



FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: AS_BO66
REGISTRO: Deliberazione
NUMERO: 0000013
DATA: 15/01/2019 15:00
OGGETTO: Approvazione del "PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 2019-2021".

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente da Rossi Andrea in qualità di Direttore Generale
Con il parere favorevole di Neri Andrea - Direttore Sanitario
Con il parere favorevole di Donattini Maria Teresa - Direttore Amministrativo

Su proposta di Luigi Infelise - ATTIVITA' AMMINISTRATIVE TRASVERSALI DAT/DIREZIONE GENERALE che esprime parere favorevole in ordine ai contenuti sostanziali, formali e di legittimità del presente atto

CLASSIFICAZIONI:

- [01-03-01]
- [04-01]

DESTINATARI:

- Collegio sindacale
- UO SEGRETERIA GENERALE E AFFARI LEGALI
- DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA
- DIREZIONE ASSISTENZA FARMACEUTICA
- FORMAZIONE
- DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO
- DIREZIONE INFERMIERISTICA E TECNICA
- DIREZIONE SANITARIA
- UO CONTABILITA' E FINANZA
- UO PATRIMONIO E TECNOLOGIE IMPIANTISTICHE
- INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE
- GOVERNO CLINICO
- PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DIREZIONALE
- DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO E TECNICO
- UO INGEGNERIA CLINICA
- DIPARTIMENTO CHIRURGICO



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.



- DIPARTIMENTO MEDICO-ONCOLOGICO
- SERVIZIO UNICO METROPOLITANO AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE
- UO TECNOLOGIE INFORMATICHE E DI RETE

DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
DELI0000013_2019_delibera_firmata.pdf	Donattini Maria Teresa; Infelise Luigi; Neri Andrea; Rossi Andrea	F6E9B6B5FD3CA7811D49A73E7B809765 8308CF94E0506483C3CB68EE82C965B8
DELI0000013_2019_Allegato1.pdf:		25913647292B72D914E97B7B7AE8F9844 83E188FD8122D03C95018A1843CA684



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

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



DELIBERAZIONE

OGGETTO: Approvazione del "PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 2019-2021".

IL DIRETTORE GENERALE

premesso che:

a) il 28 novembre 2012 è entrata in vigore la Legge 6 novembre 2012, n.190, recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", intervento legislativo finalizzato a ridisegnare e rafforzare l'efficacia e l'effettività delle misure di contrasto al fenomeno corruttivo, allineando l'ordinamento giuridico dello Stato Italiano agli strumenti di contrasto alla corruzione delineati da convenzioni internazionali ratificate dall'Italia o da raccomandazioni formulate all'Italia da gruppi di lavoro costituiti in seno all'OCSE e al Consiglio d'Europa;

b) la strategia di contrasto al fenomeno corruttivo si basa su tre pilastri:

- la promozione di una diffusa cultura della legalità e del rispetto delle regole;
- l'introduzione o il potenziamento di misure di prevenzione del fenomeno corruttivo;
- il rafforzamento di rimedi di tipo repressivo, con modifica del codice penale e potenziamento degli strumenti di natura disciplinare;

- richiamata la precedente deliberazione n.8 del 23/01/2018, con la quale venivano approvati il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2018-2020;

- dato atto che l'art.1, comma 8, della L.190/2012, così come novellato dall'art.41, n.1. lett g) del D.Lgs.n.97/2016, dispone che l'organo di indirizzo definisca gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza propone e adotta il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, su proposta del Responsabile anticorruzione, entro il 31 gennaio di ogni anno per il triennio successivo a scorrimento e che l'attività di elaborazione del Piano non può essere assegnata a soggetti esterni all'amministrazione

- richiamate:

- la deliberazione n.160 del 3/11/2016 "Nomina del Responsabile Unico della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza art.1, comma 7, L.190/2011, art.46 D.Lgs.n.33/2013 e D.Lgs.n.97/2016;
- la legge 6 novembre 2012, n.190;
- la relazione recante i risultati dell'attività svolte nel 2018, allegata al presente atto costituita dalle schede ANAC in originale;



- il D.Lgs. n.33 del 14/03/2013, così come novellato dal D.Lgs.n.97/2016 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte della Pubblica Amministrazione;
- il D.Lgs. n.39 dell’8/04/2013 relativo alle “Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso amministrazioni ed enti privati di controllo pubblico, a norma dell’art.1 commi 49 e 50 della L.n.190/2012;
- l’intesa tra Governo, Regione ed Enti Locali n.79 del 24/07/2013 per l’attuazione dell’art.1, commi 60 e 61, della L.n.190/2012;
- L’aggiornamento del PNA, Delibera ANAC n.12 del 28/10/2015 ;
- il “Piano Nazionale Anticorruzione”, approvato dall’ANAC con le deliberazioni N.831 del 3 agosto 2016 e relativi allegati , n.1208 del 22/11/2017 e n.1.074 del 21/11/2018, ultimo "Aggiornamento PNA";

- rilevato che tra le modifiche più importanti apportate dal D.Lgs.33/2013 si registra la piena integrazione del Programma Triennale della Trasparenza e dell’Integrità nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione ora anche Trasparenza, come già indicato nella Delibera n.831/2016 dell’ANAC sul PNA;

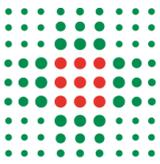
- rilevato, pertanto, che la predisposizione del PTPCT alla luce dell’esperienza 2018, è stata preceduta da una intensa attività istruttoria che ha interessato tutti i Direttori/Referenti ed i propri collaboratori finalizzata a razionalizzare ulteriormente le aree ed attività a rischio, così come declinate nel presente “Piano”;

- dato atto delle indicazioni dell’OIV della Regione Emilia Romagna del 10/01/2017 in atti prot.n.578;

- dato atto, altresì, che l’affinamento della metodologia adottata per la predisposizione del “Piano” è stata oggetto di confronto e verifica anche in sede di "tavolo trasparenza e anticorruzione "della R.E.R., in relazione alle proprie prerogative atte a formulare indirizzi omogenei sia interpretativi che operativi per tutte le aziende del S.S.R., nonché in sede di AVEC ed in sintonia con i Dirigenti Responsabili dei Piani e Performance Aziendali;

- precisato, altresì, che ai fini di una migliore previsione dei contenuti sia del PTPCT che il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza d’intesa con i RPCT AVEC , con nota del 8/10/2018, in atti, ha predisposto e pubblicato sul sito aziendale “Amministrazione Trasparente” una procedura aperta alla partecipazione e consultazione pubblica con apposita modulistica con le modalità di comunicazione e utilizzo delle osservazioni, suggerimenti etc...;

- dato atto che tutti i soggetti (stakeholders esterni) individuati con la citata nota sono stati invitati a far pervenire osservazioni, proposte di integrazione o comunque suggerimenti all’indirizzo di posta elettronica proposto;

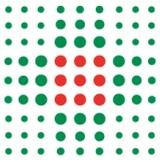


- vista la delibera n.1310 del 28/12/2016 ANAC “Linee guida recanti indicazioni sull’attuazione degli obblighi di pubblicità , trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.Lgs.n.33/2013 come modificato dal D.Lgs.n.97 / 2016;
- rilevato che il RPCT, con il coinvolgimento dei dirigenti aziendali responsabili della pubblicazione dei dati ha curato l’inserimento della Sezione “Trasparenza” del PTPCT sulla base delle indicazioni di cui alle citate linee guida e alle indicazioni fornite dall’OIV R.E.R.;
- dato atto del coinvolgimento sostanziale della Direzione Generale Aziendale e degli stakeholders interni per la predisposizione del presente Piano di cui alla nota in atti del 20/12/2018;
- dato atto, altresì, che nella “Sezione Trasparenza” si definiscono le misure organizzative, le modalità e le iniziative volte all’attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente” (art. 10 n.1 lett b D.Lgs. 33 come modificato dal D.Lgs. 97/2016) e richiamato in particolare l’Allegato 1 (estratto dall’allegato 1 alla delibera ANAC 1310), che individua per ciascun obbligo di pubblicazione i relativi Responsabili e prevede le successive fasi di progressiva implementazione degli adempimenti costituenti altresì obiettivi per i dirigenti interessati -in conformità a quanto previsto dal citato articolo 10 n.1 lett.b- che saranno richiamati nel Piano della Performance;
- ritenuto, pertanto, di approvare il PTPCT 2019-2021;
- preso atto che l’art.19, comma 15 del D.L.90/2014 convertito nella L.n.114/2014 ha trasferito all’ANAC le funzioni del DFP in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione, di cui all’art.1, comma 4, 5 e 8 della L.n.190/2012;
- su conforme proposta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;

Delibera

Per quanto sopra esposto e qui intermente richiamato normativa compresa:

- 1) di approvare il “Piano triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2019-2021”, ai sensi dell’art.1 commi 8 e 9 della L.n.190 del 06/11/2012, così come novellato dall’art.41, comma 1, lett g) del D.Lgs.97/2016, e delle delibere dell’ANAC n.12 del 28/10/2015 , n.831 del 3/8/2016 e relativi allegat, n. 1.208 e 1.074 del 21.11.2018 , e dell’art.10 del D.Lgs. n.33/2013 così come modificato dall’art.10 del D.Lgs.97/2016 che allegato al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale unitamente ai documenti di cui ai punti successivi (all. n.1);
- 2) di dare atto che al Piano è allegato l’ “Elenco obblighi di pubblicazione”;



3) di dare atto, altresì, che al Piano è allegata la relazione annuale anticorruzione 2018 ex art.1, comma 14, L.n.190/2012 costituita dalle schede ANAC pubblicate sul sito aziendale in forma originale in data 18/12/2018 secondo le disposizioni pervenute con comunicato del Presidente dell'ANAC del 21/11/2018 (All.n.2);

4) di dare mandato al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza di pubblicare il PTPCT sul sito aziendale alla sezione "Amministrazione Trasparente - Anticorruzione" secondo le modalità indicate e di pubblicare i contenuti dell'All.n.1 nell'apposita Sotto sezione dell' "Amministrazione trasparente" e di trasmettere copia ai dirigenti interessati per l'attuazione degli adempimenti previsti;

5) di dare atto che le informazioni concernenti il presente provvedimento, ai sensi dell'art.23 del D.Lgs.33/2013, così come modificato dall'art.22 del D.Lgs.97/2016 vengono pubblicate sul sito istituzionale dell'Azienda, nella sezione "Amministrazione Trasparente";

6) di trasmettere copia della presente deliberazione al Collegio Sindacale, ai sensi dell'art.18 comma 4 della L.R. n.9 del 16/07/2018.

PIANO TRIENNALE di PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE e della TRASPARENZA 2019 – 2021

(Art. 1, commi 8 e 9 , della L. 6.11.2012 n. 190 recante le disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione)
Deliberazioni ANAC n. 831 del 3 agosto 2016, n.1.208 del 22 novembre 2017 e
n. 1.074 del 21 novembre 2018

INDICE

PIANO TRIENNALE di PREVENZIONE della CORRUZIONE e della TRASPARENZA 2019-2021

PREMESSA	3
ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO	5
ANALISI DEL CONTESTO INTERNO	7
INIZIATIVE di FORMAZIONE NEL 2018 DEL PERSONALE A RISCHIO, EX ART. 1 COMMA 10 lett. C) LEGGE N. 190/2012	9
AZIONI PREVENTIVE: CORRETTA APPLICAZIONE PROVVEDIMENTI IN SETTORI PARTICOLARMENTE ESPOSTI AL RISCHIO CORRUZIONE	10
RISULTATI DEL MONITORAGGIO, DEI CONTROLLI E VERIFICA ATTUAZIONE DELLE AZIONI PREVISTE NEL PTPCT NEL 2018	12
MAPPATURA DELLE ATTIVITA' A PIU' ELEVATO RISCHIO di CORRUZIONE AZIENDALE E VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO PER ATTIVITA'/PROCESSO	41
CRITERI di ROTAZIONE DEL PERSONALE A RISCHIO CORRUZIONE	109
AZIONI FORMATIVE Previste per il 2019 ai sensi dell'art. 1 comma 10 lett.c) Legge n.190/2012	111
RAPPORTI TRA IL RPCT , l'OIV – SSR, l'OAS e RPD	113
OBBLIGHI dei DIRETTORI di AREE TECNICHE, DIPARTIMENTI e UU.OO. AZIENDALI REFERENTI e dei RESPONSABILI di PROCEDIMENTO	114
RESPONSABILITA'	116
AZIONI PROGRAMMATE PER EVITARE LA DISCRIMINAZIONE NEI CONFRONTI DEL WHISTLEBLOWER	118
SEZIONE " AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"	120
CONCLUSIONI	132
ALLEGATI	133

PREMESSA

La legge 190/2012, art.1, comma 8, così come novellato dall'art.41 n.1 lett. g del D.lgs. n. 97/2016, dispone che l'organo di indirizzo "definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza che costituiscono contenuto necessario della programmazione strategico-gestionale e del Piano triennale per la prevenzione della Corruzione e della Trasparenza". L'organo di indirizzo adotta il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, su proposta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza entro il 31 gennaio di ogni anno per il triennio successivo.

L'attività di elaborazione del Piano non può essere affidata a soggetti estranei all'amministrazione.

Pertanto, le finalità del Piano triennale risiedono nella coerenza tra gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale aziendali e della loro misurazione e valutazione delle performance in logica connessione con gli obiettivi in materia di anticorruzione e trasparenza.

Il presente P.T.P.C.T copre il periodo 2019-2021 e viene predisposto tenendo conto del P.N.A. approvato dall'ANAC con le Deliberazioni n. 831 del 3 agosto 2016, n. 1.208 del 22 novembre 2017 e del suo Aggiornamento approvato con la Delibera n. 1.074 del 21 novembre 2018.

In particolare, in riferimento agli strumenti programmatori, la predisposizione del Piano tiene conto da un lato, della gestione del rischio e della chiara identificazione delle misure di prevenzione della corruzione anche in termini di definizione di tempi e di responsabilità, dall'altro, dell'organizzazione dei flussi informativi per la pubblicazione e dei relativi responsabili per l'attuazione della trasparenza.

Alla luce dell'esperienza 2018 gli Organi di Indirizzo hanno ribadito come obiettivi strategici del Piano la verifica e l'eventuale implementazione dei processi/attività, ove il relativo rischio di fenomeni corruttivi, anche solo teorico, si annida. Per conseguenza, si sono individuate, nell'ambito dell'organizzazione aziendale e delle Aree a rischio già definite altre azioni specifiche finalizzate alla prevenzione di comportamenti a valenza corruttiva. Il rischio, come è noto, va inteso come la combinazione di due eventi: in primo luogo, la probabilità che un evento accada e che esso sia idoneo a compromettere la realizzazione degli obiettivi dell'organizzazione; in secondo luogo, l'impatto che l'evento provoca sulle finalità dell'organizzazione una volta che esso è accaduto. Ciò assume particolare rilievo nell'amministrazione di una Azienda Sanitaria, che per "mission" deve assicurare precipuamente l'erogazione di servizi sanitari ed assistenziali all'utenza e nella quale, l'organizzazione amministrativo/gestionale, è strumentale/funzionale a garantire eguali condizioni di accesso alle prestazioni ed alla corretta ed efficace erogazione di tutti i servizi ad essa afferenti.

Tuttavia, "organizzazione" significa strumento articolato in processi, a ciascuno snodo dei quali sono preposte delle persone. Bisogna ricordare che la Pubblica Amministrazione, di cui l'Azienda sanitaria è parte integrante, è un'organizzazione di natura ordinamentale necessaria

proprio perché le sue funzioni sono normativamente imposte e, pertanto, deve gestire i propri processi di erogazione di servizi e facilitazione di accesso in termini non solo efficaci, ma anche e soprattutto efficienti, economici, incorrotti e quindi integri. Peraltro, il mancato presidio dei rischi organizzativi, determina diseconomie di gestione, che si riflettono sul costo dei servizi erogati.

Quindi per una più pregnante identificazione dei fattori di rischio, si è concentrata l'attenzione sul "contesto specifico" dell'Azienda, costituito sia dalla razionalizzazione e descrizione delle attività/processi sia da una più puntuale identificazione dei Direttori/Referenti, tenuto conto dell'assetto organizzativo connesso alle UU.OO. interessate alla mappatura, ed in relazione alle aree considerate a "rischio generali" ed alle aree a "rischio specifiche", così come meglio identificate dall'ANAC già con la Determinazione n.12 del 28.10.2015 integralmente recepita.

ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

Il Circondario imolese, con una superficie pari a 787 Km², rappresenta un territorio a medio-alta densità abitativa nel contesto regionale, infatti, trattandosi di un'area sufficientemente vasta, il rapporto Popolazione residente/Km² tende ad atomizzarne complessivamente la densità, anche per effetto dei comuni collinari ricchi di insediamenti sparsi. La densità demografica, nel periodo 2008 – 2018, risulta ugualmente in aumento sia nei centri di pianura, + 6,7 ab/Km² sia in quelli di collina +2,0 ab/Km².

Nel contesto socio-culturale ed economico di riferimento, l'Azienda USL di Imola occupa una posizione di preminenza, sia sul locale mercato del lavoro, sia, più in generale, sul sistema produttivo del territorio.

L'Azienda, al 30.11.2018, offre direttamente occupazione a circa 1.737 dipendenti, ai quali vanno aggiunti i medici a rapporto convenzionale. Complessivamente il personale impiegato, a vario titolo, è pari al 5% circa della forza lavoro complessiva del territorio. Si deve poi considerare l'effetto di volano economico ed occupazionale indotto dall'Azienda USL sul territorio: Al dato riguardante i dipendenti dell'AUSL va, infatti, aggiunto l'indotto generato sulle imprese del territorio, sia in ordine alla rilevante mole di risorse economiche gestite (oltre 200 milioni di euro/anno di sola spesa corrente), che per la crescente quota di attività, sanitarie e non, esternalizzate.

In tale contesto, l'Azienda Sanitaria di Imola è precipuamente impegnata nel governo della domanda di servizi e prestazioni sanitarie e nel governo dell'offerta dei livelli essenziali di assistenza, rivolta ai cittadini residenti nell'ambito territoriale di competenza e ai cittadini che liberamente scelgono i servizi offerti dalle sue strutture assistenziali e dai suoi professionisti.

Le politiche di intervento definite negli scorsi anni, a livello del nuovo Circondario Imolese, ed il coinvolgimento alla programmazione dei cittadini, delle comunità (Comitato consultivo misto, Comitato utenti e familiari della salute mentale) ecc. e dei professionisti, hanno garantito, in momenti di crisi economica, il mantenimento dei servizi essenziali di assistenza in coerenza con i bisogni dei cittadini, attraverso il coinvolgimento del privato sociale. In tal senso, la valutazione - gradimento dei cittadini, come risulta dalle indagini commissionate dall'Azienda sulla qualità percepita per i servizi offerti, è risultata molto alta anche nel 2018.

Sul versante delle relazioni istituzionali, l'Azienda di Imola riconosce il primato attuale delle funzioni di programmazione e controllo strategiche della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana di Bologna, cui compete l'elaborazione delle linee di programmazione sociale e sanitaria e la definizione delle priorità di intervento. L'AUSL ha, inoltre, un ruolo privilegiato per la formulazione di piani di programmazione integrata con, la Scuola e le altre istituzioni presenti sul territorio, mettendo a disposizione competenze e risorse in grado di supportare lo sviluppo delle politiche per l'ambiente, la ricerca e la didattica con l'Università di Bologna, i modelli di integrazione sociale e sanitaria.

Tuttavia, lo sviluppo della logica delle aree vaste, è propedeutico all'esercizio integrato di varie funzioni, Sanitarie, Amministrative e Assistenziali. Dette attività sono organizzate e integrate a livello di Area metropolitana (Servizio Risorse Umane, Servizio acquisti di beni sanitari e servizi; tecnologie in rete, ICT) ecc. ovvero reti cliniche per l'attività Clinico/Sanitaria.

La centralità del cittadino è favorita da un sistema di relazioni e strumenti di comunicazione che trovano riscontro nelle attività dell'URP, nell'aggiornamento continuo della Carta dei Servizi e nell'accesso al sito internet istituzionale, con una buona gestione delle segnalazioni degli utenti

La particolare attenzione dei cittadini imolesi per la buona gestione dell'Azienda USL, oltre che esercitare una forma di controllo sociale immediato, è rappresentata anche dalla cospicua mole di lasciti e donazioni a favore dell'Azienda, finalizzati all'acquisto di materiale sanitario.

Non risultano iniziative giudiziarie di particolare allarme sociale, nell'ambito della competenza territoriale dell'AUSL di Imola, né fenomeni di infiltrazione di stampo mafioso. Non risultano, allo stato, fenomeni di pressione ambientale tendenti a condizionare il corretto svolgimento delle attività Sanitario/Gestionali dell'Azienda USL.

In buona sostanza, nella realtà imolese, Il controllo sociale dei cittadini sulla corretta gestione delle risorse economiche aziendali, il ruolo esercitato dalle componenti istituzionali nel rispetto delle proprie prerogative, unitamente alla correttezza professionale dei dipendenti ed ai controlli in materia di trasparenza degli atti e delle verifiche anticorruzione, tendono oggettivamente a limitare e/o escludere condizionamenti ambientali nelle attività clinico - assistenziali e gestionale – amministrative dell'Azienda nelle aree più a rischio.

L'Azienda AUSL, con nota pubblicata dell'8.10.2018, in previsione della redazione del nuovo Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2019-2021, ha promosso una procedura aperta di partecipazione, finalizzata a raccogliere proposte, osservazioni e/o integrazioni per l'aggiornamento del Piano triennale sopra indicato partendo dal testo in vigore. La consultazione è stata aperta a tutte le OOSS, alle Associazioni rappresentate nel Consiglio Nazionale dei consumatori e utenti e a tutti i soggetti, pubblici e privati interessati alle attività dell'amministrazione, fornendo apposita modulistica da compilare e un congruo termine per la trasmissione delle proposte.

ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

L'AUSL di Imola, nel 2018, ha portato a compimento il proprio assetto organizzativo/dipartimentale, con l'obiettivo principale di rafforzare il proprio sistema di "Governance". I principi ispiratori alla base dell'organizzazione del funzionamento sono:

- elevata flessibilità finalizzata al superamento di un'organizzazione di tipo gerarchico con l'adozione di uno schema operativo tendenzialmente orizzontale ed integrato con relazioni dirette tra vertice strategico e settori operativi, con il coinvolgimento della dirigenza e di tutte le risorse professionali dell'azienda;
- orientamento della Direzione Generale ad esercitare le proprie funzioni di governo attraverso l'utilizzo dello strumento della delega nel quadro di un ampio decentramento e dello sviluppo di un processo di responsabilizzazione della dirigenza aziendale;
- Alto grado di responsabilizzazione ed autonomia gestionale che, nell'ambito di una struttura organizzativa volta a garantire sinergie, maggiore integrazione e coordinamento, superi la logica di funzionamento per competenze specifiche e sia improntata a modelli organizzativi per processi, a garanzia dell'integrazione delle competenze gestionali e tecnico-professionali;
- Coinvolgimento dei diversi livelli operativi rivolto al miglioramento della comunicazione sia interna che esterna, al fine di una maggiore condivisione del processo decisionale.

L'organizzazione dipartimentale rappresenta, pertanto, il modello ordinario di gestione operativa delle attività, con la finalità di assicurare la buona gestione amministrativa, economica e finanziaria e dare concreta attuazione alle politiche di governo clinico.

L'organizzazione dipartimentale ha permesso una più precisa individuazione dei Direttori/Referenti da parte del Responsabile anticorruzione e trasparenza, in relazione alla realizzazione delle azioni previste dal Piano per prevenire fenomeni di natura corruttiva. Ha consentito, altresì, di applicare più congruamente le disposizioni in materia di misurazione e valutazione della "Performance" del personale dirigente ai sensi del D.lgs. 150/2009. In tal senso, è stato istituito un Organismo indipendente di Valutazione (OIV) unico a livello regionale con il compito di fornire indirizzi operativi in materia del ciclo della "Performance", oltre che valutare la correttezza metodologica e l'adeguatezza dei sistemi di valutazione implementati a livello di singole aziende sanitarie. La stessa normativa regionale (DGR 334/2014) ha previsto l'istituzione presso ogni azienda di un Organismo di Aziendale Supporto (OAS), elemento di raccordo tra OIV unico regionale e la struttura aziendale.

L'AUSL di Imola, ha attuato il nuovo sistema di valutazione, attraverso l'applicazione di nuovi strumenti di rendicontazione capaci di apprezzare i diversi livelli di Performance, oltre che di agire sul clima, sulla cultura organizzativa e sullo sviluppo dei sistemi di comunicazione e di relazione con collaboratori, partner e stakeholder sociali.

In particolare, la ricerca di una nuova forma di motivazione basata su un "commitment"

interno e sulla valorizzazione del lavoro individuale, rappresenta un valore aggiunto alle sole logiche di scambio retribuzione/prestazione, dando diverso senso e dignità al lavoro. In questo senso l'AUSL di Imola ha investito sulle proprie figure dirigenziali e sulla crescita di una cultura "manageriale" interna che, oltre alle tecniche e agli strumenti di gestione, pone l'attenzione su tematiche come il clima organizzativo, (specifica formazione di cui alla Deliberazione n.165 del 11.11.2016), l'assunzione del rischio, gli investimenti emotivi, i valori da condividere ed il rispetto del Codice etico aziendale. Allo stato attuale il sistema di valutazione permette di apprezzare e misurare la Performance organizzativa di tutte le Unità operative, nonché e dei rispettivi Direttori e Responsabili. Nel 2018 è stata effettuata la valutazione di tutti i dirigenti a livello di performance individuale, attraverso un più articolato sistema di valutazione che tiene conto degli obiettivi raggiunti, (anche in materia di prevenzione della corruzione), delle competenze professionali espresse e dei comportamenti organizzativi manifestati.

INIZIATIVE di FORMAZIONE NEL 2018 DEL PERSONALE A RISCHIO, EX ART. 1 COMMA 10 lett. C) LEGGE N. 190/2012

Nel corso del 2018, come previsto dall'art. 1 comma 10 lett. c), della legge n. 190/2012, per l'individuazione e la selezione del personale da formare in materia di anticorruzione, in coerenza con quanto previsto dal PTPCT aziendale e tenuto conto delle indicazioni regionali sulla uniformità di approccio formativo alle problematiche in esame, si è proceduto con le modalità sotto indicate.

I criteri utilizzati per la selezione sono stati sostanzialmente :

- a) l'afferenza diretta all'attività/processo individuata nel Piano come a potenziale rischio corruzione;
- b) la rilevanza gerarchico/funzionale del dipendente nell'Area o UU.OO. nella quale si è individuato il processo/attività a rischio.

Tutti corsi di aggiornamento di seguito menzionati, sono stati condotti da Docenti Universitari, magistrati, avvocati e consiglieri di Stato.

Nel 2018, così come negli anni precedenti, si è data particolare importanza alla formazione a distanza FAD, con idonei format, condivisi con le altre aziende sanitarie, in materia di approfondimento del nuovo Codice di Comportamento aziendale , approvato con deliberazione n.112/2018, sulla prevenzione dei fenomeni corruttivi e conflitti di interessi. Coadiuvato dal Servizio di Formazione aziendale, si sono individuati n.135 dipendenti dell'area sanitaria del comparto che hanno aderito al percorso formativo.

L'11.10.2018, presso l'AOSP di Bologna, si è svolto il Seminario dal titolo " La gestione dei procedimenti e dei processi in ambito sanitario tra oneri di semplificazione ed obblighi di digitalizzazione e trasparenza delle relazioni". All'evento, per l'AUSL di Imola, hanno partecipato n.8 dipendenti tra dirigenti e funzionari amministrativi.

Il 15.11.2018 , è stata organizzata dal coordinamento RPCT dell'Area Metropolitana presso l'IRCCS Istituto Ortopedico di Rizzoli di Bologna, la "Giornata della Trasparenza", il cui oggetto è stato "Il Conflitto di Interessi nelle Aziende Sanitarie: Misure di Prevenzione e Rimedi", cui hanno portato il loro contributo, tra gli altri, Manager della sanità della RER, Avvocati e Professori dell'Università degli Studi di Bologna . All'evento hanno partecipato, per l'AUSL di Imola, il Direttore Generale e n. 20 circa dipendenti dell'Area dirigenziale Sanitario/amministrativa e dipendenti del Comparto

In data 22.11.2018, si è svolto, presso l'AOSP di Bologna, un Seminario di formazione obbligatoria dedicato alla dirigenza amministrativa in materia di incompatibilità, con particolare riferimento alle commissioni di gara.

Al Seminario, hanno partecipato n.8 dipendenti tra Direttori di U.O.C. e dipendenti del Comparto.

AZIONI PREVENTIVE: CORRETTA APPLICAZIONE PROVVEDIMENTI IN SETTORI PARTICOLARMENTE ESPOSTI AL RISCHIO CORRUZIONE

L'ANAC, con le proprie deliberazioni n. 12 del 28.10. 2015 e n. 831 del 3.8.2016, ha invitato le strutture sanitarie a porre in essere interventi mirati ad incidere sull'organizzazione e su particolari settori maggiormente esposti al rischio corruzione.

L'AUSL di Imola, in ottemperanza a quanto sopra, in materia di azioni preventive proposte dal RPCT nel 2017 ha approvato una serie di provvedimenti, intervenendo con specifiche regolamentazioni e procedure sia sull'organizzazione sia sulla matrice delle responsabilità afferenti ai Direttori delle varie UU.OO. interessate e senza ulteriori oneri a carico dell'Azienda.

In particolare, nel 2018, il RPCT ha monitorato la corretta applicazione dei seguenti provvedimenti :-

- “Regolamento in materia di informazione scientifica sul farmaco nell'ambito delle strutture sanitarie dell'AUSL di Imola”, che ha recepito anche gli indirizzi e le direttive regionali in materia, di cui alla deliberazione della G.R. n. 2309 del 21.12.2016. Tale regolamentazione, consente di razionalizzare l'accesso degli informatori scientifici e stabilisce le modalità di ricevimento, il numero massimo di incontri su base annua, privilegiando gli incontri collegiali, la pubblicità ed evidenza delle giornate e delle fasce orarie di ricevimento, l'utilizzo di omogenea reportistica da parte di tutti i Dipartimenti e singole U.O. da trasmettere al RPCT con annotazione specifica di quanto sopra;
- “Regolamento per l'acquisizione di beni, servizi e lavori di valore inferiore a Euro 40.000,00 I.V.A. esclusa”, in applicazione del D.Lgs. n. 50/2016, come modificato dal D.L.gs. n.56/2017, nonché delle Linee Guida approvate dall'ANAC con deliberazione n. 1096 del 26.10.2016. La regolamentazione garantisce ulteriormente il rispetto dei principi di economicità, efficacia, tempestività, correttezza, libera concorrenza, non discriminazione, trasparenza e pubblicità, proporzionalità e rotazione dei RUP.
- “Revisione della procedura di autorizzazione delle Sperimentazioni Cliniche”. Con questa nuova procedura, si è portata la responsabilità complessiva del processo autorizzatorio in capo al Direttore Generale e si è meglio definita la matrice delle responsabilità delle singole attività afferenti ai dirigenti interessati;
- “Procedura di autorizzazione – organizzazione di eventi convegnistico-congressuali sponsorizzati che utilizzano Provider esterni”. Questa procedura, oltre che garantire ulteriori esigenze aziendali di trasparenza, congruità e opportunità in materia di sponsorizzazioni, è finalizzata a ridurre il rischio corruzione che può verificarsi in tale ambito, in special modo tra il personale coinvolto ed i soggetti esterni che manifestano la volontà di proporre una sponsorizzazione tecnica a favore dell'AUSL di Imola. Nella relativa matrice è prevista un'articolata suddivisione di compiti e responsabilità per le diverse U.O. alle quali afferisce il

processo autorizzatorio. E' prevista anche la costituzione di apposita commissione tecnica intraziendale che valuta, previamente, tutti gli elementi individuati relativi alla congruità e opportunità dell'evento, prima dell'attivazione della procedura di evidenza pubblica , così come previsto dall'art. 19 del D.L.gs. n. 50/2016.

RISULTATI DEL MONITORAGGIO, DEI CONTROLLI E VERIFICA ATTUAZIONE DELLE AZIONI PREVISTE NEL PTPCT NEL 2018

Il 29 gennaio 2018 e il 30.7.2018, si è ottemperato agli obblighi informativi di pubblicazione e trasmissione dei dati amministrativi, ai sensi dell'art. 1 comma 32 della legge n. 190/2012 e art. 8 Del. ANAC n. 39-2016.

Previo invio per pareri interni all'Azienda e consultazione alle OOSS ed al Comitato Consultivo Misto, con Deliberazione n. 8 del 23.1.2018, è stato approvato il PTPCT aziendale 2018-2020.

In data 28.1.2018, gli atti sono stati pubblicati sul sito aziendale "Amministrazione Trasparente" - "Sezione Anticorruzione".

In data 8.10.2018, previa intesa in sede AVEC, in previsione dell'aggiornamento del nuovo Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2019-2021, si è inviato alle OO.SS., alle Associazioni di Categoria, dei Consumatori, di Tutela dei Diritti ed agli Ordini Professionali, in quanto portatori di interesse, un avviso pubblico su apposito sito istituzionale con allegata modulistica e dando un congruo termine, finalizzato ad acquisire proposte e/o osservazioni per il suddetto aggiornamento.

Nel corso del 2018, si è ulteriormente intensificata l'attività di coordinamento interaziendale dei responsabili anticorruzione e trasparenza nel tavolo "Trasparenza ed Anticorruzione" dell'AVEC (AREA VASTA EMILIA CENTRO), con riunioni a cadenza mensile (verbali riunioni in atti) per condividere gli aspetti normativi di immediata applicazione, sulle risultanze delle attività svolte e per dare impulso alle rispettive azioni all'interno delle proprie aziende.

Inoltre, l'Azienda USL di Imola, ha aderito anche al Tavolo istituito dalla Prefettura di Bologna, finalizzato al monitoraggio del rispetto degli obblighi di trasparenza in capo alle stazioni pubbliche appaltanti, introdotti dall'art. 1 comma 32, della legge n. 190/2012.

In tale sede, il 19.6.2018, il Direttore Generale ha sottoscritto, un "Protocollo d'intesa per la prevenzione dei tentativi di infiltrazione criminale", tra la Prefettura e le aziende AOSP bologna, AUSL Bologna, AUSL di Imola e IOR.

Inoltre, in ottemperanza a quanto previsto dalla delibera di Giunta Regionale n. 1852 del 17.11.2017, l'Azienda USL di Imola con deliberazione n.248 dell'11.12.2017, ha aderito alla "Rete per la Trasparenza e l'Integrità" della RER, ex art. 15 della l.r.n18 del 2016, autorizzando il proprio RPCT a rappresentarla.

La "Rete per l'integrità e la trasparenza", è stata concepita quale sede di confronto al fine di condividere esperienze e attività di prevenzione messe in campo con i PTPCT, organizzare attività comuni di formazione, con particolare attenzione ai settori a rischio di corruzione, valorizzando il più ampio confronto tra istituzioni, associazioni e cittadini.

Pertanto, i risultati delle iniziative di impulso, monitoraggio e controlli effettuati dal RPCT nel

corso del 2018, per verificare l'attuazione delle azioni previste nel PTPCT da parte dei Direttori/Referenti, già enucleate nelle schede predisposte dall'ANAC e pubblicate, in data 18.12.2018 sul sito aziendale Amministrazione Trasparente sezione Anticorruzione, per la Relazione annuale obbligatoria in capo al Responsabile anticorruzione (art. 1 comma 14 legge 190/2012), in ottemperanza alle indicazioni previste nella nota di aggiornamento del PNA (Delibera n. 12 del 28.10.2015) del nuovo PNA, (Delibera n. 831 del 3.8.2016) del suo Aggiornamento (Delibera n. 1074 del 21 novembre 2018) e del comunicato del Presidente dell'ANAC pubblicato il 21 novembre 2018,, si riportano dettagliatamente nel presente Piano.

Nel corso del 2018, la mappatura delle attività/processi a rischio e la conseguente attività di prevenzione/contrasto del fenomeno corruttivo, hanno avuto, rispetto al 2017, una più pregnante assimilazione dei contenuti del PTPCT da parte dei protagonisti che, unitamente alla citata e proficua attività formativa, ha permesso una congrua realizzazione delle azioni di contrasto previste e la riduzione del rischio corruttivo.

Le azioni di impulso e monitoraggio sono state costanti nel corso dell'anno e hanno riguardato tutte le aree mappate. In particolare (nota del responsabile anticorruzione 9.11.2018) si è proceduto per i Dipartimenti Amministrativo, Tecnico, di Salute Pubblica e delle Aree Tecniche e Sanitarie, al monitoraggio relativo al 2018 del rispetto dei tempi procedurali sul 30% dei medesimi, prevalentemente su quelli ad istanza di parte (autorizzazioni, pareri, concessione sovvenzioni, scelta del contraente, concorsi e prove selettive e accesso civico). I report, pervenuti entro il 30 novembre 2018 (in atti), hanno evidenziato il sostanziale rispetto dei tempi procedurali previsti. Si è monitorato il limite alle retribuzioni a carico delle finanze pubbliche, di cui alla legge n.214/2011 con esito negativo.

Anche in ambito sanitario, in collaborazione con il direttore dell'U.O. di Assistenza Farmaceutica Aziendale, si sono disposte verifiche in ordine all'appropriatezza prescrittiva di farmaci e dispositivi medici riguardante diverse UU.OO., i cui dirigenti medici hanno usufruito di sponsorizzazioni per attività di convegni all'estero ed anche in relazione ai protocolli applicati.

