenute a rendere tutta la collaborazione dovuta, in termini di confronto, esibizione di documentazione, impegni di miglioramento.

Funzioni e attività

- Il coordinamento delle attività sono in capo alla Struttura interaziendale Internal Auditing e alla Funzione interaziendale Trasparenza e Integrità;
- le attività di analisi e verifica sono da effettuarsi da un team composto da n. 2/3 persone appartenenti alle due funzioni indicate;
- pianificazione dei calendari visite presso le unità organizzative;
- le visite, concordate preventivamente e precedute da lettera specifica, saranno attestate da verbale sintetico;
- la conclusione delle attività presso l'Unità Organizzativa sarà oggetto di Report e comunicazione dei risultati.

Tempistiche

L'inizio del progetto è previsto per l'anno 2019; la durata complessiva sarà di 24 mesi.

Processi/Attività sottoposti a verifica

I Processi/Attività sottoposti a verifica coinvolgono entrambe le aziende (AUSL e AOU) e sono individuati sulla base dell'Allegato C "Tabelle misure di prevenzione specifiche" al Piano interaziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza triennio 2018/2020.

Processo/Attività	**Unità Organizzative AUSL/AOU**
Autorizzazione all'espletamento di incarichi extra-istituzionali	Dipartimento Risorse Umane Area Giuridica
Sponsorizzazione eventi formativi (formazione individuale e organizzazione eventi)	Dipartimento Risorse Umane Area Formazione e Sviluppo Risorse Umane
Procedure di proroga contratti appalto fornitura beni e servizi	Dipartimento Tecnico e Logistica Area Acquisizione Beni Area Logistica
Autorizzazione allo svolgimento della libera professione	Servizio Affari Generali
Erogazione sussidi ad utenti dei Centri e Servizi di Salute Mentale	Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
Vigilanza e controllo sulle farmacie	Dipartimento Assistenza Farmaceutica

Il presente documento progettuale sarà inserito nel Piano delle attività di Audit 2019/2021 e nell'aggiornamento del Piano interaziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza triennio 2019/2021 del prossimo gennaio 2019, per l'approvazione.

STRUTTURA INTERNAL AUDITING
FUNZIONE TRASPARENZA E INTEGRITA'

ALLEGATO 7

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma

Direzioni Aziendali
Servizio Interaziendale Trasparenza ed Integrità
Il Responsabile

Piano integrato interaziendale AUSL/AOU Parma per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2018/2020

DOCUMENTO DI MONITORAGGIO OBBLIGHI DI TRASPARENZA SEZIONI WEB "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"

gennaio 2019

SISTEMI AZIENDALI TRASPARENZA

Il presente documento rappresenta gli esiti del monitoraggio delle sezioni web AUSL e AOU "Amministrazione Trasparente" compiuto dal Servizio interaziendale Trasparenza ed Integrità.

Nella prima parte del documento si richiamano gli elementi principali del Sistema Trasparenza in essere presso le nostre due Aziende, come declinato nei Programmi Trasparenza degli anni precedenti e principalmente nel Piano integrato interaziendale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza 2018/2020.

L'adempimento degli obblighi di pubblicazione rappresenta contenuto essenziale dei compiti posti in capo alle diverse unità organizzative e dei rispettivi dirigenti responsabili.

Col Piano integrato interaziendale per la prevenzione della corruzione e la trasparenza 2018/2020, approvato nel gennaio 2018, la materia della Trasparenza ed i conseguenti obblighi di pubblicazione sulle sezioni web "Amministrazione Trasparente" si conferma non più oggetto di un documento autonomo come in precedenza, denominato Programma per la Trasparenza, bensì parte specifica integrata nel Piano anticorruzione.

La Trasparenza, come affermato nei Piani Nazionali Anticorruzione, è una misura di estremo rilievo e fondamentale per la prevenzione della corruzione. Essa è posta al centro di molte indicazioni e orientamenti internazionali in quanto strumentale alla promozione dell'integrità, allo sviluppo della cultura della legalità in ogni ambito dell'attività pubblica.

Obblighi e misure previste nel Piano hanno assunto maggiore rilievo rispetto alle pianificazioni precedenti in ragione delle novità apportate dal decreto legislativo n. 97/2016; riguardano e impegnano naturalmente entrambe le Aziende Sanitarie.

Sono confermati i sistemi Trasparenza, dal punto di vista operativo, in essere presso le due Aziende Sanitarie, disciplinati dai rispettivi Programmi Trasparenza e Integrità approvati negli anni precedenti e nel Piano anticorruzione 2017/2019.

Sezioni web "Amministrazione Trasparente"

Sono attive le rispettive sezioni web "Amministrazione Trasparente" all'interno dei siti istituzionale delle Aziende AUSL e AOU a cura del Responsabile della Trasparenza, in collaborazione con gli Uffici Comunicazione aziendali, cui è affidata l'operatività relativa agli inserimenti nella sezione web, articolato come da schema allegato al decreto n. 33/2013, dei file contenenti documenti, dati, informazioni.

Il supporto tecnico per l'elaborazione informatica di dati e documenti e per il sito web è garantito dai Servizi di sede del Dipartimento interaziendale ICT.

Flusso di dati, documenti, informazioni

I dirigenti responsabili delle Strutture e dei Servizi delle Aziende indicati nella tabella obblighi di pubblicazione (unica interaziendale allegata al Piano) devono garantire il regolare flusso delle informazioni da pubblicare, con la seguente operatività:

Ogni Struttura/Servizio/Ufficio/Unità Organizzativa individuata competente per l'elaborazione di un documento, contenente anche informazioni e dati, oggetto di pubblicazione, è tenuta a predisporre i necessari file, in formato aperto, e trasmetterli, nei tempi indicati, all'Ufficio Comunicazione, competente a compiere le operazioni di inserimento nella Sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web aziendale, previa verifica congiunta col Responsabile aziendale per la Trasparenza.
Gli obblighi di pubblicazione sono previsti in modo dettagliato nella Tabella Allegato 1 al Piano per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza 2017/2019.

Alcuni obblighi possono aver subito modifiche o particolari interpretazioni in corso d'anno in ragione di interventi normativi, o di A.N.AC. o dell'Organismo Indipendente di Valutazione unico regionale per il settore sanità.

E' dovere di ciascuna unità organizzativa la conoscenza delle disposizioni in materia e l'attuazione delle azioni conseguenti.

Obblighi di aggiornamento

Tutti gli obblighi di pubblicazione previsti dal decreto legislativo n. 33/2013, novellato dal decreto legislativo n. 97/2016, sono considerati nella TABELLA allegata al Piano (ALLEGATO B).

Nella relativa elaborazione si è tenuto conto delle Linee Guida A.N.AC. su obblighi di pubblicazione approvate con deliberazione n. 1310 del 28 dicembre 2016 e di varie indicazione proposte dall'OIV regionale per la sanità.

Nel rinviare alla tabella analitica per i singoli contenuti e competenze delle pubblicazioni, si precisano alcuni aspetti:

- la tabella è integrata interaziendale, dunque considera tutte le pubblicazioni da collocarsi nelle rispettive sezioni web aziendali "Amministrazione Trasparente"
- la tabella comprende le novità introdotte dal decreto legislativo n. 97/2016
- gli Uffici Comunicazione sono tenuti ad apportare le dovute modifiche alla presenza e sequenza di spazi e sezioni in "Amministrazione Trasparente" in base alla organizzazione della tabella

- nei casi di incerta interpretazione delle dizioni in tabella e comunque in ogni situazione di verifica degli effettivi obblighi, si rinvia alle normative vigenti e alle indicazioni diramate periodicamente da OIV regionale.

Ogni informazione, dato o documento inserito nella Sezione Amministrazione Trasparente deve essere predisposto nei tempi previsti a cura della medesima unità organizzativa competente, e trasmesso all'Ufficio Comunicazione con eventuali specifiche circa la modifica o la sostituzione dei file già pubblicati.

Ciascuna unità organizzativa deve provvedere al periodico aggiornamento di documenti, dati, informazioni da pubblicare sulla sezione web "Amministrazione Trasparente", secondo le rispettive competenze, tempi e modalità previsti nella "Tabella obblighi di pubblicazione" contenuta quale Allegato nel Piano anticorruzione interaziendale.

Tutte le Strutture e i Servizi delle due Aziende coinvolti per le attività di rispettiva competenza sono invitati a procedere alle verifiche necessarie, sulla base di quanto previsto nella tabella in cui sono declinati gli obblighi di pubblicazione.

I dirigenti responsabili di ciascuna unità organizzativa sono tenuti a promuovere le verifiche, ad avviare e rendere effettive le azioni conseguenti, finalizzate agli adempimenti dovuti.

Operatività e Accesso Civico "generalizzato"

I Referenti individuati per ciascuna unità organizzativa indicata nel Piano sono operatori che svolgono la funzione di collegamento con il Servizio Trasparenza e Integrità, ferme restando le responsabilità in capo ai dirigenti delle varie unità organizzative per eventuali inadempimenti.

E' opportuno che periodicamente ogni unità provveda, tramite il Referente ed altri collaboratori, o comunque secondo le disposizioni del dirigente, ad accertare il rispetto dei rispettivi obblighi di pubblicazione e promuovere le attività di elaborazione e raccolta documenti da pubblicare nelle sezioni web.