Nell'Area Ospedaliera, si è dato impulso per la definizione di procedure analoghe, a livello Dipartimentale, finalizzati a dare trasparenza ai rapporti con gli informatori scientifici del farmaco nel rispetto della nuova citata regolamentazione aziendale, con i Direttori dei vari Dipartimenti che hanno assicurato una puntuale reportistica sul numero e le modalità degli incontri con gli informatori scientifici del farmaco, privilegiando gli incontri collegiali, le date degli stessi, i nominativi degli informatori, la ditta farmaceutica rappresentata, l'individuazione dei locali dedicati agli incontri in modo da non interferire nelle aree dedicate all'attività assistenziale.

Si sono implementati il controllo ed il monitoraggio riguardanti le classi di priorità clinica per l'accesso alle liste di attesa differenziate per tempo di attesa dei ricoveri programmati, con la collaborazione del referente aziendale per liste di attesa. Si sono intensificati i controlli sugli orari dedicati alla libera professione intramuraria. Per meglio coordinare e monitorare l'insieme degli adempimenti in materia di trasparenza e anticorruzione è stato costituito un gruppo permanente in seno al Dipartimento Amministrativo e Tecnico aziendale allargato al Dipartimento Salute Pubblica e verifica le criticità "attuali". Oltre alla reportistica su base semestrale, in atti, la verifica sulla

realizzazione delle azioni previste nel Piano anticorruzione è stata rappresentata al Responsabile anticorruzione, da parte dei Direttori / Referenti, con apposita Relazione su base annuale, che è agli atti del Servizio. Il rendiconto della corretta attuazione delle azioni di prevenzione della corruzione, ovvero degli adempimenti richiesti e realizzati, viene validato dal responsabile anticorruzione e trasmesso all'OAS per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi afferenti ai Direttori/Referenti per l'anno di competenza, nella percentuale prevista, ai fini della corresponsione degli incentivi.

La rappresentazione delle azioni sotto elencate, previste nel PTPCT e realizzate nel 2018, sono contenute nelle Relazioni annuali trasmesse dai Direttori/Referenti e conservate agli atti del responsabile anticorruzione.

Le azioni realizzate nel corso dell'anno 2018, oltre alle quattro macro aree obbligatorie previste dall'art.1, commi 4 e 9, lett. a) e comma 16 della L.190/2012, a rischio generale, hanno interessato anche le aree a rischio specifico, così come individuate dalla Determinazione dell'ANAC n. 12 del 28.10.2015. Si sono inoltre individuate ulteriori attività/processi a rischio corruttivo nell'ambito delle Articolazioni Tecniche e UUOO Clinico/assistenziali, con particolare attenzione ai controlli in materia pagamento del ticket , ai citati rapporti con gli informatori scientifici del farmaco ed al corretto esercizio dell'attività libero professionale intramoenia.

Nel corso del 2018, sono state acquisite le dichiarazioni patrimoniali e reddituali 2016 e 2017 in base a quanto previsto dall'art 13 comma 3 del DPR n. 62/2013 e delle dichiarazioni circa l'assenza di conflitti di interesse, con un adempimento pari al 100% sia da parte dei dirigenti che del personale del comparto soggetti all'obbligo.

Infine, in materia di "Antiriciclaggio", è stata rispettata, da parte del Responsabile aziendale antiriciclaggio, la procedura di adesione dell'Azienda al sistema di segnalazione on-line tramite il portale INFOSTAT-UIF della Banca d'Italia, che in data 13.9.2017, ha abilitato la relativa registrazione.

U.O. CONTABILITA' e FINANZA

Ciclo passivo

Nel corso del 2018, sono state redatte tutte le procedure previste dal PAC regionale.

In particolare, le procedure prevedono per la liquidazione delle fatture, una netta separazione tra l'ufficio che provvede alla liquidazione delle stesse e l'ufficio che provvede al pagamento.

Si riportano i casi specifici in cui l'ufficio finanziario dell'UOCF provvede sia alla liquidazione che all'emissione del mandato e i meccanismi di tutela per evitare che una sola persona provveda ad eseguire sia la liquidazione sia il mandato, senza verifiche da parte di soggetti esterni:

- Liquidazione di interessi e di decreti ingiuntivi. La liquidazione viene proposta dal funzionario responsabile dell'Ufficio ed è eseguibile solo in presenza di una determinazione del Direttore dell'UOCF;
- Liquidazione di interessi su Mutui e Tesoreria, commissioni connesse al contratto di tesoreria, anticipi di cassa economale, imposte e tasse, mobilità e Case di Cura, consulenza fiscale;

La procedura prevede che l'addetto dell'ufficio liquidatore, che può essere sia l'Ufficio Finanziario, l'Ufficio Fatture, l'Ufficio Ricavi, l'Ufficio Bilanci e quello della Mobilità Sanitaria, appongano sui fogli di liquidazione un'etichetta denominata "determinazione di liquidazione", mediante la quale si attesta:

- Che la spesa deriva da provvedimenti esecutivi o altro titolo impegnativo per l'AUSL;
- La regolarità delle relative forniture e spese;
- La richiesta di emissione del mandato.

L'etichetta viene datata, sottoscritta dall'addetto e dal dirigente responsabile.

Ciclo attivo e recupero crediti

Nel 2018, sono state redatte tutte le procedure aziendali previste dalla RER.

Le fatture attive vengono emesse dalle diverse unità operative dell'AUSL.

Le uniche fatture attive emesse dall'UOCF riguardano gli interessi attivi per ritardato pagamento di clienti privati e l'addebito all'AUSL di Bologna, per il recupero delle penalità delle case di cura della provincia riconosciute all'AUSL di Bologna.

Tutti irestanti ricavi riguardano regolarizzazioni di pagamenti già pervenuti.

La verifica che i pagamenti siano stati effettivamente eseguiti, spetta ai Servizi competenti , come da Regolamento recupero crediti adottato con deliberazione n.537 del 19.12.2001.

Gli interessi vengono addebitati all'UOCF solo in caso di rateizzazione.

Nel caso di insoluti, dopo il secondo sollecito, l'addebito degli interessi viene fatto direttamente dall'Agenzia Entrate Riscossioni.

Per tutte le rateizzazioni relative ai crediti commerciali si applica il tasso previsto dal D.lgs. n. 231/2002. Per tutte le rateizzazioni relative a crediti istituzionali si applica il tasso vigente in quel momento nella convenzione di tesoreria.

Tutti i citati atti sono esigibili presso l'UOCF.

AREA GOVERNO CLINICO

Mobilità Passiva e Attiva – selezione casi contestati.

Dalla relazione in atti, nel 2018, si sono svolte verifiche e contestazioni sanitarie per episodi di degenza effettuati in mobilità passiva e attiva, sulla base dei dati pubblicati dalla RER relativi al periodo dal 1.10.2017 al 31.12.2017 2017, perché i controlli esterni hanno tempi e scadenze posticipate rispetto al periodo di riferimento..

Su un totale di n.1.724 ricoveri erogati a residenti dell'AUSL di Imola da parte di altre Aziende Pubbliche e Private, la selezione della casistica contestabile è stata effettuata seguendo i criteri del PAC (Piano annuale Controlli) 2018 (Determinazione n.8104 del 29.5.2018) che prevede:

- Controlli di completezza e qualità della Cartella Clinica;
- Controlli di congruità SDO – Cartella Clinica;
- Controlli di appropriatezza organizzativa secondo gli indicatori previsti dal P.A.C. 2018;

L'attività di controllo sui dati del 4° trimestre 2017, ha portato alla selezione e contestazione di n. 24 ricoveri, con l'accettazione delle stesse da parte delle Aziende erogatrici in n. 13 casi (54%).

Nei restanti casi in cui le contestazioni non sono state accettate dalle Aziende produttrici, le controdeduzioni pervenute hanno effettivamente esplicitato situazioni cliniche o assistenziali non completamente descritte o descrivibili dai dati sintetici SDO, a giustificazione della tipologia di ricovero. I casi in cui sono state richieste le relazioni di merito, sono stati approfonditi con il nostro clinico specialista.

Complessivamente il procedimento di verifica e contestazione sanitaria ha portato alla riduzione del debito verso le Aziende produttrici di Euro 9.281,00.

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

Dalla Relazione in atti, risultano concretizzate le verifiche periodiche, a campione, sul corretto protocollo obbligatorio su babel afferente le certificazioni rilasciate agli utenti effettuate dal DSM, attestanti le condizioni patologiche del paziente. Non risultano controversie in merito.

E' stato il percorso relativo alla trasparenza nei rapporti con gli informatori scientifici del farmaco.

Per quanto riguarda il monitoraggio dei tempi procedurali, periodo 1.1.2018 – 30.11.2018, dal report in atti risultano evasi n.440 certificazioni con protocollo in babel, nei 30 gg. previsti.

SERVIZIO MEDICINA LEGALE STAFF DIREZIONE SANITARIA

Dalla Relazione pervenuta, in atti, si rileva preliminarmente, un esaustivo riepilogo delle attività Collegiali svolte, nel rispetto della rotazione, su base giornaliera, dell'assegnazione del personale ai diversi tipi di Commissione e nella veste di Presidente o semplice Membro. Una corretta raccolta di dichiarazione di condizioni di incompatibilità ovvero di conflitto di interessi , rispetto a familiari e ad organizzazioni interessate ed una riallocazione di candidati. All' astensione del personale dalla partecipazione a Commissioni cui si prestino familiari o persone tutelate da organizzazioni e organismi di Patronato con cui si intrattengono rapporti di collaborazione , anche se non remunerati e a titolo volontario. Non si sono verificate situazioni di incompatibilità.

RISPETTO DEI TEMPI PROCEDIMENTALI

Per quanto concerne il rispetto dei tempi procedurali della Commissione disabilità – Invalidi Civili, a fronte di n. 1.124 domande pervenute nel corso dell'anno, si sono tenute n. 122 sedute; si sono effettuate n.1.119 visite per un totale di n. 1.112 persone visitate. Si sono effettuate n. 75 Visite Collegiali domiciliari e , allo stato, risultano giacenti n. 128 pratiche (sospesi, quadri non stabilizzati, o con visita programmata al 31.12.2018). Sostanzialmente rispettato il tempo medio di attesa tra la registrazione in entrata della richiesta e quella della visita , gg. 27,33.

Azioni effettuate in relazione all'art. 1 Comma 16 lett. a) L. n. 190/2012

Autorizzazioni/Pareri

DIPARTIMENTO SANITÀ PUBBLICA E UU.OO. AFFERENTI

Le misure adottate nel Dipartimento di Sanità Pubblica, su impulso e specifiche riunioni operative con il responsabile anticorruzione, hanno riguardano le attività/processi mappate nel PTPC nelle diverse UU.OO. afferenti, le cui peculiarità rientrano nel più ampio spettro di autorizzazione/pareri, in relazione alle attribuzioni di legge in materia di controlli.

In tale ambito, la rotazione del personale, nel rispetto delle procedure adottate (il dettaglio delle azioni svolte è contenuto agli atti del Dipartimento) ha costituito una delle più importanti azioni poste in essere così riepilogata:

- 1) Controlli ufficiali Programma Sicurezza Alimentare (coinvolti n. 9 tecnici della prevenzione): Il controllo viene effettuato da coppie di operatori che vengono regolarmente ruotate sul territorio.
- 2) Vigilanza nei luoghi di lavoro (coinvolti n. 2 dirigenti non medici, n. 3 dirigenti medici. N. 1 infermiere. N. 6 tecnici della prevenzione).

La vigilanza sulle imprese è effettuata, di norma, sempre in coppia; vengono adottate le procedure descritte nei documenti organizzativi di U.O.C; Nel Piano di lavoro del 2018, sono state adottate modalità organizzative atte a garantire la massima rotazione del possibile degli operatori sulle diverse tipologie di attività di vigilanza, eccezioni fatta per la vigilanza in edilizia, a cui partecipano tutti gli operatori. E' a regime l'inserimento di un tecnico della prevenzione nelle attività di valutazione dei piani di lavoro per la rimozione di manufatti in cemento-amianto, in sostituzione del dirigente chimico cessato dal servizio. In tema di rotazione sono fatte salve le evenienze legate a segnalazioni contingenti riportanti pericolo grave e immediato, o a specifiche richieste provenienti dall' Autorità Giudiziaria.

- 3) Controlli ufficiali in ambito Veterinario (coinvolti n. 7 veterinari): Il Piano di lavoro annuale ha previsto anche per il 2018 la modifica delle attribuzioni di responsabilità territoriale o di impianto soggetto a controllo, che ha coinvolto tutti i dirigenti veterinari della UOC. Inoltre si è realizzato il monitoraggio a campione sulle attività a rischio corruzione, (doc. in atti del Servizio) in tutte le aree del Dipartimento, utilizzando un software di randomizzazione disponibile sul sito della Regione Emilia-Romagna, utilizzando i seguenti criteri:

Per la **UOC PSAL**:

- vigilanza nei luoghi di lavoro tradizionali; ricorsi ex art. 41 D.Lgs. n. 81/08 avverso il giudizio del medico competente;
- vigilanza aziende agricole.

Per l'**UOC ISP** sono stati effettuati i controlli su:

- Certificazioni di antigienicità degli alloggi;
- certificazioni medico-legali, si è proceduto ad informatizzare la procedura di rilascio della certificazione di idoneità/inidoneità, attraverso la sottoscrizione contestuale del medico e del lavoratore che, una volta prodotta, risulta imm modificabile e tracciabile;
- certificazioni di idoneità sportiva agonistica;
- certificazioni export alimenti paesi extra UE;
- certificazioni distruzione alimenti;
- controllo ufficiale su imprese e prodotti alimentari;
- controllo su attività scolastiche, ricreative, ecc.;

Nessuno dei controlli hanno evidenziato situazioni di incompatibilità, conflitto di interesse o condotte censurabili da parte dei professionisti delle varie UU.OO.

Per la UOC Ig./Veterinaria le azioni hanno riguardato:

- pareri per riconoscimento delle imprese del settore alimentare;
- pareri inoltrati al Comune per fiere, mercati, esposizioni, concentramenti e mostre di animali.
- Autorizzazioni;

Nessuno dei controlli ha evidenziato situazioni di incompatibilità o conflitto di interesse.

Da parte di tutti gli operatori del DSP, è stato rispettato l'obbligo di comunicazione di situazioni anche potenziali, di conflitto di interesse e/o incompatibilità, nell'effettuazione di interventi di vigilanza e/o inchieste per infortunio sul lavoro, malattia professionale, ecc., dovute a rapporti di parentela o abituale frequentazione nei confronti di titolari di imprese site nel territorio. Nel caso, si prende atto delle comunicazioni e, se dovuto, si applica il criterio di esclusione per l'operatore in stato di incompatibilità con l'azienda.

Controllo ispettivo macellazione per uso familiare (coinvolti n. 2 veterinari libero professionisti convenzionati).

FORMAZIONE E INFORMAZIONE

E' stata assicurata la partecipazione del personale ai corsi di formazione dell'azienda, con ricaduta all'interno del Comitato di Dipartimento e dei Servizi.

MONITORAGGIO DEI TEMPI PROCEDIMENTALI 2018

Dai dati pervenuti risulta quanto segue:

Parere autorizzazione al funzionamento strutture socio-assistenziali e socio-sanitarie residenziali e semiresidenziali per minori, portatori di handicap, anziani e malati di AIDS (Del. N 564/2000)

-N. 2 procedimenti evasi nei gg.30 previsti;

UOC Igiene Alimenti

Attestazioni di idoneità al consumo di animali macellati da privati a domicilio, per uso familiare

- conclusi n.158 procedimenti nei termini di gg. 4 previsti per certificazioni export alimenti in paesi extra U.E.;

UOC Igiene sanità pubblica – ambientale

N. 14 certificazioni antigienicità negli alloggi nei 30 gg. previsti;

- N. 390 procedimenti di certificazione per cremazione conclusi entro i 2 gg . previsti;
- N. 187 procedimenti relativi a certificazioni export alimenti in Paesi extracee, nei 15 gg. previsti;
- N. 1748 Certificazioni medico-legali nei 30 gg. previsti;
- N. 141 Certificazioni Ispettorato micologico evasi nel termine di gg 1 previsto;
- N. 769 procedimenti di Certificazione necroscopica entro le previste n.30 ore;

UOC – PSAL

- N. 238 procedimenti di autorizzazione piani lavoro bonifica amianto nei termini previsti di 30 gg.;
- N. 131 nulla-osta smaltimento amianto nei termini di 10 gg. previsti;
- N. 31 accertamenti per astensione anticipata dal lavoro per lavoratori a rischio, nei 15 gg. previsti per la loro conclusione;

- . 13 ricorsi avverso il giudizio di idoneità del medico competente, nei 30 gg. previsti;
- N. 17 certificazioni di malattia professionale nei 30 gg. previsti.

UOC Igiene Veterinaria

Registrazione aziende (DPR 317/96)

- N. 32 procedimenti evasi nei 30 gg. previsti;
- Emissione/vidimazione passaporti bovini
- N. 330 procedimenti conclusi nei termini di gg. 14 previsti;
- N. 235 Certificazioni per esportazione di animali vivi, di alimenti o.a. mangimi, sottoprodotti di o.a. nei termini di gg. 7 previsti;
- N. 24 pareri per fiere, mercati, esposizioni, mostre, nei 15 gg. previsti.

Art. 1 comma 16 lett. b) e comma 17 L. n. 190/2012

Contratti pubblici per l'affidamento di lavori, forniture e servizi di cui al D.lgs. N. 50/2016

ECONOMATO E LOGISTICA, UU.OO.CC. PATRIMONIO E TECNOLOGIE IMPIANTISTICHE, TECNOLOGIE INFORMATICHE DI RETE E INGEGNERIA CLINICA.

Tutte le informazioni relative ai procedimenti amministrativi posti in essere dalle suddette UU.OO.CC., sono pubblicate nei siti web istituzionali secondo criteri di facile accesso, oltre all'assolvimento degli obblighi di cui al comma 32 dell'art. 1 della legge N. 190/2012.

UOC ECONOMATO E LOGISTICA

Autorizzazione al subappalto per contratti da Euro 40.000,00 (IVA esclusa) e procedimenti per l'acquisizione di beni e servizi di valore superiore alla soglia comunitaria:

L'Azienda USL di Imola, con deliberazione n. 84 del 27.6.2013, ha aderito al SAM delegando tale procedura al Servizio Acquisti Metropolitano.

Dal 01.10.2017, in accordo con il SAM, in deroga al precedente accordo, sono stati delegati all'UO Economato e Logistica, gli acquisti fino alla soglia di Euro 40.000,00 (IVA esclusa). Ne è conseguita l'adozione di un nuovo Regolamento aziendale per l'acquisizione di beni, servizi e lavori approvato con deliberazione n.184 del 20.9.2017, in applicazione al D.Lgs. n.50/2016 modificato dal D.Lgs. n.56/2017.

Dal 01.01.2018 al 31.10.2018 non sono stati autorizzati subappalti.

L'UOC Economato e Logistica, in relazione ai patti di integrità, nei Disciplinari dei contratti, inserisce la seguente dicitura:

“Ai sensi dell'art. 2 del D.P.R. n. 62/2013 e del Codice di Comportamento Aziendale, adottato con la Delibera del Direttore Generale n.112 del 25.5.2018, la violazione degli obblighi derivanti da Codice stesso può essere causa di risoluzione o decadenza del rapporto contrattuale”.

Detto patto di integrità, viene inserito dal SAM anche nei disciplinari dei contratti di propria competenza.

Il SAM ha attuato, nel corso del 2018, quanto previsto nei PTPCT delle Aziende dell'Area Metropolitana di Bologna coinvolti nell'unificazione dei relativi servizi acquisti, partecipando al processo di gestione del rischio e collaborando con i RPCT aziendali ed i Gruppi Tecnici e di supporto costituiti e garantendo un processo di analisi per l'aggiornamento dei processi a rischio gestiti dal SAM validi per tutte le aziende, completato nel corso del 2018.

Dalla Relazione in atti, risulta che la documentazione delle gare prevede sempre la presentazione, previa sottoscrizione, del Patto di integrità che, in fase di procedura di gara, è quello dell'Amministrazione aggiudicatrice. Si è proceduto, altresì, a seguito dell'emanazione delle Linee Guida ANAC n. 5, recanti “Criteri di scelta dei Commissari di gara e d'iscrizione degli esperti

nell'Albo nazionale obbligatorio dei componenti delle commissioni giudicatrici", alla redazione di apposito documento di attuazione in via transitoria rispetto all'istituzione dell'Albo Nazionale Obbligatorio delle Commissioni Giudicatrici dell'ANAC. Si è proceduto alla diffusione del documento mediante comunicazione ai professionisti aziendali interessati, pubblicazione nella Intranet della stazione appaltante, internet "bandi e Avvisi di gara" sito AUSL di Bologna, e pec ai Direttori Amministrativi e ai Responsabili Anticorruzione delle Aziende Sanitarie aderenti al Servizio Acquisti Metropolitano. Sono stati regolarmente adempiuti gli obblighi di cui all'art. 1 comma 32, della legge 190/2012 come Stazione Unica Appaltante.

La rotazione del personale responsabile per le istruttorie delle gare di acquisti di beni e servizi di propria competenza, ha interessato n. 10 unità riguardanti n. 173 procedimenti. La rotazione ha interessato anche il personale addetto alla cassa economale.

Nel corso del 2018, non ci sono state segnalazioni e provvedimenti conseguenti in materia di antiriciclaggio, da parte del Responsabile aziendale.

Per quanto riguarda il monitoraggio dei tempi procedurali, i dati forniti dall'U.O. Economato e Logistica, sono i seguenti:

- N. 173 procedimenti riguardanti l'acquisizione di beni e servizi fino a Euro 40.000,00 (IVA esclusa) conclusi nel termine previsto di 180 gg.;
- - n. 27 richieste di certificazioni ed attestazioni, conclusi nel termine previsto di gg. 30.

UOC PATRIMONIO e TECNOLOGIE IMPIANTISTICHE

Nell'ambito dell'Azienda USL di Imola, pur tenendo conto delle specifiche competenze professionali del personale afferente, nel 2018 si è proceduto, prima della progettazione, per alcune attività/processi a rischio, ad una rotazione del personale. In particolare, per quanto riguarda l'U.O.C Patrimonio e Tecnologie impiantistiche, In materia di autorizzazione al subappalto, ha riguardato n.11 sub-appalti, tutti nel rispetto dei termini previsti dalla normativa vigente. Nel 2018 non sono state nominate Commissioni giudicatrici ai sensi dell'art. 77 del D.Lgs. 50/2016 e succ.mod.

Per quanto riguarda i procedimenti per l'acquisizione di beni, servizi, lavori e servizi tecnici inferiori alla soglia Comunitaria,, in applicazione del citato Regolamento aziendale approvato con deliberazione n.184 del 20.9.2017, sono state attivate n. 22 procedure di importo inferiore ad Euro 40.000,00, di cui 14 concluse. Per n. 12 procedure si è identificato quale Responsabile del Procedimento l'Ing. Faiello Alessandro, che ha reso regolare dichiarazione di assenza di incompatibilità e conflitto di interesse ai sensi del Codice Etico per gli affidamenti, di cui n. 5 concluse Per n. 2 procedure è stato identificato, quale Responsabile del Procedimento, l'ing. Francesco Ferrari, anch'esso esente da incompatibilità e conflitto di interessi.

Di queste ultime, sono state, altresì, concluse n. 2 procedure sopra Euro 1000,00.

Il Responsabile per l'Anagrafe Unica (RASA), Ing. Faiello Alessandro, in data 28.6.2018, ha

provveduto alla verifica ed all'aggiornamento delle informazioni presenti nell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA).

Per quanto riguarda il rispetto dei tempi procedurali l'UOPT ha rilasciato, su richiesta degli interessati, n. 3 Certificati di Esecuzione Lavori emessi entro il termine previsto di 30 gg.

U.O. TECNOLOGIE INFORMATICHE di RETE

Nel 2018, è in corso di predisposizione, in coerenza con documenti analoghi posti in essere in sede AVEC, la nuova procedura per l'acquisizione di nuovo software applicativo, che verrà utilizzato nel 2019.

Nel secondo semestre 2018, sono state attivate acquisizioni al di fuori delle convenzioni CONSIP o INTERCENRER, preliminarmente comunicate ad AGID, secondo le normative vigenti: E' stata attivata un'unica gara per il rinnovo delle licenze del certificato GeoTrust*.ausl.imola.b.it

E' stato, inoltre, affidato un servizio di Manutenzione di Sw , già acquistati negli anni precedenti, che vengono assegnati in esclusiva alla ditta aggiudicataria del Sw, sia per ragioni di natura tecnica, sia per la tutela dei diritti di esclusiva. Ove possibile, si cercato di fare procedura di affidamento di AVEC o di Area Metropolitana. Documentazione AGID in atti del Servizio.

Per l'introduzione di materiale informatico all'interno dell'azienda a qualsiasi titolo: donazione/comodato, si è tenuto conto dei parametri di convenienza economica proposta in fase di acquisto, del costo del contratto sulla nuova apparecchiatura in scadenza di garanzia, della complessità tecnologica dell'apparecchiatura e delle necessità di eseguire manutenzioni preventive periodiche.

Nel secondo semestre 2018, per gli acquisti in economia e nel rispetto delle procedure aziendali, per tutte le parti di ricambio sono state rispettate le medesime procedure e sono state acquisite parti originali o compatibili con garanzie di sicurezza, ove non disponibili quelle originali. Per evitare il ricorso alle spese in economie, nel 2018, nei nuovi contratti di Affidamenti di Manutenzioni per apparecchiature biomediche, sono state ricomprese anche le parti di ricambio.

INGEGNERIA CLINICA

In relazione alla procedura Aziendale "Gestione Acquisizione Apparecchiature Biomediche", del 31.12.2012, . nel corso del secondo semestre 2018, sono state attivate n. 3 gare per l'acquisizione di apparecchiature biomediche di bassa/media complessità tecnologica. Le gare sono state fatte nel rispetto del D.Lgs. n.163/2006 e succ. mod., delle linee guida ANAC e dei regolamenti aziendali, utilizzando i portali di acquisto elettronico COSIP e Regionale INTERCENTER ER.

In materia di affidamento di Manutenzioni per apparecchiature biomediche, nel 2018 sono stati affidati n. 3 contratti di manutenzione nel rispetto della procedura aziendale del 31.12.2014.

Le acquisizioni, sono corredate da una relazione tecnico-scientifica del Direttore dell'U.O. richiedente e dal parere di congruità della Direzione Sanitaria.

Per quanto riguarda la valutazione complessiva le richieste di "acquisto in esclusiva di apparecchiature biomediche", sono state n.2. Esse, sono state validate da apposita Commissione Aziendale Disp. Medici per la loro introduzione in azienda. Verifiche, con la medesima procedura, hanno riguardato anche le proposte di affidamento di manutenzioni per apparecchiature biomediche, acquisizione in economia di parti di ricambio delle apparecchiature biomediche e pareri tecnici sull'introduzione di nuove apparecchiature a titolo di donazione o comodato d'uso. Tutte le verbalizzazioni relative a questi procedimenti, sono conservate agli atti delle singole UU.OO.

Analoga procedura di verifica congruità, viene effettuata dall'U.O.C. Economato e logistica, sugli acquisti in esclusiva di farmaci, materiale sanitario e attrezzature sanitarie.

U.O. DIREZIONE INFERMIERISTICA AZIENDALE

Dalla Relazione 2018 , in atti, trasmessa dalla Direzione Infermieristica Aziendale, emerge una corretta attuazione delle azioni previste nella griglia/mappatura afferente, già verificata attraverso la reportistica trimestrale pervenuta al RPCT. In particolare:

Per quanto concerne le attività in affidamento esterno (servizi di ristorazione, di pulizia, lavanolo e presidi antidecubito) , sono stati predisposti, dal Servizio competente, controlli trimestrali attraverso il gruppo ARGO, finalizzati a verificare i livelli quali/quantitativi in relazione ai servizi resi (verbali in atti) e non sono emerse segnalazioni di difformità. Sono stati, altresì, realizzati i controlli mensili sulla produzione dei pasti rapportati al numero dei pazienti ricoverati, senza registrare alcun scostamento significativo. Le verbalizzazioni sono esigibili agli atti del Servizio.

Il Servizio ha assicurato la partecipazione a Commissioni per il reclutamento del personale, garantendo l'insussistenza di motivi di incompatibilità , (come da verbali in atti presso l'U.O. Risorse Umane). E' stata rispettata la rotazione dei componenti delle commissioni esaminatrici, in ottemperanza anche alla deliberazione aziendale n.20 del 30.1.2017. Stessa rotazione è stata assicurata in riferimento all'utilizzo del personale di supporto per l'esercizio dell'attività libero professionale dei Dirigenti medici.

Nel corso del 2018 è stata portata a regime la riduzione del numero di incontri con gli Informatori Scientifici di presidi e dispositivi medici nei diversi servizi aziendali, secondo le indicazioni e le modalità stabilite dal nuovo Regolamento aziendale unitamente alla riformulazione della mappatura nelle aree di intervento. I report sono corretti e agli atti del RPCT.

Art. comma 16 lett. d) legge n.190/2012

Azione realizzate nell'ambito dei Concorsi e selezione del personale e progressioni di carriera di cui all'art. 24 del D. lgs. N. 150/2009

U.O.C. SUMAP

Dalla Relazione relativa al 2018 pervenuta dal SUMAP (dettagliata in atti) si riassumono i dati più significativi: Preliminarmente, in ossequio al quanto previsto dagli artt. 6 e 13 del DPR n.62/2013 e all'art. 4 del Codice di Comportamento aziendale, previa predisposizione di apposita modulistica, sono a regime l'acquisizione delle informazioni finanziarie per i nuovi assunti n. 170 di cui n.58 dell'Area dirigenti e n. 16 collaboratori / consulenti.

Rispetto a n. 244 dichiarazioni ,agli atti, per nessuna di esse sono stati rilevati profili in contrasto con le norme vigenti. In soli n.3 casi si sono dichiarate partecipazioni azionarie irrilevanti ai fini della loro valutazione in materia di conflitto di interessi. Per quanto concerne i controlli su n. 13 dichiarazioni rese ed inerenti contratti individuali per prestazioni d'opera intellettuale la verifica conclusa per n. 5 liberi professionisti non ha rilevato il superamento del limite dei 240.000 euro dei compensi erogati dalle finanze pubbliche. Per altre dichiarazioni sono in corso le ulteriori verifiche. Relativamente al personale dipendente, tenuto conto anche di incarichi occasionali autorizzati ex art. 53, non risulta superato tale limite.

Si è proceduto all'Acquisizione delle informazioni finanziarie e conflitti di interesse per tutti i dirigenti già dipendenti al momento del conferimento/rinnovo degli incarichi dirigenziali o titolarità di cariche ex art. 15 D.lggs 33/2013, dal cui esito (n.29 contratti per il 2018) non sono emerse criticità.

Effettuato anche il controllo sul 100% delle dichiarazioni sostitutive di certificazioni rese al momento dell'assunzione o del conferimento di incarichi libero professionali e non sono state rilevate criticità.

Analoghe assenze di criticità riguardano le verifiche sulle procedure concorsuali.

Sono state rettificate alcune anomalie conseguenti alle verifiche sulle competenze economiche anche differite, (doc. in atti) e sono state disposte le modalità di recupero coattivo dei rimborsi/indennità liquidate al personale dipendente non avente diritto.

Per quanto riguarda la composizione della Commissione di sorteggio dei componenti dei concorsi pubblici, è stato rispettato l'obbligo di dichiarare l'inesistenza di cause di incompatibilità e di ricsuzione, di cui agli artt. 51 e 52 del c.p.c. e delle cause ostative di cui all'art. 35, comma 3 lett. e) del D. lgs. N. 165/2001, nonché l'inesistenza di condanne, compreso il segretario, anche con sentenza non passata in giudicato, per delitti contro la pubblica amministrazione, (Capo I, titolo II, libro II , c.p. artt. 314 e ss.

Queste procedure sono analoghe anche per i contratti a tempo determinato, mentre per i

rapporti di lavoro autonomo, è inserita apposita clausola di osservanza del Codice di Comportamento aziendale.

Per quanto concerne la corretta attribuzione dei benefici economici correlati alla rilevazione delle presenze /assenze, le verifiche , documentate in atti, non hanno riscontrato alcuna difformità circa il rispetto dei criteri di attribuzione previsti dai CC.NN.LL. dai regolamenti aziendali.

Anche per la corretta attribuzione dei benefici economici correlati alle missioni, la verifica a campione sul 10% dei dipendenti, non ha registrato alcuna difformità.

Ulteriori controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive (art. 71 DPR 445/2000), in materia di Assegno Nucleo familiare, hanno riguardato il 5 % sulle domande pervenute n.36 su n.245), con controlli incrociati con l'Agenzia delle entrate, dai quali sono emerse n. 4 dichiarazioni non conformi, con recupero delle somme indebitamente percepite pari ad euro 75,72.

In merito al criterio di rotazione delle risorse assegnate, si rimanda al progetto di riorganizzazione del SUMAP in fase di approvazione che, per il 2019, prevede una ineluttabile rotazione delle risorse riguardanti il personale dell'AUSL di Imola.

Si è confermato il rispetto dei tempi procedurali, (documenti dettaglio in atti), la sintesi complessiva evidenzia una sostanziale criticità nel rispetto dei termini previsti. In particolare, sono stati censiti n. 249 procedimenti di cui n.164 conclusi nei termini e per n.65 si è registrato uno sforamento che , comunque, non ha prodotto danni ai dipendenti.

Per quanto riguarda l'acquisizione delle dichiarazioni patrimoniali e reddituali dei dirigenti, per gli anni 2016/2017 (art.13 DPR 62/2013), e delle dichiarazioni di incompatibilità/confitto di interessi relative a tutto il personale dipendente, così come disposto dalla Legge Regionale n.9/2017 e dal Codice di Comportamento aziendale, tenuto conto dei processi di riorganizzazione del SUMAP, l'Azienda ha istituito apposito gruppo di lavoro , coordinato dal RPCT per la realizzazione dell'adempimento.

Al 31/12/2018 l'obiettivo risulta raggiunto anche in relazione alla percentuale prevista dalla Regione Emilia Romagna per le dichiarazioni di incompatibilità/confitto di interessi.

Azioni ed iniziative previste nell'ambito delle attività Ispettive

Nel 2018, il Servizio Ispettivo Metropolitan, di cui l'AUSL di Imola è parte integrante, ha effettuato attività ispettive di prevenzione e controllo, finalizzate all'accertamento dell'osservanza, da parte del personale con rapporto convenzionale sorteggiato, delle vigenti disposizioni in materia di incompatibilità, ai sensi dell'art. 4 comma 7 della legge n. 412 del 30.12.1991, nonché dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale del 29.7.2009, art. 17; dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Pediatri di Libera scelta del 29.7.2009, art. 17 e dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici Specialisti Ambulatoriali interni del 17.12.2005, art.25. La verifica si è svolta nella sede dall'Azienda il 25.5.2018 ed ha riguardato n.11 fascicoli personali, di cui n. 7 relativi all Comparto Area sanitaria profilo di collaboratore professionale sanitario-infermiere e n.4 relativi ai restanti profili del Comparto – Area sanitaria. Dalla verifica non è emersa alcuna criticità.

Incarichi extraistituzionali ex art: 53 d.lgs. n. 165/2001

Nel rispetto della Regolamentazione aziendale , approvata con deliberazione n. 34 del 31.3.2010 e successive integrazioni , nel corso del 2018, sono stati autorizzati, complessivamente, n. 118 incarichi per attività extraistituzionali, di cui n. 108 retribuiti e n. 10 a titolo gratuito, debitamente pubblicati e trasmessi alla PERLA – PA nei termini previsti. Le autorizzazioni sono state rilasciate tenuto conto dei criteri di incompatibilità con le attività istituzionali, di assenza di conflitti di interesse e di congruità economica. Sono pervenute, altresì, n.76 comunicazioni per incarichi non soggetti ad autorizzazione. Non sono pervenute segnalazioni sullo svolgimento di incarichi non autorizzati.

Incarichi di Patrocinio Legale

Con Deliberazione in data 4.2.2016 n.20, è stata approvato l'elenco degli avvocati penalisti cui attingere per il conferimento di incarichi di patrocinio penale in difesa di personale dipendente. Nel corso del 2018, come risulta dalla relazione degli AA.GG. in atti, nessun dipendente ha presentato richiesta di assistenza diretta.

Per quanto riguarda invece il conferimento di incarichi legali da parte dell'Azienda, nel corso del 2018 si è continuato ad utilizzare l'elenco approvato dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, in esito ad apposita procedura ad evidenza pubblica, esteso a questa Azienda con deliberazione n.33 del 14.2.2017.

Nel 2018, gli incarichi conferiti dall'Azienda, (nell'ambito del diritto amministrativo, civile e del lavoro-previdenza) hanno quindi riguardato gli avvocati iscritti in tale elenco, con le accezioni

derivate dalla necessità di confermare avvocati già precedentemente e formalmente coinvolti nelle fasi processuali delle vertenze di riferimento o di tenere conto del valore della vertenza.

Nell'ambito del citato elenco, i conferimenti avvengono, generalmente, secondo il criterio della rotazione o comunque della diversificazione degli incarichi. Il numero e la motivazione degli incarichi ed i nominativi dei professionisti sono contenuti nella citata relazione agli atti del RPCT.

Con delibera n. 164 del 3 agosto 2018, è stato approvato apposito avviso pubblico aziendale, pubblicato sul sito web dal 3 agosto al 2 ottobre. Ad oggi sono in fase di verifica le istanze pervenute.

Per quanto concerne il rispetto dei tempi procedurali, nel 2018 l'U.O. S.G.A.L. ha concluso n.110 procedimenti nel rispetto dei 30 gg. previsti.

Azioni, impulso, controllo e monitoraggio delle attività/processi a rischio corruzione nelle Aree Sanitario/Assistenziali dei vari Dipartimenti, così come individuate nel PTPC ed all'art. 15 del Codice di Comportamento (Aree a rischio specifiche)

DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE

Le azioni più significative adottate nel corso del 2018, previste dal PTPCT, hanno riguardato le seguenti attività:

Erogazione di prestazioni di assistenza protesica, limitatamente ai presidi ed ausili fuori gara:
Periodo 1.1.2018 -31.10.2018 n. 1.141 autorizzazioni.

Dalla Relazione, in atti, risulta che nel 2018 le autorizzazioni all'erogazione degli ausili, sono state rilasciate dopo la valutazione di ogni singola pratica che, a norma di legge, sono composte dalla prescrizione dello specialista e dal preventivo rilasciato dal fornitore scelto dall'utente. Si è proceduto alla verifica in relazione sia alla correttezza formale, sia all'appropriatezza clinica. Tale valutazione ha verificato la diagnosi certificata dalla Commissione di invalidità e gli ausili precedentemente rilasciati al paziente. Nel 2018 non si sono evidenziate contestazioni o irregolarità relative alla scelta dei fornitori da parte degli utenti.

Autorizzazione a prestazioni ambulatoriali e di ricovero presso strutture riabilitative ex art. 26 legge n. 833/78.

Nel 2018 è stato autorizzato n.1 ricovero in una struttura riabilitativa, previa valutazione della richiesta provvista dei requisiti di cui all'art. 26 della legge n. 833/78.

Graduatoria per gli incarichi provvisori e di sostituzione nel Servizio di Continuità Assistenziale.

Nel periodo dal 1.1.2018 – 31.10.2018, sono stati incaricati in totale n. 28 medici di cui : n. 16 medici con la graduatoria in vigore fino al 31.5.2018 , approvata con Determinazione del Direttore del Distretto n.377 del 22.5.2017, successivamente rettificata con determinazione del Direttore del Distretto n. 412 del 5.6.2017 a seguito della pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della RER n. 41 parte terza del 15.2.2017.. Sono stati incaricati, altresì, n. 18 medici con la graduatoria in vigore dal 1 giugno 2017, approvata con Determinazione del Direttore del Distretto n.377 del 25.2.2017, successivamente rettificata con ulteriore determinazione del Direttore del

Distretto n. 412 del 5.6.2017, conseguente alla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna n. 41, parte terza, del 15.2.2017; n. 12 medici con la graduatoria in vigore dal 1 giugno , approvata con determinazione del Direttore del Distretto n. 373 del 14.5.2018, a seguito della pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della RER n. 57 parte terza del 14.3.2018..

Le prestazioni i dei medici in graduatoria sono state tutte controllate. Per l'assegnazione degli incarichi i medici vengono interpellati sia telefonicamente che per iscritto, attraverso mail, in atti. Nel 2018 non ci sono state contestazioni né controversie in merito alla graduatoria e all'assegnazione degli incarichi.

Per quanto concerne il rispetto dei tempi procedurali , a tutto il 31.10.2018, risulta quanto segue:

- Certificazioni relative a servizi prestati da parte di personale convenzionato, n. 34 procedimenti, 31 dei quali rilasciati nel termine di 30 gg n. 3 con lieve ritardo per carenza documentale;
- Astensione dal lavoro per complicanze in gravidanza, n. 199 procedimenti di cui n. 191 rilasciati nel termine previsto di 7 gg. e n. 8 con lieve ritardo dovuto a periodi di festività o ferie;
- Autorizzazioni alla scelta in deroga del medico di MG e del Pediatra, n.123 procedimenti rilasciati nel termine previsto di 30 gg.;
- Autorizzazione per prestazioni sanitarie all'estero, n. 16 rilasciate nei termini previsti per la loro conclusione;

UOC ASSISTENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE

Dai Report inviati, agli atti del RPCT, si desume una congrua ed esaustiva realizzazione delle azioni previste dal PTPCT per l'anno 2018. In particolare , sono stati trasmessi i riepiloghi degli acquisti in economia di beni fino ad Euro 1000,00, per singolo prodotto o per aggregazioni di prodotti omogenei, come da Regolamento per l'acquisizione di beni, servizi e lavori, così come modificato dal D.Lgs. n. 56/2017. Non si riscontrano difformità .

Per quanto concerne il controllo sulle ricette estratte da filtro CUP, si desume una particolare ed efficace verifica sul numero di ricette, su quelle inviate in commissione provinciale al fine di ulteriori verifiche, su quelle da non rimborsare (sottoposto ad addebito diretto) o da regolarizzare ed. infine, su quelle risultate valide ai fini del rimborso SSN.

Ulteriori ed importanti Report, riguardano sia la verifica delle "Sponsorizzazioni" all'estero per prescrittori sia quello relativo ai nominativi dei dirigenti medici che hanno partecipato a titolo personale ad eventi sponsorizzati, con comparazione del trend 2018 vs pari periodo 2017. Entrambe le verifiche sono state finalizzate alle variazioni del consumo interno per U.O. di

afferenza del prescrittore sponsorizzato con l'individuazione dello scostamento/aumento del consumo del farmaco, posto in relazione alla partecipazione all'evento, così da consentire gli opportuni interventi di ponderazione dell'andamento dei consumi stessi ed intervenire laddove la discrasia è rilevante.

MONITORAGGIO RISPETTO DEI TEMPI PROCEDIMENTALI

Nel 2018, sono stati evasi n.2 procedimenti – parere in merito a chiusure straordinarie di Farmacia Esterna -, nei termini previsti di gg. 30 e n.1 parere in merito a trasferimenti di titolarità, nei termini previsti di gg. 60.

AREA OSPEDALIERA

Gestione liste di attesa

Nel corso del 2018, posta l'assoluta rilevanza di questa attività a rischio specifico, con caratteristiche di trasversalità afferente a tutte le UU.OO. e nell'intento di garantire all'utenza percorsi di accesso alle cure ed all'assistenza, obiettivi e tracciabili, sono state migliorate le azioni concrete, le procedure ed i monitoraggi, diversificate tra i vari Dipartimenti Clinico/Assistenziali dell'Azienda, i cui dettagli circa le modalità ed il rispetto dei tempi, sono rappresentate nelle relazioni dei Direttori delle UU.OO. in atti.

Tuttavia, l'attività più significativa posta in essere nel 2018, è stata il consolidamento della procedura (software Lat) cioè la "Gestione del Registro informatizzato Prenotazione Ricoveri Chirurgia", sulla base delle indicazioni della deliberazione RER n.272 del 13.3.2017, avente per oggetto "Riduzione delle liste di attesa per i ricoveri chirurgici programmati". Tale consolidamento ha avuto come obiettivo quello di prevenire qualsiasi interferenza nella gestione delle liste di attesa a seguito di proposta di intervento chirurgico in regime ordinario, day surgery, ambulatoriale, per il trattamento delle patologie di competenza delle varie articolazioni ed UU.OO., fatte salve le patologie oncologiche, per le quali è previsto un tempo di attesa massimo per intervento chirurgico pari a 30 gg. dalla data di prenotazione.

Inoltre, nel 2018, si caratterizza per il continuo miglioramento dell'appropriatezza nell'indicazione delle classi di priorità per i casi a provenienza istituzionale vs casi a provenienza L.P.. Si osserva, infatti, come i casi trattati a provenienza da visita LP, siano numericamente inferiori rispetto ai casi da provenienza istituzionale, anche in relazione al confronto con i tempi di attesa.

Sono stati definiti specifici indicatori metodologici cui attenersi e una reportistica semestrale sulla corretta applicazione della procedura. In tal senso.

Il referente unico aziendale per il coordinamento delle attività inerenti la gestione delle liste di attesa, ha documentato il rispetto di questi criteri con l'invio dei dati statistici, agli atti del RPCT.

RISPETTO DEI TEMPI PROCEDIMENTALI

Nel periodo 1.1.2018 31.10.2018, sono stati conclusi n. 5 procedimenti nei termini dei previsti 30 gg.

Rapporti con gli informatori scientifici del farmaco

Nel 2018, in ogni Dipartimento Clinico/Assistenziale, si è consolidata la regolamentazione adottata sulla base della delibera regionale n.2309/2016. In tal senso, si sono razionalizzate la tracciabilità e trasparenza dei rapporti con gli informatori scientifici del farmaco, al fine di prevenire condotte che potrebbero a favorire aziende farmaceutiche rispetto ad altre. Nello specifico, si sono predisposti registri nei quali sono annotati: giornate di ricevimento, fasce orarie, nominativi dei dirigenti medici e numero di incontri con gli informatori, non superiori a 5 su base annua, modalità di riconoscimento dell'informatore scientifico, registrazione delle attività di presentazione e di informazione sul farmaco, individuazione di locali dedicati agli incontri, posti al di fuori delle aree nelle quali viene svolta l'attività assistenziale. Tutti i Direttori/Referenti dei Dipartimenti hanno regolarmente raccolto i dati delle UU.OO. afferenti e trasmesso i Report semestrali al RPCT, comprensivi di tutti i dati sopra citati oltre a tenere ai propri atti, quindi esigibile, la relativa documentazione.

Ulteriori controlli sono stati effettuati dalla Direzione Infermieristica aziendale, con adeguata ricognizione sui settori dove è svolta l'attività di informazione scientifica su dispositivi e presidi per l'assistenza, fornendo ai Coordinatori delle UU.OO., precise indicazioni sugli accessi degli informatori, la loro registrazione e la trasmissione dati alla Direzione.

Sperimentazioni Cliniche

Nel corso del 2018, si è consolidata l'applicazione della nuova procedura in materia, per rendere ancora più trasparente e tracciabile l'attività delle UU.OO. e degli Sperimentatori autorizzati, con gli obiettivi di rafforzare la collaborazione con il CE (Comitato Etico Area Metropolitana), uniformare i comportamenti dei professionisti dell'Azienda e garantire il rispetto delle diverse fasi previste nel percorso autorizzativo in relazione a:

- Studi con farmaco
- Studi con dispositivi medici
- Trattamenti non farmacologici

La procedura, oltre che agli Studi Osservazionali condotti con il coinvolgimento delle UU.OO. dell'Azienda AUSL di Imola, è stata applicata anche per gli Studi effettuati in collaborazione con le Università di Bologna, Roma ed Istituti di Ricerca Scientifica. La nuova procedura prevede, come da indicazioni previste dal PNA per quanto attiene alle spese da sostenersi, (costi diretti della sperimentazione), l'accantonamento di una somma pari almeno al 10% di quelle introitate e dell'utilizzo degli eventuali utili derivanti dalle sponsorizzazioni in via esclusiva da parte

dell'azienda, senza alcun riparto per gli sperimentatori.

Attività gestione necrofori

Dalla relazione 2018, in atti, le attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero sono state monitorate dal Servizio preposto presso l'U.O. Direzione Infermieristica Aziendale, nel rispetto delle procedure in essere, sia rafforzando gli strumenti di controllo nei confronti degli operatori coinvolti (interni ed esterni), in ordine alla correttezza, legalità ed eticità nella gestione del servizio.

Nel 2018, anche in relazione a specifiche direttive della RER in materia, sono state effettuate n.15 sopralluoghi di ispezione presso la Camera Mortuaria, che non hanno rilevato nulla di anomalo..

Si è rinforzato il rapporto comunicativo con i reparti, in relazione al costante turn-over del personale. Tale attività è stata finalizzata alla verifica del corretto comportamento degli operatori sulle disposizioni relative alle informazioni sulle imprese funebri e in ordine all'obbligo deontologico di mantenere la riservatezza su episodi di decesso di pazienti in reparto.

Al fine di dare piena attuazione alle disposizioni regionali (Det. 175158/2018) sulla "Vestizione dei defunti", sono in corso adeguamenti strutturali e organizzativi ,per Imola e C.S.P., pianificati in concerto con la Direzione Sanitaria, la Direzione Medica del Presidio, l'U.O. Servizio Tecnico e Patrimonio e il RPCT.

Si è , inoltre, proceduto al monitoraggio tra numero di decessi complessivi nel periodo considerato in rapporto al numero di funerali effettuati dalle imprese , confrontati con l'anno precedente;

- numero di funerali effettuati dalle imprese rapportato al numero delle salme ritirate dai singoli operatori della camera mortuaria;
- ispezioni estemporanee dei responsabili della Direzione Infermieristica presso la Camera Mortuaria, con relazioni in atti;
- rinforzo comunicativo ai reparti, concordato con i coordinatori delle UU.OO., per verificare se gli operatori si attengono all'obbligo deontologico e al Codice di Comportamento aziendale per la riservatezza su episodi di decesso in reparto;
- gestione delle segnalazioni circa la procedura per il trasferimento del defunto presso la camera mortuaria e il comportamento degli operatori delle imprese funebri;
- controlli sugli operatori circa i tempi di impiego e la lunghezza del percorso, nella fase di trasporto delle salme dagli stabilimenti di Imola e C.S.P. alla camera mortuaria di Imola;
- verifica di insussistenza di motivi di incompatibilità per gli operatori del servizio.
- Le tabelle riepilogative, sono agli atti.

Dalla relazione della Direzione Infermieristica aziendale in atti, non sono emerse anomalie o comportamenti riconducibili a fenomeni corruttivi.

Rapporti contrattuali e controlli sull'attività specialistica svolta presso i centri privati accreditati

I controlli sulle documentazioni contabili prodotte dai Centri privati accreditati, in relazione alle prestazioni di specialistica ambulatoriale fruite dai cittadini dell'Azienda USL, hanno riguardato la totalità delle prestazioni effettuate e vengono svolti con regolarità, secondo le modalità previste dalla RER, alla quale vengono inviati i relativi report, (agli atti del Servizio). Sono, altresì, agli atti dell'U.O. competente, le contestazioni inviate ai vari Centri, in esito alle attività di controllo effettuate, di prassi, prima di procedere alla liquidazione delle fatture.

Nel 2018 è stata consolidata l'operatività della procedura PAC relativa a tale specifico ambito di attività, nel rispetto delle linee di indirizzo regionali. La procedura è pubblicata su Docweb.

Azioni e controllo sulle autocertificazioni relative all'esenzione da reddito o alla fascia reddituale di appartenenza e alle autocertificazioni relative allo status di disoccupazione

Le azioni poste in essere nel 2018, in ottemperanza anche alla Circolare regionale n.6/2012, hanno riguardato le posizioni per le quali si è rilevata una non conformità rispetto ai dati inerenti le condizioni reddituali degli assistiti, messi a disposizione dal MEF.

In tal senso, l'USL di Imola, nel mese di luglio 2016, ha sostituito il software aziendale di gestione dell'Anagrafe Sanitaria con quello unico regionale A.R.A. ed è in corso il passaggio dal vecchio software di Recupero Crediti con il gestionale di CUP 2000, che supporta le Reti Uniche di incasso. Le necessarie integrazioni informatiche tra questi due nuovi software, per estrarre ed elaborare i dati, unitamente all'impegno dedicato all'applicazione delle sanzioni Malus (L.R. n. 2/16), hanno comportato un rallentamento nelle procedure di controllo delle autocertificazioni delle esenzioni e fasce di reddito.

Per le autocertificazioni relative all'anno 2016, sono stati individuati i codici fiscali da avviare al controllo, mentre la quantificazione delle prestazioni e relativi importi si è resa disponibile da novembre, per avviare l'attività di recupero.

Nel 2018, è proseguita regolarmente l'attività di controllo a campione in collaborazione con la Guardia di Finanza di Imola. Sono proseguiti, altresì, i controlli tramite accesso al Portale del Centro per l'Impiego, delle posizioni lavorative di tutte le autocertificazioni delle esenzioni E02 ed E99 presentate agli sportelli dell'Anagrafe Sanitaria.

Azioni e controlli sull'attività libero professionale intramuraria

Nel 2018 sono stati effettuati, con periodicità mensile, i seguenti controlli sull'attività libero-professionale:

controlli sul LP ambulatoriale individuale:

i controlli hanno riguardato sia i dirigenti medici che il personale di supporto attraverso metodologie informatizzate dall'UO TIR che, previa verifica, invia all'Ufficio Libera Professione le anomalie rilevate per opportuni approfondimenti;

- Controlli sulla LP in regime di ricovero:

controlli sono stati effettuati dall'Ufficio Libera Professione confrontando le dichiarazioni pervenute per ogni singolo intervento con i cartellini orari degli operatori coinvolti;

- Controlli sulla LP ambulatoriale effettuata presso strutture private non accreditate (convenzioni per prestazioni occasionali):

i controlli sono stati effettuati dall'Ufficio Libera Professione attraverso il confronto degli orari di prenotazione delle prestazioni su CUP web-alp con i cartellini orari dei professionisti coinvolti;

- Controllo sull'attività di consulenza effettuata in relazione a convenzioni attive (es . INAIL di Vigorso) :

i controlli sono effettuati dall'Ufficio Libero Professione confrontando gli orari di attività comunicati dalla struttura a favore della quale viene fatta l'attività con i relativi cartellini orari del professionista intervenuto

Per ogni tipologia di attività i controlli hanno riguardato vari aspetti:

- 1) Verifica che l'attività libero professionale non sia stata effettuata in una delle situazione elencata all'art.11 lett.g) del regolamento aziendale in materia di libera professione (es malattia, infortunio etc);
- 2) Verifica che non ci siano state sovrapposizioni tra l'orario delle prestazioni LP e le marcature effettuate dal professionista in orario istituzionale (marcatura con cod.1 (reperibilità), cod.3 (aggiornamento interno), cod.5 (attività aggiuntiva), cod.6 (missione extra azienda in ambito metropolitano)
- 3) Verifica che nell'orario di erogazione delle prestazioni LPil professionista sia marcato Libera professione (cod.2).

Per le anomalie rilevate, si è proceduto a tutte le verifiche del caso: controllo presso CUP, verifica su dichiarazione del personale di supporto, richiesta di chiarimenti al professionista.

In un caso si è accertato lo svolgimento dell'attività LP durante il periodo di ferie aggiuntive per rischio radiologico ed esposizione ai raggi anestetici e, pertanto, a seguito di opportuna comunicazione al professionista, si è provveduto a trattenere il compenso, come previsto dal regolamento aziendale.

Nei confronti del professionista, verificata l'assenza di precedenti e la possibile errata interpretazione del regolamento, non si è ritenuto di assumere ulteriori provvedimenti.

Per i casi accertati di mancata marcatura dell'attività LP con apposita causale oraria rilevati, si è proceduto ad inviare una mail a tutti i professionisti indicando gli errori di marcatura e richiedendo loro la sollecita regolarizzazione effettuata, generalmente con tempestività.

Rispetto al 2017 nel corso del 2018 si è rilevata una minore incidenza di casi.

Alla relazione sono state allegare le diverse procedure utilizzate per tutte le tipologie di controllo.

Si è allegato, altresì, il verbale del 24/5/2018 relativo alla seduta dell'Osservatorio Permanente in tema di libera professione intramuraria.

I controlli effettuati relativamente ai volumi di attività effettuati in regime di attività libero professionale rispetto a quelli in attività istituzionale, sia nell'ambito delle prestazioni ambulatoriali di specialistica ambulatoriale, sia nell'ambito dell'attività di ricovero per intervento chirurgico, non hanno rilevato criticità rispetto alle percentuali di legge.

Controlli relativi all'attività di corresponsione di rimborsi, sussidi, contributi, ausili finanziari.

In merito alla corresponsione dei rimborsi relativi alle spese di viaggio sostenuti da pazienti per fruire di prestazioni sanitarie, rimborsi, indennizzi e sussidi, i controlli sono stati effettuati nel rispetto delle linee di indirizzo regionali e della normativa di riferimento. Non si sono riscontrate anomalie per le procedure effettuate.

Infine, per la valutazione dei rischi, anche nel 2018, ci si è attenuti agli indicatori di cui alla tabella di valutazione del rischio n.5, allegata al PNA e quantificate nella griglia della mappatura. Tuttavia, per la valutazione complessiva aritmetica del congruo rischio di ogni singola attività/processo mappata, è stato necessario riverificare l'asserito impatto all'interno dell'organizzazione, attraverso le azioni concrete realizzate dai Direttori/Referenti col supporto metodologico fornito loro dal Responsabile Anticorruzione e Trasparenza, e rappresentate nelle relazioni annuali acquisite dal medesimo agli atti del Servizio, che costituiscono un riscontro sull'efficacia dell'attività di prevenzione, impulso, monitoraggio e controllo dei fenomeni potenzialmente corruttivi.

Pertanto, l'insieme delle azioni svolte nel 2018, costituiscono un utile indicatore endogeno per la conferma del congruo livello del rischio per la singola attività /processo individuato nel presente Piano.

RISPETTO DEI TEMPI PROCEDIMENTALI

Nel 2018, si è concluso n. 1 procedimento relativo all'erogazione indennità di residenza alle Farmacia Rurali, nei termini previsti di gg. 60;

Erogazione rimborsi per il Parto in ambiente extraospedaliero (L.R. n. 26/1998): n. 9 procedimenti evasi nei termini previsti per la loro conclusione , gg. 60;

Erogazione contributi economici per le cure climatiche Invalidi di guerra e per Servizio: n.9 procedimenti evasi nei termini previsti di gg.90;

Erogazione sostegni all'attività riabilitativa ISRA e contributi economici in favore di assistiti dal Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze patologiche.

Nel periodo 1/1/2018 – 30/11/2018 sono stati conclusi n.10 procedimenti nei termini previsti per la loro conclusione di gg.30

UPD Violazioni e sanzioni accertate nel 2018

Nel 2018, come rappresentato ai punti n. 12 e seguenti della Relazione inoltrata all'ANAC, sono state accertate n.2 violazioni al Codice di comportamento aziendale cui sono seguiti n.2 procedimenti disciplinari riguardanti dipendenti dell'Area del Comparto, a seguito delle quali si sono fatti rimproveri verbali. Nel 2018, non sono stati avviati procedimenti disciplinari per fatti penalmente rilevanti.

SERVIZIO STAFF FORMAZIONE AZIENDALE

Come previsto dal PTPCT, lo Staff Formazione, , a partire dal 1 febbraio 2018, ha pubblicato sulla INTRANET aziendale, un Albo docenti ed un Albo Tutor predisposti sulla base del nuovo “Regolamento delle modalità di selezione e valutazione dei fornitori di prestazioni didattiche e tutoriali e creazione di un Albo docenti ed un Albo Tutor” (Deliberazione n. 181/2017). A partire da tale data , i suddetti Albi, sono stati utilizzati dai Responsabili degli eventi per individuare i professionisti da incaricare per l’attività didattica nell’ambito della formazione organizzata dall’AUSL.

Inoltre, come definito dalla medesima deliberazione n.181/2017, è stato predisposto un apposito avviso per l’aggiornamento semestrale dei suddetti Albi (Prot. 20360 del 22.6.2018), attraverso la presentazione (dal 9 al 23 luglio) di ulteriori domande da parte dei professionisti non inclusi nei due Albi precedentemente pubblicati. I nuovi Albi docenti e tutor, aggiornati con le ulteriori disponibilità ad incarichi di docenza/tutoraggio presentate nel mese di Luglio, sono stati pubblicati sulla INTRANET aziendale nel mese di settembre 2018 e successivamente utilizzati. Nel primo semestre 2018, così come previsto dalla deliberazione n.181/2017, è stata richiesta all’UOC Economato e Logistica, l’attivazione di due procedure per l’individuazione di Società alle quali affidare la progettazione e la realizzazione di eventi formativi interni, in quanto, il costo previsto, superava Euro 1000,00, mentre nel secondo semestre, è stata richiesta l’attivazione di ulteriori due procedure per l’attivazione di un evento. Ulteriore richiesta è stata fatta per la fornitura di attività didattica in un evento formativo interno per un importo inferiore ai 1000,00 Euro.

Partecipazione ad eventi formativi con sponsorizzazioni di Ditte Farmaceutiche

Nel corso del 2018 si è proseguito con le azioni già avviate per garantire trasparenza e tracciabilità dei contributi di sponsorizzazione da parte di privati per la formazione dei dipendenti, nel rispetto della procedura “partecipazione ad iniziative di aggiornamento esterno organizzate, promosse o finanziate dalle Aziende Farmaceutico/privati”, inserita nel “Regolamento per la partecipazione del personale dipendente ad iniziative di aggiornamento professionale e di formazione continua”, approvato con deliberazione n.179/2017. E’ stata tenuta idonea registrazione sulle autorizzazioni rilasciate ai dipendenti a partecipare ad eventi formativi finanziati da Aziende Farmaceutico/privati e la reportistica è regolarmente stata inoltrata al Servizio Assistenza Farmaceutica ed al RPCT.

Per quanto concerne il monitoraggio del corretto invio della modulistica, richiesta dalla procedura aziendale per la partecipazione ad eventi con sponsorizzazioni, è stato segnalato che nel secondo semestre, sono state restituite per la regolarizzazione n. 5 domande su n.23 richieste

della medesima tipologia. Su altre n.23 comunicazioni di interesse a partecipare ad eventi formativi, n.20 non hanno rispettato i tempi richiesti dalla procedura aziendale in quanto sono state inoltrate oltre il termine di 30 gg.

Relativamente alla non conformità delle domande, è stato segnalato che nel periodo dal 1.1 al 23.11.2018, sono state restituite n.12 su n.72 richieste della medesima tipologia, in quanto mancanti dei requisiti formali .

Per quanto concerne il rispetto dei tempi procedurali, dai report pervenuti, non risultano richieste di accesso ex L. 241/90.

Per le certificazioni relative alla partecipazione/docenze/tutoraggio in corsi di aggiornamento organizzati dall'Azienda richieste da privati, non è stato possibile rispettare il termine di 90 gg., in quanto il nuovo applicativo informatico regionale GRU, non consente, al momento, l'implementazione del dato e dei format delle attestazioni di 90 gg. L'apposito Gruppo Regionale, cui partecipa anche l'U.O. Tecnologie Informatiche di Rete, si propone la soluzione di questo inconveniente nel corso del 2019. Sono stati rispettati i termini per due certificazioni a privati, docenti esperti nei Corsi di Laurea di UNIBO, sezioni distaccate presso l'Azienda USL di Imola.

MAPPATURA DELLE ATTIVITA' A PIU' ELEVATO RISCHIO di CORRUZIONE AZIENDALE E VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO PER ATTIVITA'/PROCESSO.

Alla luce degli obiettivi strategici tracciati dagli Organi di indirizzo e dei riscontri effettuati nel 2018 in materia di gestione del rischio, impatto, azione sull'organizzazione aziendale, nonché in riferimento alle disposizioni ANAC di cui alla Determinazione n.12 del 28.10.2015, Deliberazioni n.831 del 3.8.2016, n. 1.208 del 22 novembre 2017 e n. 1.074 del 21 novembre 2018, , con il presente Piano si vuole procedere ad una ulteriore verifica della congruità ed esaustività delle attività/processi oggetto della mappatura. Così anche della congruità dei tempi di monitoraggio e di trasmissione degli esiti al responsabile anticorruzione e una più estesa verifica a campione. Tutto ciò finalizzato ad una più completa valutazione del rischio, dell'impatto economico, organizzativo e reputazionale, così come declinati nel PNA e nelle citate Deliberazioni.

Pertanto, per la condivisione della mappatura del rischio e delle conseguenti azioni da realizzarsi nel 2019, si è tenuto conto degli obiettivi strategico-gestionali aziendali definiti dalla Direzione Generale.

Più concretamente, si sono ulteriormente dettagliate le aree di attività a rischio di corruzione obbligatorie, denominate "Aree generali", in relazione a quanto previsto dall' art. 1 commi 4 e 9 lett. "a" ed al già citato comma 16 legge 190/2012, della deliberazioni ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015, n.831 del 3 agosto 2016, n.1.208 del 22. Novembre 2017 e n. 1.074 del 21 novembre 2018. Si sono, altresì, meglio definiti i controlli e le verifiche in :

- 1) Materie oggetto di incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi; (art. 53 D.lgs. 165/2001 modificato dai commi 42 e 43;
- 2) Materie oggetto di codice di comportamento dei dipendenti dell'Azienda; (art. 54 D.lgs. 165/2001 cfr. comma .44);
- 3) Trasparenza (art.11 legge 150/2009), con relativi obblighi di pubblicazione dei dati, così come meglio declinati nella Sezione Trasparenza.
- 4) Materie oggetto di informazioni rilevanti con le relative modalità di pubblicazione individuate ai sensi del comma 32 dell'art. 1 della l. 190/2012;

Pertanto, in relazione a questi criteri generali , per ogni Area organizzativa e/o UUOO dell'azienda afferente sia alle aree generali che in quelle di rischio specifiche, sono state ritenute ad elevato rischio di corruzione tutte le attività/processi di seguito riportati e meglio definiti organicamente nelle tabelle che seguono. Per quanto riguarda le "Aree a rischio generale":

- 1) Autorizzazioni;
- 2) Pareri vincolanti, controlli, verifiche, certificazioni, ispezioni e sanzioni;

- 3) Concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi finanziari;
- 4) Scelta del contraente per l'affidamento di lavori, fornitura e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui ai D.lgs. 12.4.2006, n. 163, n.50 del 18.4.2016 e n.56/2017 ;
- 5) Concorsi e prove selettive per l'assunzione di personale e per la progressione in carriera;
- 6) Procedure conferimento incarichi Affari legali e contenzioso;
- 7) Gestione delle entrate e delle spese e del patrimonio (certificazione PAC);

Si è proceduto, inoltre, in ragione della specifica natura sanitaria dell'Azienda, ad individuare le attività ritenute più a rischio di fenomeni corruttivi nell'ambito delle Articolazioni Tecniche ed UU.OO. Clinico/Assistenziali, denominate "Aree di rischio specifiche":

- 1) Gestione delle liste di attesa;
- 2) Rapporti con gli informatori scientifici del farmaco;
- 3) Sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- 4) Esercizio dell'attività libero professionale intramuraria;
- 5) Controllo e verifica sulle autocertificazioni relative all'esenzione dal pagamento del ticket;
- 6) Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.
- 7) Attività inerenti il controllo preventivo delle richieste e la successiva autorizzazione nelle materie di acquisto in esclusiva di apparecchiature biomediche e dispositivi assistenziali.
- 8) Rapporti contrattuali con privati accreditati.
- 9) Attività dei necrofori.

Nelle griglie della mappatura delle aree a rischio, si è prevista apposita colonna relativa ai monitoraggi che riguardano le attività assistenziali in relazione alla corretta gestione delle liste di attesa.

Si sono pertanto accentrati gli obblighi di verifica/monitoraggio e controllo a "campione" sulle attività/processi mappati, in capo ai Direttori/Referenti, eliminando duplicazioni di attività per le azioni di contrasto relative alle diverse UUOO, nell'intento di evitare controlli autoreferenziali soprattutto nelle attività Clinico/Assistenziali.

Per queste ultime, si è prevista una specifica azione di monitoraggio relativa ai protocolli operativi in materia di informazione scientifica sul farmaco, sulla base degli indirizzi e direttive approvate dalla regione con DGR n.2.309/2016 e dal citato nuovo Regolamento aziendale in materia. Mentre, sempre in base alle medesime disposizioni regionali in materia di sponsorizzazione di eventi formativi da parte delle Case Farmaceutiche, è stata prevista una verifica di legittimità delle autorizzazioni alla partecipazione dei dirigenti medici agli eventi da parte del RPCT, sulla base di una corretta applicazione della specifica procedura autorizzatoria approvata nel corso del 2017.

Tuttavia, alla luce dei positivi riscontri e dei risultati dei monitoraggi effettuati negli anni progressi, della completezza della reportistica e del consolidato rapporto con i Direttori/Referenti, con il presente Piano, si sono rideterminati i periodi di riferimento ed i termini per l'inoltro della reportistica al RPCT.

In sostanza, fermo restante il continuo monitoraggio, si è ritenuto congruo computare in mesi sei il lasso di tempo necessario, fissando al 30 giugno e al 30 novembre, unitamente alla relazione annuale, i termini per l'inoltro dei report sulle azioni e le verifiche svolte al RPCT. Ciò anche per omogeneizzare la tempistica per l'inoltro della reportistica con quella prevista per i riscontri sugli incontri con gli informatori scientifici del farmaco e, tenuto conto, anche dei carichi di lavoro dei Servizi delle aree a rischio coinvolte.

In applicazione del nuovo Regolamento aziendale per l'acquisizione di beni, servizi e lavori, si sono modificate le griglie-mappatura e le relative azioni preventive, delle UU.OO. coinvolte, aumentando la soglia ad Euro 40.000,00.

Inoltre, in sede di "Tavolo regionale trasparenza e anticorruzione", in data 6 dicembre 2018, si sono validati i documenti predisposti dal gruppo di lavoro costituito sul tema "mappatura dei percorsi degli acquisti di beni e servizi" con specifico riferimento ai percorsi che vedono una interazione diretta tra Intercenter – ER e Aziende Sanitarie. Si è pertanto deciso di inserire, nel Piano triennale 2019-2021, la relativa nuova mappatura dei percorsi di acquisto di beni e servizi facenti capo ad Intercenter – ER.

In particolare, questa NUOVA azione preventiva, trova fondamento nel progressivo consolidamento delle analisi e delle conseguenti misure in materia di prevenzione della corruzione in Regione Emilia-Romagna e presso le Aziende sanitarie, che si è caratterizzato negli ultimi anni per una serie di iniziative generali e specifiche, che hanno prodotto un miglior livello di coordinamento tra tali enti, anche in attuazione di quanto previsto dai Piani Nazionali Anticorruzione. Questa ulteriore azione preventiva, vuole costituire un punto di riferimento comune e condiviso per i processi di acquisto, che vedono una interazione diretta tra Intercenter-ER e Aziende sanitarie. Infatti, in tal senso, sono già attivi consolidati percorsi di acquisto con modalità centralizzate, sulla base della pluriennale esperienza di collaborazione tra le Aziende di Aree Vaste ed Intercenter-ER.

Pertanto, su tale base, nella mappatura che segue, sono state inserite una serie di misure aventi carattere generale ed altre misure specifiche, legate alle diverse fasi del processo di acquisto, assumendo quale riferimento principale quanto previsto nel capitolo "Area di rischio contratti pubblici" del PNA 2015 (Determinazione ANAC n.12/15).