E' altresì necessario predisporre riferimenti organizzativi, all'interno delle varie unità, ai fini di garantire gli accessi civici generalizzati, secondo le disposizioni regolamentari approvate nel Piano, le norme del decreto legislativo n. 97/2016 e nelle apposite Linee Guida A.N.AC.

Sull'accesso civico ordinario, previsto dall'art. 5 del decreto n. 33/2013 (su quanto oggetto di pubblicazione), effettuabile utilizzando il modulo pubblicato in "Amministrazione Trasparente", la competenza alla ricezione è in capo alla funzione del Responsabile interaziendale.

Particolare attenzione è richiesta a tutti in relazione al formato dei file da pubblicare: deve essere "aperto" e riutilizzabile (gli Uffici Comunicazione hanno il mandato di non procedere alle pubblicazioni di file non in formato aperto).

Sanzioni

In tema di responsabilità sono da considerare gli artt. 46 e 47 del decreto legislativo n. 33/2013, come modificato dal decreto legislativo n. 97/2016.

L'art. 46 dispone che

- l'inadempimento degli obblighi di pubblicazione
- il rifiuto, il differimento e la limitazione dell'accesso civico,

costituiscono elementi di valutazione della responsabilità dirigenziale, eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine, e sono comunque valutati ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale dei responsabili.

L'art. 47 tratta direttamente di sanzioni per specifici inadempimenti.

ALCUNE ANNOTAZIONI

Si evidenziano ora alcuni aspetti che richiedono precisazioni di sistema o particolari adempimenti specifici.

Relazioni con Uffici Comunicazione

Ogni unità organizzativa è invitata a compiere tutte le verifiche circa gli adempimenti da garantire sugli obblighi di pubblicazione di rispettiva competenza. Allo scopo si ritiene opportuno che il Referente ed eventuali altri collaboratori di ciascuna unità assumano gli opportuni contatti con gli operatori degli Uffici Comunicazione di riferimento per l'esecuzione delle pubblicazioni, al fine di definire tempi di adeguamento e condizioni e modalità di elaborazione (formati) di documenti, dati, informazioni.

Gli operatori di riferimento degli Uffici Comunicazione:
Silvana Basso Ricci (per AUSL)
Veronica Rossolini (per AOU)

"Bussola" della Trasparenza

Si tratta dello strumento elaborato dal Dipartimento Funzione Pubblica finalizzato ad una sorta di monitoraggio delle sezioni web "Amministrazione Trasparente" di tutte le pubbliche amministrazioni.

Periodicamente svolge un verifica sulla semplice articolazione organizzativa della sezione, al di là dei documenti e dati contenuti negli spazi della sezione.

Gli Uffici Comunicazione AUSL/AOU sono invitati ad eseguire le verifiche necessarie delle attuali risultanze nella Bussola (bussola.magellano.it), provvedendo ad effettuare le necessarie modifiche e interventi sulle sezioni web delle nostre due Aziende.

Area Gare e Contratti Pubblici

Il Dipartimento interaziendale Tecnico e Logistica, con riferimento a tutti i Servizi che lo compongono, è tenuto a verificare in modo dettagliato tutti gli obblighi di pubblicazione esistenti per le materie di rispettiva competenza.

Il principale riferimento è al Codice Contratti Pubblici (decreto legislativo n. 50/2016 e modifiche apportate con decreto legislativo n. 56/2017).

Occorre che si verifichi se le pubblicazioni ad oggi eseguite sulla sezione (Bandi di gara e contratti) soddisfino tutti gli obblighi previsti dalla complessa normativa; trattandosi di competenza molto specialistica il mandato è al Dipartimento ed ai suoi Servizi.

Pubblicazioni e GDPR per la protezione dei dati personali

Si ricorda che dal 25 maggio 2018 è efficace il Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati o GDPR); il decreto legislativo n. 101/2018 ha poi apportato modifiche al decreto legislativo n. 196/2003 per necessità di adeguamento al sistema previsto col GDPR.

In materia di obblighi di pubblicazioni in forza di norme obbligatorie sulla trasparenza della pubbliche amministrazioni non sono intervenute modificazioni di sistema. L'aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione (deliberazione ANAC n. 1074 del 21 novembre 2018, pubblicata sulla GU n. 296 del 21 dicembre 2018) richiama e conferma la necessaria attenzione, tenuto conto delle possibili conseguenze di pubblicazioni in violazione delle protezioni dei dati personali previste.

Tutte le unità organizzative che operano flussi di dati, documenti e informazioni per le pubblicazioni in Amministrazione "Trasparente" sono tenute a considerare detta attività quale trattamento ai fini GDPR, che dovrà confluire nei Registri aziendali dei trattamenti di dati personali.

Attestazione assolvimento obblighi di Trasparenza (OIV/OAS)

L'Autorità Nazionale Anticorruzione promuove annualmente la verifica sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione, disciplinata con specifiche deliberazioni (per l'anno 2017 la n. 236/2017).

L'OIV (Organismo Indipendente di Valutazione) regionale, competente per tutte le Aziende Sanitarie regionali, è l'organismo chiamato ad effettuare gli accertamenti, da svolgersi in collaborazione con gli Organismi Aziendali di Supporto (OAS) e il RPCT, da attestare in specifica documentazione oggetto di successiva pubblicazione.

L'adempimento, a partire dall'anno 2014, ha avuto scadenze sempre diverse, in ragione delle determinazioni dell'Autorità; probabilmente, come gli ultimi anni, per il 2019 la verifica sarà fissata alla data del 31 marzo.

Pertanto, tutte le unità organizzative che hanno competenze in ordine a obblighi di pubblicazione di dati, documenti, informazioni in "Amministrazione Trasparente" sono tenute a verificare ed adempiere a tutte le pubblicazioni di loro pertinenza entro il 15 marzo 2019, così da consentire poi le opportune verifiche.

MONITORAGGIO SEZIONI WEB "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" AUSL/AOU

Il monitoraggio si riferisce alla articolazione attuale delle sezioni web "Amministrazione Trasparente" e ai contenuti indicati nella Tabella Obblighi di pubblicazione Allegato B al Piano integrato interaziendale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza 2018/2020.

Compresi gli obblighi introdotti dal decreto legislativo n. 97/2016 ed eventuali indicazioni di diversa fonte e genere intervenuti in corso d'anno.

Gli adeguamenti/aggiornamenti degli obblighi di pubblicazione devono essere effettuati possibilmente entro il 15 marzo 2019, in previsione delle generale verifica ANAC dell'assolvimento obblighi di trasparenza tramite apposite griglie soggette ai controlli di OIV regionale (e OAS aziendali), come ricordato nel paragrafo che precede.

Segue l'articolazione degli spazi presenti in "Amministrazione Trasparente".

DISPOSIZIONI GENERALI

Piano triennale per la prevenzione della corruzione e la trasparenza

AUSL: presenti documenti/dati/informazioni previsti
AOU: presenti documenti/dati/informazioni previsti

Atti generali

AUSL/AOU: è stata collocata diversa documentazione appropriata in entrambe le sezioni, e inserita la documentazione attinente il Codice di Comportamento approvato nel maggio 2018. Si invita a mantenere l'aggiornamento costante mediante pubblicazione di tutti gli atti normativi ed aziendali di rilievo **(Servizio Affari Generali)**

ORGANIZZAZIONE

Organi di indirizzo politico-amministrativo

AUSL/AOU: presenti le informazioni necessarie

Articolazione degli uffici

AUSL/AOU: presenti le informazioni necessarie

Telefono e posta elettronica

AUSL: presenti tutte le informazioni necessarie, compresi gli indirizzi di posta elettronica certificata, mediante link di collegamento aziendale
AOU: presenti informazioni essenziali, comprese le pec. Verificare l'ampliamento dei riferimenti a tutto il personale e la presenza degli indirizzi PEC **(Uffici Comunicazione e Informatico**

CONSULENTI E COLLABORATORI

Titolari di incarico di collaborazione o consulenza

AUSL: presenti le informazioni e gli elementi necessari, anche relativamente alle attestazioni di avvenuta verifica cause incompatibilità incarichi.
Da mantenere aggiornamento periodico, adempimento di rilievo
(Unità Organizzative proponenti gli incarichi, Dipartimento Risorse Umane e Servizio Affari Generali)

AOU: Verificare presenza dei curricula **(Dipartimento Risorse Umane)**
Aggiornare dati sul Comitato di Indirizzo
Da mantenere aggiornamento periodico, adempimento di rilievo

PERSONALE

Incarichi amministrativi di vertice

AUSL/AOU: presenti i documenti/dati/informazioni previsti
Ricordare in agenda acquisizione dichiarazione assenza cause di incompatibiità per il 2019 entro il primo trimestre del nuovo anno **(Dipartimento Risorse Umane, Servizio Affari generali, Ufficio Comunicazione)**

Titolari di incarichi dirigenziali

Si conferma che le pubblicazioni sugli incarichi riguardano tutti i dirigenti.
Le pubblicazioni dei compensi invece solo i dirigenti titolari di struttura complessa e semplice, ai sensi degli artt. 15 e 41 del decreto 33.
Gli aggiornamenti, almeno semestrali/annuali, sono da eseguire entro il primo trimestre dell'anno successivo, sia per gli incarichi che per i compensi.