U.O.C. Attività di Supporto Servizi Ospedalieri e Territoriali

Direttore/Referente del RPCT dr. INFELISE LUIGI

Aree Organizzative	Attività/processo A rischio Corruzione	Azioni/interventi per la riduzione del rischio	Individuazione dei dipendenti e/o responsabili del procedimento destinati a operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, da inserire nei programmi di formazione	Previsione di mobilità del personale esposto nei servizi a rischio corruzione nei prossimi 5 anni	Obblighi dei dirigenti competenti nei confronti del responsabile del piano di prevenzione di informazioni, su base annuale	Obbligo monitoraggio
ASSOT - Area Servizi Territoriali	Erogazione rimborsi economici dei viaggi a pazienti che effettuano terapia salvavita: es. dialisi, radioterapia, pazienti in adi, sussidi, contributi, ausili finanziari adulti aventi diritto (Circ.Reg.n.258003/2008; DGER n.106/1986; Note RER n.12 del 4/1/1999 e n.28243 del 7/7/1999; Delibera Ausl di Imola n.128 del 16/9/2013)	La corresponsione del rimborso deve avvenire nel rispetto dell' apposito Regolamento Aziendale che elimina ogni ambito di discrezionalità al personale amministrativo. L'attività del Dirigente è finalizzato alla verifica sulla puntuale osservanza del regolamento da parte degli operatori che istruiscono i rimborsi.	Dal Pozzo Gloria , Luigi Infelise	In relazione all'andamento delle verifiche rispetto alla adesione al regolamento aziendale l'UO valuterà l'opportunità di una rotazione dei collaboratori impegnati su tale attività.	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report semestrale sul numero di erogazioni.
Valutazione del rischio = 2						

ASSOT - Area Servizi Territoriali	Attività di cassa e maneggio di danaro	Verifiche sulle modalità dei pagamenti, effettuata ormai con sistemi elettronici (POS , Riscuotitrici automatiche , Pagamento online) oppure delegata per quanto riguarda il ticket alle farmacie che effettuano la prenotazione. Verifica del progetti regionali di informatizzazione che prevedono un ampliamento della modalità online sia di prenotazione che di pagamento di ticket che di tariffe I.p..Verifiche su procedure aziendali che garantiscono l'osservanza di procedure di controllo come da D.L. 231 e sul Il Software di gestione delle casse che garantisce un buon livello di controllo . intensificazione dei controlli periodici già effettuati dal Collegio Sindacale sulle casse.	Infelise Luigi , Cristiani Maria Cristina e tutti gli operatori aziendali individuati con apposito atto come operatori di sportello unico aventi funzioni collegate al maneggio di danaro .	Il personale che maneggia danaro attualmente ruota frequentemente sulle varie sedi erogatrici del servizio cassa pur avendo una sede prevalente di attività. La chiusura di cassa ad ogni fine turno di attività ed il frequente subentro di altro operatore nel successivo turno di servizio costituiscono già un buon livello di rotazione L'opportunità di adottare ulteriori misure è da valutare attentamente , non risulta peraltro facile l'interscambio personale di front office formato ad hoc con personale operante presso uffici interni	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	
Valutazione del rischio = 1						

ASSOT - Area Servizi territoriali	Convenzioni con Strutture Private Accreditate per acquisto prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale	Controllo dell'attività specialistica effettuata presso i centri accreditati e definire una procedura aziendale ad hoc per i controlli che metta in evidenza tutti gli ambiti di controllo e, nel caso il controllo sia effettuato su base campio-naria, ne definisca l'entità e la modalità di estrazione del campione. Approfondimenti di livello regionale per la stesura di procedure univoche nelle varie aziende.	Infelise Luigi, Montanari Rita; Fattore Roberto	La opportunità di rotazione del personale dedicato a tale attività sarà valutata dopo la redazione della procedura anche in relazione ai reali ambiti di discrezionalità esistenti in capo agli operatori e dagli esiti delle verifiche/controlli circa il rispetto delle procedure definite.	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report semestrale sui controlli effettuati
Valutazione del rischio = 2						
ASSOT - Area Servizi territoriali	Autocertificazioni esenzioni ticket status di disoccupazione	Azione di verifica e controllo in ottemperanza alla normativa vigente	Infelise Luigi, Cristina Cristiani e tutti gli operatori aziendali secondo funzionigramma	La opportunità di rotazione del personale dedicato a tale attività sarà valutata dopo la redazione della procedura anche in relazione ai reali ambiti di discrezionalità esistenti in capo agli operatori e dagli esiti delle verifiche/controlli circa il rispetto delle procedure definite.	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report semestrale sul numero di controlli effettuati.
Valutazione del rischio = 2						

Direttore DAT	Esercizio attività libera professione , prevenzione controllo monitoraggio	Corretta applicazione normativa regolamentare aziendale per il rilascio autorizzazioni . fattivo funzionamento osservatorio aziendale permanente per verifica attività libero professione (Delibera n.108/2014)	Donattini M.Teresa Fontana Alba Musconi Carla	La opportunità di rotazione del personale dedicato a tale attività sarà valutata dopo la redazione della procedura anche in relazione ai reali ambiti di discrezionalità esistenti in capo agli operatori e dagli esiti delle verifiche/controlli circa il rispetto delle procedure definite.	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report semestrale sul numero di controlli effettuati
Valutazione del rischio = 2						
Direttore DAT	attività amministrativa libera professione	Controlli a valenza amministrativa; le misure adottate nell'UO sono: Estensione graduale del numero di procedure scritte; Rotazione e intercambiabilità dei compiti; Doppio livello di controllo interno (controlli sulla congruità dei tempi di effettuazione della attività LP; controllo sulla corrispondenza tra attività esercitata ed onorari erogati). I controlli vengono effettuati unitamente a quelli in capo al responsabile della libera professione aziendale e della Direzione medica di Presidio.	Donattini M.Teresa Nonni Stefania Conti Ornella Fontana Alba Musconi Carla	Considerata la specificità dell'attività e la competenza del personale addetto non è prevista la rotazione.	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report semestrale sul numero di controlli effettuati
Valutazione del rischio: 2						

DAT – U.O.C. CONTABILITÀ E FINANZA

Direttore/ Referente del RPCT dr.Gianni Gambi

Aree Organizzative	Attività/processo a rischio Corruzione	Azioni/interventi per la riduzione del rischio	Individuazione dei dipendenti e/o responsabili del procedimento destinati a operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, da inserire nei programmi di formazione	Previsione di mobilità del personale esposto nei servizi a rischio corruzione nei prossimi 5 anni	Obblighi dei dirigenti competenti nei confronti del responsabile del piano di prevenzione di informazioni, su base annuale	Obbligo monitoraggio
U.O. Contabilità e Finanza	Ciclo attivo: Emissione reversali di incasso; Concessione dilazioni di pagamento; Cancellazione crediti.	Procedure scritte; Aggiornamento sistema di accesso mediante password personale agli applicativi; Frazionamento delle fasi del procedimento fra due o più operatori; Controlli a campione Adeguamento PAC Regione Emilia Romagna “Piano attuativo certificabilità regionale”	Tutti gli operatori del ciclo attivo e i due dirigenti UOCF: Saia Stefania; Cassetta Laurina; Asta Susanna; Gambi Gianni;	La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia prestazionale per gli utenti interni ed esterni, nonché l'aggiornamento costante della normativa amministrativa e fiscale non rendono prevedibile a priori la mobilità dei funzionari /operatori individuati sulle funzioni a rischio	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report semestrale
Valutazione del rischio =2						

U.O. Contabilità e Finanza	Ciclo passivo: Emissione mandati di pagamento; Codifica fornitori e modalità di pagamento; Liquidazione Case di cura e Montecatone R.H.I.	Procedure scritte; Aggiornamento sistema di accesso mediante password personale agli applicativi; Frazionamento delle fasi del procedimento fra due o più operatori; Controlli a campione Adeguamento PAC Regione Emilia Romagna "Piano attuativo certificabilità regionale"	Tutti gli operatori del ciclo passivo e i due dirigenti UOCF: Reggidori Ivano; Modoni Franca; Poggi Gisella; Drei Tiziana; Costa Sandra; Gambi Gianni;	La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia prestazionale per gli utenti interni ed esterni, nonché l'aggiornamento costante della normativa amministrativa e fiscale non rendono prevedibile a priori la mobilità dei funzionari /operatori individuati sulle funzioni a rischio	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report semestrale sul numero di liquidazioni
Valutazione del rischio =2						
U.O. Contabilità e Finanza	Procedure di Recupero crediti	Procedure scritte; Aggiornamento sistema di accesso mediante password personale agli applicativi; Frazionamento delle fasi del procedimento fra due o più operatori; Controlli a campione Adeguamento PAC Regione Emilia Romagna "Piano attuativo certificabilità regionale"	Saia Stefania; Cassetta Laurina; Asta Susanna; Gambi Gianni;	La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia prestazionale per gli utenti interni ed esterni, nonché l'aggiornamento costante della normativa amministrativa e fiscale non rendono prevedibile a priori la mobilità dei funzionari /operatori individuati sulle funzioni a rischio	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report semestrale sul numero di lettere spedite agli utenti
Valutazione del rischio =2						

U.O. Contabilità e Finanza	Pagamento compensi spettanti ai componenti del Collegio Sindacale, liberi professionisti e lavoratori occasionali	Regolamentazione procedure adottate	Asta Susanna; Gambi Gianni;	La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia prestazionale per gli utenti interni ed esterni, nonché l'aggiornamento costante della normativa amministrativa e fiscale non rendono prevedibile a priori la mobilità dei funzionari /operatori individuati sulle funzioni a rischio	Informativa sugli importi erogati	Report semestrale sul numero di operazioni svolte
	Valutazione del rischio =2					

DAT – U.O.C. ECONOMATO E LOGISTICA - Direttore/ Referente del RPCT dr.ssa Ivana Pelliconi

Aree Organizzative	Attività/processo a rischio Corruzione	Azioni/interventi per la riduzione del rischio	Individuazione dei dipendenti e/o responsabili del procedimento destinati a operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, da inserire nei programmi di formazione	Previsione di mobilità del personale esposto nei servizi a rischio corruzione nei prossimi 5 anni	Obblighi dei dirigenti competenti nei confronti del responsabile del piano di prevenzione di informazioni, su base annuale	Obbligo monitoraggio
U.O. Economato e Logistica	Autorizzazione al subappalto per contratti da €. 40.000,00 (I.V.A. esclusa)	Procedure adottate dal Servizio Acquisti Metropolitan verifiche sulle determinazioni adottate, sulla congruità rispetto alla programmazione economica	Direttore U.O.C. Economato e Logistica Dr.ssa Ivana Pelliconi	La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia prestazionale dell'assistenza agli utenti, oltre alle normative concorsuali e contrattuali vigenti non rendono prevedibile né auspicabile a priori la mobilità dei professionisti individuati sulle funzioni di rischio	Informativa sulle attività svolte e sui controlli effettuati dal Collegio Sindacale sugli atti pervenuti. Segnalazioni difformità	Report semestrale autorizzazioni subappalto
Valutazione del rischio=2						
U.O. Economato e Logistica	Procedimenti per l'acquisizione di beni e servizi di valore superiore alla soglia comunitaria	Procedure adottate dal Servizio Acquisti Metropolitan verifiche sulle determinazioni adottate, sulla congruità rispetto alla programmazione economica	Direttore U.O.C. Economato e Logistica Dott.ssa Ivana Pelliconi	La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia prestazionale dell'assistenza agli utenti, oltre alle normative concorsuali e contrattuali vigenti non rendono prevedibile né auspicabile a priori la mobilità dei professionisti individuati sulle funzioni di rischio	Informativa sulle attività svolte e sui controlli effettuati dal Collegio Sindacale sugli atti pervenuti. Segnalazioni difformità	Report semestrale numero procedimenti
Valutazione del rischio=2						

U.O. Economato e Logistica	Procedimenti per l'acquisizione in economia di beni e servizi da €40.000,00 iva esclusa	Procedure adottate dal Servizio Acquisti Metropolitano verifiche sulle determinazioni adottate, sulla congruità rispetto alla programmazione economica	Direttore U.O.C. Economato e Logistica Dott.ssa Ivana Pelliconi	La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia prestazionale dell'assistenza agli utenti, oltre alle normative concorsuali e contrattuali vigenti non rendono prevedibile né auspicabile a priori la mobilità dei professionisti individuati sulle funzioni di rischio	Informativa sulle attività svolte e sui controlli effettuati dal Collegio Sindacale sugli atti pervenuti. Segnalazioni difformità	Report semestrale numero procedimenti
Valutazione del rischio=2						
U.O. Economato e Logistica	Procedimenti per l'acquisizione in economia di beni e servizi fino a € 40.000,00 iva esclusa	1) Applicazione D.Lgs n. 50/2016 2) Adesioni convenzioni INTERCENT-ER – CONSIP 3) Massimo utilizzo del Mercato Elettronico CONSIP - INTERCENT-ER	Direttore UOC Economato Logistica- Dott.ssa Ivana Pelliconi - RUP Responsabili Istruttorie: Mazzanti Silvia, Morini Roberta, Sabbioni Lorella, Zuffa Lorena	Si prevede la rotazione di alcuni dipendenti preposti all'istruttoria delle singole procedure	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report semestrale numero procedimenti
Valutazione del rischio=2						
U.O. Economato e Logistica	Autorizzazione al subappalto per contratti fino a €. 40.000,00 (I.V.A. esclusa)	Applicazione D.lgs. n. 50/2016	Direttore UOC Economato Logistica Dott.ssa Ivana Pelliconi RUP Responsabili Istruttorie: Morini Roberta, Sabbioni Lorella, Zuffa Lorena	Si prevede la rotazione di alcuni dipendenti preposti all'istruttoria delle singole procedure	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report semestrale numero procedimenti
Valutazione del rischio=2						

U.O. Economato e Logistica	Cassa Economale	Applicazione Regolamenti, individuazione responsabili	Melandri Daniela Sangiorgi Teresa Zanotti Maria Lia	Turnazione sul ruolo	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report semestrale sul numero di rotazioni del personale
Valutazione del rischio=2						
U.O. Economato e Logistica	Acquisti in esclusiva di farmaci, materiale sanitario e attrezzature sanitarie.	Monitoraggio e valutazione delle richieste di acquisto in esclusiva e conseguente applicazione del D.Dlgs 50/2016 e linee guida ANAC	Direttore UOC Economato Logistica Dott.ssa Ivana Pelliconi	La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia prestazionale dell'assistenza agli utenti, oltre alle normative concorsuali e contrattuali vigenti non rendono prevedibile né auspicabile a priori la mobilità dei professionisti individuati sulle funzioni di rischio	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report semestrale numero acquisti in esclusiva
Valutazione del rischio=2						
U.O. Economato e Logistica	Normativa antiriciclaggio	Rapporti con Responsabili delle UU.OO. interessate, rispetto della procedura adottata delibera n.156/2016	Dr.ssa Ivana Pelliconi "gestore" Registrazione UIF Banca d'Italia per le segnalazioni	La specificità delle competenze professionali non rendono prevedibile né auspicabile a priori la mobilità dei professionisti individuati sulle funzioni di rischio	Riepilogo annuale segnalazioni e provvedimenti conseguenti	Report annuale e sulle segnalazioni pervenute dalle UU.OO.
Valutazione del rischio= 3						

PROCESSI, RISCHI E MISURE PREVENTIVE TRA INTERCENTER-ER E AZIENDA USL DI IMOLA
 Direttori/Referenti RPCT dr.sse Boni Alessandra - Ivana Pelliconi

c		FASE	RISCHI	ANOMALIE SIGNIFICATIVE	MISURE GENERALI	MISURE AZIENDE	MISURE INTERCENTER	INDICATORI/ REPORT
1 - Programmazione	1.1	Analisi e definizione dei fabbisogni contrattuali generali e degli oggetti degli affidamenti	1) Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/ efficacia/ economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari; 2) Intempestiva predisposizione ed approvazione degli strumenti di programmazione	1) Ritardata o mancata approvazione della programmazione; 2) ingiustificato ricorso alle proroghe contrattuali; 3) reiterato inserimento nella programmazione di oggetti di gara che non arrivano alla fase di affidamento;	Segregazione funzioni Flussi informativi Reporting	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 (parte aziendale da realizzare - parte regionale già in essere Rif. DGR. 744 del 21.05.18) ; 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		Annuale
	1.2	Predisposizione ed adozione della programmazione biennale di acquisizione di forniture e servizi e degli aggiornamenti annuali						
	1.3	Pubblicazioni e comunicazioni connesse all'adozione della programmazione (profilo committente, tavolo soggetti aggregatori)						
			RISCHIO 1					
2 - Progettazione	2.1	Valutazione della richiesta di acquisto e verifica sua presenza nella programmazione.	1) Disattendere le previsioni della programmazione procedendo all'affidamento di appalti non programmati 2) Disattendere le previsioni della programmazione non procedendo all'attivazione ed all'affidamento di appalti previsti	1) Numero elevato di procedure di affidamento non inserite nella programmazione attivate e/o concluse; 2) Elevato rapporto fra procedure programmate non attivate e procedure programmate		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;	Semestrale Numero appalti non programmati
	2.2	Verifica presenza di convenzioni dei soggetti aggregatori o dell'avvenuto inserimento nella programmazione di questi ultimi dell'oggetto della richiesta d'acquisto	Non utilizzo delle Convenzioni o del mercato elettronico al fine di favorire specifici fornitori	1) Non utilizzo di quote di fabbisogno comunicate e contrattualizzate; 2) attivazione di procedure di affidamento per oggetti sovrapponibili a quelli di convenzioni dei soggetti aggregator	Flussi informativi Reporting	1) Monitoraggio periodico dei livelli di adesione alle convenzioni dei soggetti aggregatori		

2.3	Individuazione RUP (o sostituzione)	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 assicurare la terzietà e l'indipendenza		Segregazione funzioni Flussi informativi Reporting	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) Predisposizione ed acquisizione della modulistica relativa alle dichiarazioni di assenza di conflitto d'interesse	Semestrale Numero rotazioni
2.4	Svolgimento indagini di mercato - pubblicazione di avvisi esplorativi	Svolgimento di indagini di mercato superficiali o i cui risultati vengono predeterminati in funzione della restrizione del possibile mercato ad uno o pochi fornitori	1) Elevato numero di indagini di mercato che si concludono con l'indicazione di uno o pochi fornitori disponibili; 2) Non utilizzo degli "Avvisi esplorativi" od utilizzo limitato		Adeguato livello di trasparenza delle procedure di indagine/sondaggio di mercato	
2.6	Individuazione dei componenti il gruppo tecnico incaricato di definire il Capitolato tecnico	1) Individuazione dei Componenti il Gruppo tecnico in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurare la terzietà e l'indipendenza. 2) Condizione di potenziale intrinseca "prossimità" di interessi generata dal fatto che i soggetti che definiscono le caratteristiche tecniche sono anche coloro che utilizzano i materiali acquistati, con conseguenti benefici diretti e/o indiretti nei confronti dello stesso utilizzatore e possono quindi orientare la quantità e tipologia del materiale richiesto; 3) Fuga di notizie circa le procedure di gara ancora da pubblicare che anticipino solo ad alcuni operatori economici la volontà di bandire eventuali gare o i contenuti della documentazione di gara		Segregazione funzioni Rotazione Gestione conflitti d'interesse Flussi Informativi Reporting	1) Sottoscrizione da parte dei soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara (Componenti del Gruppo Tecnico) di dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di interessi personali in relazione allo specifico oggetto della gara e di un impegno alla riservatezza. 2) Individuazione formale dei componenti del Gruppo Tecnico da parte delle Aziende sanitarie sulla base di una regolamentazione uniforme delle modalità di individuazione da definire entro il 2019 (rif. DGR 744 del 2018) 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;	Semestrale Numero componenti
2.7	Quantificazione dei fabbisogni di gara	Fabbisogni dichiarati non coincidenti con il reale consumo/utilizzo previsto al fine di lasciare "libere" quote di mercato da affidare a fornitori specifici;		Segregazione Funzioni Utilizzo procedure informatizzate	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;	Semestrale Numero referenti

2.8	Scelta della procedura di aggiudicazione	1) Elusione delle regole di affidamento degli appalti mediante improprio utilizzo di sistemi di affidamento o di tipologie contrattuali per favorire un operatore. 2) Abuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato del contratto al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere. 3) Elusione delle regole di affidamento degli appalti mediante l'improprio utilizzo della procedura negoziata, al di fuori dei casi consentiti dalla legge, per favorire una specifica impresa.	1) elevato numero di procedure negoziate; 2) reiterato ed immotivato ricorso alla procedura negoziata per lo stesso oggetto di gara; 3) Frequenti "sforamenti" dei contratti stipulati in esito a procedure "sottoasoglia"		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	Semestrale Numero procedure
2.9	Predisposizione documentazione di gara con definizione criteri di partecipazione, criteri di aggiudicazione, item di valutazione qualità e definizione importo a base d'appalto	1) Predisposizione di documenti di gara con definizione di criteri di ammissione finalizzati a restringere artificiosamente il numero dei concorrenti; 2) Definizione di criteri di valutazione della qualità finalizzati a favorire specifici fornitori o comunque a restringere il mercato, in particolare favorendo il fornitore uscente anche grazie ad 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		Segregazione delle funzioni	1) Utilizzo di documenti standard conformi alle normative ed ai bandi-tipo ANAC 2) Sottoscrizione da parte dei concorrenti di impegni specifici al rispetto delle previsioni di cui ai protocolli di legalità o patti di integrità con inserimento nei contratti di una clausola risolutiva del contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute in tali documenti 3) adozione di criteri di valutazione della qualità di carattere oggettivo 4) Utilizzo della consultazione preliminare di mercato opportunamente pubblicizzata e regolamentata; 5) Sottoscrizione da parte dei componenti del gruppo di un impegno alla riservatezza	Semestrale Numero procedure

3 - Selezione del contraente	c2.10	Predisposizione documentazione richiesta offerta per acquisti diretti (non infungibili) Inferiori a €.40.000	Condizione di potenziale intrinseca "prossimità" di interessi generata dal fatto che i soggetti proponenti l'acquisto sono anche coloro che utilizzano i materiali acquistati, con conseguenti benefici diretti e/o indiretti nei confronti dello stesso utilizzatore e possono quindi orientare la quantità e tipologia del materiale richiesto			1) regolamentazione delle modalità di ricorso agli acquisti diretti con rotazione dei fornitori		Report semestrale numero gare
			RISCHIO 2					
	3.2	Invio invito operatori economici (sottosoglia)	MISURE GIA' DEFINITE IN ALTRE FASI (2.9 - 2.10)					Report
	3.3	Gestione chiarimenti, quesiti, rettifiche, sopralluoghi, proroghe dei termini	Assenza di pubblicità dei chiarimenti e dell'ulteriore documentazione rilevante. Immotivata concessione di proroghe rispetto al termine previsto dal bando.		Procedure informatizzate	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.		Semestrale Numero procedure
	3.4	Ricezione offerte			Procedure informatizzate			Semestrale Numero offerte
	3.5	Valutazione documentazione amministrativa	1) Azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara (es. mancata attivazione "Soccorso istruttorio")		Procedure informatizzate	1) Verbalizzazione seduta di gara; 2) Check list controllo documenti previsti dal bando		
3.6	Nomina Commissione Giudicatrice (transitorio in attesa di applicazione linee guida Anac)	1) Nomina di Componenti della Commissione giudicatrice in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza; 2) Ritardo nell'individuazione e nell'indicazione dei nominativi da parte delle Aziende sanitarie interessate		Segregazione funzioni Rotazione Gestione conflitti d'interesse Flussi Informativi Reporting	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) Monitoraggio tempi di lavoro della commissione		Semestrale Numero componenti	

3.7	Valutazione tecnica offerte in caso di aggiudicazione con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa	1) Azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara. Applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esito. 2) Assenza di criteri motivazionali sufficienti a rendere trasparente l'iter logico seguito nell'attribuzione dei punteggi, nonché valutazione dell'offerta non chiara/ trasparente/ giustificata.		Segregazione funzioni Rotazione Gestione conflitti d'interesse Procedure Informatizzate Flussi Informativi Reporting	1) Monitoraggio tempi di lavoro della commissione giudicatrice; 2) Verbalizzazione delle decisioni relative all'attribuzione dei punteggi di qualità con motivazione	Semestrale Numero Offerte
3.9	Valutazione economica offerte			Procedure informatizzate		
3.10	Verifica di anomalia delle offerte	1) Verifica strumentalmente finalizzata ad escludere offerte in realtà congrue o ad ammettere offerte in realtà non congrue o credibili 2) Valutazione non adeguata da parte del RUP se non dotato delle necessarie competenze tecniche; 3) assenza di adeguata motivazione sulla congruità o non congruità dell'offerta; 4) Accettazione di giustificazioni di cui non è stata verificata la fondatezza		Segregazione funzioni Rotazione Gestione conflitti d'interesse Procedure Informatizzate	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	Semestrale Numero anomalie
3.11	Controlli pre aggiudicazione/pre stipula	1) Alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti. Possibilità che i contenuti delle verifiche siano alterati per pretermettere l'aggiudicatario e favorire gli operatori economici che seguono nella graduatoria.			1) Utilizzo 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.	Semestrale Numero controlli
3.12	Adozione atto di aggiudicazione	Immotivato ritardo nella formalizzazione del provvedimento di aggiudicazione definitiva, che può indurre l'aggiudicatario a sciogliersi da ogni vincolo o recedere dal contratto.			Monitoraggio tempi	Semestrale Numero atti
3.13	Pubblicazioni e comunicazioni connesse all'adozione della aggiudicazione definitiva	Violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di evitare o ritardare la proposizione di ricorsi da parte di soggetti esclusi o non aggiudicatari.			Check list di controllo sul rispetto degli adempimenti e formalità di comunicazione previsti dal Codice	

	3.14	Annullamento della gara/ Revoca del bando	Abuso del provvedimento di revoca del bando al fine di bloccare una gara il cui risultato si sia rivelato diverso da quello atteso o di concedere un indennizzo all'aggiudicatario o di allungare artificiosamente i tempi di affidamento			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).	Semestrale Numero revoche
			RISCHIO 3					
4 - Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto	4.1	Stipula contratto/adesione convenzione e emissione ordinativo di fornitura	1) Immotivato ritardo nella adesione alla convenzione o nella sottoscrizione del contratto, che può indurre l'aggiudicatario a sciogliersi da ogni vincolo o recedere dal contratto; 2) Adesione alla convenzione con quantitativi/imposti non coerenti con il fabbisogno espresso in sede di predisposizione dei documenti di gara		Flussi informativi Reporting	1) Monitoraggio tempi di adesione alle convenzioni o sottoscrizione dei contratti; 2) Monitoraggio adesione alle convenzioni in collaborazione con IntercenterER		
	4.2	Individuazione Direttore Esecuzione Contratto	Nomina DEC in rapporto di contiguità con impresa aggiudicataria o privo dei requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza		Segregazione funzioni Rotazione Gestione conflitti d'interesse	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		
			RISCHIO 1					
5 - Esecuzione del Contratto	5.1	Autorizzazione al subappalto	1) Mancata valutazione dell'impiego di manodopera o incidenza del costo della stessa ai fini della qualificazione dell'attività come subappalto per eludere le disposizioni e i limiti di legge. 2) Mancata effettuazione delle verifiche obbligatorie sul subappaltatore. 3) Accordi 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,		Semestrale Numero sub appalti

5.2	Ammissione delle varianti (compreso sesto quinto)	Abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore (ad esempio, per consentirgli di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire extra guadagni o di dover partecipare ad una nuova gara). Inserimento nuovi prezzi.		Flussi informativi Reporting	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 sfioramento del "sesto quinto"	Semestrale Numero varianti
5.3	Affiancamenti e sostituzioni in corso di contratto	Affiancamenti e sostituzione di prodotti in corso di contratto finalizzate a favorire uno specifico fornitore		Procedure informatizzate	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	
5.4	Verifiche in corso di esecuzione del contratto	1) Mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto o ingiustificato pagamento anticipato. 2) Accettazione materiali in cantiere non conformi al capitolato. 3) Accettazione materiali non conformi nelle forniture di beni sanitari. 4) Uso non giustificato di materiali fuori contratto.		Flussi informativi Reporting	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	Semestrale Numero verifiche
5.5	Verifica delle disposizioni in materia di sicurezza con particolare riferimento al rispetto delle prescrizioni del Piano di Sicurezza e Coordinamento (PSC) o Documento Unico di Valutazione dei Rischi Interferenziali (DUVRI)	Mancato rispetto delle disposizioni previste nel DUVRI/PSC/POS		Flussi informativi Reporting	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.	
5.6	Apposizione di riserve	Apposizione di riserve generiche a cui consegue una incontrollata lievitazione dei costi.			Rigorosa adesione al Codice degli appalti.	

	5.7	Gestione delle controversie, Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto.	Ricorso ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie per favorire l'esecutore.			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.		Semestrale Numero controversie
			RISCHIO 2					
6 - Rendicontazione del contratto	6.1	Verifica della corretta esecuzione con rilascio del certificato di collaudo o del certificato di verifica di conformità	Alterazioni o omissioni di attività di controllo al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante.Rilascio del certificato di collaudo/regolare esecuzione in cambio di vantaggi economici o la mancata denuncia di difformità e vizi dell'opera.		Segregazione funzioni Rotazione Gestione conflitti d'interesse	1) Verbali di collaudo conformi alla normativa. 2) Sottoscrizione dichiarazione conflitto d'interesse		Semestrale Numero certificati di collaudo o conformità

SUMAP - - Direttore/ Referente del RPCT dr.ssa Paola Gualdrini

Aree Organizzative	Attività/processo a rischio Corruzione	Azioni/interventi Per la riduzione del rischio	Individuazione dei dipendenti e/o responsabili del procedimento destinati a operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, da inserire nei programmi di formazione	Previsione di mobilità del personale esposto nei servizi a rischio corruzione nei prossimi 5 anni	Obblighi dei dirigenti competenti nei confronti del responsabile del piano di prevenzione di informazioni, su base annuale	Obbligo monitoraggio
SUMAP	procedure di concorso pubblico e di avviso pubblico	Verifica, anche a campione, corretta applicazione procedure realizzate in materia nel 2014; Rotazione e intercambiabilità dei compiti; Doppio livello di controllo interno relativamente al verbale delle operazioni finali; Commissione di sorteggio: componenti esterni al SUMAP;	Gualdrini Mariapaola, Liverani Cristina; Oriani Marina, Baldisserri Rosella,	La specificità delle competenze professionali e delle conoscenze tecniche delle normative concorsuali e contrattuali vigenti, non rendono prevedibile né auspicabile a priori la mobilità degli addetti individuati sulle funzioni a rischio. Dall'1/7/2017 gli addetti delle UO sono stati assegnati al SUMAP. Tale riorganizzazione comporterà, per il prossimo triennio, una necessaria rotazione degli addetti alle attività	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report semestrale numero procedure attivate
Valutazione del rischio= 2						

SUMAP	procedure comparative (lavoro autonomo, borse di studio, mobilità, ...)	Verifica, anche a campione, corretta applicazione procedure realizzate in materia ; Rotazione e intercambiabilità dei compiti; Doppio livello di controllo interno relativamente al verbale delle operazioni finali;	Gualdrini Mariapaola, Liverani Cristina; Oriani Marina, Baldisserri Rosella,	La specificità delle competenze professionali e delle conoscenze tecniche delle normative concorsuali e contrattuali vigenti, non rendono prevedibile né auspicabile a priori la mobilità degli addetti individuati sulle funzioni a rischio. Dall'1/7/2017 gli addetti delle UO sono stati assegnati al SUMAP. Tale riorganizzazione comporterà, per il prossimo triennio, una necessaria rotazione degli addetti alle attività	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report semestrale numero procedure attivate
Valutazione del rischio= 2						
SUMAP	settore assunzioni	Verifica, anche a campione, corretta applicazione procedure realizzate in materia ; Rotazione e intercambiabilità dei compiti; Doppio livello di controllo interno (verifica sulla autorizzazione della spesa, sul rispetto dei vincoli economici e normativi per l'assunzione, verifica sul possesso dei requisiti dichiarati)	Gualdrini Mariapaola, Liverani Cristina; Ghini Milena, Conti Daniela	La specificità delle competenze professionali e delle conoscenze tecniche delle normative concorsuali e contrattuali vigenti, non rendono prevedibile né auspicabile a priori la mobilità degli addetti individuati sulle funzioni a rischio. Dall'1/7/2017 gli addetti delle UO sono stati assegnati al SUMAP. Tale riorganizzazione comporterà, per il prossimo triennio, una necessaria rotazione degli addetti alle attività		Report semestrale sulla verifica dei requisiti dichiarati
Valutazione del rischio= 2						

SUMAP	Predisposizione e pagamento delle competenze economiche anche differite	Estensione graduale del numero di procedure scritte; Rotazione e intercambiabilità dei compiti; Doppio livello di controllo interno (la attuale procedura di verifica di eventuali errori affidata ad addetto diverso da quello che ha effettuato la variazione può essere utile anche ai fini dell'anticorruzione)	Gualdrini Mariapaola, Gambetti Sabina, Galli Alessandra; Liverani Cristina; Oriani Marina, Baldisserri Rosella, Ghini Milena, Conti Daniela, Casolini Paola, Gnugnoli Barbara, Ricci Petitioni Virna, Zanotti Antonella, Gaiani Natascia, Gamberini Oretta, Balzani Lucio	La specificità delle competenze professionali e delle conoscenze tecniche delle normative concorsuali e contrattuali vigenti, non rendono prevedibile né auspicabile a priori la mobilità degli addetti individuati sulle funzioni a rischio. Dall'1/7/2017 gli addetti delle UO sono stati assegnati al SUMAP. Tale riorganizzazione comporterà, per il prossimo triennio, una necessaria rotazione degli addetti alle attività	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report semestrale numero di pagamenti effettuati
Valutazione del rischio= 2						
SUMAP	Rendicontazione presenze/assenze e riconoscimento dei benefici economici correlati	Estensione graduale del numero di procedure scritte; Rotazione e intercambiabilità dei compiti; Doppio livello di controllo interno (controllo a campione della compilazione del cartellino, della documentazione a giustificazione delle assenze e del riconoscimento dei benefici economici correlati, effettuato da altro addetto dell'ufficio)	Gualdrini Mariapaola, Gambetti Sabina, Galli Alessandra; Liverani Cristina; Oriani Marina, Baldisserri Rosella, Ghini Milena, Conti Daniela, Alpi Bruna, Costa Carla, Cani Anna Maria, Senigalliesi Loretta, Casolini Paola, Gnugnoli Barbara, Ricci Petitioni Virna, Zanotti Antonella, Gaiani Natascia, Gamberini Oretta, Balzani Lucio	La specificità delle competenze professionali e delle conoscenze tecniche delle normative concorsuali e contrattuali vigenti, non rendono prevedibile né auspicabile a priori la mobilità degli addetti individuati sulle funzioni a rischio. Dall'1/7/2017 gli addetti delle UO sono stati assegnati al SUMAP. Tale riorganizzazione comporterà, per il prossimo triennio, una necessaria rotazione degli addetti alle attività	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report semestrale sulle verifiche effettuate
Valutazione del rischio= 2						

SUMAP	<p>Acquisizione informazioni finanziarie e conflitti di interesse per i nuovi assunti e per i dirigenti al momento del conferimento/rinnovo degli incarichi dirigenziali e acquisizione dichiarazioni svolgimento attività professionali e/o titolarità di cariche per collaboratori e consulenti nonché per direttore di struttura complessa e semplice al momento del conferimento dell'incarico dirigenziale</p>	<p>Artt.6 e 13 DPR 62/13 Art.15 comma1 lettera c) del D.Lgs.33/13</p>	<p>Gualdrini Maria Paola Liverani M.Cristina Valvassori Laura</p>		<p>Segnalazione difformità a RPCT</p>	<p>Report annuale sull'attività effettuata</p>
<p>Valutazione del rischio= 2</p>						

DAT- U.O.C. PATRIMONIO E TECNOLOGIE IMPIANTISTICHE

Direttore/ Referente del RPCT dr. Alessandro Faiello

Aree Organizzative	Attività/processo a rischio Corruzione	Azioni/interventi per la riduzione del rischio	Individuazione dei dipendenti e/o responsabili del procedimento destinati a operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, da inserire nei programmi di formazione	Previsione di mobilità del personale esposto nei servizi a rischio corruzione nei prossimi 5 anni	Obblighi dei dirigenti competenti nei confronti del responsabile del piano di prevenzione di informazioni, su base annuale.	Obblighi monitoraggio
U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche	Piano triennale e annuale dei lavori pubblici: stima annuale incarico affidamento in economia Autorizzazione al subappalto	Rispetto tempistica del Piano, motivazioni per affidamenti diretti a fornitori, rotazione ditte individuali. Procedure scritte; Rotazione dei compiti; Controlli a campione	Direttore UOPTI: ing Faiello Domenico Alessandro; Responsabile amministrativo: dott.ssa Bandini Paola; Responsabile unico del procedimento (RUP): Faiello D.A., Castaldi Mario, Neri Andrea, Drei Paolo e altri dipendenti successivamente incaricati.	Per ogni appalto, in funzione delle competenze tecniche e dei carichi di lavoro, per i RUP si attuerà una rotazione tra i nominativi indicati. L'attività amministrativa verrà svolta con criteri di rotazione tra figure amministrative del servizio. Per il Direttore UOPTI non è possibile attuare la mobilità considerata la specificità della competenza e l'unicità della professionalità.	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report semestrale autorizzazioni subappalti
Valutazione del rischio=2						

U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche	Procedimenti di gara per lavori e l'acquisizione di beni e servizi Dichiarazione dei commissari su compatibilità e conflitto di interesse	Procedure scritte; Rotazione dei compiti; Controlli a campione; Formazione personale coinvolto nelle attività a rischio sugli obblighi Dlgs 50/2016 e implicazioni legali connesse, numero di gare, numero di autori. da allegare agli atti	Direttore UOPTI: ing Faiello Domenico Alessandro; Responsabile amministrativo: dott.ssa Bandini Paola; Responsabile unico del procedimento (RUP): Faiello D.A., Castaldi Mario, Neri Andrea, Drei Paolo e altri dipendenti successivamente incaricati.	Per ogni appalto, in funzione delle competenze tecniche e dei carichi di lavoro, per i RUP si attuerà una rotazione tra i nominativi indicati. Per il Direttore UOPTI e il responsabile amministrativo non è possibile attuare la mobilità considerata la specificità della competenza e l'unicità della professionalità.	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report semestrale sul numero di autorizzazioni
Valutazione del rischio=2						
U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche	Procedimenti per l'acquisizione in economia (€40.000 + IVA) Regolamento Aziendale ai sensi del D.Lgs.50/2016 e 56/2017 di lavori, beni, servizi e servizi tecnici	Procedure scritte; Rotazione dei compiti; Controlli a campione; Formazione personale coinvolto nelle attività a rischio sugli obblighi del e D.Lgs.50/2016 e 56/2017 implicazioni legali connesse	Direttore UOPTI: ing Faiello Domenico Alessandro; Responsabile amm.rativo: dott.ssa Bandini Paola; Responsabile unico del procedimento (RUP): Faiello D.A., Castaldi Mario, Neri Andrea, Drei Paolo e altri dipendenti successivamente incaricati.	Per ogni appalto, in funzione delle competenze tecniche e dei carichi di lavoro, per i RUP si attuerà una rotazione tra i nominativi indicati. Per il Direttore UOPTI e il responsabile amministrativo non è possibile attuare la mobilità considerata la specificità della competenza e l'unicità della professionalità.	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report semestrale sul numero di acquisizioni
Valutazione del rischio=2						

U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche	Redazione Certificato Esecuzione lavori ai sensi del DPR 207/2010	Procedure scritte; Rotazione dei compiti; Controlli a campione	Direttore UOPTI: ing Faiello Domenico Alessandro; Responsabile unico del procedimento (RUP): Faiello D.A., Castaldi Mario, Neri Andrea, Drei Paolo e altri dipendenti successivamente incaricati.	Per ogni appalto, in funzione delle competenze tecniche e dei carichi di lavoro, per i RUP si attuerà una rotazione tra i nominativi indicati. Per il Direttore UOPTI non è possibile attuare la mobilità considerata la specificità della competenza e l'unicità della professionalità. Ai fini del monitoraggio di dette rotazioni si da atto nella relazione semestrale nella quale verranno indicate le gare e la rotazione dei RUP sulle medesime.	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report semestrale sul numero di certificati redatti
Valutazione del rischio=2						
U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche	Inserimento e aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante	Nomina soggetto responsabile (RASA)	Direttore UOPTI: ing Faiello Domenico Alessandro	La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia prestazionale dell'assistenza agli utenti, oltre alle normative concorsuali e contrattuali vigenti non rendono prevedibile né auspicabile a priori la mobilità dei professionisti individuati sulle funzioni di rischio	Informativa sulle attività svolte segnalazioni difformità	Report annuale sugli aggiornamenti dei dati aziendali presenti sul portale ANAC
Valutazione del rischio= 2						

DAT- U.O.C. TECNOLOGIE INFORMATICHE E DI RETE – Il Direttore / Referente RPCT Ing. Cristian Chiarini

Aree Organizzative	Attività/processo a rischio Corruzione	Azioni/interventi per la riduzione del rischio	Individuazione dei dipendenti e/o responsabili del procedimento destinati a operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, da inserire nei programmi di formazione	Previsione di mobilità del personale esposto nei servizi a rischio corruzione nei prossimi 5 anni	Obblighi dei dirigenti competenti nei confronti del responsabile del piano di prevenzione di informazioni, su base annuale	Obblighi di monitoraggio
U.O. Tecnologie Informatiche e di Rete	Predisposizione Capitolati Tecnici per l'acquisizione di nuove software applicativi	Procedura scritta sulla modalità di acquisizione (inclusa individuazione dei fornitori) delle tecnologie informatiche e di rete	U.O. Tecnologie Informatiche e di Rete Nanni Monica Andrea Strambi Cristian Chiarini	La tipicità della mansioni rende non attuabile la rotazione del personale	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report semestrali numero di acquisizioni
Valutazione del rischio=2						
U.O. Tecnologie Informatiche e di Rete	Proposte di Affidamento di Manutenzioni e servizi informatici evolutivi	Procedura scritta sulla modalità di acquisizione dei servizi di manutenzione e servizi informatici evolutivi (inclusa individuazione dei fornitori) delle tecnologie informatiche e di rete.	U.O. Tecnologie Informatiche e di Rete Nanni Monica Andrea Strambi Cristian Chiarini	La tipicità della mansioni rende non attuabile la rotazione del personale	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report semestrali sul numero di affidamenti
Valutazione del rischio=2						

U.O. Tecnologie Informatiche e di Rete	Pareri Tecnici sull'introduzione di materiale informatico all'interno dell'azienda a qualsiasi titolo : donazione / comodato	Documento scritto sulle caratteristiche tecniche del materiale , periodicamente aggiornato - almeno annualmente	U.O. Tecnologie Informatiche e di Rete Nanni Monica Andrea Strambi Cristian Chiarini	La tipicità della mansioni rende non attuabile la rotazione del personale	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report semestrali sul numero di pareri tecnici
	Valutazione del rischio=2					

DAT- U.O.C. INGEGNERIA CLINICA – Direttore Referente del RPCT Ing. Cristian Chiarini

Aree Organizzative	Attività/processo a rischio Corruzione	Azioni/interventi per la riduzione del rischio	Individuazione dei dipendenti e/o responsabili del procedimento destinati a operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, da inserire nei programmi di formazione	Previsione di mobilità del personale esposto nei servizi a rischio corruzione nei prossimi 5 anni	Obblighi dei dirigenti competenti nei confronti del responsabile del piano di prevenzione di informazioni, su base annuale	Obblighi monitoraggio
U.O. Ingegneria Clinica	Predisposizione Capitolati Tecnici per l'acquisizione di nuove apparecchiature Biomediche	Procedure scritte; Controlli a campione; Formazione personale coinvolto nelle attività a rischio, rispetto obblighi n. 50/2016 e implicazioni legali connesse	U.O. Ingegneria Clinica - Ing. Cristian Chiarini Giuseppe Camaggi	La tipicità della mansioni rende non attuabile la rotazione del personale	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Numero capitolati nel semestre di riferimento
Valutazione del rischio=2						
U.O. Ingegneria Clinica	Proposte di Affidamento di Manutenzioni per apparecchiature biomediche	Procedure scritte; Controlli a campione; Formazione personale coinvolto nelle attività a rischio, rispetto obblighi D.lgs. n. 50/2016 e implicazioni legali connesse.	U.O. Ingegneria Clinica - Ing. Cristian Chiarini Giuseppe Camaggi	La tipicità della mansioni rende non attuabile la rotazione del personale	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report semestrale sul numero di affidamenti
Valutazione del rischio=2						

U.O. Ingegneria Clinica	Procedimenti per l'acquisizione in economia (Regolamento Aziendale ai sensi del D.Lgs.50/2016 e 56/2017 di parti di ricambio Apparecchiature Biomediche	Procedure scritte; Controlli a campione; Formazione personale coinvolto nelle attività a rischio, rispetto obblighi D.lgs. n.50/2016 e implicazioni legali connesse	U.O. Ingegneria Clinica – Ing. Cristian Chiarini Giuseppe Camaggi Gilberto Dall’Aglio	La tipicità della mansioni rende non attuabile la rotazione del personale	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report semestrale sul numero di acquisizioni in economia
Valutazione del rischio=2						
U.O. Ingegneria Clinica	Pareri Tecnici sull'introduzione di nuove Apparecchiature Biomediche all'interno dell'azienda a titolo di: donazione o comodato d'uso	Procedure scritte; Controlli a campione	U.O. Ingegneria Clinica – Ing. Cristian Chiarini	La tipicità della mansioni rende non attuabile la rotazione del personale	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report semestrale sul numero di pareri tecnici
Valutazione del rischio=2						
U.O. Ingegneria Clinica	Valutazione richieste di Acquisto in esclusiva apparecchiature biomediche	Controlli tecnici annuali sul numero richieste da parte dei direttori U.U.O.O. Il Responsabile Anticorruzione verifica con il supporto dei dirigenti della Direzione Medica e del Direttore della UO di Ingegneria Clinica la quantità di acquisti in ambito USL su base annua e verifica altresì i giustificativi del Direttore UO allegati alle richieste di acquisto	U.O. Ingegneria Clinica – Ing. Cristian Chiarini	La tipicità della mansioni rende non attuabile la rotazione del personale	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report semestrali sulle verifiche
Valutazione del rischio=3						

ATTIVITÀ AMMINISTRATIVE TRASVERSALI DAT / DIREZIONE GENERALE

Direttore/ Referente del RPCT dr. Luigi Infelise

Aree Organizzative	Attività/processo a rischio Corruzione	Azioni/interventi per la riduzione del rischio	Individuazione dei dipendenti e/o responsabili del procedimento destinati a operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, da inserire nei programmi di formazione	Previsione di mobilità del personale esposto nei servizi a rischio corruzione nei prossimi 5 anni	Obblighi dei dirigenti competenti nei confronti del responsabile del piano di prevenzione di informazioni, su base annuale
Direzione Dip. Tecnico e Amministrativo	Autorizzazioni incarichi ex art. 53 D.Lgs. 165/01	Corretta applicazione normativa in essere e pubblicazione dati Perla PA	Attività Ammi.trasv. DAT/Direzione Generale Dr.Luigi Infelise S.Sgubbi	l'unicità del servizio e del ristretto numero di risorse assegnate, unitamente alle specificità delle competenze professionali , non consentono alcuna rotazione del personale , tenuto conto anche dei compiti assegnati in materia di prevenzione della corruzione	Informativa sulle attività svolte. Segnalazioni difformità Informativa sulle attività svolte. Segnalazioni difformità. Controlli sulle modalità gestionali delle sperimentazioni presso le UU.OO. interessate.
	Valutazione del rischio=2				
Direzione Dip. Tecnico e Amministrativo	SPERIMENTAZIONI CLINICHE / Progetti di innovazione e ricerca (D.Lgs.502/92, D.Lgs.517)	Applicazione procedura, verifica congruità finanziamento case farmaceutiche, rapporti con il Comitato Etico.	Attività Ammi.trasv. DAT/Direzione Generale Dr.Luigi Infelise S.Sgubbi		
	Valutazione del rischio=2				
Direzione Dip. Tecnico e Amministrativo	Applicazione Codice di Comportamento: Acquisizione Dichiarazioni patrimoniali art.13 DPR 62/2013 e assenza conflitto di interessi	Acquisizione dichiarazioni redditi Dirigenti anno 2018 comprensiva stato patrimoniale e assenza conflitto di interessi al 31.10.2019, procedura GRU	Dr.Infelise Luigi Dr.ssa Nanni Monica		Report alla Direzione Generale sulle verifiche effettuate nei termini previsti e segnalazioni inadempienti per provvedimenti conseguenti .
	Valutazione del rischio= 3				

UOC SEGRETERIA GENERALE E AFFARI LEGALI

Direttore/ Referente del RPCT dr.ssa Sabrina Fiorentini

Aree Organizzative	Attività/processo a rischio Corruzione	Azioni/interventi per la riduzione del rischio	Individuazione dei dipendenti e/o responsabili del procedimento destinati a operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, da inserire nei programmi di formazione	Previsione di mobilità del personale esposto nei servizi a rischio corruzione nei prossimi 5 anni	Obblighi dei dirigenti competenti nei confronti del responsabile del piano di prevenzione di informazioni, su base annuale	Obbligo monitoraggio
Segreteria generale e Affari Legali	Incarichi professionali esterni Predisposizione procedura per incarichi legali Avvocati penalisti per patrocinio dipendenti	Approvazione pubblicazione elenco Avvocati penalisti per patrocinio dipendenti	Sabrina Fiorentini		Informativa annuale sulle attività svolte. Segnalazioni difformità	Report semestrale sul numero di incarichi conferiti
	Valutazione del rischio= 2					

DIPARTIMENTO CHIRURGICO - Direttore/ Referente del RPCT dr. Emilio Emili

Aree Organizzative	Attività/processo a rischio Corruzione	Azioni/interventi per la riduzione del rischio	Individuazione dei dipendenti e/o responsabili del procedimento destinati a operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, da inserire nei programmi di formazione	Previsione di mobilità del personale esposto nei servizi a rischio corruzione nei prossimi 5 anni	Obblighi dei dirigenti competenti nei confronti del responsabile del piano di prevenzione di informazioni, su base annuale	Obbligo monitoraggio
Dipartimento Chirurgico	Rapporti con informatori scientifici del farmaco	ADEGUAMENTO DELLE Procedure scritte per accesso e incontro col personale delle UU.OO cliniche nel rispetto di quanto previsto dalla DGR n.2.309/2016; tracciabilità incontri; controlli a campione su prescrizioni	Dott.EMILI EMILIO Direttore Dipartimento Chirurgico e Direttore UOC Urologia; Dott. DE FAZIO ROCCO f.f. Direttore UOC Oculistica Dott.TASCA IGNAZIO Dir. UOC Otorinolaringoiatria; Dott.IMPALLOMENI CARLO Dir. UOC Ortopedia e T.; Dott. LINGUERRI ROMANO Resp.programma chirurgia d'urgenza; Dott. TAMPIERI PIER FRANCESCO Resp.Programma U.O. "Traumatologia" Dr. ZUCCHINI STEFANO Dir. UOC Ginecologia e Ostet. Dott. IGOR BACCHILEGA Resp. SSiD Day Surgery Polispecialistica	La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia prestazionale dell'assistenza agli utenti, oltre alle normative contrattuali e concorsuali vigenti, non rendono possibile né auspicabile la mobilità dei professionisti così individuati sulle attività di rischio.	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report semestrale sul numero di incontri con informatori scientifici
Valutazione del rischio=2						

Dipartimento Chirurgico	Rispetto dei criteri di accesso alle prestazioni e gestione liste di attesa	Applicazione della procedura per la regolamentazione degli accessi e del rispetto delle liste di attesa approvata nel 2014	<p>Dott.EMILI EMILIO Direttore Dipartimento Chirurgico e Direttore UOC Urologia;</p> <p>Dott. DE FAZIO ROCCO f.f. Direttore UOC Oculistica</p> <p>Dott.TASCA IGNAZIO Dir. UOC Otorinolaringoiatria;</p> <p>Dott.IMPALLOMENE CARLO Dir. UOC Ortopedia e T.;</p> <p>Dott. LINGUERRI ROMANO Resp.programma chirurgia d'urgenza;</p> <p>Dott. TAMPIERI PIER FRANCESCO Resp.Programma U.O. "Traumatologia"</p> <p>Dr. ZUCCHINI STEFANO Dir. UOC Ginecologia e Ostet.</p> <p>Dott. IGOR BACCHILEGA Resp. SSiD Day Surgery Polispecialistica</p>	La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia prestazionale dell'assistenza agli utenti, oltre alle normative contrattuali e concorsuali vigenti, non rendono possibile né auspicabile la mobilità dei professionisti così individuati sulle attività di rischio.	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report semestrale sul rispetto delle liste d'attesa
	Valutazione del rischio=2					

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE

Direttore/ Referente del RPCT dr.ssa Patrizia Cenni

Aree Organizzative	Attività/processo a rischio Corruzione	Azioni/interventi per la riduzione del rischio	Individuazione dei dipendenti e/o responsabili del procedimento destinati a operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, da inserire nei programmi di formazione	Previsione di mobilità del personale esposto nei servizi a rischio corruzione nei prossimi 5 anni	Obblighi dei dirigenti competenti nei confronti del responsabile del piano di prevenzione di informazioni, su base annuale	Obbligo monitoraggio
Dipartimento Emergenza Accettazione	Rapporti con informatori scientifici del farmaco	Adeguamento Procedure scritte per accesso e incontro col personale delle UU.OO cliniche, in conformità a quanto disposto dalla DGR n. 2.309/2016; tracciabilità incontri; controlli a campione su prescrizioni	Dr.P. CENNI Direttore DEA Dr.I.BACCHILEGA Direttore UOC Anestesia e Rianimazione Dr. C. ANTENUCCI Direttore UOC Cardiologia, Dr. M. MORSIANI Responsabile SSIA Radiodiagnostica Dr. P. FAGIANI Resp. SSD Medicina Trasfusionale	La specificità delle competenze professionali è l'ineludibile garanzia prestazionale dell'assistenza agli utenti, oltre alle normative concorsuali e contrattuali vigenti, non rendono auspicabile la mobilità dei professionisti indicati sulle funzioni a rischio	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report semestrale sul numero di incontri con informatori
Valutazione del rischio=2						

Aree Organizzative	Attività/processo a rischio Corruzione	Azioni/interventi per la riduzione del rischio	Individuazione dei dipendenti e/o responsabili del procedimento destinati a operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, da inserire nei programmi di formazione	Previsione di mobilità del personale esposto nei servizi a rischio corruzione nei prossimi 5 anni	Obblighi dei dirigenti competenti nei confronti del responsabile del piano di prevenzione di informazioni, su base annuale	Obbligo monitoraggio
UOC Radiologia	Criteri di accesso alle prestazioni e gestione liste di attesa	Rispetto delle procedure e dei criteri di accesso alle prestazioni e gestione delle liste di attesa	Responsabile SSIA Radiodiagnostica Dott.ssa Morsiani Miria	La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia prestazionale dell'assistenza agli utenti, oltre alle normative concorsuali e contrattuali vigenti, non rendono prevedibile né auspicabile la mobilità dei professionisti individuati sulle funzioni di rischio	informativa sulle attività svolte; segnalazioni di difformità	Report semestrale rispetto tempi liste d'attesa
	Valutazione del rischio=2					

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE - Direttore/ Referente del RPCT dr.ssa Alba Natali

Aree Organizzative	Attività/processo a rischio Corruzione	Azioni/interventi per la riduzione del rischio	Individuazione dei dipendenti e/o responsabili del procedimento destinati a operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, da inserire nei programmi di formazione	Previsione di mobilità del personale esposto nei servizi a rischio corruzione nei prossimi 5 anni	Obblighi dei dirigenti competenti nei confronti del responsabile del piano di prevenzione di informazioni, su base annuale	Obbligo monitoraggio
Dipartimento Salute Mentale	Rilascio certificazioni attestanti le condizioni psicopatologiche del paziente	Rispetto protocollo procedure per le certificazioni rilasciate agli utenti	Dr.ssa Alba Natali Dr. Stefano Gardenghi Dr. Cosimo Ricciutello Dr. De Falco Roberto	Le specifiche competenze specialistiche nonché la necessità di assicurare la continuità assistenziale non permettono la rotazione del personale	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report semestrale numero certificazioni
Valutazione del rischio= 2						
Dipartimento Salute Mentale	Rapporti con gli Amministratori di Sostegno	Verifica validità temporale dell'atto di nomina dell'amministratore di sostegno.	Mara Galeotti - Giulia Suzzi - A.S. Carla Berti - A.S. Antonella Leoni A.S. Bertocchi Stefania Luisa Drei	Le specifiche competenze specialistiche nonché la necessità di assicurare la continuità assistenziale non permettono la rotazione del personale	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report semestrali sul numero di nomine avvenute
Valutazione del rischio= 2						
Dipartimento Salute Mentale	Gestione denaro collegato ai tirocini	Relazione obbligatoria dei referenti sulla necessità dell'utilizzo di tale strumento terapeutico	Mara Galeotti - Giulia Suzzi - A.S. Carla Berti - A.S. Antonella Leoni A.S. Bertocchi Stefania Luisa Drei	Le specifiche competenze specialistiche nonché la necessità di assicurare la continuità assistenziale non permettono la rotazione del personale	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report semestrali sull'andamento del tirocinio
Valutazione del rischio= 2						

DIPARTIMENTO MEDICO-ONCOLOGICO - Direttore/ Referente del RPCT dr. Antonio Maestri

Aree Organizzative	Attività/processo a rischio Corruzione	Azioni/interventi per la riduzione del rischio	Individuazione dei dipendenti e/o responsabili del procedimento destinati a operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, da inserire nei programmi di formazione	Previsione di mobilità del personale esposto nei servizi a rischio corruzione nei prossimi 5 anni	Obblighi dei dirigenti competenti nei confronti del responsabile del piano di prevenzione di informazioni, su base annuale	Obbligo monitoraggio
Dipartimento Medico-Oncologico	Rapporti con informatori scientifici del farmaco	Adeguamento procedura scritta per accesso e incontro col personale delle UU.OO cliniche, in conformità alla DGR n. 2.309/2016; tracciabilità incontri; controlli a campione su prescrizioni	<p>Dr. MAESTRI ANTONIO Direttore Dip.to Medico Oncologico e Direttore UOC Oncologia, Dr.ssa FARABEGOLI COSTANZA Dir. UOC Medicina A Prof. Fusaroli Pietro Dir. UO Gastroenterologia, D.ssa MANDREOLI MARCORA Dir. UOC Nefrologia D.ssa DE MASSIS PATRIZIA Resp. SSD Neurologia, Dr. PASQUALI STEFANO Resp. SSD Medicina B, Dr.ssa LAURA SERRA UOC Pediatria e Nido, Dr. PUGLISI CARMELO Dir. UOC Medicina Riabilitativa</p>	<p>La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia prestazionale dell'assistenza agli utenti, oltre alle normative contrattuali e concorsuali vigenti, non rendono prevedibile né auspicabile la rotazione dei professionisti individuati sulle funzioni a rischio di corruzione.</p>	<p>Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità</p>	<p>Report semestrale numero incontri con informatori scientifici</p>
Valutazione del rischio=2						

Dipartimento Medico-Oncologico	Criteri di accesso alle prestazioni e gestione liste di attesa	Procedure scritte per la regolamentazione degli accessi e delle liste di attesa	<p>Dr. MAESTRI ANTONIO Direttore Dip.to Medico Oncologico e Direttore UOC Oncologia, Dr.ssa FARABEGOLI COSTANZA Dir. UOC Medicina A Prof. Fusaroli Pietro Dir. UO Gastroenterologia, D.ssa MANDREOLI MARCORA Dir. UOC Nefrologia D.ssa MUSSUTO VITTORIA Resp. SSD Neurologia, Dr. PASQUALI STEFANO Resp. SSD Medicina B, Dr.ssa SERRA LAURA UOC Pediatria e Nido, Dr. PUGLISI CARMELO Dir. UOC Medicina Riabilitativa</p>	La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia prestazionale dell'assistenza agli utenti, oltre alle normative contrattuali e concorsuali vigenti, non rendono prevedibile né auspicabile la rotazione dei professionisti individuati sulle funzioni a rischio di corruzione.	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report semestrale sul rispetto delle liste d'attesa
Valutazione del rischio=2						

DIPARTIMENTO SANITA' PUBBLICA - Direttore/ Referente del RPCT dr.Gabriele Peroni

UOC Prevenzione e Sicurezza ambienti di Lavoro

per tutte le attività/processi delle Unità Operative Dipartimentali, di cui alla seguente mappatura è prevista l'astensione del professionista nei casi di incompatibilità (art.6 Codice Comportamento Aziendale)

Aree Organizzative	Attività/processo a rischio Corruzione	Azioni/interventi per la riduzione del rischio	Individuazione dei dipendenti e/o responsabili del procedimento destinati a operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, da inserire nei programmi di formazione	Previsione di mobilità del personale esposto nei servizi a rischio corruzione nei prossimi 5 anni	Obblighi dei dirigenti competenti nei confronti del responsabile del piano di prevenzione di informazioni, su base annuale	Obbligo monitoraggio
U.O.C. Prevenzione e Sicurezza ambienti di Lavoro	Attività di vigilanza e ispezione nei luoghi di lavoro	Rispetto procedure scritte; Rotazione sui diversi Comuni del territorio; Controlli a campione	Direttore Dipartimento: Dr. Peroni Gabriele; Dir. Medici: D. Nini; Assistente Sanitaria: C. Neretti; Dir. Chimico: G. Marchetto; Dir. Ingegnere: C. Obici; Tecnici della prevenzione: C. Gaddoni, F. Rimini, P.Poli, P.Tarozzi, R. Baroncini.	Le specificità delle competenze per settore, la distribuzione dei compiti di vigilanza su tutti gli operatori nessuno escluso e il basso numero di unità di personale rendono non praticabile la rotazione su tale area di rischio. Conferma rotazione del personale sulle diverse zone territoriali, compatibilmente con le possibilità offerte dai criteri di pianificazione della vigilanza.	Informativa sui controlli a campione svolti: Segnalazioni difformità	Report semestrale sul numero di ispezioni effettuate
Valutazione del rischio=3						
U.O.C. Prevenzione e Sicurezza ambienti di Lavoro	Inchieste giudiziarie per infortuni sul lavoro nei luoghi di lavoro	Rispetto procedure scritte; Rotazione dei compiti; Controlli a campione	Dir. Chimico: G. Marchetto; Dir. Ingegnere: C. Obici; Tecnici della prevenzione: C. Gaddoni, F. Rimini, P.Poli, P.Tarozzi, R. Baroncini.	Le specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia prestazionale nei confronti dell'A.G., oltre alle normative concorsuali e contrattuali vigenti, non rendono prevedibile né auspicabile la mobilità dei professionisti individuati su questa area di rischio.	Informativa sui controlli a campione svolti: Segnalazioni difformità	Report semestrale sul numero di inchieste avviate
Valutazione del rischio=3						

U.O.C. Prevenzione e Sicurezza ambienti di Lavoro	Inchieste giudiziarie per malattie professionali	Rispetto procedure scritte; Rotazione dei compiti; Controlli a campione	Direttore Dipartimento: Dr. Peroni Gabriele; Dir. Medici: D. Nini; Assistente Sanitaria: C. Neretti; Dir. Chimico: G. Marchetto;	Le specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia prestazionale nei confronti dell'A.G., oltre alle normative concorsuali e contrattuali vigenti, non rendono prevedibile né auspicabile la mobilità dei professionisti individuati su questa area di rischio.	Informativa sui controlli a campione svolti: Segnalazioni difformità	Report semestrale sul numero di inchieste avviate
Valutazione del rischio=3						
U.O.C. Prevenzione e Sicurezza ambienti di Lavoro	Parere inoltrato al Comune a seguito di notifica insediamenti produttivi (nuovi o sotto-posti ad ampliamenti/ristrutturazioni)	Rispetto procedure scritte; Rotazione dei compiti; Controlli a campione	Tecnici della prevenzione: P.Poli, R. Baroncini.	Le specificità delle conoscenze professionali non rendono prevedibile nel breve la mobilità dei professionisti individuati su questa area di rischio. Si fa riserva di individuare forme di affiancamento del personale delle attività a rischio che possano consentire nel tempo una mobilità interna su questa attività.	Informativa sui controlli a campione svolti: Segnalazioni difformità	Report semestrale sul numero di pareri inoltrati
Valutazione del rischio=3						
U.O.C. Prevenzione e Sicurezza ambienti di Lavoro	Nulla-osta allo smaltimento di materiale contenente amianto da parte di privati residenti nei Comuni del Circondario imolese	Rispetto procedure scritte; Rotazione dei compiti; Controlli a campione	Dir. Chimico: G. Marchetto; Tecnici della prevenzione: P.Poli.	Le specificità delle conoscenze professionali non rendono prevedibile nel breve la mobilità dei professionisti individuati su questa area di rischio. Si fa riserva di individuare forme di affiancamento del personale delle attività a rischio che possano consentire nel tempo una mobilità interna su questa attività.	Informativa sui controlli a campione svolti: Segnalazioni difformità	Report semestrale sul numero di nulla osta
Valutazione del rischio=2						

U.O.C. Prevenzione e Sicurezza ambienti di Lavoro	Parere per deroga alle distanze minime di scavo delle cave*	Rispetto procedure scritte; Rotazione dei compiti; Controlli a campione	Dir. Chimico: G. Marchetto; Dir. Ingegnere: C.Obici.	Le specificità delle conoscenze professionali non rendono prevedibile nel breve la mobilità dei professionisti individuati su questa area di rischio. Si fa riserva di individuare forme di affiancamento del personale delle attività a rischio che possano consentire nel tempo una mobilità interna su questa attività.	Informativa sui controlli a campione svolti: Segnalazioni difformità	Report semestrale sul numero di pareri
Valutazione del rischio=2						
U.O.C. Prevenzione e Sicurezza ambienti di Lavoro	Autorizzazione in deroga all'uso di dispositivi di protezione individuale per l'udito*	Rispetto procedure scritte; Rotazione dei compiti; Controlli a campione	Direttore Dipartimento: Dr. Peroni Gabriele; Dir. Medici: D. Nini; Tecnici della prevenzione: C. Gaddoni, R. Baroncini.	Le specificità delle conoscenze professionali non rendono prevedibile nel breve la mobilità dei professionisti individuati su questa area di rischio. Si fa riserva di individuare forme di affiancamento del personale delle attività a rischio che possano consentire nel tempo una mobilità interna su questa attività.	Informativa sui controlli a campione svolti: Segnalazioni difformità	Report semestrale sul numero di autorizzazioni
Valutazione del rischio=2						
U.O.C. Prevenzione e Sicurezza ambienti di Lavoro	Accertamento medico per astensione anticipata dal lavoro per gravidanza in situazione di lavoro a rischio	Rispetto procedure scritte; Rotazione dei compiti; Controlli a campione	Direttore Dipartimento: Dr. Peroni Gabriele; Dir. Medici: D. Nini; Assistente Sanitaria: C. Neretti;	Le specificità delle competenze professionali, l'ineludibile garanzia prestazionale nei confronti dell'utente, il basso numero di unità di personale medico oltre alle normative concorsuali e contrattuali vigenti, non rendono prevedibile né auspicabile la mobilità dei professionisti individuati su questa area di rischio	Informativa sui controlli a campione svolti: Segnalazioni difformità	Report semestrale sul numero di accertamenti
Valutazione del rischio=2						

U.O.C. Prevenzione e Sicurezza ambienti di Lavoro	Ricorso avverso il giudizio di idoneità del medico competente	Rispetto procedure scritte; Rotazione dei compiti; Controlli a campione	Direttore Dipartimento: Dr. Peroni Gabriele; Dir. Medici: D. Nini;	Le specificità delle competenze professionali, l'ineludibile garanzia prestazionale nei confronti dell'utente, il basso numero di unità personale medico, oltre alle normative concorsuali e contrattuali vigenti, non rendono prevedibile né auspicabile la mobilità dei professionisti individuati su questa area di rischio.	Informativa sui controlli a campione svolti: Segnalazioni difformità	Report semestrale sul numero di ricorsi
Valutazione del rischio=3						
U.O.C. Prevenzione e Sicurezza ambienti di Lavoro	Certificato di malattia professionale (primo o continuativi)	Rispetto Norme di legge; Rotazione dei compiti; Controlli a campione	Direttore Dipartimento: Dr. Peroni Gabriele; Dir. Medici: D. Nini;	Le specificità delle competenze professionali, l'ineludibile garanzia prestazionale nei confronti dell'utente, il basso numero di unità personale medico, oltre alle normative concorsuali e contrattuali vigenti, non rendono prevedibile né auspicabile la mobilità dei professionisti individuati su questa area di rischio.	Informativa sui controlli a campione svolti: Segnalazioni difformità	Report semestrale sul numero di certificati
Valutazione del rischio=2						
U.O.C. Prevenzione e Sicurezza ambienti di Lavoro	Autorizzazione in deroga conformità dei luoghi di lavoro *	Rispetto procedure scritte; Rotazione dei compiti; Controlli a campione	Direttore Dipartimento: Dr. Peroni Gabriele; Tecnici della prevenzione: P.Poli, R. Baroncini.	Le specificità delle conoscenze professionali non rendono prevedibile nel breve la mobilità dei professionisti individuati su questa area di rischio. Si fa riserva di individuare forme di affiancamento del personale delle attività a rischio che possano consentire nel tempo una mobilità interna su questa attività	Informativa sui controlli a campione svolti: Segnalazioni difformità	Report semestrale sul numero di autorizzazioni
Valutazione del rischio=2						

U.O.C. Prevenzione e Sicurezza ambienti di Lavoro	Autorizzazione in deroga per uso di locali sotterranei o seminterrati*	Rispetto procedure scritte; Rotazione dei compiti; Controlli a campione	Direttore Dipartimento: Dr. Peroni Gabriele; Tecnici della prevenzione: P.Poli, R. Baroncini.	Le specificità delle conoscenze professionali non rendono prevedibile nel breve la mobilità dei professionisti individuati su questa area di rischio. Si fa riserva di individuare forme di affiancamento del personale delle attività a rischio che possano consentire nel tempo una mobilità interna su questa attività	Informativa sui controlli a campione svolti: Segnalazioni difformità	Report semestrale sul numero di autorizzazioni
Valutazione del rischio=2						
U.O.C. Prevenzione e Sicurezza ambienti di Lavoro	Certificazione di restituibilità di locali a seguito di bonifica da amianto friabile*	Rispetto procedure scritte; Rotazione dei compiti; Controlli a campione	Direttore Dipartimento: Dr. Peroni Gabriele; Dir. Chimico: G. Marchetto;	Le specificità delle conoscenze professionali non rendono prevedibile nel breve la mobilità dei professionisti individuati su questa area di rischio. Si fa riserva di individuare forme di affiancamento del personale delle attività a rischio che possano consentire nel tempo una mobilità interna su questa attività	Informativa sui controlli a campione svolti: Segnalazioni difformità	Report semestrale sul numero di bonifiche
Valutazione del rischio=3						

DIPARTIMENTO SANITA' PUBBLICA – Igiene e Sanità Pubblica

Aree Organizzative	Attività/processo a rischio Corruzione	Azioni/interventi per la riduzione del rischio	Individuazione dei dipendenti e/o responsabili del procedimento destinati a operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, da inserire nei programmi di formazione	Previsione di mobilità del personale esposto nei servizi a rischio corruzione nei prossimi 5 anni	Obblighi dei dirigenti competenti nei confronti del responsabile del piano di prevenzione di informazioni, su base annuale	Obbligo monitoraggio
U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica	Parere inoltrato al Comune per autorizzazione sanitaria gas tossici per uso industriale, depositi e vendita di presidi sanitari, attività artigiane non alimentari	Rispetto procedure scritte; Rotazione dei compiti; Istruzione operativa doc. N. 1142 - versione 1 del 05/03/2009 "Norme di comportamento per l'operatore addetto al controllo ufficiale in tema di indipendenza, imparzialità, integrità e riservatezza" Controlli a campione	Resp. Programma Edilizia Salute dell'Abitato: Dr.Peroni Gabriele Tecnici della prevenzione: Gaiani Massimo Giuntini Stefano Leonesi Maurizio Ricci Gianluca	La specificità delle competenze prof.li e l'ineludibile garanzia prestazionale, oltre alle normative contrattuali e concorsuali vigenti, non rendono prevedibile, né auspicabile a priori, la mobilità dei professionisti Individuati	Informativa sui controlli a campione svolti: Segnalazioni difformità	Report semestrale sul numero di pareri
Valutazione del rischio=3						

U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica	Pareri su scritti difensivi a seguito di sanzioni amministrative (L. 689/81)	Rispetto procedure scritte Controlli a campione	Referente amministrativo DSP Dr.ssa Vanna Verzelli	La specificità delle competenze prof.li e l'ineludibile garanzia prestazionale, oltre alle normative contrattuali e concorsuali vigenti, non rendono prevedibile, né auspicabile a priori, la mobilità dei professionisti Individuati	Informativa sui controlli a campione svolti: Segnalazioni difformità	Report semestrale sul numero di pareri
Valutazione del rischio=3						
U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica	Certificazione anti igienicità degli alloggi e collettività (DPR 1035/72)	Rispetto procedure scritte; Rotazione dei compiti; Istruzione operativa doc. N. 1142 - versione 1 del 05/03/2009 "Norme di comportamento per l'operatore addetto al controllo ufficiale in tema di di indipendenza, imparzialità, integrità e riservatezza" Controlli a campione	Resp. Programma Edilizia Salute dell'Abitato: Dr.Peroni Gabriele Tecnici della prevenzione: Gaiani Massimo Giuntini Stefano	La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia prestazionale, oltre alle normative contrattuali e concorsuali vigenti, non rendono prevedibile, né auspicabile a priori, la mobilità dei professionisti Individuati	Informativa sui controlli a campione svolti: Segnalazioni difformità	Report semestrale sul numero certificazioni
Valutazione del rischio=3						

U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica	certificazioni medico-legali	Rispetto procedure scritte; Rotazione dei compiti; Controlli a campione	Direttore UOC Igiene e Sanità Pubblica Dr. Gabriele Peroni Medici dirigenti: Dr.ssa Cecilia Guizzardi Dr. Andrea Pizzoli Dr. Roberto Rangoni Dr.ssa Ivana Stefanelli	La specificità delle competenze prof.li e l'ineludibile garanzia prestazionale dei controlli ufficiali, oltre alle normative contrattuali e concorsuali vigenti, non rendono prevedibile, né auspicabile a priori, la mobilità dei professionisti Individuati	Informativa sui controlli a campione svolti: Segnalazioni difformità	Report semestrale sul numero di certificazioni
Valutazione del rischio=3						
U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica	certificazioni di idoneità sportiva agonistica (DGR n. 775/2004)	Rispetto procedure scritte. Controlli a campione	Centro Pubblico Medicina dello Sport: Dr. Andrea Pizzoli Dr. Piervittorio Bardazzi	La specificità delle competenze prof.li e l'ineludibile garanzia prestazionale, oltre alle normative contrattuali e concorsuali vigenti, non rendono prevedibile, né auspicabile a priori, la mobilità dei professionisti Individuati	Informativa sui controlli a campione svolti: Segnalazioni difformità	Report semestrale numero certificazioni rilasciate
Valutazione del rischio=3						
U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica	certificazioni export alimenti in paese extra CEE	Rispetto procedure scritte; Rotazione dei compiti; Istruzione operativa doc. N. 1142 - versione 1 del 05/03/2009 "Norme di comportamento per l'operatore addetto al controllo ufficiale in tema di indipendenza, imparzialità, integrità e riservatezza" Controlli a campione	Responsabile S.S.U. Igiene alimenti e nutrizione Dr.Gabriele Peroni	La specificità delle competenze prof.li e l'ineludibile garanzia prestazionale dei controlli ufficiali, oltre alle normative contrattuali e concorsuali vigenti, non rendono prevedibile, né auspicabile a priori, la mobilità dei professionisti Individuati	Informativa sui controlli a campione svolti: Segnalazioni difformità	Report semestrale sul numero di certificazioni effettuate
Valutazione del rischio=3						

U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica	certificazione distruzione alimenti a fini fiscali (DPR 327/80)	Rispetto procedure scritte; Rotazione dei compiti; Istruzione operativa doc. Nr. 1142 - versione 1 del 05/03/2009 "Norme di comportamento per l'operatore addetto al controllo ufficiale in tema di di indipendenza, imparzialità, integrità e riservatezza" Controlli a campione	Responsabile S.S.U. Igiene alimenti e nutrizione Dr. Gabriele Peroni Tecnici della prevenzione: Baldinini Francesco Bertozzi M. Teresa Brugnetti Paola Gaiani Massimo Giuntini Stefano Leonesi Maurizio Ricci Gianluca Valgimigli Veraldo	La pianificazione settimanale del lavoro prevede la rotazione periodica del personale relativamente alle attività di controllo	Informativa sui controlli a campione svolti: Segnalazioni difformità	Report semestrale sul numero di certificazioni effettuate
Valutazione del rischio=3						
U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica	Controllo ufficiale su imprese e prodotti alimentari	Rispetto procedure scritte; Rotazione dei compiti; Istruzione operativa doc. N. 1142 - versione 1 del 05/03/2009 "Norme di comportamento per l'operatore addetto al controllo ufficiale in tema di di indipendenza, imparzialità, integrità e riservatezza" Controlli a campione	Responsabile S.S.U. IAN Dr. Gabriele Peroni Dr. Andrea Pizzoli Tecnici della prevenzione: Baldinini Francesco Bertozzi M. Teresa Brugnetti Paola Gaiani Massimo Giuntini Stefano Leonesi Maurizio Ricci Gianluca Valgimigli Veraldo	La pianificazione settimanale del lavoro prevede la rotazione periodica del personale relativamente alle attività di controllo	Informativa sui controlli a campione svolti: Segnalazioni difformità	Report semestrale sul numero di controlli
Valutazione del rischio=3						

U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica	Controllo su attività scolastiche, ricreative sportive, artigianato non alimentare, ricettivo alberghiere, servizi alla persona, edifici ad uso pubblico	Rispetto procedure scritte; Rotazione dei compiti; Istruzione operativa doc. N. 1142 - versione 1 del 05/03/2009 "Norme di comportamento per l'operatore addetto al controllo ufficiale in tema di indipendenza, imparzialità, integrità e riservatezza" Controlli a campione	Resp. Progr. Ed.Salute dell'Abitato: Dr. Gabriele Peroni Dr. Andrea Pizzoli Tecnici prev: Baldinini Brugnettoni Gaiani Giuntini Leonesi Ricci Valgimigli	La specificità delle competenze prof.li e l'ineludibile garanzia prestazionale, oltre alle normative contrattuali e concorsuali vigenti, non rendono prevedibile, né auspicabile a priori, la mobilità dei professionisti Individuati	Informativa sui controlli a campione svolti: Segnalazioni difformità	Report semestrale sul numero di controlli
Valutazione del rischio=3						