Sono ancora sospese alcune delle pubblicazioni previste dall'art. 14 del decreto legislativo n. 33/2013 come modificato dal decreto legislativo n. 97/2016 (e previste nella tabella allegata al Piano): viaggi e missioni e dichiarazioni patrimoniali e di reddito e gli emolumenti complessivi percepiti a carico della finanza pubblica (con esclusione dei compensi ordinari e da libera professione intramoenia (quest'ultima è questione rimessa recentemente all'attenzione della Corte Costituzionale).

Confermato l'obbligo di pubblicazione del curriculum per ciascun dirigente; è necessario che il Dipartimento Risorse Umane ne disponga periodicamente la raccolta e l'invio per la pubblicazione.

Pertanto:

AUSL:

- aggiornamento anno 2018 per incarichi e compensi entro il primo trimestre 2019
- raccolta e pubblicazione curriculum mancanti (per tutti i dirigenti)

  (Dipartimento Risorse Umane)

AOU:

- aggiornamento anno 2018 per incarichi e compensi entro il primo trimestre 2019 (non sono rinvenibili i compensi attuali)
- raccolta e pubblicazione curriculum mancanti (per tutti i dirigenti)
- verificare aggiornamenti per i docenti universitari in assistenza

  (Dipartimento Risorse Umane)
- togliere i 2 link a dichiarazioni incompatibilità/inconferibilità (non operative per la dirigenza)

  (Ufficio Comunicazione)

Posizioni organizzative

AUSL/AOU: verificare aggiornamento nominativi e presenza curriculum

(Dipartimento Risorse Umane)

Dotazione organica

AUSL/AOU: presente Conto Annuale 2017 (elaborato nell'anno 2018)

(Dipartimento Risorse Umane)

Personale non a tempo indeterminato

AUSL: presenti i dati aggiornati al 31 dicembre 2018

AOU: da aggiornare i dati del 4° trimestre 2018

(Dipartimento Risorse Umane)

Tassi di assenza

AUSL/AOU: da aggiornare i dati del 4° trimestre 2018

(Dipartimento Risorse Umane)

Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti

AUSL/AOU: da aggiornare i dati relativi all'anno 2018, con tabella e collegamento al sistema PERLA PA

(Dipartimento Risorse Umane)

Contrattazione integrativa

AUSL/AOU: da verificare aggiornamento con accordi stipulati nell'anno 2018, anche nel collegamento alla Banca Dati nazionale

Contrattazione collettiva

AUSL/AOU: presenti i documenti ed il collegamento con Banca dati ARAN

OIV

AUSL/AOU: presenti le informazioni, il collegamento col sito regionale dell'OIV per nomine, rinnovi e informazioni; presenti anche le informazioni sui due Organismi Aziendali di Supporto (OAS)

AUSL: aggiornare composizione OAS col componente esterno recentemente nominato

(OAS, Dipartimento Risorse Umane e Servizio Affari Generali)

BANDI DI CONCORSO

Gli spazi in AUSL e in AOU sono articolati diversamente.

AUSL/AOU. Si invita ad un attento aggiornamento, in particolare con riferimento a:

- Criteri di valutazione delle Commissioni di concorso e selezione/tracce delle prove scritte: sono dati obbligatori introdotti dal decreto legislativo n. 97/2016
  (Dipartimento Risorse Umane)

AUSL:

- Selezioni attive: invito ad affiancare una data di riferimento a ciascun bando o avviso (o indizione o scadenza) in modo da capire la cronologia e i tempi.
  (Dipartimento Risorse Umane e Ufficio Comunicazione)
- Incarichi personale Convenzionato: spazio aggiornato

PERFORMANCE

Sistema di misurazione e valutazione della performance

AUSL/AOU: presente documentazione come da indicazioni OIV regionale

Piano della Performance

AUSL/AOU: sezione aggiornata

(Direzione Sanitaria e Dipartimento Valutazione e Controllo)

Relazione sulla Performance

AUSL/AOU: presenti i documenti/dati/informazioni previsti, compresi i dati richiesti dall'art.1, comma 522, legge stabilità per l'anno 2016

Ammontare complessivo dei premi

AUSL/AOU: dati fermi all'annualità 2016, da aggiornare

(Dipartimento Risorse Umane)

Dati relativi ai premi

AUSL/AOU: dati fermi all'annualità 2016, da aggiornare

(Dipartimento Risorse Umane)

Benessere organizzativo

AUSL/AOU: informazioni presenti

ENTI CONTROLLATI

Enti pubblici vigilati

Non applicabile alla Aziende Sanitarie

Società partecipate

AOU: presenti le informazioni previste, aggiornate a giugno 2018

AUSL: da aggiornare dati e rappresentazione grafica con riferimento all'anno 2018

(Servizio Economico Finanziario)

Enti di diritto privato controllati

Non applicabile alla Aziende Sanitarie

Rappresentazione grafica

AUSL/AOU: presenti le informazioni previste, aggiornate al 2016

ATTIVITÀ E PROCEDIMENTI

Controlli sulle imprese

AUSL/AOU: verificare necessità di aggiornamenti

(Dipartimento Tecnico e Logistica, Dipartimento Sanità Pubblica, Servizi Farmaceutici)

Tipologie di procedimento

AUSL/AOU: si invitano tutte le unità organizzative indicate nella Tabella obblighi di pubblicazione allegata al Piano 2018/2020 ad aggiornare le tipologie dei procedimenti di competenza

(tutte le Unità Organizzative)

Monitoraggio tempi procedimentali

Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria

Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati

AUSL/AOU: verificare necessità aggiornamenti

(Servizio Economico Finanziario, Servizio Acquisizione Beni e Servizi, Servizio Attività Tecniche)

PROVVEDIMENTI

Provvedimenti organi indirizzo politico

In AUSL sono pubblicati elenchi dei provvedimenti

In AOU si apre direttamente l'albo on line

(Servizio Affari Generali)

Provvedimenti dirigenti

In AUSL sono pubblicati elenchi dei provvedimenti

In AOU si apre direttamente l'albo on line

(Servizio Affari Generali)

Albo on line

AUSL/AOU: spazio che consente il collegamento con l'albo di pubblicazione on line del testo integrale dei provvedimenti adottati, compresa la possibilità di stampa

(Servizio Affari Generali)

BANDI DI GARA E CONTRATTI

Il Dipartimento interaziendale Tecnico e Logistica, con riferimento a tutti i Servizi che lo compongono, è tenuto a verificare in modo dettagliato tutti gli obblighi di pubblicazione esistenti per le materie di rispettiva competenza.

Il principale riferimento è al Codice Contratti Pubblici (decreto legislativo n. 50/2016 e modifiche apportate con decreto legislativo n. 56/2017 ed altre successive modificazione ed integrazioni).

Occorre che si verifichi se le pubblicazioni ad oggi eseguite sulla sezione (Bandi di gara e contratti) soddisfino tutti gli obblighi previsti dalla complessa normativa; trattandosi di competenza molto specialistica il mandato è al Dipartimento ed ai suoi Servizi.

Profilo del committente

AUSL:

- collocare dati sull'Azienda in generale (anagrafici)

  (Ufficio Comunicazione)
- Programmazione gare ed acquisti e Programma Lavori Pubblici: aggiornare con programmazione 2018 e 2019
- Inserire testo nuovo Regolamento (e delibera di approvazione) sui contratti di beni, servizi, lavori di importo inferiore alla soglia comunitaria (delibera n. 878 del 19 dicembre 2018)

  (Dipartimento Tecnico e Logistica)
- la responsabilità professionale ex legge n. 24/2017: mantenere gli aggiornamenti

  (Direzione Sanitaria)

AOU:

- collocare dati sull'Azienda in generale (anagrafici)

  (Ufficio Comunicazione)
- Programmazione gare ed acquisti e Programma Lavori Pubblici: aggiornare con programmazione 2018 e 2019
- Inserire testo nuovo Regolamento (e delibera di approvazione) sui contratti di beni, servizi, lavori di importo inferiore alla soglia comunitaria (delibera n. 1075 del 18 dicembre 2018)

  (Dipartimento Tecnico e Logistica)
- la responsabilità professionale ex legge n. 24/2017: mantenere gli aggiornamenti

  (Direzione Sanitaria)

Bandi di gara attivi

AUSL/AOU: verificare eventuali aggiornamenti

Bandi di gara scaduti

AUSL/AOU: verificare eventuali aggiornamenti

Contratti

AUSL/AOU: sezioni articolate in modo diverso. Verificare eventuali aggiornamenti
(Dipartimento Tecnico e Logistica)

AOU: modificare titolo dello spazio da "Obblighi di pubblicità ex legge n. 190" a "Contratti"
(Ufficio Comunicazione)

Delibere a contrarre in procedure negoziate senza bando

AUSL: verificare eventuali aggiornamenti
AOU: da creare spazio apposito e collocare i relativi contenuti
(Dipartimento Tecnico e Logistica)

SOVVENZIONI, CONTRIBUTI, SUSSIDI E VANTAGGI ECONOMICI

Criteri e modalità

AUSL: presenti i criteri

Atti di concessione

AUSL: dati aggiornati al 2017

BILANCI

Bilancio preventivo e consuntivo

AUSL/AOU: presenti i documenti e i dati previsti (anche in base alle previsioni dell'art. 1, comma 522, legge stabilità per il 2016)

- bilanci integrali
- bilanci per schemi sintetici
- relazioni Collegio Sindacale

Si raccomandano gli aggiornamenti dovuti nel rispetto dei termini di 30 giorni dall'approvazione regionale.

Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC)

AUSL/AOU: verificare necessità di aggiornamento

(Servizio Internal Auditing)

Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio

Sezione non rientrante nella competenza delle Aziende Sanitarie

BENI IMMOBILI E GESTIONE PATRIMONIO

Patrimonio immobiliare

AUSL/AOU: dati e informazioni aggiornati al 2017, da aggiornare per il 2018

Canoni di locazione, affitto e comodato

AUSL/AOU: dati e informazioni aggiornati al 2017, da aggiornare per il 2018

CONTROLLI E RILIEVI SULL'AMMINISTRAZIONE

AUSL: riordinare gli spazi secondo la seguente sequenza **(Ufficio Comunicazione)**

Organi di revisione amministrativa e contabile

AUSL/AOU: inserire Verbali del Collegio Sindacale sul Bilancio di esercizio 2017 e sul Bilancio di previsione 2018 (già presenti nello spazio Bilanci ma da riportare anche in questa sede)

(Servizio Economico Finanziario e Ufficio Comunicazione)

Corte dei Conti

AUSL/AOU: Nessun rilievo registrato, verificare aggiornamento eventuale

(Servizio Economico Finanziario)

Organismi Indipendenti di Valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe

AUSL: aggiornare composizione OAS (componente esterno di recente nomina)

Attestazioni OIV o di struttura analoga

AUSL/AOU: presente la documentazione dovuta

Delibere e Atti Organismo Indipendente di Valutazione

AUSL/AOU: presente la documentazione dovuta

Verifica aggiornamento eventuali ulteriori deliberazioni OIV da pubblicare

(OAS e Uffici Comunicazione)

Documento dell'OIV di validazione della relazione sulla performance

Non previsto per le Aziende sanitarie regione Emilia Romagna

SERVIZI EROGATI

Carta dei Servizi e standard di qualità

AUSL/AOU: presenti i documenti/dati/informazioni previsti. Verificare eventuali aggiornamenti **(Uffici Comunicazione e URP)**

Costi contabilizzati

AUSL: presenti dati al 2016, da aggiornare
AOU: dati da aggiornare, fermi al 2015
(Dipartimento Valutazione e Controllo/Controllo di Gestione)

Attività assistenziali e loro qualità

Si tratta delle tabelle relative agli Esiti monitoraggio attività assistenziali ex art. 1, comma 522, legge n. 208/2015 (legge stabilità per il 2016), elaborate dal Servizio SIVER regionale
AUSL/AOU: riportare tabella anno 2017 e successivi aggiornamenti
(Dipartimento Valutazione e Controllo/Controllo di Gestione)

Liste di attesa

AUSL/AOU:

- presente il collegamento al portale web regionale
- da aggiornare per il 2018 i tempi di attesa per i ricoveri
- verificare necessità eventuali di aggiornamento dei criteri di formazione delle liste d'attesa per specialistica ambulatoriale e ricoveri

  (Direzioni Sanitarie)

Attività libero professionale

AUSL/AOU: inserire i regolamenti aziendali per la libera professione intramoenia

(Servizio Affari Generali)

PAGAMENTI ALL'AMMINISTRAZIONE

Si tratta di varie informazioni sottoposte spesso a verifiche nazionali. Pertanto si raccomanda puntualità degli aggiornamenti nei tempi dovuti

(Servizio Economico Finanziario)

Dati sui pagamenti

AUSL: presenti dati e informazioni aggiornate al 2018

AOU: presenti dati al 2017, aggiornare per il 2018

(Servizio Economico Finanziario)

Indicatore di tempestività dei pagamenti

Si tratta dei seguenti 2 indicatori:

- indicatore annuale tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi e forniture, anche di prestazioni professionali, denominato "indicatore annuale di tempestività dei pagamenti"
- indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti (generali)

AOU: aggiornare dati ultimo periodo 2018

(Servizio Economico Finanziario)

IBAN e pagamenti informatici

AUSL/AOU: presenti i documenti/dati/informazioni previsti

Piano dei pagamenti

AUSL/AOU: verificare eventuale necessità di aggiornamento

(Servizio Economico Finanziario)

Ammontare complessivo dei debiti

Adempimento introdotto dal decreto legislativo n. 97/2016

AUSL/AOU: presenti i dati sino ad anno 2017, da aggiornare per l'anno 2018

(Servizio Economico Finanziario)

OPERE PUBBLICHE

La sezione è stata riarticolata negli spazi seguenti:

Programma triennale opere pubbliche

AUSL/AOU: dati da aggiornare **(Dipartimento Tecnico e Logistica)**

Tempi, indicatori e costi di realizzazione

AUSL/AOU: dati e documenti da aggiornare **(Dipartimento Tecnico e Logistica)**

Banca Dati lavori Pubblici

AUSL/AOU: presente il collegamento alla Banca Dati nazionale, in attuazione delle previsioni del decreto legislativo n. 97/2016

Si ritiene opportuno indicare che i dati che periodicamente vengono comunicati alla Banca Dati nazionale siano anche pubblicati sulle nostre sezioni web **(Dipartimento Tecnico e Logistica)**

INFORMAZIONI AMBIENTALI

AUSL/AOU: presenti alcuni documenti. Verificare esistenza di ulteriori informazioni da pubblicare **(Dipartimento Tecnico e Logistica)**

STRUTTURE SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE

Strutture private accreditate

AUSL: verificare eventuale aggiornamento elenchi
(Direzione Sanitaria, Affari Generali, Dipartimento Valutazione e Controllo)

AOU: verificare eventuali aggiornamenti **(Affari Generali/Direzione Sanitaria)**

Accordi

AUSL: verificare aggiornamento accordi, sia per specialistica che per ricoveri e inserimenti (sono da pubblicarsi i testi degli accordi)
(Direzione Sanitaria, Affari Generali, Dipartimento Valutazione e Controllo, Dipartimento Salute Mentale)

INTERVENTI STRAORDINARI E DI EMERGENZA

AUSL: presenti alcuni documenti. Verificare esistenza di ulteriori informazioni da pubblicare **(Direzione Sanitaria e Ufficio Comunicazione)**

AOU: non sono presenti informazioni. Verificare esistenza eventuali informazioni da pubblicare **(Direzione Sanitaria e Ufficio Comunicazione)**

DATI ULTERIORI

AUSL: Modificare dicitura dello spazio in Dati Ulteriori, invece di Altri Contenuti.

Prevenzione della Corruzione

AUSL/AOU: presente il collegamento alla sottosezione dedicata al tema dell'Anticorruzione. In detta sede trovano collocazione tutti i vari documenti di interesse (Piani, Relazioni annuali RPCT, deliberazioni ed altra documentazione connessa)

Accesso Civico

AUSL/AOU: presenti i dati e le informazioni dovute
(Servizio Integrità e Trasparenza e Ufficio Comunicazione)

Incontri di formazione

AUSL/AOU: è presente la documentazione di una serie di incontri e corsi effettuati dal RPCT interaziendale.

Altri contenuti

Lo spazio può essere utilizzato da ogni unità organizzativa che intende pubblicare dati, documenti, informazioni che non rientrano direttamente in nessuna delle sezioni precedenti e che non siano già presenti o meglio collocabili in altre parti del più complessivo sito web **(tutte le unità organizzative)**

Gennaio 2019

RPCT Giovanni Bladelli

ALLEGATO 8

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma

Direzioni Aziendali AUSL/AOU Parma
4 ottobre 2018

A TUTTO IL PERSONALE OPERANTE PRESSO AUSL E AZIENDA OSPEDALIERA DI PARMA (Dipendenti, Dirigenti, Direttori, Universitari integrati per l'assistenza)

NOTA INFORMATIVA
sulle dichiarazioni/comunicazioni obbligatorie in attuazione del Codice di Comportamento AUSL/AOU 2018

DICHIARAZIONI/COMUNICAZIONI

obbligatorie per il Personale Operante presso le Aziende Sanitarie AUSL e Ospedaliero Universitaria di Parma, in attuazione del Codice di Comportamento 2018, mediante la piattaforma informatica attiva Portale Dipendente

INTRODUZIONE: IL CODICE DI COMPORTAMENTO

Il 29 maggio scorso è stato approvato con deliberazioni n. 348 di AUSL e n. 401 di AOU il nuovo Codice di Comportamento 2018, unico interaziendale, efficace dalla data di approvazione per tutto il personale operante presso le due Aziende Sanitarie.

Il testo del Codice corrisponde ad un modello unico elaborato e approvato a livello regionale (DGR n. 96/2018), al fine di perseguire una uniformità sull'intero territorio regionale, anche con riferimento alle previsioni contenute nella Legge Regionale n. 9/2017, il cui art. 5 è dedicato espressamente ad un rafforzamento delle politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza.