DIPARTIMENTO SANITA' PUBBLICA – UOC Igiene Veterinaria

Aree Organizzative	Attività/processo a rischio Corruzione	Azioni/interventi per la riduzione del rischio	Individuazione dei dipendenti e/o responsabili del procedimento destinati a operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, da inserire nei programmi di formazione	Previsione di mobilità del personale esposto nei servizi a rischio corruzione nei prossimi 5 anni	Informativa sui controlli a campione svolti: Segnalazioni difformità	Obbligo monitoraggio
U.O. Direzione Igiene Veterinaria	Autorizzazioni (es. scorta farmaci, trasportatore animali, omologazione mezzi di trasporto animali)	Rispetto procedure scritte; Rotazione dei compiti; Istruzione operativa n.28/2009 "Norme di comportamento per l'operatore addetto al controllo ufficiale in tema di INDIPENDENZA, IMPARZIALITA', INTEGRITA' E RISERVATEZZA". Controlli a campione	Responsabile SSU Igiene degli allevamenti e prod.zoot.: Dr.G.Martini veterinari: G.Dosa, F.Gubellini, L.Cavalli, L.Salgari, A.Barbieri, C.Castellari Tecnici della prevenzione: M.Morara, G.Vannini, A.Conti.	La pianificazione annuale del lavoro prevede la rotazione periodica del personale relativamente ai territori di competenza assegnati	Informativa sui controlli a campione svolti: Segnalazioni difformità	Report semestrale numero autorizzazioni
Valutazione del rischio=3						

U.O. Direzione Igiene Veterinaria	Pareri per riconoscimento delle imprese del settore alimentare (DGR 16842/2011)	Rispetto procedure scritte; Rotazione dei compiti; Istruzione operativa n.28/2009 "Norme di comportamento per l'operatore addetto al controllo ufficiale in tema di INDIPENDENZA, IMPARZIALITA', INTEGRITA' E RISERVATEZZA" Controlli a campione	-Responsabile SSU Igiene Alimenti di O.A. Dr.G.Giani -Responsabile SSU Igiene alimenti e prod.zoot. Dr.G.Martini -Responsabile SSU Sanità animale Dr.G.Dosa -Veterinari dirigenti: Dr.C.Castellari, Dr.L.Salgari	La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia prestazionale dei controlli ufficiali, oltre alle normative contrattuali e concorsuali vigenti, non rendono prevedibile, né auspicabile a priori, la mobilità dei professionisti individ	Informativa sui controlli a campione svolti: Segnalazioni difformità	Report semestrale numero pareri
Valutazione del rischio=3						
U.O. Direzione Igiene Veterinaria	Parere inoltrato al comune per fiere, mercati, esposizioni, concentramenti e mostre animali (reg. Comunale di Igiene e DPR 320/54)	Rispetto procedure scritte; Rotazione dei compiti; Istruzione operativa n.28/2009 "Norme di comportamento per l'operatore addetto al controllo ufficiale in tema di INDIPENDENZA, IMPARZIALITA', INTEGRITA' E RISERVATEZZA" Controlli a campione	-Responsabile SSU Igiene alimenti e prod.zoot. Dr.G.Martini - Responsabile SSU Sanità animale Dr.G.Dosa	La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia prestazionale dei controlli ufficiali, oltre alle normative contrattuali e concorsuali vigenti, non rendono prevedibile, né auspicabile a priori, la mobilità dei professionisti individuati	Informativa sui controlli a campione svolti: Segnalazioni difformità	Report semestrale numero pareri
Valutazione del rischio=3						

U.O. Direzione Igiene Veterinaria	Pareri ai fini dell'ottenimento dell'autorizzazione attività commercio all'ingrosso di farmaci veterinari e/o premiscele medicate (art. 66 D.lgs. 193/2006)	Rispetto procedure scritte; Rotazione dei compiti; Istruzione operativa n.28/2009 "Norme di comportamento per l'operatore addetto al controllo ufficiale in tema di INDIPENDENZA, IMPARZIALITA', INTEGRITA' E RISERVATEZZA" Controlli a campione	-Responsabile SSU Igiene alimenti e prod.zoot. Dr.G.Martini -Tecnici della prevenzione: M.Morara, G.Vannini, A.Conti.	La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia prestazionale dei controlli ufficiali, oltre alle normative contrattuali e concorsuali vigenti, non rendono prevedibile, né auspicabile a priori, la mobilità dei professionisti individuati	Informativa sui controlli a campione svolti: Segnalazioni difformità	Report semestrale numero pareri
Valutazione del rischio=3						
U.O. Direzione Igiene Veterinaria	Certificazioni: - movimentazione animali vivi, compravendita, indennità sanitarie, riproduttori - esportazione di animali vivi, di alimenti di o.a., mangimi, sottoprodotti di o.a. - salubrità dei prodotti di o.a., mangimi e sottoprodotti di o.a.	Rispetto procedure scritte; Rotazione dei compiti; Istruzione operativa n.28/2009 "Norme di comportamento per l'operatore addetto al controllo ufficiale in tema di INDIPENDENZA, IMPARZIALITA', INTEGRITA' E RISERVATEZZA" Controlli a campione	-Responsabile SSU Igiene Alimenti di O.A. Dr.G.Giani -Responsabile SSU Igiene alimenti e prod.zoot. Dr.G.Martini -Responsabile SSU Sanità animale Dr.G.Dosa -Veterinari dirigenti: Dr.C.Castellari, Dr.L.Salgari, dr.A.Barbieri, Dr.L.Cavalli, Dr. F.Gubellini	La pianificazione annuale del lavoro prevede la rotazione periodica del personale relativamente ai territori di competenza e alle strutture assegnati per l'esecuzione dei controlli	Informativa sui controlli a campione svolti: Segnalazioni difformità	Report semestrale numero certificazioni
Valutazione del rischio=3						

U.O. Direzione Igiene Veterinaria	Attestazioni di idoneità al consumo di animali macellati da privati a domicilio, per uso familiare	Rispetto procedure scritte; Rotazione dei compiti; Istruzione operativa n.28/2009 "Norme di comportamento per l'operatore addetto al controllo ufficiale in tema di INDIPENDENZA, IMPARZIALITA', INTEGRITA' E RISERVATEZZA" Controlli a campione	- Responsabile SSU Igiene Alimenti di O.A. Dr.G.Giani - Veterinari dirigenti: Dr.C.Castellari, Dr.L.Salgari, dr.A.Barbieri, Dr.L.Cavalli, Dr. F.Gubellini, Dr.G.Dosa	La pianificazione annuale del lavoro prevede la rotazione periodica del personale relativamente ai territori di competenza e alle strutture assegnati per l'esecuzione dei controlli	Informativa sui controlli a campione svolti: Segnalazioni difformità	Report semestrale numero attestazioni
Valutazione del rischio=3						
U.O. Direzione Igiene Veterinaria	Controllo ufficiale su alimenti di o.a, mangimi, salute e benessere degli animali, sottoprodotti di o.a., medicinali veterinari	Rispetto procedure scritte; Rotazione dei compiti; Istruzione operativa n.28/2009 "Norme di comportamento per l'operatore addetto al controllo ufficiale in tema di INDIPENDENZA, IMPARZIALITA', INTEGRITA' E RISERVATEZZA" Controlli a campione	-Resp. SSU Igiene Alimenti di O.A. Dr.G.Giani -Resp. SSU Igiene alimenti e prod.zoot. Dr.G.Martini -Resp. SSU Sanità animale Dr.G.Dosa -Dr.C.Castellari, Dr.L.Salgari, dr.A.Barbieri, Dr.L.Cavalli, Dr. F.Gubellini -M.Morara, G.Vannini, A.Conti.	La pianificazione annuale del lavoro prevede la rotazione periodica del personale relativamente ai territori di competenza e alle strutture assegnati per l'esecuzione dei controlli	Informativa sui controlli a campione svolti: Segnalazioni difformità	Report semestrale numero controlli
Valutazione del rischio=3						

-SERVIZIO Medicina Legale in Staff DIREZIONE SANITARIA –

DIRETTORE/ REFERENTE DEL RPCT PROF. FRANCESCO TARONI

Aree Organizzative	Attività/processo a rischio Corruzione	Azioni/interventi per la riduzione del rischio	Individuazione dei dipendenti e/o responsabili del procedimento destinati a operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, da inserire nei programmi di formazione	Previsione di mobilità del personale esposto nei servizi a rischio corruzione nei prossimi 5 anni	Obblighi dei dirigenti competenti nei confronti del responsabile del piano di prevenzione di informazioni, su base annuale	Obbligo monitoraggio
Programma Medicina Legale	Accertamento stato di disabilità (L.R. n.4/2008)	Rispetto procedure scritte; Rotazione dei compiti	Programma Medicina Legale - Presidenti Commissione disabilità: dr. Carlo Suzzi Medico dirigente, dr. Martina Brini Medico dirigente, dr. Andrea Pizzoli Medico dirigente - Componenti Commissione disabilità : specialisti ed operatori sociali partecipanti in base alla specificità della tipologia di disabilità da esaminare	La pianificazione del lavoro prevede la rotazione periodica del personale relativamente alle diverse commissioni	Informativa sui controlli a campione svolti: Segnalazioni difformità	Report semestrale numero accertamenti
	Valutazione del rischio=3					
Programma Medicina Legale	Accertamenti idoneità patenti speciali	Rispetto procedure scritte; Rotazione dei compiti	Programma Medicina Legale - Presidente Commissione Ricorsi: dr. Carlo Suzzi Medico legale Dr.Martina Brini Medico legale	La pianificazione del lavoro prevede la rotazione periodica del personale relativamente alle diverse commissioni	Informativa sui controlli a campione svolti: Segnalazioni difformità	Report semestrale numero accertamenti
	Valutazione del rischio=3					
Programma Medicina Legale	Accertamenti idoneità porto d'armi – ricorso (verbale DM 28.04.1998)	Rispetto procedure scritte; Rotazione dei compiti	Programma Medicina Legale - Presidente Commissione Ricorsi: dr. Carlo Suzzi Medico legale	La pianificazione del lavoro prevede la rotazione periodica del personale relativamente alle diverse commissioni	Informativa sui controlli a campione svolti: Segnalazioni difformità	Report semestrale numero accertamenti
	Valutazione del rischio=3					

Dipartimento Cure Primarie - Direttore/ Referente del RPCT dott. ANDREA NERI

Aree Organizzative DIP.TO CURE PRIMARIE	Attività/processo a rischio Corruzione	Azioni/interventi per la riduzione del rischio	Individuazione dei dipendenti e/o responsabili del procedimento destinati a operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, da inserire nei programmi di formazione	Previsione di mobilità del personale esposto nei servizi a rischio corruzione nei prossimi 5 anni	Obblighi dei dirigenti competenti nei confronti del responsabile del piano di prevenzione di informazioni, su base annuale	Obbligo monitoraggio
Dipartimento Cure Primarie	Autorizzazione all'erogazione di prestazioni di assistenza protesica (D.M. 332/99 e D.G.R. 1599/2011) limitatamente ai presidi ed ausili fuori gara	Rispetto procedure scritte; Controlli a campione; Presenza di un'equipe dedicata che consente controlli reciproci; Controlli sulle prescrizioni mediche	Direttore DCP ad interim : Andrea Neri Responsabile medico attività autorizzativa (Paola Dal Pozzo); Addetti all'ufficio protesica e al centro ausili (amministrativi: Minardi Vilma, Galassi Gabriella, fisioterapista: Ceroni Antonia);	La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia prestazionale dell'assistenza agli utenti, oltre alle normative concorsuali e contrattuali vigenti, non rendono prevedibile nè auspicabile a priori la mobilità dei professionisti individuati sulle funzioni a rischio	Controlli a campione. Segnalazioni difformità	Report semestrale numero autorizzazioni
Valutazione del rischio=2						
Dipartimento Cure Primarie	Graduatoria per gli incarichi provvisori e di sostituzione nel Servizio di Continuità Assistenziale (art. 70, comma 12 A.C.N. per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale 29.07.2009 e s.m.i. - Accordo regionale attuativo)	Rispetto procedure scritte; Controlli a campione; Presenza di un'equipe dedicata che consente controlli reciproci;	Direttore DCP ad interim: Andrea Neri Manuela Referente amministrativo Dcp (Gasparetto Stefania) Amministrativo ufficio convenzioni (Giusti Morena)	La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia prestazionale dell'assistenza agli utenti, oltre alle normative concorsuali e contrattuali vigenti, non rendono prevedibile nè auspicabile a priori la mobilità dei professionisti individuati sulle funzioni a rischio	Controlli a campione. Segnalazioni difformità	Report semestrale numero sostituzioni
Valutazione del rischio=2						

Dipartimento Cure Primarie	Autorizzazione a prestazioni ambulatoriali e di ricovero presso strutture riabilitative ex art. 26 Legge 833/78 (L. 833/78 - L.502/92)	Rispetto procedure scritte; Controlli a campione; Presenza di un'equipe dedicata che consente controlli reciproci;	Direttore DCP ad interim:Andrea Neri Responsabile medico attività autorizzativa (Paola Dal Pozzo)	La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia prestazionale dell'assistenza agli utenti, oltre alle normative concorsuali e contrattuali vigenti, non rendono prevedibile nè auspicabile a priori la mobilità dei professionisti individuati sulle funzioni a rischio	Controlli a campione. Segnalazioni difformità	Report semestrale numero autorizzazioni
	Valutazione del rischio=2					

DIREZIONE DELL'ASSISTENZA FARMACEUTICA

Direttore/ Referente del RPCT dr.ssa Silvia Gambetti

Aree Organizzative	Attività/processo a rischio Corruzione	Azioni/interventi per la riduzione del rischio	Individuazione dei dipendenti e/o responsabili del procedimento destinati a operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, da inserire nei programmi di formazione	Previsione di mobilità del personale esposto nei servizi a rischio corruzione nei prossimi 5 anni	Obblighi dei dirigenti competenti nei confronti del responsabile del piano di prevenzione di informazioni, su base annuale	Obbligo monitoraggio
UO Direzione Assistenza Farmaceutica	Procedimenti per l'acquisizione in economia di beni fino a € 1.000 IVA esclusa (Regolamento aziendale ai sensi del D.Lgs 50/2016)	Osservanza normative vigenti e regolamento aziendale (deliberazione 184/2017)	Direttore Dott.ssa Sivia Gambetti, Dirigenti Farmacisti: Dott.ssa Bruna Dosi, Dott.ssa Antonella Fadda, Dott.ssa Agnese Raggini, Dott.ssa Elisabetta Rustici, Dott.ssa Stefania Sangiorgi, Dott.ssa Maria Chiara Silvani Amministrativi: Sig.ra Antonella Buttazzi, Sig.ra Maria Cristina Medaglia, Sig.ra Paola Mingoni, Dott.ssa Alessandra Volta	La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia dell'assistenza terapeutica agli utenti, oltre alle normative concorsuali e contrattuali vigenti, non rendono auspicabile la mobilità dei professionisti individuati sulle funzioni di rischio.	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report semestrale numero procedimenti
	Valutazione del rischio=2					

<p>UO Direzione Assistenza Farmaceutica</p>	<p>Acquisto farmaci e dispositivi medici (DM) da ditte che sponsorizzano eventi formativi all'estero per prescrittori</p>	<p>Verifiche trend sull'andamento e/o incremento consumo, in relazione a sponsorizzazioni di eventi formativi all'estero per la Dirigenza Medica sulla base del report trasmesso dal Servizio Formazione.</p>	<p>Direttore Dott.ssa Sivia Gambetti, Dirigenti Farmacisti: Dott.ssa Bruna Dosi, Dott.ssa Antonella Fadda, Dott.ssa Laura Paternoster,, Dott.ssa Elisabetta Rustici, Dott.ssa Stefania Sangiorgi, Dott. Lucio Lionello. Amministrativi: Sig.ra Antonella Buttazzi, Sig.ra Maria Cristina Medaglia, Sig.ra Paola Mingoni, Dott.ssa Alessandra Volta</p>	<p>La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia dell'assistenza terapeutica agli utenti, oltre alle normative concorsuali e contrattuali vigenti, non rendono auspicabile la mobilità dei professionisti individuati sulle funzioni di rischio.</p>	<p>Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità</p>	<p>Report semestrale sulle verifiche svolte (con confronto del pari periodo anno precedente).</p>
<p>Valutazione del rischio=3</p>						

Servizio FORMAZIONE AZIENDALE

Direttore/ Referente del RPCT dr.ssa Orietta Valentini

Aree Organizzative	Attività/processo a rischio Corruzione	Azioni/interventi per la riduzione del rischio	Individuazione dei dipendenti e/o responsabili del procedimento destinati a operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, da inserire nei programmi di formazione	Previsione di mobilità del personale esposto nei servizi a rischio corruzione nei prossimi 5 anni	Obblighi dei dirigenti competenti nei confronti del responsabile del piano di prevenzione di informazioni, su base annuale	Obbligo monitoraggio
Formazione	Autorizzazioni attività/eventi formativi ECM afferenti alla Dirigenza Medica. Sponsorizzazioni ditte farmaceutiche e benefit connessi all'evento formativo.	Verifiche di afferenza alla programmazione aziendale degli eventi formativi ECM a favore della Dirigenza Medica , su eventuali benefit ricevuti da ditte farmaceutiche. Procedure in base alla DGR n.2309/2016	Direttori di Direzione Tecnica/Dipartimento e UU.OO. (Regolamento attuativo dell'Atto Az.le).	La specificità delle competenze professionali non rendono auspicabile la mobilità dei professionisti individuati sulle funzioni di rischio.	Aderenza alla Procedura Aziendale	Report semestrale al RPCT sul corretto invio della modulistica, richiesta dalla procedura Aziendale, allo Staff Formazione da parte dei Direttori
Valutazione del rischio= 3						

Formazione	Individuazione docenti e fornitori di Formazione	Rispetto del Regolamento Az.le relativo all'individuazione dei fornitori di prestazioni didattiche e creazione di un Albo Docenti e Tutor, sulla base dei criteri condivisi a livello di AVEC e obblighi di pubblicità per l'individuazione dei docenti e fornitori di Formazione	Orietta Valenti Morena Piani	La specificità delle competenze professionali non rendono auspicabile la mobilità dei professionisti individuati sulle funzioni di rischio.	Segnalazione delle non conformità	Report semestrale sul numero di docenti e fornitori incaricati
Valutazione del rischio= 3.						
Formazione	Partecipazioni attività/eventi formativi ECM con sponsorizzazioni ditte farmaceutiche e benefit connessi all'evento formativo	Verifiche di aderenza alla Procedura Az.le relativa alla partecipazione ad iniziative di formazione esterna con finanziamenti da parte di privati.	Orietta Valentini Morena Piani	La specificità delle competenze professionali non rendono auspicabile la mobilità dei professionisti individuati sulle funzioni a rischio.	Informativa sulle attività svolte. Divulgazione al personale dei contenuti della procedura Az.le, relativa alla partecipazione ad iniziative di formazione esterna con finanziamenti da parte di privati. Segnalazioni di non conformità	Invio report semestrale sulle autorizzazioni al RPCT e al Servizio Assistenza Farmaceutica Aziendale, per le verifiche di propria competenza.
Valutazione del rischio= 3						

DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO

Direttore/ Referente del RPCT dr. Andrea Neri

Aree Organizzative	Attività/ processo a rischio Corruzione	Azioni/interventi per la riduzione del rischio	Individuazione dei dipendenti e/o responsabili del procedimento destinati a operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, da inserire nei programmi di formazione	Previsione di mobilità del personale esposto nei servizi a rischio corruzione nei prossimi 5 anni	Obblighi dei dirigenti competenti nei confronti del responsabile del piano di prevenzione di informazioni, su base annuale	Obbligo monitoraggio
Direzione Medica	Monitoraggio prestazioni erogate in regime di L.P.	Verifica dei volumi quali-quantitativi erogati in regime di L.P. rispetto a quelli erogati in regime istituzionale. Verifica dei tempi standard delle prestazioni erogate in regime di libera professione rispetto a quelle erogate in regime istituzionale. Corretta applicazione delibera n.108/2014 in relazione al rispetto dei piani di attività e delle liste d'attesa concordate con le èquipe.	Neri Andrea Direttore ad interim di Presidio Rini Filomena Dirigente Medico Direzione di Presidio, Zarabini Lucia Adele Dirigente Medico Direzione di Presidio	la specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia dell'attività organizzativa del presidio osp, oltre alle normative concorsuali e contrattuali vigenti , non rendono auspicabile né prevedibile la rotazione dei professionisti individuati	Controlli a campioni sull'attività e segnalazioni di eventuali difformità	Report semestrale verifica volumi quali-quantitativi erogati in regime di libera professione
Valutazione del rischio=3						

Direzione Medica	Acquisti in esclusiva apparecchiatur e biomediche	Controllo annuale sul numero richieste da parte dei direttori U.U.O.O. Il Responsabile Anticorruzione verifica con il supporto dei dirigenti della Direzione Medica, previa asseverazione di congruità dell'acquisto da parte del Direttore dell'UO Ingegneria Clinica aziendale, secondo le procedure interne definite, la quantità di acquisti in ambito USL su base annua e verifica altresì i giustificativi del Direttore UO allegati alle richieste di acquisto. Verifica conformità acquisti rispetto a quanto autorizzato in sede di negoziazione di budget con la Direzione Generale.	Neri Andrea Direttore ad interim di Presidio Rini Filomena Dirigente Medico Direzione di Presidio, Zarabini Lucia Adele Dirigente Medico Direzione di Presidio Chiarini Cristian Direttore UO TIR e Ingegneria Clinica	la specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia dell'attività organizzativa del presidio osp., oltre alle normative concorsuali e contrattuali vigenti , non rendono auspicabile né prevedibile la rotazione dei professionisti individuati	Informativa sulle attività autorizzatorie svolte; Segnalazioni difformità	Report annuale sul numero di richieste e di autorizzazioni
Valutazione del rischio=3						
Direzione Medica	Gestione liste di attesa ricoveri programmati	Rispetto delle procedure aziendale per la gestione informatizzata della prenotazione di ricoveri programmati medico/chirurgici. Monitoraggio sulle conseguenze dei ricoveri rispetto alla categoria di priorità assegnata al paziente . Controlli a campione. Interventi urgenti eseguiti a pazienti che hanno effettuato precedenti visite in attività libero professionale intramuraria	Neri Andrea Direttore ad interim di Presidio Rini Filomena Dirigente Medico Direzione di Presidio, Zarabini Lucia Adele Dirigente Medico Direzione di Presidio	la specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia dell'attività organizzativa del presidio osp , oltre alle normative concorsuali e contrattuali vigenti , non rendono auspicabile né prevedibile la rotazione dei professionisti individuati	Informativa sulle attività svolte numero complessivo dei controlli a campione; Segnalazioni difformità	Report semestrale rispetto procedura gestione liste di attesa e ricoveri programmati ed esiti campionatura sul numero di interventi urgenti per pazienti che hanno effettuato precedentemente al ricovero visita in attività di libera professionale intramuraria e nominativo del dirigente medico che ha effettuato l'intervento
Valutazione del rischio=3						

Direzione Medica	Rapporti con informatori scientifici del farmaco	Coordinamento e impulso per il rispetto della Procedura scritta sulla base delle indicazioni della DGR n.2309/2016 in sede di Coordinamento interdipartimentale. Controlli a campione sulla tracciabilità degli incontri.	Neri Andrea Direttore ad interim di Presidio Rini Filomena Dirigente Medico Direzione di Presidio, Zarabini Lucia Adele Dirigente Medico Direzione di Presidio	la specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia dell'attività organizzativa del presidio Osp , oltre alle normative concorsuali e contrattuali vigenti , non rendono auspicabile né prevedibile la rotazione dei professionisti individuati	Informativa sull'adeguamento delle procedure. Controlli a campione. Segnalazioni difformità	Report semestrale controlli a campione tracciabilità incontri con informatori scientifici
	Valutazione del rischio=2					

DIREZIONE INFERMIERISTICA E TECNICA - Direttore/ Referente del RPCT dr. Davide Carollo

Aree Organizzative	Attività/processo a rischio Corruzione	Azioni/interventi per la riduzione del rischio	Individuazione dei dipendenti e/o responsabili del procedimento destinati a operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, da inserire nei programmi di formazione	Previsione di mobilità del personale esposto nei servizi a rischio corruzione nei prossimi 5 anni	Obblighi dei dirigenti competenti nei confronti del responsabile del piano di prevenzione di informazioni, su base annuale	Obbligo monitoraggio
SIT – Direzione infermieristica	Gestione attività necrofori	Rispetto delle ulteriori procedure adottate; Rotazione dei compiti; Controlli a campione sul numero di presenze del personale e la % di incarichi a ditte onoranze funebri	Responsabile procedimento: Cavina Rosanna operatori esposti: Di Bari Roberto, Di Palma Michele, Gualandi Angela, Nerobeewa Tatiana, Esposito Gaetano	La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia prestazionale dell'assistenza da erogare, oltre alle normative concorsuali e contrattuali vigenti, non rendono prevedibile né auspicabile a priori la mobilità dei professionisti individuati sulle funzioni di rischio	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità, rendicontazione complessiva presenza in servizio del personale e % di incarichi a ditte onoranze funebri	Report semestrale controlli rispetto procedura etica, rotazione del personale, presenza in servizio e % incarichi a ditte onoranze funebri
Valutazione del rischio=2						
SIT – Direzione infermieristica	Partecipazione a commissioni per il reclutamento del personale	Rotazione dei componenti delle commissioni Verifica delle eventuali incompatibilità ; Controlli a campione.	Responsabile procedimento: Davide Carollo operatori esposti: Cavina Rosanna, Nanni Ivana, Gabrielli Sabrina, Faccani Daniela, Ricci Gian Luca, Bedosti Catia, Cenni Alessandra	La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia prestazionale dell'assistenza da erogare, oltre alle normative concorsuali e contrattuali vigenti, non rendono prevedibile né auspicabile a priori la mobilità dei professionisti individuati sulle funzioni di rischio	Informativa sui controlli a campione e segnalazioni difformità	Report semestrale sulla rotazione dei componenti delle commissioni
Valutazione del rischio=2						

SIT – Direzione infermieristica	Partecipazione a commissioni per concorsi interni per progressioni di carriera (progressioni verticali ed orizzontali)	Rotazione dei componenti delle commissioni, controllo a campione o su incompatibilità	Responsabile procedimento : Davide Carollo operatori esposti: Cavina Rosanna, Nanni Ivana, Gabrielli Sabrina, Faccani Daniela, Ricci Gian Luca, Bedosti Catia, Cenni Alessandra	La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia prestazionale dell'assistenza da erogare, oltre alle normative concorsuali e contrattuali vigenti, non rendono prevedibile né auspicabile a priori la mobilità dei professionisti individuati sulle funzioni di rischio	Informativa sui controlli a campione svolti; Segnalazioni difformità	Report semestrale sulla rotazione dei componenti delle commissioni
Valutazione del rischio=2						
SIT - Direzione infermieristica	gestione attività in affidamento esterno (servizi di ristorazione, di pulizia, lavanolo, presidi antidecubito)	Corretta applicazione procedure aziendali ; controlli a campione sulla qualità delle prestazioni rese.	Responsabile procedimento: Davide Carollo operatori esposti: Lanzoni Silvia Bedosti Catia, Bertozzi Lucia,	La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia prestazionale dell'assistenza da erogare, oltre alle normative concorsuali e contrattuali vigenti, non rendono prevedibile né auspicabile a priori la mobilità dei professionisti individuati sulle funzioni di rischio	Informativa sui controlli a campione svolti; Segnalazioni difformità	Report annuale sul numero di attività in affidamento e verifica esecuzione lavori
Valutazione del rischio=2						
SIT – Direzione infermieristica	Utilizzo a rotazione del personale di supporto per l'attività di libera professione	Controllo e verifica corretta applicazione del regolamento in materia di utilizzo del personale di supporto, controlli a campione sulle dichiarazioni di disponibilità.	Responsabile procedimento: Davide Carollo operatori esposti: Cavina Rosanna, Dari Elisabetta, Veronesi Isaura, Loli Barbara, Teci Giuseppe	La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia prestazionale dell'assistenza da erogare, oltre alle normative concorsuali e contrattuali vigenti, non rendono prevedibile né auspicabile a priori la mobilità dei professionisti individuati sulle funzioni di rischio	Informativa sui controlli a campione svolti; Segnalazioni difformità	Report semestrale sulla rotazione del personale di supporto alla libera professione intramuraria
Valutazione del rischio=2						
SIT – Direzione infermieristica	Rapporti con rappresentanti dispositivi assistenziali	Tenuta registro incontri con i rappresentanti, attuazione DGR n.2309/2016	Davide Carollo	La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia prestazionale dell'assistenza da erogare, oltre alle normative concorsuali e contrattuali vigenti, non rendono prevedibile né auspicabile a priori la mobilità dei professionisti individuati sulle funzioni di rischio	Informativa sui controlli a campione svolti sul numero di incontri e rapporto tra questi e il numero di acquisti e la tipologia di beni.	Report semestrale sul numero di incontri nominativi dei rappresentanti e tipologia di beni.
Valutazione del rischio= 2						

GOVERNO CLINICO

Direttore/ Referente del RPCT dr.ssa PANTALEO

Aree Organizzative	Attività/processo a rischio Corruzione	Azioni/interventi per la riduzione del rischio	Individuazione dei dipendenti e/o responsabili del procedimento destinati a operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, da inserire nei programmi di formazione	Previsione di mobilità del personale esposto nei servizi a rischio corruzione nei prossimi 5 anni	Obblighi dei dirigenti competenti nei confronti del responsabile del piano di prevenzione di informazioni, su base annuale	Obbligo monitoraggio
Staff governo Clinico: 1) attività di medico competente DL 81/08. 2) Controlli sanitari su attività di ricovero in Mobilità Passiva dei residenti AUSL Imola DGR 354/2012 e Determinazione 10449/2012	1) visite mediche con certificati di idoneità in assunzione e in periodica verifica. 2) Fase di selezione dei casi da contestare e fase di accoglimento / rifiuto delle controdeduzioni pervenute.	1) Rispetto delle procedure scritte normativa DL 81/08 per visite, normativa RER per controlli racciabilità incontri; 2) verifiche periodiche di conformità delle procedure di controllo effettuate con quanto previsto dalla normativa RER	Pantaleo ----Pizzoli Andrea Cimatti Monica	La specificità delle competenze professionali , non rendono prevedibile né auspicabile a priori la mobilità dei professionisti	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report semestrale numero autorizzazioni
	Valutazione del rischio=2					

CRITERI di ROTAZIONE DEL PERSONALE A RISCHIO CORRUZIONE

Come risulta evidente dalla mappatura delle attività a rischio di corruzione, così come sopra enucleate, in collaborazione con i Direttori/Referenti, la previsione normativa circa l'effettiva rotazione degli incarichi, nei servizi nel cui ambito si è individuato un rischio corruzione trova un limite oggettivo, attenuato per alcune Aree dove sussistono una pluralità di professionalità intercambiabili sulle attività individuate a rischio, in considerazione dei seguenti criteri: -

- 1) La peculiarità dell'AUSL di Imola relativamente alla sua dimensione nell'ambito dell'Area vasta;
- 2) La specifica e spesso univoca competenza professionale delle risorse umane impiegate nelle aree oggetto di mappatura del rischio, che non permette una fungibilità nei ruoli professionali e quindi di rotazione nei servizi medesimi, stante anche l'unicità non solo di figura apicali ma anche di personale del comparto amministrativo che possano essere sostituiti nelle loro mansioni;
- 3) L'ineludibilità, di conseguenza, di dover garantire non solo la speditezza e l'efficacia della funzione amministrativa, comunque strumentale ed indispensabile all'erogazione dei servizi sanitari e assistenziali, ma la stessa garanzia degli standard prestazionali gravanti sugli apicali preposti alle medesime funzioni nelle aree a rischio.

Naturalmente la mappatura delle aree e dei procedimenti a rischio, così come declinata nelle tabelle che precedono, non può ritenersi esaustiva ma costituire, da un punto di vista cronologico e sistematico, un riferimento ineludibile per le ragionevoli implementazioni che si riterranno indispensabili nel corso del triennio di validità del Piano, anche in relazione, nel caso di significative variazioni organizzative in ambito sia aziendale che Metropolitano e in Area Vasta, a considerare ambiti più specifici in cui sarà possibile la rotazione di alcune professionalità.

Si ricorda che, già in sede di Conferenza Unificata Stato-Regioni, nella seduta del 24.7.2013, si sono sostanzialmente definiti alcuni criteri, contemperamenti ed indicazioni in materia di rotazione degli incarichi, di cui si è tenuto conto nel presente atto, anche in previsione delle implementazioni annuali del Piano e che sinteticamente si riepilogano:

- a) "In ogni caso, fermi restando i casi di revoca dell'incarico già disciplinati e le ipotesi di applicazione di misure cautelari, la rotazione può avvenire solo al termine dell'incarico, la cui durata deve essere comunque mantenuta";
- b) "l'attuazione della misura deve avvenire in modo da tenere conto delle specificità professionali in riferimento alle funzioni ed in modo da salvaguardare la continuità della gestione amministrativa. A tal fine, gli enti curano la formazione del personale, prediligendo l'affiancamento e l'utilizzo di professionalità interne";

- c) “ ove le condizioni organizzative dell’ente non consentano l’applicazione della misura, l’ente ne deve dar conto nel P.T.P.C.T con adeguata motivazione”;
- d) “l’attuazione della mobilità, specialmente se temporanea, costituisce un utile strumento per realizzare la rotazione tra le figure professionali specifiche e gli enti di più ridotte dimensioni. In quest’ottica, la Conferenza Unificata Stato-Regioni, si impegna a promuovere iniziative di raccordo ed informativa tra gli enti interessati, finalizzate all’attuazione della mobilità, anche temporanea, tra professionalità equivalenti presenti nelle diverse amministrazioni”.

Tuttavia, pur nel rispetto di questi accordi, come già rappresentato nella descrizione delle azioni svolte nel 2018, in alcune “aree a rischio” è stata possibile la rotazione delle professionalità sulle istruttorie di procedimenti afferenti alle proprie UU.OO. e, nel caso del Dipartimento di Salute Pubblica, la rotazione ha riguardato tecnici, dirigenti medici e veterinari, sull’ambito territoriale ove si svolgono le attività di vigilanza e controllo.

AZIONI FORMATIVE Previste per il 2019 ai sensi dell'art. 1 comma 10 lett.c) Legge n.190/2012

In relazione alla formazione dei dipendenti in materia di anticorruzione e alla procedura di selezione degli stessi, si precisa quanto segue:

- Il personale selezionato per la formazione, nel corso di validità del presente piano, risulta essere quello individuato nelle tabelle della mappatura delle aree a rischio nell'apposita colonna, così come concordato con i Direttori/Referenti.

I criteri che determinano la selezione sono sostanzialmente:

- a) l'afferenza diretta all'attività individuata come a potenziale rischio di fenomeni corruttivi;
- b) la rilevanza del ruolo gerarchico/funzionale del dipendente nell'area o UU.OO. prescelta, nell'ambito delle quali si è individuato il procedimento o l'attività a rischio.

Tuttavia, considerata la notevole e cogente importanza del tema della formazione dei dipendenti prevista dalla legge n.190/2012, le cui disposizioni in materia richiedono di essere tradotte in specifici percorsi formativi, omogenei a livello regionale, l'Azienda USL di Imola, aderisce alle indicazioni regionali in previsione di un "Piano formativo regionale", che garantisca uniformità di approccio alle problematiche in esame, le cui linee generali che verranno sviluppate nel 2019 possono essere così riassunte:

Fase n. 1

CONTENUTI: Formazione di carattere "tecnico" rivolta congiuntamente ai dipendenti della RER e Aziende del Servizio Sanitario Regionale, nominati responsabili per la prevenzione della corruzione e propri collaboratori in staff.

DOCENTI: Esperti nella materia – funzionari appartenenti ad enti e organismi a livello centrale, quali Dipartimento della Funzione Pubblica, Agenas, A.N.A.C., Formez Pa, magistrati, docenti universitari.

ORGANIZZAZIONE: RER con l'ausilio delle Aziende del SSR.

Fase n. 2

CONTENUTI: Formazione di carattere "specifico" rivolta ai dipendenti che il P.T.P.C.T come sopra citato, ha individuato come lavoratori a rischio.

DOCENTI: Soggetti inseriti nella fase n.1.

ORGANIZZAZIONE: Aziende del SSR con l'ausilio delle competenti strutture regionali preposte alla gestione degli eventi formativi afferenti alle Direzioni Generali Sanità e Organizzazione e Personale.

Fase n. 3

CONTENUTI: Formazione di carattere “generale” rivolta a tutti i dipendenti delle Aziende del SSR.

DOCENTI: Soggetti/associazioni/enti della società civile e soggetti inseriti nei programmi della fase n. 1.

ORGANIZZAZIONE: Aziende del SSR con l’ausilio delle competenti strutture regionali preposte alla gestione degli eventi formativi afferenti alle Direzioni Generali Sanità e Organizzazione e Personale.

Alla luce degli aventi formativi realizzati nel corso del 2018, in sede AVEC è previsto per il 2019 lo sviluppo dei rapporti di collaborazione con l’Università di Bologna (SPISA), finalizzati a realizzare percorsi formativi specifici per le “aree generali”. Gli eventi formativi, in corso di definizione, verranno recepiti nel Piano Formativo Aziendale relativo al 2019.

Infine, si è convenuto da parte delle aziende sanitarie della RER, di aderire alle proposte formative omogenee a tutto il territorio nazionale che l’AGENAS formalizzerà per il 2019.