Il Codice, le rispettive delibere di approvazione e la relazione illustrativa di accompagnamento sono pubblicate nelle sezioni web aziendali "Amministrazione Trasparente" (in Disposizioni Generali/Atti Generali) e nelle sezioni Anticorruzione, dove è presente anche il testo del DPR n. 62/2013 che ha approvato il Codice di comportamento nazionale in vigore.

In coincidenza con dette pubblicazioni, in data 30 maggio nei siti web aziendali e nei rispettivi servizi intranet è stata data informazione dell'avvenuta approvazione, accompagnata da brevi note illustrative su percorso e contenuti; avviata l'attività di diffusione mediante specifico mandato a dirigenti e responsabili delle varie funzioni delle due Aziende, finalizzata a promuovere conoscenza e osservanza del Codice presso le rispettive unità organizzative.

Il Codice rientra a pieno titolo nel sistema di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione, andando a costituire parte integrante e sostanziale del Piano triennale interaziendale per la Prevenzione della Corruzione e la trasparenza 2018/2020 approvato nel gennaio 2018.

Tutti i dipendenti, universitari integrati per l'assistenza, professionisti convenzionati, collaboratori, consulenti e imprese fornitrici sono tenuti a conoscere ed osservare il Codice, ciascuno secondo l'ambito soggettivo di operatività delle varie norme in esso contenute, rinviando alle stesse le definizioni degli effetti conseguenti alle eventuali violazioni.

FINALITÀ E ADEMPIMENTI

All'interno dell'articolato del Codice vi sono disposizioni che prevedono espressamente l'acquisizione di **dichiarazioni/comunicazioni** da parte del personale operante presso le Aziende: annuali, al momento dell'assunzione o del mutamento di incarico.

Per agevolare gli adempimenti, è stato individuato lo strumento della **piattaforma informatica di gestione risorse umane (GRU),** attivo presso tutte le Aziende Sanitarie regionali.

LE DICHIARAZIONI/COMUNICAZIONI SONO DA RENDERE DAL PERSONALE CHE ACCEDE AL SISTEMA GRU MEDIANTE LA COMPILAZIONE DI SPECIFICI MODULI, SECONDO LE INDICAZIONI FORNITE CON LA PRESENTE NOTA ED ESISTENTI IN PIATTAFORMA.

Si tratta di **5 distinti moduli** riportanti diverse dichiarazioni/comunicazioni, di cui 4 riferite all'ambito del concetto di **CONFLITTO DI INTERESSE**, e 1 riferito a **PATRIMONIO E REDDITO** (quest'ultimo solo per il personale di livello dirigenziale).

TUTTO IL PERSONALE È' TENUTO OBBLIGATORIAMENTE ALLA COMPILAZIONE DEI MODULI PREVISTI, SECONDO QUANTO DI SEGUITO INDICATO.

La mancata compilazione dei moduli, e quindi la non acquisizione a sistema delle dichiarazioni/comunicazioni, comporta **illecito disciplinare** per violazione del Codice di Comportamento.

Raccolta e acquisizione delle dichiarazioni/comunicazioni è attività e adempimento disposti con le medesime modalità e nello stesso periodo per tutte le Aziende Sanitarie regionali.

CONFLITTO DI INTERESSI

E' il tema centrale nel Codice di Comportamento e per la modulistica di cui si parla. Per meglio comprendere, si forniscono definizione e alcuni chiarimenti.

Definizione

Per definirlo il riferimento nel Codice è l'art. 4, commi 1 e 2:

"Il conflitto di interessi è una condizione in cui il destinatario del Codice è portatore di interessi della propria sfera privata che, anche solo potenzialmente, possono influenzare negativamente e compromettere l'imparzialità e l'indipendenza richieste nelle attività svolte per conto dell'Azienda. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come ad esempio quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici o comunque di voler ricavare utilità propria o di terzi in modo indebito.

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."

Chiarimenti

Il conflitto di interessi è dunque una condizione nella quale una persona può trovarsi del tutto lecitamente; ognuno di noi (e la propria famiglia) ha interessi privati che connotano la personalità, la sfera sociale, le relazioni più varie.

Tali interessi, però, a volte potrebbero porci nella condizione di non poter svolgere compiti e funzioni che l'amministrazione pubblica ci affida con la necessaria serenità di giudizio, che è il presupposto della imparzialità che la legge richiede. La possibile influenza che ne potrebbe derivare ed il rischio di non agire (o non agire) privi di condizionamenti è già da considerarsi conflitto di interessi.

Per queste ragioni la normativa obbliga colui che si trovi in una situazione di conflitto, ad astenersi dall'assumere decisioni o compiere qualsiasi attività che porti ad una scelta, ad una valutazione o all'esercizio di un potere.

Nella normativa troviamo le seguenti accezioni di conflitto di interesse:

- conflitto di interessi "reale": quando un interesse di una persona tende ad interferire con l'interesse dell'amministrazione verso cui si hanno doveri e responsabilità

- conflitto di interesse "potenziale": si verifica quando gli interessi privati potrebbero, con ragionevole probabilità, far sorgere un conflitto di interessi nel caso in cui si dovessero assumere ruoli, incarichi o posizioni che implichino decisioni o giudizi. In questa accezione rientra anche il conflitto "percepito", valutato da osservatori esterni, che potrebbe influire negativamente sull'espletamento corretto della propria attività. In queste situazioni spesso la valutazione sulla astensione è improntata su criteri di opportunità e ragioni di convenienza.

Ciascun dipendente, quindi, prima di iniziare la propria attività è chiamato a garantire l'amministrazione di non trovarsi in una delle situazioni di conflitto appena descritte e di operare per evitare di incorrervi nello svolgimento delle funzioni che è chiamato ad esercitare. Nel dubbio ciascun professionista deve segnalare al proprio superiore le sue perplessità in modo da valutare insieme le misure da adottare.

La violazione delle norme che prevedono l'astensione nei casi di conflitto di interesse anche potenziale, dà luogo a responsabilità disciplinare del dipendente.

I MODULI E LA COMPILAZIONE

Dove sono i moduli

In piattaforma informatica "PORTALE DIPENDENTE" (GRU), quella utilizzata per visionare cedolino stipendiale e timbrature.

Alla voce "DICHIARAZIONI CODICE DI COMPORTAMENTO"
I moduli sono visibili dal 8 ottobre

Tempi per la compilazione

Il periodo stabilito per la compilazione di tutti i moduli è il seguante:

8 ottobre/19 novembre 2018 (6 settimane)

Moduli

I riferimenti normativi e al Codice di Comportamento sono riportati in testa a ciascun modulo.

Di seguito i vari moduli.

Modulo 1 - Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interesse

Da compilarsi all'atto della prima assegnazione di servizio, in caso di trasferimento o diverso incarico. E' previsto un aggiornamento con periodicità annuale, da effettuarsi quando sarà richiesto dalle Direzioni Aziendali.

Soggetti tenuti alla compilazione:

- **tutti i Dipendenti**
- **Direttori (Generale, Sanitario, Amministrativo, Sociosanitario)**
- **Personale Universitario, medici e non, integrato per l'assistenza (assimilati ai dipendenti in forza dell'art. 2, comma 4, del Codice)**

Con la risposta NO si chiude il percorso

Con la risposta SI si apre uno spazio in cui occorre fornire i relativi dati, al cui termine occorre conferma.

Si precisa che non sono da considerare, ai fini della risposta, gli incarichi extraistituzionali regolarmente autorizzati dalla propria Amministrazione, remunerati o meno.

Modulo 1 bis - Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interesse

Da compilarsi all'assunzione delle funzioni e da aggiornarsi annualmente.

Soggetti tenuti alla compilazione:

- **tutti i Titolari di Incarico Dirigenziale (Dirigenti dipendenti e Universitari integrati per l'assistenza con incarico dirigenziale)**
- **Direttori (Generale, Sanitario, Amministrativo, Sociosanitario)**

Con la risposta NO ai 2 quesiti si chiude il percorso

Con l'eventuale risposta SI al primo quesito si apre uno spazio in cui occorre fornire i relativi dati, al cui termine occorre conferma.

Modulo 2 - Comunicazione adesione/appartenenza ad associazioni od organizzazioni

Da compilarsi per la presente acquisizione di dichiarazioni/comunicazioni e in seguito nelle occasioni di adesione o appartenenza ad associazioni ed organizzazioni in possibile conflitto di interessi.

Soggetti tenuti alla compilazione:

- **tutti i Dipendenti**
- **Direttori (Generale, Sanitario, Amministrativo, Sociosanitario)**
- **Personale Universitario, medici e non, integrato per l'assistenza (assimilati ai dipendenti in forza dell'art. 2, comma 4, del Codice)**

Con la risposta NO si chiude il percorso

Con la risposta SI si apre uno spazio in cui occorre fornire i relativi dati, al cui termine occorre conferma.

Modulo 3 - Obbligo di astensione

Modulo da NON compilarsi nella presente acquisizione di dichiarazioni/comunicazioni.

E' da utilizzarsi SOLO al verificarsi di una situazione che può mettere il soggetto in condizioni di potenziali conflitti di interessi durante l'esercizio delle proprie funzioni.

Soggetti per l'utilizzo del modulo:

- **tutti i Dipendenti**
- **Direttori (Sanitario, Amministrativo, Sociosanitario)**
- **Personale Universitario, medici e non, integrato per l'assistenza (assimilati ai dipendenti in forza dell'art. 2, comma 4, del Codice)**

Selezionando la voce si apre uno spazio in cui occorre fornire i relativi dati, al cui termine occorre conferma.

Modulo - DICHIARAZIONE PATRIMONIALE DIRIGENTE

E' obbligo normativamente previsto.
L'acquisizione della dichiarazione è già avvenuta anche lo scorso anno, con diverse modalità.

Dati e documentazione acquisiti non sono oggetto di pubblicazione (questo aspetto è motivato da una sospensione disposta a livello nazionale).

Soggetti tenuti alla compilazione:

- **tutti i Titolari di Incarico Dirigenziale (Dirigenti dipendenti e Universitari integrati per l'assistenza con incarico dirigenziale)**
- **Direttori (Generale, Sanitario, Amministrativo, Sociosanitario)**

Per la compilazione seguire quesito e indicazioni contenute nelle singole sezioni.

La Sezione 5 prevede di allegare obbligatoriamente la dichiarazione dei redditi, con unico file di formato pdf della dimensione massima di 5Mb (nella scannerizzazione si raccomanda di utilizzare la minima risoluzione possibile dell'immagine per poter contenere la dimensione).

Per la presente acquisizione la dichiarazione dei redditi deve essere riferita all'anno 2017.

E' possibile oscurare i propri dati personali nella dichiarazione redditi (fermo restando che le dichiarazioni sono solo acquisite a sistema e non oggetto di pubblicazione).

Per allegare dichiarazione redditi:

- selezionare modello (opzione a destra)
- selezionare anno 2017
- cliccare Allegati in fondo
- cliccare poi sul segno + per inserimento documento
- opzione scegli file e doppio clic sul file scelto
- cliccare poi sull'immagine del dischetto per salvare
- l'acquisizione del file è attestato dal n. 1 tra parentesi a fianco della parola Allegati
- per uscire cliccare conferma.

Da **NON compilare** 2 quesiti:
- sez. 6 Attestazioni coniuge, figli, parenti 2° grado
- ultimo quesito "dichiarazione patrim. coniuge, figli, parenti 2° grado".

LA VALUTAZIONE DELLE DICHIARAZIONI/COMUNICAZIONI

Le dichiarazioni/comunicazioni dei moduli 1, 1 bis, 2 e 3 saranno visibili alla voce di menù "VIS. DICHIARAZIONI COMPILATE" ai diversi **SUPERIORI GERARCHICI** (in ragione dei diversi soggetti e degli assetti organizzativi), i quali sono tenuti a valutare gli eventuali conflitti di interesse dichiarati e ad assumere le decisioni conseguenti.

Non è presente in piattaforma informatica alcun percorso per detta valutazione ed eventuali decisioni, per le quali ogni responsabile utilizza gli ordinari strumenti a disposizione.

Si conferma che le dichiarazioni di patrimonio e reddito sono semplicemente acquisite a sistema e non saranno visibili ai superiori gerarchici.

RIFERIMENTI

Le funzioni interaziendali competenti in argomento sono il Dipartimento Risorse Umane e il Servizio Integrità e Trasparenza.

Per eventuali chiarimenti ulteriori rivolgersi a Segreteria Dipartimento Risorse Umane telef. 0521/704186 - 702460 mail: segreteriarisorseumane@ausl.pr.it - aru@ao.pr.it

Informazioni sul trattamento dei dati personali
(ai sensi dell'art. 13 del regolamento UE n. 2016/679)

I dati personali conferiti sono trattati per adempiere ad obblighi di legge in materia di rapporto di lavoro e prevenzione della corruzione, nel rispetto del segreto professionale e d'ufficio e dei principi di finalità, liceità, sicurezza e riservatezza.
Informazioni dettagliate sono consultabili sul sito istituzionale dell'Azienda USL, sezione "Privacy" e nella intranet aziendale (Aree dedicate > Area giuridico-legale > privacy) e sul sito istituzionale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria, sezione "Privacy" e nella intranet aziendale (Direzione >Settore medico legale).

LE DIREZIONI
DI AZIENDA USL E AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI PARMA

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma

Direzioni Aziendali AUSL/AOU Parma
Servizio Interaziendale Trasparenza ed Integrità

Parma, febbraio 2019

SEGNALAZIONE ILLECITI (WHISTLEBLOWING)
Nota informativa per piattaforma e trattazione

L'istituto

Si tratta del dipendente che effettua segnalazioni di illeciti. Il termine "whistleblower", anglosassone, significa letteralmente "soffiare il fischietto" (come le segnalazioni di un arbitro o di un poliziotto), ed è stato utilizzato nel Piano Nazionale Anticorruzione per definire il caso di cui si parla.

Il **whistleblower** è dunque chi testimonia un illecito o una irregolarità sul luogo di lavoro, durante lo svolgimento delle proprie mansioni, e decide di segnalarlo a una persona o a un'autorità che possa agire efficacemente al riguardo. Pur rischiando personalmente atti di ritorsione a causa della segnalazione, egli svolge un ruolo di interesse pubblico, dando conoscenza di problemi o pericoli all'ente di appartenenza. Sono considerate rilevanti le segnalazioni che riguardano comportamenti, reati o irregolarità a danno dell'interesse pubblico, con esclusione, evidentemente, delle lamentele di carattere personale del segnalante.

Legge n. 190/2012 e Legge n. 179/2017

La legge n. 190 per la prevenzione della corruzione nelle pubbliche amministrazioni aveva introdotto una disciplina per la tutela del dipendente segnalante, mediante l'inserimento di un nuovo articolo, il 54 bis, nel corpo del decreto legislativo n. 165/2001; A.N.AC. ha approvato con determina n. 6 del 28 aprile 2015 Linee Guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti.

Con la **legge n. 179/2017** "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" si è inteso aggiornare e rafforzare la disciplina per la tutela, riformulando l'art. 54 bis del decreto legislativo n. 165/2001.

E' l'art. 1 che ci riguarda, mentre l'art. 2 prevede l'estensione della tutela nel settore privato. Si riportano le parti più importanti della disciplina.

Art. 1.
1. L'articolo 54 -bis del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, è sostituito dal seguente:
«Art. 54 -bis (**Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti**) . Il pubblico dipendente che, nell'interesse dell'integrità della pubblica amministrazione, segnala al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza di cui all'articolo 1, comma 7, della legge 6 novembre 2012, n. 190, ovvero all'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC), o denuncia all'autorità giudiziaria ordinaria o a quella contabile, condotte illecite di cui è venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro **non può essere sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito, o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro determinata dalla segnalazione.** L'adozione di misure ritenute ritorsive, di cui al primo periodo, nei confronti del segnalante è comunicata in ogni caso all'ANAC dall'interessato o dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nell'amministrazione nella quale le stesse sono state poste in essere. L'ANAC informa il Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri o gli altri organismi di garanzia o di disciplina per le attività e gli eventuali provvedimenti di competenza.

Sull'identità del segnalante:

3. **L'identità del segnalante** non può essere rivelata. Nell'ambito del procedimento penale, l'identità del segnalante è coperta dal segreto nei modi e nei limiti previsti dall'articolo 329 del codice di procedura penale. Nell'ambito del procedimento dinanzi alla Corte dei conti, l'identità del segnalante non può essere rivelata fino alla chiusura della fase istruttoria. Nell'ambito del **procedimento disciplinare** l'identità del segnalante non può essere rivelata, ove la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione, anche se conseguenti alla stessa. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità del segnalante sia indispensabile per la difesa dell'incolpato, la segnalazione sarà utilizzabile ai fini del procedimento disciplinare **solo in presenza di consenso del segnalante alla rivelazione della sua identità.**

Non è possibile l'accesso documentale alla segnalazione:

4. La segnalazione è sottratta all'accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni.

L'Autorità Anticorruzione approverà Linee Guida specifiche:

5. L'ANAC, sentito il Garante per la protezione dei dati personali, adotta apposite **linee guida relative alle procedure per la presentazione e la gestione delle segnalazioni.** Le linee guida prevedono l'utilizzo di modalità anche informatiche e promuovono il ricorso a **strumenti di crittografia** per garantire la riservatezza dell'identità del segnalante e per il contenuto delle segnalazioni e della relativa documentazione.

Ad oggi non sono ancora state emanate nuove linee guida da parte di A.N.AC. dopo quelle del 2015.

Onere della prova:

7. È a carico dell'amministrazione pubblica o dell'ente di cui al comma 2 dimostrare che le misure discriminatorie o ritorsive, adottate nei confronti del segnalante, sono motivate da ragioni estranee alla segnalazione stessa. Gli atti discriminatori o ritorsivi adottati dall'amministrazione o dall'ente sono nulli.
8. Il segnalante che sia licenziato a motivo della segnalazione è reintegrato nel posto di lavoro ai sensi dell'articolo 2 del decreto legislativo 4 marzo 2015, n. 23 (Jobs Act).