RAPPORTI TRA IL RPCT, L'OIV – SSR, L'OAS e RPD

Il PNA 2016, nella parte speciale “Sanità”, ha assegnato alle Regioni e, per conseguenza, agli Organismi di Valutazione delle Performance aziendali, un ruolo di interlocuzione specifico con i RPCT che trova fondamento negli artt. 1 comma 7 e 8 bis della legge 190/2012, così come modificati dal D.lgs. n. 97/2016. In particolare, l'art. 1 comma 7 prevede che il RPCT segnali anche all'OIV, oltre che alla DG, eventuali disfunzioni inerenti l'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza. L'art. 8 invece, conferma in capo agli OIV, anche attraverso gli OAS, la verifica della coerenza tra gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale con i Piani Triennali per la Prevenzione della Corruzione e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza, con verifica dell'OIV della relazione annuale del RPCT (art.1 comma 14 l.190/2012)

Con la Delibera n. 4 del 19.12.2016 della R.E.R., integralmente recepita da questo Piano e pubblicata nel sito aziendale “Amministrazione Trasparente”, sezione “Personale” sottosezione “OIV”, si sono definite compiutamente le modalità amministrative attraverso le quali dare sostanza a questi nuovi obblighi reciproci. In tal senso, anche al fine di favorire il coordinamento tra le Aziende su anticorruzione e trasparenza, si è costituito il tavolo permanente regionale dei RPCT, di cui fa parte l'AUSL di Imola, attivato dalla Direzione Generale Sanità, per promuovere misure o azioni a livello regionale o sovraziendale, cui partecipa l'OIV-SSR.

L'ANAC, ha portato ad esempio di “buona prassi” l'istituzione di questo Tavolo, indicandolo nella Delibera di aggiornamento n.1074 del 21.11.2018.

Il presente Piano, alla luce di quanto previsto dall'ANAC con la citata Delibera di aggiornamento n. 1074 del 21 novembre 2018, prevede un maggiore coordinamento tra gli obiettivi di performance aziendale e le misure anticorruzione/trasparenza .

In tal senso, l'OIV/OAS, nell'ambito dei propri poteri di controllo e di attestazione, possono meglio verificare la coerenza tra gli obiettivi previsti dal PTPCT e quelli indicati nei documenti di programmazione strategico-gestionale in modo da valutare la “Performance” tenendo conto anche degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza.

L'ANAC, con il medesimo Aggiornamento, ha meglio definito i rapporti tra il RPCT e il RPD finalizzati alla non sovrapposibilità dei due ruoli all'interno dell'azienda, in ragione della peculiarità delle due diverse funzioni. In tal senso , l'AUSL di Imola ne ha recepito le disposizioni.

OBBLIGHI dei DIRETTORI di AREE TECNICHE, DIPARTIMENTI e UU.OO. AZIENDALI REFERENTI e dei RESPONSABILI di PROCEDIMENTO

L'ineludibilità di confermare e individuare nuovi Referenti del responsabile anticorruzione, fra le diverse aree a rischio così come risultante dalla mappatura effettuata, è stata fatta anche per il presente Piano in coerenza con l'attività di controllo svolta negli anni precedenti e delle raccomandazioni del nuovo PNA.

Infatti, la ratio di individuare i Referenti poggia, fatti salvi gli obblighi normativi attribuiti al responsabile anticorruzione sull'intero meccanismo della prevenzione, sulla necessità di ottimizzare il rapporto funzionale tra il RPC con coloro che hanno la responsabilità di realizzare le azioni di prevenzione, tenuto conto del carattere molto complesso dell'organizzazione amministrativo/sanitaria aziendale.

Pertanto, i Direttori/Referenti, i Direttori di UU.OO. ed i responsabili di procedimento, così come individuati nelle tabelle di mappatura sopra declinate, con riferimento alle rispettive competenze previste dalla legge e dai regolamenti e dalle procedure aziendali vigenti, attestano di essere a conoscenza del Piano di prevenzione della corruzione approvato con il presente atto e provvedono all'esecuzione delle azioni di loro competenza.

I Direttori/Referenti, i Direttori di UU.OO. ed i responsabili del procedimento, competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale, devono astenersi, ai sensi dell'art. 6 bis della legge n. 241/1990, in caso di conflitto di interessi, segnalando tempestivamente al Responsabile della prevenzione ogni situazione di conflitto, anche potenziale.

Il Direttore/Referente dell'UU.OO. del Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche, in quanto RASA, assicura l'inserimento e l'aggiornamento dei dati nell'Anagrafe unica di tutti gli elementi identificativi della stazione appaltante, così come previsto nelle tabelle delle azioni, e assolvono agli obblighi informativi previsti dall'art. 1 comma 32 della legge n. 190/2012 e cioè:

Le stazioni appaltanti sono tenute a pubblicare nei propri siti Web istituzionali: la struttura proponente; l'oggetto del bando; l'elenco degli operatori invitati a presentare offerte; l'aggiudicatario; l'importo di aggiudicazione; i tempi di completamento dell'opera, servizio o fornitura; l'importo delle somme liquidate. Il termine per l'inoltro dei dati risulta confermato al 31/01/2019, in relazione alle procedure indette nel 2018. L'amministrazione procederà contestualmente alla trasmissione delle informazioni all'Autorità di vigilanza con il tracciato XML acquisito. Questo adempimento è ulteriormente rinforzato, come sopra previsto, con l'individuazione del RASA.

I Direttori/Referenti delle UU.OO. del Dipartimento Amministrativo e Tecnico, del

Dipartimento Sanità Pubblica, della Farmacia aziendale, delle Cure Primarie, della Direzione Medica del Presidio Ospedaliero, della Direzione Infermieristica Aziendale e della Formazione, devono monitorare il rispetto dei tempi previsti dalla legge e dalle disposizioni aziendali per la conclusione dei procedimenti amministrativi di propria competenza, così come previsto dall'art. 1 comma 28 della l. 190/2012. Il monitoraggio, considerata la mancanza di un sistema informatico dedicato, riguarderà il 30% dei procedimenti tra quelli prevalentemente a istanza di parte (autorizzazioni, pareri, concessione sovvenzioni, scelta del contraente, concorsi e prove selettive, accesso generalizzato, civico e documentale) e sarà effettuato su base annua. Pertanto, nella Relazione da produrre al RPCT entro il 30.11.2019, si dovranno riepilogare i dati sul numero dei procedimenti oggetto di monitoraggio e le eventuali anomalie riscontrate.

Tutti i Direttori/Referenti, così come individuati nella mappatura della Aree a rischio che precede, sono tenuti a:

- a) Realizzare, nei tempi di validità del presente Piano, le proposte e le soluzioni finalizzate alla gestione e riduzione del rischio corruzione, così come declinate nella terza colonna della mappatura delle attività a rischio. Le soluzioni innovative e l'attuazione delle nuove procedure, così come proposte nella mappatura, verranno concordate con il responsabile anticorruzione e i provvedimenti conseguenti adottati saranno pubblicati nel sito Web aziendale.
- b) Garantire, nel rispetto della disciplina del diritto di accesso ai documenti amministrativi di cui al capo V della legge n.241/1990, e successive modificazioni, in materia di procedimento amministrativo, e rendere accessibili, in ogni momento agli interessati, le informazioni relative ai provvedimenti ed ai procedimenti amministrativi, ivi comprese quelle relative allo stato della procedura, ai relativi tempi e allo specifico ufficio competente in ogni singola fase.
- c) Rappresentare, al Responsabile della prevenzione della corruzione, su base annuale entro il 30 novembre, una relazione dettagliata sulle attività poste in merito alla attuazione effettiva delle regole di legalità e integrità indicate nel presente Piano, nonché i rendiconti sui risultati realizzati in esecuzione del piano triennale della prevenzione;
- d) Effettuare i monitoraggi a campione, nei tempi previsti dall'ultima colonna della mappatura, sulle attività a rischio di corruzione individuate nel presente Piano: In particolare sulle attività assistenziali, sui rapporti aventi valore economico tra l'Azienda e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, controllo, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari e i dipendenti. Le risultanze dei monitoraggi devono essere successivamente inoltrati, via mail, al Responsabile anticorruzione ed una copia tenuta agli atti dei rispettivi Servizi. Questo adempimento costituisce particolare importanza ai fini della valutazione della "performance" individuale da parte dell'OAS.

RESPONSABILITA'

L'ANAC, con Deliberazione n. 840 del 2 ottobre 2018, all. 2, qui interamente recepito ha ulteriormente definito il ruolo e le funzioni del RPCT, in particolare i compiti e poteri già enucleati dall'art. 1 commi da 5 a 9 della l.n. 190/2012, oltre al rapporto con l'Autorità Nazionale Anticorruzione.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione risponde, altresì, nelle ipotesi previste ai sensi dell'art. 1 commi 10,12,13, e 14 della legge 190/2012, come modificato dal D.lgs. n.97/2016.

Si richiamano, prioritariamente, le responsabilità attribuite ai Direttori/Referenti, di cui all'art.16 comma 1 lett. 1bis, ter e quater ad integrazione dell'art. 55 del D.lgs. n. 165/2001 che, si riepiloga:

1 bis) i dirigenti concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti del servizio cui sono preposti;

1 ter) forniscono le informazioni richieste dal responsabile anticorruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo;

1 quater) provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nel servizio cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva, nei limiti definiti nel citato punto 4) dalla Conferenza Unificata Stato-Regioni sopra citata.

Pertanto, con riferimento alle rispettive competenze, costituisce elemento di valutazione della responsabilità disciplinare dei Direttori/Referenti, dei Direttori delle UU.OO. e dei responsabili di procedimento, la mancata osservanza delle disposizioni contenute nel presente Piano della Prevenzione della Corruzione.

I ritardi della trasmissione al Responsabile anticorruzione dei dati obbligatori richiesti e degli aggiornamenti dei contenuti sugli strumenti informatici, sono sanzionati a carico dei Direttori/Referenti dei Direttori delle UU.OO e dei responsabili di procedimento come sopra individuati.

Per le responsabilità derivanti dalla violazione del Codice di Comportamento, si rinvia all'art. 54 D.lgs. 165/2001 (Codice di Comportamento). Le violazioni gravi e reiterate comportano l'applicazione dell'art. 55 comma 1 n. 4, del D.lgs. 165/2001.

L'OIV e l'OAS (Organismo Aziendale di Supporto) verificano, nel rispetto dei propri ruoli e competenze, sulla base della Relazione annuale del RPCT, la corretta realizzazione delle azioni previste nel Piano di prevenzione della corruzione da parte dei Direttori/Referenti come sopra individuati, ai fini della valutazione della "performance" individuale.

Per quanto attiene alle attività ritenute a rischio, la realizzazione degli obblighi in capo ai Direttori/Referenti, così come definiti nell'apposito paragrafo che precede, costituiscono gli indicatori di riferimento unitamente alla realizzazione delle azioni individuate nella colonna n. 3 delle mappature, delle quali si darà atto nei monitoraggi da trasmettere al responsabile anticorruzione e nelle relazioni annuali obbligatorie.

In particolare, i Direttori/Referenti dei Dipartimenti Clinico/Assistenziali e i Direttori delle UU.OO. afferenti, assicureranno la corretta gestione delle liste di attesa, dei volumi di attività di libera professione intramuraria, definita in sede di negoziazione di budget, e del rispetto dei protocolli che disciplinano i rapporti con gli informatori scientifici del farmaco.

La corresponsione dell'indennità di risultato è proporzionalmente collegata all'attuazione delle azioni previste nel presente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza per l'anno di riferimento, secondo quanto sopra e nel rispetto di ulteriori modalità e criteri che verranno definiti nel Piano della "Performance" aziendale.

AZIONI PROGRAMMATE PER EVITARE LA DISCRIMINAZIONE NEI CONFRONTI DEL WHISTLEBLOWER

Con il presente Piano, si confermano gli ambiti procedurali che permettono all'Azienda di dare concreta attuazione al principio normativo introdotto con il comma n.51 della l. 190/2012, nell'ambito del D.lgs. n. 165/2001 (art. 54 bis) e Determina n. 6 linee guida dell' ANAC del 28.4.2015, in materia di tutela del dipendente pubblico che effettua segnalazioni di illecito che, per maggiore sensibilizzazione alla problematica, si riportano:

“1) Fuori dei casi di responsabilità a titolo di calunnia o diffamazione, ovvero per lo stesso titolo ai sensi dell'art. 2043 del cod. civ., il pubblico dipendente che denuncia all'autorità giudiziaria o alla Corte dei conti, ovvero riferisce al proprio superiore gerarchico condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia;

2) Nell'ambito del procedimento disciplinare, l'identità del segnalante non può essere rivelata, senza il suo consenso, sempre che la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti ed ulteriori rispetto alla segnalazione. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione, l'identità può essere rivelata ove la sua conoscenza sia assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato; 3) L'adozione di misure discriminatorie è segnalata al DFP, per i provvedimenti di competenza, dall'interessato o dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nell'amministrazione nella quale le stesse sono state poste in essere;

4) La denuncia è sottratta all'accesso previsto dagli artt. 22 e seguenti della l. n.241/1990 e successive modificazioni”.

Si impone, pertanto, un primo e preciso obbligo di riservatezza a carico di tutti coloro che ricevono o vengono a conoscenza della segnalazione e di coloro che successivamente venissero coinvolti nel processo di gestione della segnalazione, la cui violazione comporterà sanzioni disciplinari, salva l'eventuale responsabilità civile e penale di chi viola tale obbligo.

Tuttavia, la concreta applicazione di questa norma, impone all'Azienda un preciso contemperamento degli interessi:

a) favorire il positivo senso del dovere del dipendente che denuncia l'illecito di cui è venuto conoscenza;

b) evitare la proliferazione incontrollata (soprattutto anonima che non rientra tra le ipotesi previste dal legislatore), che potrebbe paralizzare la concreta attività dei dirigenti e dei servizi preposti all'accertamento della veridicità della denuncia, per porre in essere i provvedimenti conseguenti.

Pertanto, in ottemperanza alle citate disposizioni ANAC in materia, il soggetto destinatario delle segnalazioni al fine di evitare la diffusione di notizie delicate, va individuato nel Responsabile anticorruzione che verificherà la fondatezza della segnalazione e l'assunzione delle adeguate iniziative.

Per la tutela del dipendente, è stata inserita, nel sito anticorruzione, apposita modulistica per la segnalazione di condotte illecite, al fine di garantire la necessaria discrezione ed evitare eventuali vessazioni o discriminazioni subite, in conseguenza della segnalazione. Il Responsabile dell'anticorruzione aziendale prende in carico la segnalazione e può chiedere chiarimenti al segnalante e/o ad altri eventuali soggetti coinvolti nella segnalazione. Sulla base di una valutazione dei fatti oggetto della segnalazione, può decidere, in caso di manifesta infondatezza, di archiviare la segnalazione. In caso contrario, valuta a chi inoltrare la segnalazione in relazione ai profili di illiceità riscontrati, ai seguenti soggetti: Alla D.G., all' 'U.P.D. all'A.G., alla Corte dei Conti, all'ANAC, al C.U.G. (Comitato Unico di Garanzia), il cui Presidente ha facoltà di riferire della situazione di discriminazione all'Ispettorato della Funzione pubblica, se la segnalazione non sia stata già effettuata dal Responsabile dell'anticorruzione.

Nel sito anticorruzione, è stato inserito, altresì, il modulo predisposto dall'ANAC con la sopra citata determinazione, che offre l'opportunità al dipendente di inviare direttamente alla stessa le segnalazioni di illeciti.

Restano salve le autonome e dirette azioni legali adite dal dipendente nei confronti del responsabile della discriminazione. Tuttavia, stante la complessità della materia, tenuto conto anche di tempi procedurali predefiniti ed alla elaborazione di una piattaforma informatica dedicata per la tutela dei dati e della loro conservazione, in sede AVEC (Area Vasta Emilia Centro) si è concordato che verrà elaborato un apposito atto organizzativo omogeneo da approvare ed applicare in tutte le Aziende Sanitarie afferenti.

L'AUSL di Imola, prende in considerazione anche le segnalazioni anonime, ove queste siano adeguatamente circostanziate e rese con dovizia di particolari, ove cioè siano in grado di far emergere fatti e situazioni relazionandoli a contesti lavorativi determinati.

Per il 2019, in ottemperanza a quanto disposto dalla L.n. 179 del 30.11.2017 "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", l'AUSL di Imola si atterrà a quanto verrà disposto dalle Linee Guida che saranno emanate dall'ANAC, (art. 4), relative alle procedure per la presentazione e la gestione delle segnalazioni.

SEZIONE ” AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE”

Lo stato dell’arte al 31.12.2018

OBIETTIVI di VERIFICA-TRASPARENZA 2018

Nell’anno 2018, l’attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.lgs. 33/2013, D.lgs.97/2016, Delibera ANAC n.1310 del 28.12.2016, così come riportati nell’allegato 1 della medesima al PTPCT aziendale, ha trovato puntuale riscontro nelle verifiche effettuate.

La prima verifica, disposta dall’ANAC con la Deliberazione n.141 del 21.2.2018 “Attestazioni OIV sull’assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31.3.2018 e attività di vigilanza dell’Autorità”, ha interessato diverse UU.OO. aziendali e varie tipologie di atti.

L’OIV della RER ha effettuato il controllo sull’assolvimento degli obblighi di pubblicazione sulla base della ricognizione del RPCT unitamente ai Responsabili delle UU.OO. interessate, verificati positivamente e trasmessi dall’OAS aziendale con nota del 10.4.2018 in atti prot. n.11.459.

La verifica dell’OIV ha avuto esito positivo e, con proprio provvedimento approvato in data 23.4.2018, in atti, ha attestato per l’AUSL di Imola la veridicità e l’attendibilità in ordine alla corretta pubblicazione, all’aggiornamento, alla completezza e all’apertura del formato di ciascun documento selezionato ai sensi della delibera dell’ANAC n.141/2018, rispetto a quanto pubblicato sul sito dell’Azienda USL di Imola.

Inoltre, in riferimento al “Profilo del Committente”, in relazione alla gestione degli appalti (D.Lgs. n. 50/2016) ed alla necessità di rendere trasparenti la pubblicazione sui siti aziendali di tutti i passaggi relativi al processo di acquisizione di beni e servizi, nonché di lavori e manutenzioni, in sede AVEC si è definita una procedura veloce di pubblicazione che è partita, in via sperimentale, dall’ 1.1.2018. In sostanza, al fine di evitare la duplicazione dell’imputazione di dati, nell’ambito del sistema di gestione documentale “Babel”, sono stati realizzati dei moduli per l’inserimento dei dati aggiuntivi previsti dalla pubblicazione. Il sistema realizzato è tale per cui, nel momento dell’adozione di un provvedimento, sia che si tratti di un atto dirigenziale, sia di una nota protocollata, automaticamente le informazioni vengono pubblicate nelle pagine del sito – sezione “Trasparenza”.

Con nota prot.n. 31049 del 9.10.2018, il RPCT ha avviato il procedimento di verifica sull’assolvimento degli obblighi di pubblicazione al 31.10.2018, come previsto dal PTPCT aziendale e tenuto conto degli obblighi di pubblicazione di cui alla delibera ANAC n.1310/2016.

La verifica effettuata dal RPCT sul sito aziendale è risultata congrua in ordine alla corretta e

completa pubblicazione dei dati rispetto a quanto dichiarato dai Responsabili delle pubblicazioni, (documenti in atti).

In particolare, i documenti pubblicati nelle varie sezioni e archivi, sono risultati conformi a quanto previsto dalla normativa rispetto ai formati aperti.

Per la verifica, si è tenuto conto delle percentuali di scostamento rispetto agli indicatori utilizzati in analogia a quanto disposto dall'ANAC con deliberazione n. 141/2018.

OBIETTIVI STRATEGICI DELL'AZIENDA USL “INTEGRITA’ e TRASPARENZA 2019”

Obiettivo primario e strategico dell'Azienda è il mantenimento del livello di “Performance” in materia di trasparenza, proseguendo nell'attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalle norme, in relazione ai diversi profili della completezza delle informazioni pubblicate, della qualità dei dati e dell'aggiornamento. Gli obiettivi funzionali conseguenti che l'Azienda si pone, così come declinati nell'Allegato 1, riguardano: L'identificazione e/o la conferma dei Responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati, dei documenti e delle informazioni; la ridefinizione/denominazione del singolo obbligo; il contenuto ed i tempi di aggiornamento di pubblicazione da realizzare, così come previsti dal D.lgs. n. 97/2016 che ha sostanzialmente modificato il precedente D.lgs. n.33/2013, sia sotto il profilo soggettivo, sia sotto il profilo dell'oggetto della pubblicazione e dalle indicazioni fornite dall'ANAC con la delibera n. 1.310 del 28.12.2016.

Per il 2019, fatte salve autoverifiche periodiche da parte dei Responsabili della pubblicazione o eventuali verifiche straordinarie disposte dall'ANAC, la verifica del RPCT (con il supporto dell'U.O. Tecnologie Informatiche e di rete per la parte dei formati) sul rispetto della tempistica di realizzazione di ciascun obbligo di pubblicazione precisamente individuato, verrà effettuata il 31 ottobre 2019, obiettivo per i dirigenti interessati, all. 1.

Per la realizzazione degli adempimenti di cui sopra, si rappresentano le seguenti misure organizzative.

MISURE ORGANIZZATIVE

Nell'Allegato 1 si individuano per ciascun obbligo di pubblicazione il/i Responsabile/i della pubblicazione ed i responsabili della produzione e/o trasmissione del dato.

Si sottolinea la coerenza di tale soluzione con il sistema organizzativo decentrato adottato dall'Azienda. Ai sensi dell'art. 43 del D. lgs. 33/2013, così come modificato dall'art. 34 del D. lgs.

97/2016 e dell'art. 6 della l. n.241/90, ogni Direttore/Dirigente è responsabile delle pubblicazioni previste dalla normativa per i procedimenti di propria competenza e degli uffici afferenti al direttore/dirigente medesimo. Questa soluzione organizzativa garantisce l'affidabilità e qualità dei dati in quanto, la loro individuazione, risiede in capo al Servizio competente per materia, conoscitore dei processi/procedimenti a cui si riferisce l'adempimento della pubblicazione. E' inoltre la soluzione più funzionale dal punto di vista organizzativo, che consente di distribuire gli oneri in assenza di risorse ulteriori dedicate.

Per favorire e supportare a livello aziendale il processo di attuazione degli adempimenti, assicurando altresì il coordinamento tra tutti gli "attori" del sistema (Responsabili della pubblicazione e della produzione dei dati, operatori incaricati della pubblicazione, RPCT, Direttore Unità Operativa tecnologie Informatiche e di rete, Responsabile Comunicazione/Informazione), una misura organizzativa essenziale risulta essere il "Gruppo di lavoro aziendale", coordinato dal RPCT e già operativo sin dal 2015, quale momento di confronto e di approfondimento su contenuti/modalità degli obblighi di pubblicazione. Ne fanno parte anche i Direttori delle UU.OO. SUMAP, ASSOT (anche quale riferimento per l'ambito sanitario), Contabilità e Finanze, Economato, Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche, Dipartimento Sanità Pubblica, Formazione. In relazione agli argomenti trattati è prevista anche la partecipazione di altri dirigenti aziendali, in particolare Programmazione e Controllo Direzionale.

Si rileva, infine, che su iniziativa del RPCT, che ha coordinato la rilevazione, i Direttori/Dirigenti responsabili della pubblicazione hanno aggiornato l'individuazione degli operatori incaricati della pubblicazione, da abilitare per l'accesso al sito, specificando la corrispondenza delle singole abilitazioni con le sotto-sezioni (o parti stesse) accessibili.

Le misure organizzative sono conformi a quanto disposto dall'ANAC con il PNA, (deliberazione n.831 del 3 agosto 2016) relativamente alla previsione degli obblighi di comunicazione/pubblicazione ricadenti sui singoli uffici , della responsabilità dei dirigenti preposti e dell'individuazione e nomina dei RASA e del Responsabile aziendale Antiriciclaggio.

La struttura del sito dell'Amministrazione trasparente verrà adeguatamente aggiornata, in relazione alle modificazioni introdotte dal D.lgs. n. 97/2016 o diverse indicazioni dell'ANAC.

PRIVACY

La deliberazione del Garante per la protezione dei dati personali (GU n.134 del 12.6.2014) – "Linee guida in materia di trattamento dei dati personali, contenuti anche in atti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati", è stata oggetto di ulteriori approfondimenti e di specifiche iniziative formative.

In ottemperanza alla deliberazione, è stato pubblicato nell'Amministrazione trasparente l'alert

generale nel testo riportato nelle Linee guida (Informativa che i dati personali pubblicati sono riutilizzabili solo alle condizioni previste dalla normativa vigente sul riutilizzo dei dati pubblici), direttiva comunitaria 2003/98/CE e del D. lgs. 36/2006 di recepimento della stessa in termini compatibili per gli scopi per i quali sono stati raccolti e registrati e nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali

Nel 2018, in ottemperanza a quanto disposto dal Parlamento Europeo con Regolamento 679/2016 del 27.4.2016, (PRIVACY), relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, in attuazione dell'art.28 del citato Regolamento, con provvedimento del Direttore Generale, è stata approvata la procedura relativa all'atto di nomina a Responsabile esterno del trattamento dei dati. L'atto di designazione viene formalizzato unitamente al contratto/convenzione che l'AUSL stipula con soggetti terzi. La procedura prevede, altresì, che il Direttore/dirigente responsabile e gestore del contratto/convenzione da cui deriva la nomina del responsabile esterno, è tenuto ad effettuare i controlli, a vigilare sul corretto trattamento dei dati e a documentare i controlli stessi.

FORMAZIONE

Per ciò concerne le attività di formazione per il 2019, stante la complementarietà delle iniziative formative sulla trasparenza con quelle di prevenzione della corruzione, si rimanda a quanto previsto nel PTPCT.

ATTUAZIONE - RESPONSABILITA' e COMPETENZE

Le funzioni e le competenze del RPCT, dei Responsabili della pubblicazione, del Direttore dell'U.O. Tecnologie Informatiche e di Rete, del Responsabile dell'Informazione e Comunicazione e degli Organismi di Valutazione (OIV e OAS), finalizzate all'attuazione degli obiettivi di Integrità e Trasparenza sopra citati sono così declinate:

Responsabile unico della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), (Dirigente del Servizio Attività Trasversali DAT / Direzione Generale).

Deliberazione di nomina n.160 del 3.11.2016

- 1) svolge i compiti previsti dall'art. 43 del D. lgs. 33/2013, così come novellato dal D.Lgs..97/2016 e precisamente:
 - Svolge stabilmente l'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente , assicurando la chiarezza, completezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate.

- Segnala “all’Organo di indirizzo politico, all’Organismo indipendente di valutazione, all’Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all’ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione”. (In base alle indicazioni formalizzate dall’OIV – deliberazioni n. 1/2014 e n. 4/2016 -, il RPCT segnala all’OAS, il quale informa l’OIV).
- Controlla e assicura la regolare attuazione dell’accesso civico.
- In relazione alla loro gravità, il responsabile segnala i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, all’ufficio di disciplina, ai fini dell’eventuale attivazione del procedimento disciplinare. Il Responsabile segnala altresì gli inadempimenti al vertice politico dell’amministrazione, all’OIV ai fini dell’attivazione di altre forme di responsabilità. (In base alle indicazioni formalizzate all’OIV, il Responsabile segnala all’OAS, il quale informa l’OIV).

2) Spetta inoltre al RPCT

- definire l’aggiornamento della struttura della sezione “Amministrazione Trasparente”, tramite l’inserimento e la denominazione delle sotto sezioni di livello 1 e delle sotto sezioni di livello 2 secondo le indicazioni degli organismi competenti, comprese le sotto sezioni dei “Dati ulteriori;
- coordinare le abilitazioni e l’aggiornamento a cadenza annuale (tecnicamente realizzati dal TIR) degli operatori incaricati della pubblicazione, specificando la corrispondenza delle singole abilitazioni con le sotto sezioni (o parti di sezioni) accessibili.;
- effettuare i controlli e monitoraggi come più avanti descritto.

DIRETTORI e altri RESPONSABILI della Pubblicazione

Nell’Allegato 1, (la tabella recepisce le modifiche introdotte dal D. lgs. 97/2016 relativamente ai dati da pubblicare nel sito “Amministrazione Trasparente” e costituisce l’aggiornamento dell’allegato 1 alla precedente delibera n. 50/2013), sono individuati, per ciascun obbligo di pubblicazione, i Responsabili della pubblicazione. Sono inoltre previsti i responsabili (interni) deputati alla produzione e/o trasmissione del dato. Qualora gli atti da pubblicare non siano prodotti dall’Azienda sono indicati gli Enti produttori.

I Responsabili della pubblicazione sono individuati in quanto Responsabili del procedimento ex L. 241/90 o in quanto gestori/responsabili del processo o delle funzioni afferenti all’obbligo di pubblicazione. La deliberazione n. 88 del 25.06.2014 specifica che ai sensi dell’art. 43 del d. lgs. 33/2013, ora modificato dall’art. 34 del D.lgs. 97/2016, e dell’art. 6 L. 241/90 ogni Direttore/Dirigente è responsabile delle pubblicazioni previste dalla normativa per i procedimenti di competenza degli uffici afferenti al direttore/dirigente medesimo.

Il Responsabile della pubblicazione è il dominus del processo. In particolare:

- definisce, eventualmente d'intesa con i responsabili della produzione dei dati, i contenuti dell'obbligo di pubblicazione di cui è responsabile, ferme restando eventuali indicazioni degli organismi/enti competenti (es. ANAC, Regione Emilia Romagna), o interne all'Azienda (Direzione, RPCT, Organismo di valutazione). A fronte di rilievi o comunque di richieste di chiarimenti del RPCT e/o dell'Organismo di Valutazione, è tenuto ad approfondire e riferire.
- Provvede alla pubblicazione dei dati/informazioni in conformità alle disposizioni di cui al D. lgs. 33/2013 , così come modificato dal D. lgs. 97/2016 (in particolare 4 e 4bis, 6, 7 e 7bis, 8, 9 e 9bis).
- Cura l'aggiornamento (con indicazione della data – periodo di riferimento) secondo le tempistiche stabilite negli obiettivi di trasparenza.
- Cura la qualità dei dati secondo le indicazioni fornite dalle Linee Guida dell'ANAC con deliberazione n.1.310 del 28.12.2016, in particolare con riferimento all'art. 6 del D.lgs 33/2013.
- Individua gli operatori incaricati della pubblicazione (eventualmente specificandone le abilitazioni di accesso alle sezioni/sottosezioni in caso di diversificazione della competenza). Fornisce le necessarie istruzioni nel merito dei dati da pubblicare.
- Valida i dati preliminarmente alla pubblicazione.
- Ha cura di pubblicare (nel caso in cui i dati/informazioni oggetto di pubblicazione facciano parte di flussi informativi istituzionali o comunque formali) dati tratti da detti flussi al fine di garantire la coerenza e certezza delle informazioni.
- Regola, d'intesa con i responsabili degli uffici produttori, modalità, tempi e contenuti del flusso informativo – compresi gli aggiornamenti - tramite appositi protocolli/procedure operative/note. Qualora le informazioni – atti da pubblicare siano prodotte da enti diversi, si attiva nei confronti degli stessi.
- Effettua le verifiche richieste dal RPCT (come più avanti descritte), propedeutiche all'azione di controllo e monitoraggio di competenza di quest'ultimo.
- Collabora con il RPCT e fornisce quanto necessario per il riscontro alle richieste di accesso civico con le modalità ed i tempi stabiliti.
-

DIRETTORE U.O. TECNOLOGIE INFORMATICHE E DI RETE

Fornisce e gestisce lo strumento tecnico necessario – anche tramite ricorso ad apposito software di gestione – per la pubblicazione dei dati con le caratteristiche tecniche previste dal D.Lgs. 33/2013 come modificato dal D.Lgs. 97/2016 (art.6, 7 e 7bis, 8, 9 e 9 bis) e dalle disposizioni di dettaglio fornite dall'ANAC con le Linee Guida di cui alla deliberazione n. 1.310 del 28.12.2016.

In particolare:

- Garantisce il salvataggio e l'archiviazione delle "modifiche" dei dati pubblicati e degli aggiornamenti (da ristrutturare d'intesa con i Responsabili della pubblicazione in base ai nuovi dati introdotti dal D. lgs. 97/2016).
- Garantisce la registrazione della data di pubblicazione dei dati/informazioni, compresa la registrazione della data di pubblicazione di modifiche e aggiornamenti (ferma restando la storicizzazione delle versioni pubblicate e conservate in archivio).
- Garantisce l'abilitazione all'accesso alla sotto sezione del sito cui si riferisce l'obbligo sia riservato ai soli operatori incaricati dal Responsabile della pubblicazione.
- Garantisce che, qualora nella medesima sotto sezione, con riferimento allo stesso obbligo, siano individuati più responsabili della pubblicazione, ciascuno disponga della propria area ad accesso riservato,
- Garantisce che l'iter della pubblicazione preveda uno step di validazione preliminare in capo al Responsabile della pubblicazione che disporrà a tal fine di apposita abilitazione.
- Provvede alla formazione all'uso del software di gestione del sito degli operatori incaricati per la pubblicazione avvalendosi del supporto dello staff Comunicazione/Informazione e del supporto del fornitore.
- Verifica la possibilità (e l'opportunità in termini di costi-benefici) di estrarre, per le sezioni più complesse, i dati da pubblicare direttamente dagli applicativi aziendali.

Il Direttore UOTIR garantisce ai Responsabili della pubblicazione il supporto tecnico anche per ciò che riguarda l'apertura dei formati e, per tale aspetto, costituisce il Referente del RPCT nell'ambito dei controlli e monitoraggi disposti dal medesimo.

Il Direttore UOTIR redige dettagliate ed accurate istruzioni per la produzione dei documenti/pagine web in formato aperto, che verranno fornite ai referenti/responsabili della pubblicazione.

Il Direttore UOTIR garantisce agli operatori incaricati la dotazione ed il costante aggiornamento degli strumenti/applicativi per la pubblicazione in modo accessibile.

Rilascia le abilitazioni agli operatori incaricati della pubblicazione dal Responsabile della pubblicazione ai fini dell'accesso (per la pubblicazione) esclusivamente alle sottosezioni (o parti di sezione) di competenza.

DIRIGENTE RESPONSABILE COMUNICAZIONE/INFORMAZIONE

Il Responsabile dello Staff Comunicazione e Informazione cura la diffusione delle disposizioni in materia di Trasparenza e Integrità (compresa l'eventuale organizzazione delle Giornate della Trasparenza) secondo modalità già specificate.

Rileva e monitora il grado di interesse dei dati pubblicati da parte degli stakeholder esterni ed

interni tramite:

- questionario di gradimento predisposto e disponibile sia online che presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico;
- gestione delle segnalazioni che pervengono tramite posta, mail o PEC, o attraverso i social network;
- Rilevazione statistica degli accessi alla sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale.

Il Responsabile dell'Informazione e della Comunicazione, con il supporto tecnico del Direttore UOTIR cura e favorisce la chiarezza, semplicità e uniformità di linguaggio e di presentazione dei dati e delle informazioni pubblicati all'interno della sezione "Amministrazione Trasparente", in collaborazione con i Direttori responsabili della pubblicazione.

ORGANISMO INDIPENDENTE di VALUTAZIONE (OIV) E ORGANISMO Aziendale di Supporto (OAS)

La Regione Emilia Romagna , che già con proprie deliberazioni n.334/2014 e n. 2/2015 dell'OIV/SSR, aveva disciplinato il funzionamento dell'OIV per le aziende del SSR, in conseguenza delle novità introdotte dal D.lgs 97/2016 e dal PNA sulla funzione e ruolo degli OIV, con deliberazione n. 4 dell'OIV-SSR, nel confermare le funzioni già attribuite all'OIV dalla l.190/2012 e dalle citate delibere, ha definito in dettaglio le modalità di funzionamento e di integrazione fra l'OIV unico per il SSR e gli OAS (costituito in AUSL Imola con delibera aziendale n. 153/2014 e integrato con delibera n. 183/2014), e dei rapporti tra questi ed i RPCT aziendali.

Compete all'OIV in particolare:-

- La promozione e l'attestazione della trasparenza e dell'integrità dei sistemi di programmazione, valutazione e misurazione delle attività e delle prestazioni organizzative e individuali applicati in enti e aziende del Servizio sanitario regionale dell'ARPA;
- Le funzioni attribuite agli organismi di cui all'art. 14 del D.lgs 150/2009 e da successive leggi statali, in particolare della normativa relativa all'assolvimento degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione.
- Competono all'OAS in particolare:-Le funzioni correlate alle disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità, in specifico declinate ai sensi delle delibere n.2/2015, n. 3/2015 e n. 4/2016 OIV-SSR, al fine di:
- Garantire lo svolgimento delle attività relative all'assolvimento degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione, trasparenza e integrità;
- Assicurare la gestione procedimentale e documentale relativa alle competenze in materia di PTPCT, Codice di Comportamento, comunicazioni agli organismi preposti dei dati rilevanti ai

fini della prevenzione della corruzione.

La Direzione Generale, l'Organismo Aziendale di Supporto (OAS) ed il RPCT si attiveranno sulla base delle disposizioni regionali e secondo le indicazioni dell'OIV.

CONTROLLO e MONITORAGGIO

I Responsabili della pubblicazione, di norma, entro il 31 ottobre, effettuano l'auto verifica relativamente agli obblighi di pubblicazione di competenza in base alle attribuzioni di cui all'Allegato 1 del PTPCT ed alla declinazione degli obiettivi ivi elencati. A tal fine utilizzano la griglia di rilevazione riferita agli obblighi di pubblicazione, con riferimento ai parametri della completezza, dell'aggiornamento e dell'apertura del formato. Nell'ambito di tale verifica dispongono gli interventi eventualmente necessari.