Condanna del segnalante per calunnia o diffamazione:

9. Le tutele di cui al presente articolo non sono garantite nei casi in cui sia accertata, anche con **sentenza di primo grado, la responsabilità penale del segnalante per i reati di calunnia o diffamazione** o comunque per reati commessi con la denuncia di cui al comma 1 ovvero la sua responsabilità civile, per lo stesso titolo, nei casi di dolo o colpa grave».

Dunque, la legge prevede la garanzia della tutela del segnalante, come sopra indicata, fatte salve le ipotesi di condanna del segnalante per calunnia o diffamazione.

La piattaforma informatica AUSL/AOU

La legge n. 179/2017 prevede che le amministrazioni si dotino di procedure per inoltro e gestione delle segnalazioni, mediante piattaforma informatica col ricorso a strumenti di crittografia per garantire la riservatezza dell'identità del segnalante e per il contenuto delle segnalazioni (art. 1, comma 6). A tal fine indicazioni saranno contenute nelle linee guida A.N.AC., da emanarsi.

Il Piano interaziendale AUSL/AOU per la prevenzione della corruzione e la trasparenza 2018/2020 ha previsto che si elaborasse la piattaforma informatica nel 2018, da rendere successivamente operativa, in attuazione della legge, a cura dei servizi informatici interaziendali in collaborazione con il RPCT.

Progettazione ed elaborazione è regolarmente avvenuta, secondo i dettami della legge, e ora se ne dispone la pubblicazione nei siti web di AUSL/AOU per l'operatività (documentazione agli atti presso i Sevizi Informatici e Trasparenza e Integrità).

Gli aspetti essenziali:

- piattaforma è **informatica e protetta da sistemi crittografici**, che consentono cioè garanzia di anonimato; dispone di protezioni che impediscono l'intercettazione da parte di soggetti terzi; cura e manutenzione è in carico ai servizi informatici interaziendali

- il link per accedere al sistema per effettuazione segnalazioni è

- è sistema unico per AUSL/AOU

- la pubblicazione del link avviene sui siti web di AUSL/AOU di Parma in data **4 febbraio 2019**, con conseguente operatività

- il link e la presente nota informativa sono collocati all'interno della **sezione web "Amministrazione Trasparente" (in home page della sezione), col titolo**

"Segnalazione di illeciti (Whistleblowing)"

Modalità e precisazioni per la segnalazione sulla piattaforma

- la piattaforma è articolata in sezioni, la cui compilazione è oggettivamente intuitiva

- le segnalazioni sono possibili solo da parte di **dipendenti e collaboratori** di AUSL/AOU Parma (con esclusione di altri soggetti esterni)

- **l'autore della segnalazione deve necessariamente coincidere con i dati segnalante inseriti**

- all'apertura della piattaforma compare una nota/riquadro in cui si precisa che le **segnalazioni effettuate "in forma anonima**" possono essere prese in considerazione solo in casi peculiari e comunque non ai sensi dell'art. 54 bis (tutele); per le stesse **non sussiste obbligo di trattazione**

Trattazione segnalazioni

La visione delle segnalazioni, mediante accesso personale e riservato alla piattaforma, avviene dal **RPCT interaziendale** (al momento unico soggetto autorizzato ed abilitato, con riserva di individuazione da parte delle Direzioni aziendali di eventuali altri soggetti da autorizzare)

Con riferimento a **poteri e trattazione da parte del RPCT**, come anche indicato da A.N.AC. nella deliberazione n. 840/2018 e nel PNA aggiornamento 2018 (deliberazione A.N.AC. n. 1074 del 21 novembre 2018 pubblicata sulla gazzetta Ufficiale n. 296 del 21 dicembre 2018):

- **vista una segnalazione il RPCT svolge una valutazione/delibazione sul "fumus", cioè sulla possibile fondatezza**

- **RPCT può, se lo ritiene utile, acquisire atti e documenti e svolgere audizioni di dipendenti al fine di poter perseguire una migliore ricostruzione dei fatti oggetto di segnalazione**

- **informare l'autorità giudiziaria in caso di ipotesi di reati**

- **trasmettere i contenuti della segnalazione ad <u>organi o dirigenti interni</u> competenti per le valutazioni di competenza e l'eventuale avvio di procedimenti disciplinari (ed alle <u>Direzioni e all'OIV</u> se ritenuto opportuno).**

RPCT interaziendale
Giovanni Bladelli

ALLEGATO 10

MAPPATURA PROCESSI/PROCEDIMENTI E VALUTAZIONE RISCHI - ANNO 2019

(Piano per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza 2019/2021)
AUSL/AOU Parma

UNITA' ORGANIZZATIVA _____

	Processo / Procedimento	Ipotesi di rischi	Valutazione rischi	Proposte di MISURE specifiche	Monitoraggio
1					
2					
3					
4					
5					

6					
7					
8					
9					
10					

TABELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO

INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ (1)		INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO (2)	
Discrezionalità		**Impatto organizzativo**	
Il processo è discrezionale?		**Rispetto al totale del personale impiegato nel singolo servizio** (unità organizzativa semplice) **competente a svolgere il processo** (o la fase di processo di competenza della p.a.) **nell'ambito della singola p.a., quale percentuale di personale è impiegata nel processo?** (se il processo coinvolge l'attività di più servizi nell'ambito della stessa p.a. occorre riferire la percentuale al personale impiegato nei servizi coinvolti)	
No, è del tutto vincolato	1	Fino a circa il 20%	1
E' parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari)	2	Fino a circa il 40%	2
E' parzialmente vincolato solo dalla legge	3	Fino a circa il 60%	3
E' parzialmente vincolato solo da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari)	4	Fino a circa l'80%	4
E' altamente discrezionale	5	Fino a circa il 100%	5

Rilevanza esterna	Impatto economico
Il processo produce effetti diretti all'esterno dell'amministrazione di riferimento? No, ha come destinatario finale un ufficio interno 2 Sì, il risultato del processo è rivolto direttamente ad utenti esterni alla p.a. di riferimento 5	**Nel corso degli ultimi 5 anni sono state pronunciate sentenze della Corte dei conti a carico di dipendenti (dirigenti e dipendenti) della p.a. di riferimento o sono state pronunciate sentenze di risarcimento del danno nei confronti della p.a. di riferimento per la medesima tipologia di evento o di tipologie analoghe?** No 1 Sì 5
Complessità del processo	**Impatto reputazionale**
Si tratta di un processo complesso che comporta il coinvolgimento di più amministrazioni (esclusi i controlli) in fasi successive per il conseguimento del risultato? No, il processo coinvolge una sola p.a. 1 Sì, il processo coinvolge più di 3 amministrazioni 3 Sì, il processo coinvolge più di 5 amministrazioni 5	**Nel corso degli ultimi 5 anni sono stati pubblicati su giornali o riviste articoli aventi ad oggetto il medesimo evento o eventi analoghi?** No 0 Non ne abbiamo memoria 1 Sì, sulla stampa locale 2 Sì, sulla stampa nazionale 3 Sì, sulla stampa locale e nazionale 4 Sì, sulla stampa locale, nazionale e internazionale 5

Valore economico **Qual è l'impatto economico del processo?** Ha rilevanza esclusivamente interna 1 Comporta l'attribuzione di vantaggi a soggetti esterni, ma di non particolare rilievo economico (es.: concessione di borsa di studio per studenti) 3 Comporta l'attribuzione di considerevoli vantaggi a soggetti esterni (es.: affidamento di appalto) 5	**Impatto organizzativo, economico e sull'immagine** **A quale livello può collocarsi il rischio dell'evento (livello apicale, livello intermedio o livello basso) ovvero la posizione/il ruolo che l'eventuale soggetto riveste nell'organizzazione è elevata, media o bassa?** A livello di addetto 1 A livello di collaboratore o funzionario 2 A livello di dirigente di ufficio non generale ovvero di posizione apicale o di posizione organizzativa 3 A livello di dirigente di ufficio generale 4 A livello di capo dipartimento/segretario generale 5
Frazionabilità del processo **Il risultato finale del processo può essere raggiunto anche effettuando una pluralità di operazioni di entità economica ridotta che, considerate complessivamente, alla fine assicurano lo stesso risultato (es.: pluralità di affidamenti ridotti)?** No 1 Sì 5	

Controlli (3) **Anche sulla base dell'esperienza pregressa, il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a neutralizzare il rischio?** Sì, costituisce un efficace strumento di neutralizzazione 1 Sì, è molto efficace 2 Sì, per una percentuale approssimativa del 50% 3 Sì, ma in minima parte 4 No, il rischio rimane indifferente 5	

VALORI E FREQUENZE DELLA PROBABILITÀ					
0 nessuna probabilità	1 improbabile	2 poco probabile	3 probabile	4 molto probabile	5 altamente probabile
VALORI E IMPORTANZA DELL'IMPATTO					
0 nessun impatto	1 marginale	2 minore	3 soglia	4 serio	5 superiore
VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO					
=					
Valore frequenza x valore impatto					

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma

INFORMATIVA SUL *DIVIETO DI PANTOUFLAGE*
(art. 53, comma 16 ter, decreto legislativo n. 165/2001)

Il sottoscritto _____

in occasione della cessazione dal servizio, dichiara di essere stato informato dall'Amministrazione circa i contenuti dell'art. 53, comma 16 ter, del decreto legislativo n. 165/2001, introdotto dalla legge n. 190/2012 (art. 1, comma 42) sul divieto di pantouflage in caso di successivo impiego o collaborazione professionale presso soggetti od organizzazioni private.

Le norme sono le seguenti:

"I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.
I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti ed accertati ad essi riferiti".

Il divieto opera a far data dalla cessazione del servizio.

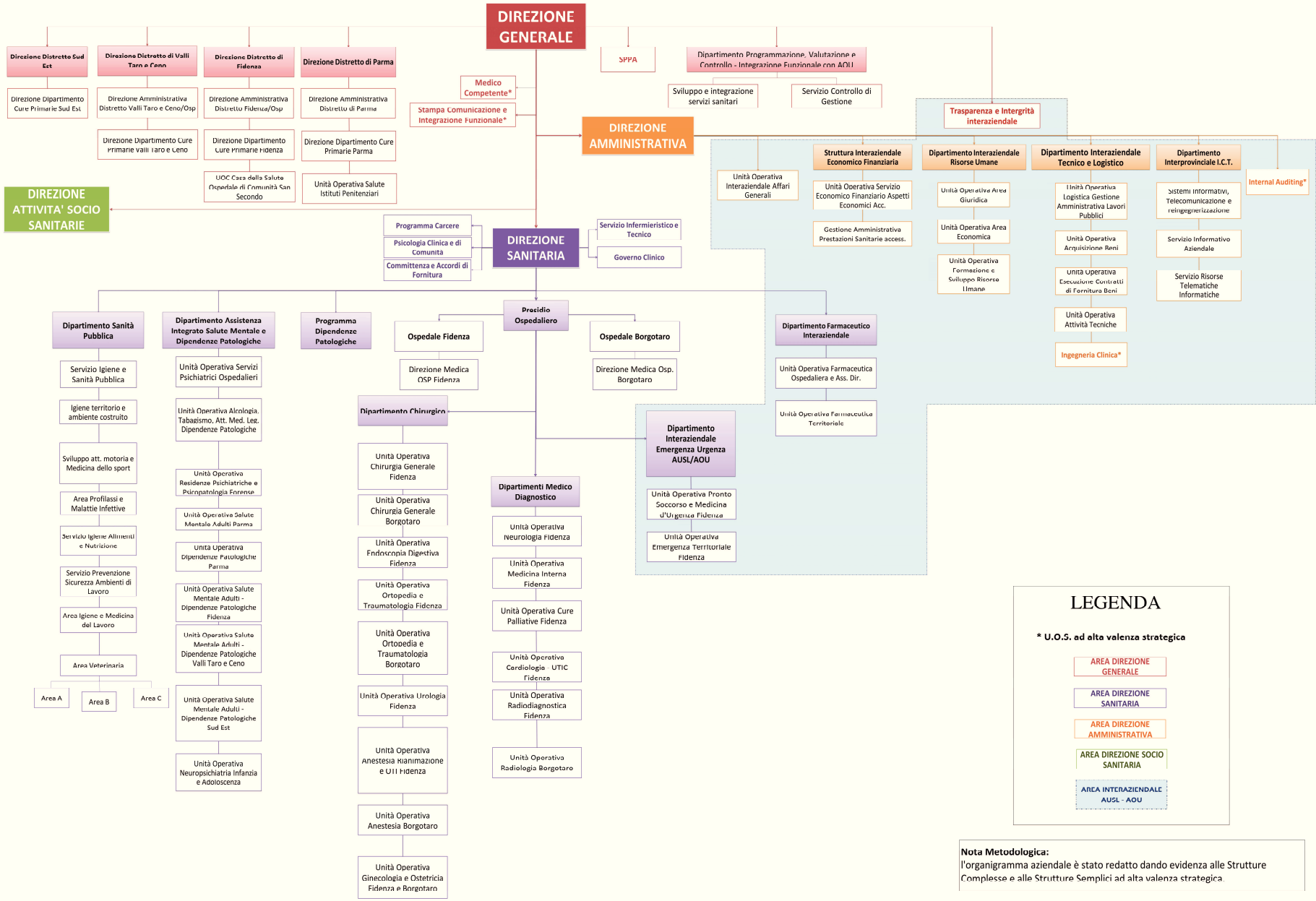
Il sottoscritto è altresì informato che l'effettuazione della presente dichiarazione è prevista da una misura specifica contenuta nel Piano per la prevenzione della corruzione e la trasparenza 2019/2021 AUSL/AOU Parma.

Data _____

Firma _____

AUSL PARMA

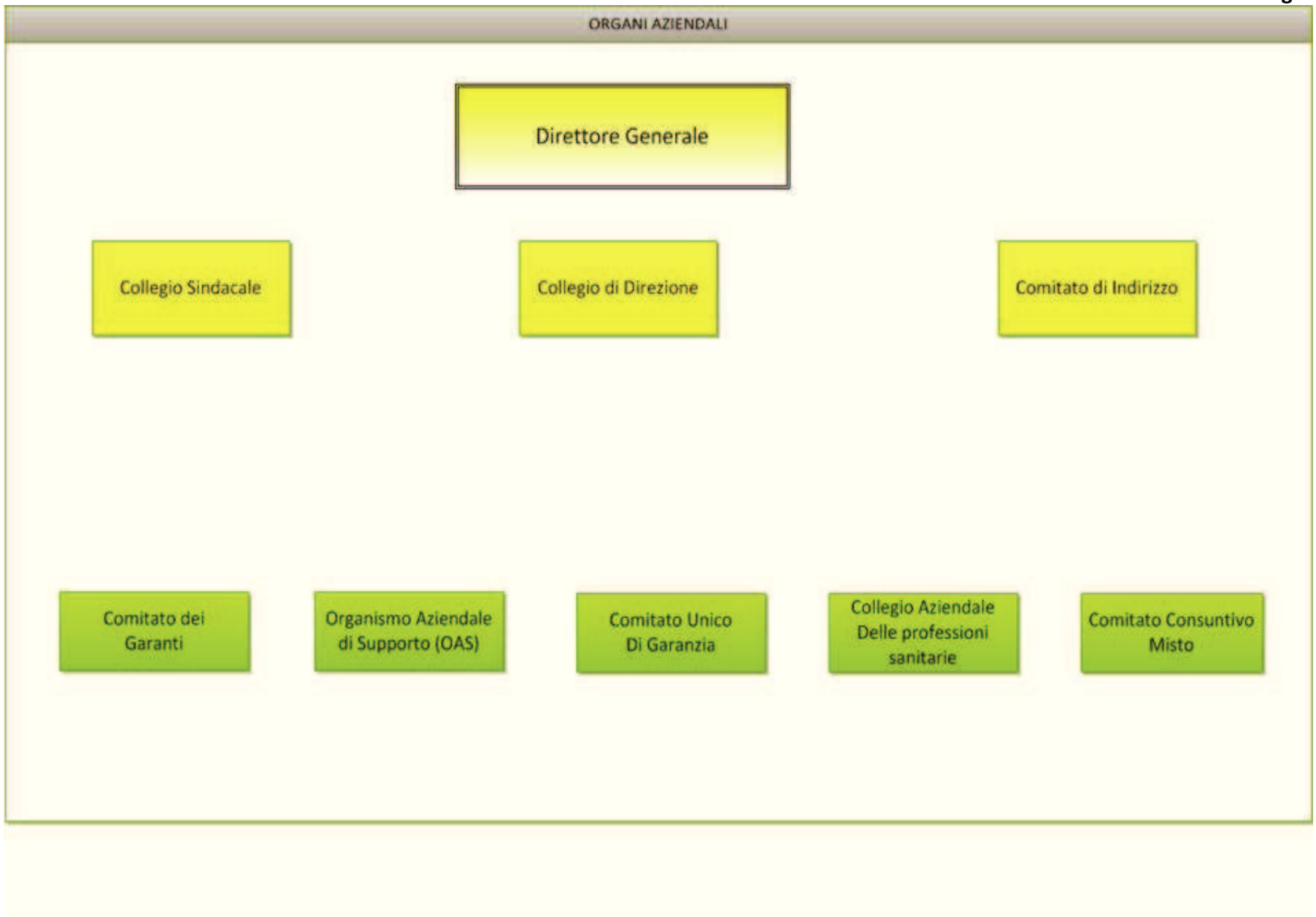
Allegato 12



Nota Metodologica:
l'organigramma aziendale è stato redatto dando evidenza alle Strutture Complesse e alle Strutture Semplici ad alta valenza strategica

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA PARMA

Allegato 13



AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA PARMA

Allegato 13

DIREZIONE GENERALE
Direttore Generale
Direttore Sanitario
Direttore Amministrativo

I DIPARTIMENTI AD ATTIVITA' INTEGRATA

DIPARTIMENTO DIAGNOSTICO

DIPARTIMENTO CHIRURGICO GENERALE E SPECIALISTICO

DIPARTIMENTO MEDICO GERIATRICO RIABILITATIVO

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

DIPARTIMENTO MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA

I DIPARTIMENTI INTERAZIENDALI

DIPARTIMENTO DI EMERGENZA – URGENZA PROVINCIALE INTERAZIENDALE

DIPARTIMENTO FARMACEUTICO INTERAZIENDALE