I Responsabili della pubblicazione, entro il termine di cui sopra, trasmettono al RPCT le griglie compilate e sottoscritte eventualmente completate da precisazioni e, a fronte di rilevate carenze, con specificazione dei motivi e l'indicazione delle azioni e dei tempi necessari per la regolarizzazione in linea con gli obiettivi definiti. Il RPCT, previa verifica, predisponde griglia riassuntiva generale dello stato di attuazione. Per quanto riguarda il formato, si avvale della collaborazione del TIR. A tal fine, il RPCT trasmette al Direttore UOTIR la griglia riassuntiva, per la verifica della stessa limitatamente alla parte dell'apertura del formato. Qualora il Direttore UOTIR rilevi discrepanze o criticità, relaziona al RPCT indicando anche azioni e tempi necessari per la regolarizzazione in linea con gli obiettivi definiti. Il RPCT trasmette tale documento riassuntivo, eventuali proprie precisazioni e le eventuali relazioni dei Responsabili della pubblicazione e del Direttore del TIR, alla Direzione Generale di norma entro il 30 novembre (e, per conoscenza, ai Responsabili della pubblicazione).

Con modalità analoghe sono realizzate le verifiche disposte dall'ANAC e/o dall'OIV unico regionale (che possono anche assorbire, se coincidenti nei tempi, le verifiche di cui sopra). In ogni caso si applicano, ai fini delle verifiche, le disposizioni dettate dai suddetti organismi.

L'auto verifica da parte dei Responsabili della pubblicazione ed il controllo a cura del RPCT descritte nei punti 1 e 2 , riguardano anche lo stato di pubblicazione dei "Dati ulteriori" sulla base dei tempi di realizzazione definiti negli obiettivi di trasparenza.

Il RPCT può effettuare controlli mirati a seguito di richieste di accesso civico, relativamente agli atti oggetto di pubblicazione, a seguito di reclami presentati all'Azienda da soggetti terzi che riceve dalla Comunicazione/Informazione (URP). Riferisce gli esiti dei controlli alla Direzione Generale.

Qualora dall'attività di controllo sopra descritta emergano ripetutamente gravi inadempienze in materia di obblighi di pubblicazione previste dalla legge, il RPCT, in ottemperanza di quanto disposto dall'art. 43 del D. Lgs 33/2013 così come modificato dall'art 34 del D. Lgs. 97/2016, trasmette gli atti alla Direzione Generale, all'OAS (e per suo tramite all'OIV regionale) ed anche all'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD).

DATI ULTERIORI

Per "dati ulteriori" si intendono i dati di cui all'art. 4 comma 3 del D.lgs. 33/2013; dati, informazioni e documenti che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi del D.Lgs. 33/2013 e D.Lgs. 97/2016 o sulla base di specifica previsione di legge o regolamento.

Oltre a quanto già pubblicato negli anni precedenti, altre tipologie di dati potranno emergere da osservazioni/richieste dei portatori di interessi od anche da proposte dei dirigenti aziendali.

Sono comunque confermati i criteri di individuazione e selezione già precedentemente declinati che si riportano:

- Vincoli derivanti dalle norme in tema di protezione di dati personali di cui ad D. lgs. 193/2006, oltre che di segreto. In particolare l'art. 4 , comma 3 del D. lgs. 33/2013 citato, prevede che "Le pubbliche amministrazioni possono disporre la pubblicazione nel proprio sito istituzionale di dati, informazioni e documenti che non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi del presente decreto o sulla base di specifica previsione di legge o regolamento, fermi restando i limiti e le condizioni espressamente previsti da disposizioni di legge, procedendo alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti".
- Principi ulteriori che regolano l'azione amministrativa (economicità, efficienza, efficacia), in considerazione dei costi che l'amministrazione deve sopportare per procedere al reperimento ed alla pubblicazione.
- Pertanto, i dati ulteriori, potranno essere dati già disponibili nell'ambito dei vari flussi informativi aziendali, o elaborazioni di secondo livello di dati disponibili, o rappresentazioni semplificate, o comunque informazioni facilmente reperibili con modalità non inutilmente costose.
- Effettivo interesse per la collettività.

In sede AVEC, si è concordato di assicurare la pubblicazione dei dati ulteriori già pubblicati negli anni precedenti, di privilegiare per il 2019 il corretto aggiornamento del sito, rinviando al 2020 l'individuazione di dati ulteriori ma di inserire, intanto, quello relativo ai medici specialisti convenzionati, che era stato citato nel testo della delibera ANAC n.1.310, ma non riportato nell'allegato 1).

ACCESSO CIVICO

Il D.Lgs. 33/2013 ha introdotto e disciplinato l'accesso civico: Chiunque ha il diritto di richiedere documenti/informazioni/dati per i quali non risulti osservato dalla pubblica amministrazione l'obbligo di pubblicazione previsto dalla normativa vigente.

L'AUSL di Imola, con del. n. 250 del 20/12/2017 ha approvato il conseguente Regolamento sull'accesso civico semplice e generalizzato unitamente agli indirizzi procedurali ed organizzativi cui è stato dato piena attuazione nel corso del 2018.

In tal senso, nel 2018, è stata realizzata l'attivazione dell'applicazione GIPI nel sistema di gestione documentale BABEL in tema di Gestione dei procedimenti amministrativi.

Tale applicativo, comporta che la responsabilità della pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" del Registro degli accessi è in capo a tutti i Responsabili dei procedimenti relativi agli accessi. Esso consente, altresì, che il monitoraggio dei tempi procedurali relativi agli accessi è possibile accedendo direttamente al Registro degli accessi sul sito aziendale.

Come previsto dalla sopra citata normativa, la richiesta di accesso civico non deve essere motivata ed è gratuita; presupposto del diritto è che sussista l'obbligo di pubblicazione di ciò che viene chiesto.

L'istanza deve contenere la descrizione dei documenti/dati/informazioni richiesti (tale da consentirne l'individuazione) e va presentata al Responsabile della Prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) utilizzando l'apposita modulistica.

A seguito della richiesta, in base all'art. 5 del D.lgs.33/2013 e succ. mod. il RPCT entro il termine di gg.30 dal ricevimento dell'istanza dà comunicazione della pubblicazione nel sito del documento/informazione/dato richiesto (se oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi del D. lgs. 33/2013) indicando il collegamento ipertestuale.

Si è individuato, quale dirigente del potere sostitutivo, il dott. Andrea Rossi Direttore Generale dell'AUSL di Imola.

Per la tutela del diritto di accesso civico il richiedente può proporre ricorso al Tribunale Amministrativo regionale (art. 16 D lgs. 104/2010) entro 30 gg. dalla conoscenza della decisione del RPCT o del Dirigente del potere sostitutivo sopra citato.

Per quanto concerne l'accesso civico "generalizzato" , introdotto dal D.lgs. 97/2016 ed in coerenza con le Linee Guida adottate dall'ANAC con deliberazione N. 1.309 del 28.12.2016, in base al citato Regolamento, cui si rimanda, si conferma quanto previsto nel sito specifico dell'"Amministrazione Trasparente", con l'indicazione delle modalità e della modulistica mediante le

quali esercitare il diritto di accesso, i tempi procedurali e l'ufficio responsabile (U.O. AA.GG. e Legali) individuato dall'Azienda per gestire le istanze inoltrate.

CONCLUSIONI

Anche il presente Piano, è ispirato ai principi di modularità e progressività, in relazione ad una corretta applicazione degli obblighi normativi cogenti. Il Piano tiene conto, come già evidenziato nella “Premessa” e nella rappresentazione dei contesti esterno ed interno delle caratteristiche peculiari dell’Azienda USL di Imola.

Si conferma, altresì, la necessità di garantire una ulteriore attività di formazione che verrà effettuata nel corso del 2019 con le modalità sopra citate e che costituirà il nucleo di consapevolezza che può migliorare l’applicazione compiuta e coerente degli istituti introdotti dalla L. 190/2012. Notevole importanza, anche per il 2019, assumerà la condivisione delle iniziative in sede AVEC, attraverso il coordinamento e lo scambio di esperienze sui molteplici adempimenti, finalizzata a definire azioni omogenee da parte dei responsabili anticorruzione delle aziende sanitarie dell’Area Metropolitana e dell’Area Vasta. Infine, a livello aziendale viene mantenuto, nell’ambito del Dipartimento Amministrativo e Tecnico, apposito gruppo di lavoro permanente in materia di trasparenza e misure anticorruzione, che supporterà il responsabile anticorruzione e trasparenza per le fasi di impulso, verifica e coordinamento delle molteplici azioni previste.

Il presente Piano, recepisce dinamicamente le modifiche alla legge 6 novembre 2012 n. 190, in particolare quanto stabilito dall’art.19, comma 15, del D.L.n.90/2014 convertito nella L.n.114/2014 (Trasferimento delle funzioni da DFP all’ANAC in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione), le disposizioni ANAC di cui alle Deliberazioni n. 12 del 28 ottobre 2015 n.831, del 3 agosto 2016 e n. 1208 del 22 novembre 2017.

Esse verranno integrate o modificate su proposta del responsabile dell’anticorruzione, in caso di accertamento di significative modificazioni normative o di mutamenti dell’organizzazione.

La Direzione Generale dell’AUSL di Imola, entro il 31 gennaio di ogni anno, su proposta del responsabile anticorruzione, approva l’implementazione del P.T.P.CT. per il triennio

ALLEGATI

al presente Piano quali parti integranti:

- Elenco obblighi “Amministrazione Trasparente” All. 1 Deliberazione ANAC n.1.310 del 28.12.2016.
- Schede ANAC - Relazione del Responsabile Anticorruzione ex art.1, comma 14, L.N. 190/2012 debitamente pubblicate sul sito aziendale in forma originale secondo le disposizioni pervenute con comunicato del Presidente dell’ANAC pubblicato il 21 novembre 2018

**Il Responsabile della Prevenzione
della Corruzione e della Trasparenza
Dott. Luigi Infelise**

Imola,

ALLEGATO 1)									
Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Responsabili pubblicazione	Enti/ Uffici responsabili produzione e /o trasmissione	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Note
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	RPCT	Tutte le UUOO	Art. 10, c. 8, lett. a)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) (link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione)	Annuale	Entro 30 giorni dall'approvazione	
	Atti generali	UOSGAL	Tutte le UUOO	Art. 12, c. 1	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi <i>link</i> alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8)		
		UOSGAL			Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Tempestivo (ex art. 8)		
		NA - Non Applicabile Aziende SSN	NA - Non Applicabile Aziende SSN		Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza			
		NA - Non Applicabile Aziende SSN	NA - Non Applicabile Aziende SSN	Art. 12, c. 2	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione			
		UOSGAL	UOSGAL/RPCT	Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo	Entro 30 giorni dall'approvazione	
	Oneri informativi per cittadini e imprese	NA - Non Applicabile Aziende SSN	NA - Non Applicabile Aziende SSN	Art. 12, c. 1-bis	Scadenario obblighi amministrativi	Scadenario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	Tempestivo		
		NA - Non Applicabile Aziende SSN	NA - Non Applicabile Aziende SSN	Art. 34	Oneri informativi per cittadini e imprese	Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016	
	Burocrazia zero	NA - Non Applicabile Aziende SSN	NA - Non Applicabile Aziende SSN	Art. 37, c. 3, d.l. n. 69/2013	Burocrazia zero	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria	
		NA - Non Applicabile Aziende SSN	NA - Non Applicabile Aziende SSN	Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013	Attività soggette a controllo	Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali le pubbliche amministrazioni competenti ritengono necessarie l'autorizzazione, la segnalazione certificata di inizio attività o la mera comunicazione)			

ALLEGATO 1)										
Denominazione sottosez livello 1	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Responsabili pubblicazione	Enti/ Uffici responsabili produzione e /o trasmissione	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Note	
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	NA - Non Applicabile Aziende SSN	NA - Non Applicabile Aziende SSN	Art. 13, c. 1, lett. a)		Si veda incarichi amministrativi di vertice	Non attinente alle aziende sanitarie			
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	RPCT	RPCT	Art. 47, c. 1	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dall'emissione del provvedimento		
	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	NA - Non Applicabile Aziende SSN	NA - Non Applicabile Aziende SSN	Art. 28, c. 1	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate	Tempestivo (ex art. 8)			
		NA - Non Applicabile Aziende SSN	NA - Non Applicabile Aziende SSN		Atti degli organi di controllo	Atti e relazioni degli organi di controllo	Tempestivo (ex art. 8)			
	Articolazione degli uffici	SUMAP/STAFF DG	SUMAP/STAFF DG	Art. 13, c. 1, lett. b)	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dal provvedimento		
		SUMAP/INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE/STAFF DG	SUMAP/INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE/STAFF DG	Art. 13, c. 1, lett. c)	Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8)			
		COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE	COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE	Art. 13, c. 1, lett. b)		Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8)			
	Telefono e posta elettronica	TUTTE LE UUOO	TUTTE LE UUOO	Art. 13, c. 1, lett. d)	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dalle modifiche		
	Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	TUTTE LE UUOO/DIREZIONI che conferiscono gli incarichi previsti dalle norme	TUTTE LE UUOO/DIREZIONI che conferiscono gli incarichi previsti dalle norme	Art. 15, c. 2	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Entro 90 giorni dal conferimento dell'incarico (e comunque prima della produzione degli effetti dell'atto e delle liquidazioni)	Entro 90 giorni dal conferimento dell'incarico (e comunque prima della produzione degli effetti dell'atto e delle liquidazioni)	Collegamento alla Banca Dati PERLA PA, il serbatoio esistente è stato aggiornato fino al 30/06/2018
			TUTTE LE UUOO/DIREZIONI che conferiscono gli incarichi previsti dalle norme	TUTTE LE UUOO/DIREZIONI che conferiscono gli incarichi previsti dalle norme	Art. 15, c. 1, lett. b)		Per ciascun titolare di incarico: 1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo			
TUTTE LE UUOO/DIREZIONI che conferiscono gli incarichi previsti dalle norme			TUTTE LE UUOO/DIREZIONI che conferiscono gli incarichi previsti dalle norme	Art. 15, c. 1, lett. c)	2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali					
TUTTE LE UUOO/DIREZIONI che conferiscono gli incarichi previsti dalle norme			TUTTE LE UUOO/DIREZIONI che conferiscono gli incarichi previsti dalle norme	Art. 15, c. 1, lett. d)	3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato					

ALLEGATO 1)									
Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Responsabili pubblicazione	Enti/ Uffici responsabili produzione e /o trasmissione	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Note
		DAT	DAT	Art. 15, c. 2 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Contestuale alla trasmissione alla F.P.	Contestuale alla trasmissione alla F.P.	
		TUTTE LE UUOO/DIREZIONI che conferiscono gli incarichi previsti dalle norme	DAT	Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Entro 90 giorni dal conferimento dell'incarico (e comunque prima della produzione degli effetti dell'atto e delle liquidazioni)	Entro 90 giorni dal conferimento dell'incarico (e comunque prima della produzione degli effetti dell'atto e delle liquidazioni)	collegamento alla Banca Dati PERLA PA.

ALLEGATO 1)										
Denominazione sottosez livello 1	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Responsabili pubblicazione	Enti/ Uffici responsabili produzione e /o trasmissione	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Note	
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	UOSGAL	UOSGAL	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Entro 30 giorni dal conferimento dell'incarico .Le retribuzioni annuali sono pubblicate entro il 30/06 dell'anno successivo	Entro 30 giorni dal conferimento dell'incarico Le retribuzioni annuali sono pubblicate entro il 30/06 dell'anno successivo	Art. 15, c. 1 lett. a) + cfr. PROSSIMA NOTA DG SANITA'	
		UOSGAL	UOSGAL	Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo			Art.41+Art. 15, c. 1, lett. b) cfr. PROSSIMA NOTA DG SANITA'	
		UOSGAL	UOSGAL	Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)			Art.41+Art. 15, c. 1, lett. d) cfr. PROSSIMA NOTA DG SANITA'	
		UOSGAL	UOSGAL			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici			Rif. PROSSIMA NOTA DG SANITA'	
		NA - Non Applicabile Aziende SSR	NA - Non Applicabile Aziende SSR	Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti			NA - Non Applicabile Aziende SSR	Art.41 + cfr. PROSSIMA NOTA DG SANITA'
		NA - Non Applicabile Aziende SSR	NA - Non Applicabile Aziende SSR	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]			NA - Non Applicabile Aziende SSR	Art.41 + cfr. PROSSIMA NOTA DG SANITA'
		NA - Non Applicabile Aziende SSR	NA - Non Applicabile Aziende SSR	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)			NA - Non Applicabile Aziende SSR	Art.41 + cfr. PROSSIMA NOTA DG SANITA'
		NA - Non Applicabile Aziende SSR	NA - Non Applicabile Aziende SSR	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]			NA - Non Applicabile Aziende SSR	Art.41 + cfr. PROSSIMA NOTA DG SANITA'
		UOSGAL	UOSGAL	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico			Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Entro 90 giorni dal conferimento dell'incarico (e comunque prima della produzione degli effetti dell'atto e delle liquidazioni)

ALLEGATO 1)									
Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Responsabili pubblicazione	Enti/ Uffici responsabili produzione e /o trasmissione	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Note
		UOSGAL	UOSGAL	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)		cfr. PROSSIMA NOTA DG SANITA'
		NA - Non Applicabile Aziende SSR	NA - Non Applicabile Aziende SSR	Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	NA - Non Applicabile Aziende SSR		Art.41 + cfr. PROSSIMA NOTA DG SANITA'

ALLEGATO 1)									
Denominazione sottosezione 1	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Responsabili pubblicazione	Enti/ Uffici responsabili produzione e /o trasmissione	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Note
personale	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	SUMAP	SUMAP	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis		Per ciascun titolare di incarico: Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dal conferimento dell'incarico. Le retribuzioni annuali sono pubblicate entro il 30 giugno dell'anno successivo	I dati sono pubblicati solo per i Dipartimenti, Strutture complesse e semplici dei quattro ruoli
		SUMAP	SUMAP	Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8)		
		SUMAP	SUMAP	Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8)		
		NA - Non Applicabile Aziende SSR	NA - Non Applicabile Aziende SSR			Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8)		Art.41 + cfr. note DG Sanità PG/2016/724035 del 18.11.2016 e PG/2017/280066 dell'11.4.2017
		SUMAP	SUMAP	Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dal conferimento dell'incarico	Art.41 + Art. 15, c. 1, lett. c) + cfr. note DG Sanità PG/2016/724035 del 18.11.2016 e PG/2017/280066 dell'11.4.2017
		NA - Non Applicabile Aziende SSR	NA - Non Applicabile Aziende SSR	Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8)		Art.41 + cfr. note DG Sanità PG/2016/724035 del 18.11.2016 e PG/2017/280066 dell'11.4.2017
		NA - Non Applicabile Aziende SSR	NA - Non Applicabile Aziende SSR	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).		Art.41 + cfr. note DG Sanità PG/2016/724035 del 18.11.2016 e PG/2017/280066 dell'11.4.2017
		NA - Non Applicabile Aziende SSR	NA - Non Applicabile Aziende SSR	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico		Art.41 + cfr. note DG Sanità PG/2016/724035 del 18.11.2016 e PG/2017/280066 dell'11.4.2017
		NA - Non Applicabile Aziende SSR	NA - Non Applicabile Aziende SSR	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale		Art.41 + cfr. note DG Sanità PG/2016/724035 del 18.11.2016 e PG/2017/280066 dell'11.4.2017
		NA - Non Applicabile Aziende SSR	NA - Non Applicabile Aziende SSR	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)		

ALLEGATO 1)									
Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Responsabili pubblicazione	Enti/ Uffici responsabili produzione e /o trasmissione	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Note
		NA - Non Applicabile Aziende SSN	NA - Non Applicabile Aziende SSR	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)		
		NA - Non Applicabile Aziende SSR	NA - Non Applicabile Aziende SSR	Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)		Art.41 + cfr. note DG Sanità PG/2016/724035 del 18.11.2016 e PG/2017/280066 dell'11.4.2017
				Art. 15, c. 5	Elenco posizioni dirigenziali discrezionali	Elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016		
		SUMAP	SUMAP	Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo	Entro 5 giorni dalla data di apertura dei termini per la presentazione della domanda limitatamente agli incarichi di struttura Semplice e Complessa (ai sensi dell'art.41 comma 2 D.Lgs.33 e s.m.	
		NA - Non Applicabile Aziende SSN		Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Annuale		

ALLEGATO 1)									
Denominazione sottosez livello 1	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Responsabili pubblicazione	Enti/ Uffici responsabili produzione e /o trasmissione	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Note
	Dirigenti cessati	NA - Non Applicabile Aziende SSR		Art. 14, c. 1, lett. a)	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Nessuno		Art.41 + cfr. note DG Sanità PG/2016/724035 del 18.11.2016 e PG/2017/280066 dell'11.4.2017
		NA - Non Applicabile Aziende SSR		Art. 14, c. 1, lett. b)		Curriculum vitae	Nessuno		Art.41 + cfr. note DG Sanità PG/2016/724035 del 18.11.2016 e PG/2017/280066 dell'11.4.2017
		NA - Non Applicabile Aziende SSR		Art. 14, c. 1, lett. c)		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno		Art.41 + cfr. note DG Sanità PG/2016/724035 del 18.11.2016 e PG/2017/280066 dell'11.4.2017
		NA - Non Applicabile Aziende SSR				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno		Art.41 + cfr. note DG Sanità PG/2016/724035 del 18.11.2016 e PG/2017/280066 dell'11.4.2017
		NA - Non Applicabile Aziende SSR		Art. 14, c. 1, lett. d)		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno		Art.41 + cfr. note DG Sanità PG/2016/724035 del 18.11.2016 e PG/2017/280066 dell'11.4.2017
		NA - Non Applicabile Aziende SSR		Art. 14, c. 1, lett. e)		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno		Art.41 + cfr. note DG Sanità PG/2016/724035 del 18.11.2016 e PG/2017/280066 dell'11.4.2017
		NA - Non Applicabile Aziende SSR		Art. 14, c. 1, lett. f) Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno		Art.41 + cfr. note DG Sanità PG/2016/724035 del 18.11.2016 e PG/2017/280066 dell'11.4.2017

ALLEGATO 1)									
Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Responsabili pubblicazione	Enti/ Uffici responsabili produzione e /o trasmissione	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Note
		NA - Non Applicabile Aziende SSR		Art. 14, c. 1, lett. f) Art. 4, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).		Art.41 + cfr. note DG Sanità PG/2016/724035 del 18.11.2016 e PG/2017/280066 dell'11.4.2017
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati		RPCT	RPCT	Art. 47, c. 1	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonchè tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dal ricevimento della mancata comunicazione	

ALLEGATO 1)										
Denominazione sottosez livello 1	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Responsabili pubblicazione	Enti/ Uffici responsabili produzione e /o trasmissione	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Note	
Personale	Posizioni organizzative	SUMAP	SUMAP	Art. 14, c. 1-quinquies.	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dal conferimento dell'incarico		
	Dotazione organica	SUMAP	SUMAP	Art. 16, c. 1	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 1)	entro 30 giorni dalla certificazione del conto da parte del collegio sindacale		
				Art. 16, c. 2	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 2)			
	Personale non a tempo indeterminato			Art. 17, c. 1	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1)		Entro 30gg dalla certificazione del Conto Annuale da parte del Collegio Sindacale	
				Art. 17, c. 2	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2)	Entro 30 giorni dalla scadenza del trimestre		
	Tassi di assenza			Art. 16, c. 3	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3)	Entro 15 giorni dalla scadenza del trimestre		
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)			AATDAT	AATDAT	Art. 18 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo (ex art. 8)	Contestuale alla trasmissione alla F.P.
	Contrattazione collettiva	SUMAP	SUMAP	Art. 21, c. 1 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dalla certificazione dell'accordo da parte del collegio sindacale	Collegamento Banca Dati ARAN-CNEL	
	Contrattazione integrativa	SUMAP	SUMAP	Art. 21, c. 2	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 5 giorni dalla sottoscrizione dell'Accordo	Collegamento Banca Dati ARAN-CNEL	
		SUMAP	SUMAP	Art. 21, c. 2 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)			
	OIV	OAS/OIV	OAS/OIV	OAS/OIV	Art. 10, c. 8, lett. c)	OIV	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dalla nomina	
		OAS/OIV	OAS/OIV	OAS/OIV	Art. 10, c. 8, lett. c)		Curricula	Tempestivo (ex art. 8)		

ALLEGATO 1)									
Denominazione sotto- sez livello 1	Denominazione sotto- sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Responsabili pubblicazione	Enti/ Uffici responsabili produzione e /o trasmissione	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Note
		OAS/OIV	OAS/OIV	Par. 14.2, delib. CiVIT n. 12/2013		Compensi	Tempestivo (ex art. 8)	nomina	

ALLEGATO 1)									
Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Responsabili pubblicazione	Enti/ Uffici responsabili produzione e /o trasmissione	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Note
Bandi di concorso		SUMAP	SUMAP	Art. 19	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonché i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 5 giorni dall'approvazione del bando e 30 giorni per criteri e tracce dalla conclusione della procedure concorsuali	
Performance	Sistema misurazione e valutazione Performance	OAS/OIV	OAS/OIV	Par. 1, delib. CIVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Entro 30 giorni dalla formalizzazione degli atti o nei termini indicati dall'ANAC	
	Piano della Performance	CDG	CDG / OAS/OIV	Art. 10, c. 8, lett. b)	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8)		
	Relazione sulla Performance	CDG	CDG/ OAS/OIV		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8)		
	Ammontare complessivo dei premi	SUMAP	SUMAP	Art. 20, c. 1	Ammontare complessivo dei premi (da pubblicare in tabelle)	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8)	Entro il 30/11 e comunque entro il termine dei saldi di produttività/risultato riferito all'anno precedente	
	Dati relativi ai premi				Art. 20, c. 2	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Ammontare dei premi effettivamente distribuiti		Tempestivo (ex art. 8)
				Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio		Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Tempestivo (ex art. 8)		
		Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8)						
Benessere organizzativo			Art. 20, c. 3	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lg.s 97/2016			
Enti pubblici vigilati	Enti pubblici vigilati	UOCF	UOCF	Art. 22, c. 1, lett. a)	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro 60 giorni dal verificarsi del presupposto	
				Art. 22, c. 2			Per ciascuno degli enti:		Annuale (art. 22, c. 1)
				1) ragione sociale			Annuale (art. 22, c. 1)		
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione			Annuale (art. 22, c. 1)		
				3) durata dell'impegno			Annuale (art. 22, c. 1)		
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione			Annuale (art. 22, c. 1)		
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)			Annuale (art. 22, c. 1)		
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari			Annuale (art. 22, c. 1)		
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)			Annuale (art. 22, c. 1)		
				Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)			
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)							

ALLEGATO 1)											
Denominazione sottosez livello 1	Denominazione sottosez livello 2 livello (Tipologie di dati)	Responsabili pubblicazione	Enti/ Uffici responsabili produzione e /o trasmissione	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Note		
Enti controllati		UOCF	UOCF	Art. 22, c. 3		Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 31 agosto successivo all'esercizio di riferimento (entro 1 mese dal termine di comunicazione dei dati al MEF: art. 12 Dlgs 11/2011 e dell'art. 3 DM 37/2010)			
	Società partecipate	UOCF	UOCF	Art. 22, c. 1, lett. b)	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6)	: ar				
		UOCF	UOCF	Art. 22, c. 2		Per ciascuna delle società:	1) ragione sociale		Annuale (art. 22, c. 1)		
		UOCF	UOCF			2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1)				
		UOCF	UOCF			3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1)				
		UOCF	UOCF			4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1)				
		UOCF	UOCF			5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1)				
		UOCF	UOCF			6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1)				
		UOCF	UOCF			7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1)				
		UOCF	UOCF	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (<i>link al sito dell'ente</i>)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)				
		UOCF	UOCF	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (<i>link al sito dell'ente</i>)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)				
		UOCF	UOCF	Art. 22, c. 3		Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Annuale (art. 22, c. 1)				

ALLEGATO 1)										
Denominazione sottosez livello 1	Denominazione sottosez livello 2 livello (Tipologie di dati)	Responsabili pubblicazione	Enti/ Uffici responsabili produzione e /o trasmissione	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Note	
Enti controllati		Non applicabili per le Società ex 9bis Dlgs 502/92 e ssmm	Non applicabili per le Società ex 9bis Dlgs 502/92 e ssmm	Art. 22, c. 1, lett. d-bis	Provvedimenti	Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016)	Tempestivo (ex art. 8)			
		Non applicabili per le Società ex 9bis Dlgs 502/92 e ssmm	Non applicabili per le Società ex 9bis Dlgs 502/92 e ssmm	Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016		Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	Tempestivo (ex art. 8)			
		Non applicabili per le Società ex 9bis Dlgs 502/92 e ssmm	Non applicabili per le Società ex 9bis Dlgs 502/92 e ssmm			Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	Tempestivo (ex art. 8)			
		Enti di diritto privato controllati	UOCF	UOCF	Art. 22, c. 1, lett. c)	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 31 agosto successivo all'esercizio di riferimento (entro 1 mese dal termine di comunicazione dei dati al MEF: art. 12 Dlgs 11/2011 e dell'art. 3 DM 37/2010)	
			UOCF	UOCF	Art. 22, c. 2		Per ciascuno degli enti:	Annuale (art. 22, c. 1)		
			UOCF	UOCF			1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1)		
			UOCF	UOCF			2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1)		
			UOCF	UOCF			3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1)		
			UOCF	UOCF			4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1)		
			UOCF	UOCF			5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1)		
			UOCF	UOCF			6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1)		
			UOCF	UOCF	7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo		Annuale (art. 22, c. 1)			
			UOCF	UOCF	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)		
		UOCF	UOCF	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)				
	UOCF	UOCF	Art. 22, c. 3	Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1)					
	Rappresentazione grafica	UOCF	UOCF	Art. 22, c. 1, lett. d)	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1)			

ALLEGATO 1)									
Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Responsabili pubblicazione	Enti/ Uffici responsabili produzione e /o trasmissione	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Note
Attività e procedimenti	Dati aggregati attività amministrativa			Art. 24, c. 1	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016		
		TUTTE LE UUOO / DIREZIONI A CUI FANNO CAPO I PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI (ATTIVITÀ TRASVERSALI, UOCF, UOSGAL, SUMAP, UOPT, UOEL, FORMAZIONE, DAF , DMP, ASSOT, DISTRETTO, DPC. MEDICINA LEGALE, UO VET, UO SANITA' PUBBLICA, UOPREV. SIC, AMB LAV, DSP.)	TUTTE LE UUOO / DIREZIONI A CUI FANNO CAPO I PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI (ATTIVITÀ TRASVERSALI, UOCF, UOSGAL, SUMAP, UOPT, UOEL, FORMAZIONE, DAF , DMP, ASSOT, DISTRETTO, DPC. MEDICINA LEGALE, UO VET, UO SANITA' PUBBLICA, UOPREV. SIC, AMB LAV, DSP.)	Art. 35, c. 1, lett. a)		Per ciascuna tipologia di procedimento: 1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 60 giorni nel caso di revisione completa derivante da nuova deliberazione e censimento dei procedimenti	
				Art. 35, c. 1, lett. b)		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8)		
				Art. 35, c. 1, lett. c)		3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8)		
				Art. 35, c. 1, lett. c)		4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8)		
				Art. 35, c. 1, lett. e)		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	Tempestivo (ex art. 8)		
				Art. 35, c. 1, lett. f)		6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Tempestivo (ex art. 8)		
				Art. 35, c. 1, lett. g)		7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8)		
				Art. 35, c. 1, lett. h)		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Tempestivo (ex art. 8)		
				Art. 35, c. 1, lett. i)		9) <i>link</i> di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Tempestivo (ex art. 8)		
				Art. 35, c. 1, lett. l)		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonchè i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8)		
				Art. 35, c. 1, lett. m)		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonchè modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8)		
				Art. 35, c. 1, lett. d)		Per i procedimenti ad istanza di parte: 1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8)		
	Art. 35, c. 1, lett. d) e Art. 1, c. 29, l. 190/2012				2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo (ex art. 8)			

ALLEGATO 1)									
Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Responsabili pubblicazione	Enti/ Uffici responsabili produzione e /o trasmissione	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Note
	Monitoraggio tempi procedurali			Art. 24, c. 2 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedurali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016		
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	TUTTE LE UUOO / DIREZIONI A CUI FANNO CAPO I PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI (ATTIVITÀ TRASVERSALI, UOCF, UOSGAL, SUMAP, UOPT, UOEL, FORMAZIONE, DAF, DMP, ASSOT, DISTRETTO, DPC. MEDICINA LEGALE, UO VET, UO SANITA' PUBBLICA, UOPREV. SIC, AMB LAV, DSP.)	TUTTE LE UUOO / DIREZIONI A CUI FANNO CAPO I PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI (ATTIVITÀ TRASVERSALI, UOCF, UOSGAL, SUMAP, UOPT, UOEL, FORMAZIONE, DAF, DMP, ASSOT, DISTRETTO, DPC. MEDICINA LEGALE, UO VET, UO SANITA' PUBBLICA, UOPREV. SIC, AMB LAV, DSP.)	Art. 35, c. 3	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dalle modifiche	

ALLEGATO 1)									
Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Responsabili pubblicazione	Enti/ Uffici responsabili produzione e /o trasmissione	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Note
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	TUTTE LE UUOO / DIREZIONI A CUI FANNO CAPO I PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI (ATTIVITÀ TRASVERSALI, UOCF, UOSGAL, SUMAP, UOPT, UOEL, FORMAZIONE, DAF , DMP, ASSOT, DISTRETTO, DPC. MEDICINA LEGALE, UO VET, UO SANITA' PUBBLICA, UOPREV. SIC, AMB LAV, DSP.)	TUTTE LE UUOO / DIREZIONI A CUI FANNO CAPO I PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI (ATTIVITÀ TRASVERSALI, UOCF, UOSGAL, SUMAP, UOPT, UOEL, FORMAZIONE, DAF , DMP, ASSOT, DISTRETTO, DPC. MEDICINA LEGALE, UO VET, UO SANITA' PUBBLICA, UOPREV. SIC, AMB LAV, DSP.)	Art. 23, c. 1 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1)	Entro 2 mesi dalla scadenza del semestre (30/6 - 31/12 pertanto entro il 31/08 per il primo semestre e 28/02 per il secondo semestre)	
	Provvedimenti organi indirizzo politico			Art. 23, c. 1 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016		
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	TUTTE LE UUOO / DIREZIONI A CUI FANNO CAPO I PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI (ATTIVITÀ TRASVERSALI, UOCF, UOSGAL, SUMAP, UOPT, UOEL, FORMAZIONE, DAF , DMP, ASSOT, DISTRETTO, DPC. MEDICINA LEGALE, UO VET, UO SANITA' PUBBLICA, UOPREV. SIC, AMB LAV, DSP.)	TUTTE LE UUOO / DIREZIONI A CUI FANNO CAPO I PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI (ATTIVITÀ TRASVERSALI, UOCF, UOSGAL, SUMAP, UOPT, UOEL, FORMAZIONE, DAF , DMP, ASSOT, DISTRETTO, DPC. MEDICINA LEGALE, UO VET, UO SANITA' PUBBLICA, UOPREV. SIC, AMB LAV, DSP.)	Art. 23, c. 1 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1)	Entro 2 mesi dalla scadenza del semestre (30/6 - 31/12 pertanto entro il 31/08 per il primo semestre e 28/02 per il secondo semestre)	
	Provvedimenti dirigenti amministrativi			Art. 23, c. 1 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016		
Controlli sulle imprese				Art. 25, c. 1, lett. a)	Tipologie di controllo	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016		
				Art. 25, c. 1, lett. b)	Obblighi e adempimenti	Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative			

ALLEGATO 1)											
Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Responsabili pubblicazione	Enti/ Uffici responsabili produzione e /o trasmissione	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Note		
Bandi di gara e contratti	Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	UOPT/OUEL/OUASSOT/ING. CLINICA/ FORMAZIONE	UOPT/OUEL/OUASSOT/ING. CLINICA/ FORMAZIONE	Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190 Informazioni sulle singole procedure (da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016)	Codice Identificativo Gara (CIG)	Tempestivo	Entro 1 mese dalla scadenza del semestre (30/06 - 31-12 e pertanto 31/7 per il primo semestre e 31/01 per il secondo semestre)			
				Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016		Struttura proponente, Oggetto del bando, Procedura di scelta del contraente, Elenco degli operatori invitati a presentare offerte/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, Aggiudicatario, Importo di aggiudicazione, Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, Importo delle somme liquidate	Tempestivo				
				Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016		Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG), struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)		al 31/01 dell'anno successivo		
	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	UOPT/OUEL	UOPT/OUEL	UOPT/OUEL	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Art. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali	Tempestivo	Entro 30 giorni dall'approvazione del documento da pubblicare		
					UOPT	UOPT	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	'Per ciascuna procedura: Avvisi di preinformazione - Avvisi di preinformazione (art. 70, c. 1, 2 e 3, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi di preinformazioni (art. 141, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	Entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento	NOTA BENE: in "Profilo del committente" occorre inserire anche specifica voce denominata ""Pubblicazione dati in materia di responsabilità professionale ai sensi della L.n.24 del 8/3/2017" secondo quanto indicato nelle note PG/2017/030213 2 del 20/04/2017 del Servizio
					UOPT/OUEL	UOPT/OUEL	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Delibera a contrarre o atto equivalente (per tutte le procedure)		
							Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni. Compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5	Avvisi e bandi - Avviso (art. 19, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Avviso di formazione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1, e 4, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 127, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso relativo all'esito della procedura; Pubblicazione a livello nazionale di bandi e avvisi; Bando di concorso (art. 153, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di aggiudicazione (art. 153, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concessione, invito a presentare offerta, documenti di gara (art. 171, c. 1 e 5, dlgs n. 50/2016); Avviso in merito alla modifica dell'ordine di importanza dei criteri, Bando di concessione (art. 173, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 183, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso costituzione del privilegio (art. 186, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 188, c. 3, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	

ALLEGATO 1)										
Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Responsabili pubblicazione	Enti/ Uffici responsabili produzione e /o trasmissione	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Note	
		UOPT	UOPT	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	del dlgs n. 50/2016	Avviso sui risultati della procedura di affidamento - Avviso sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concorso e avviso sui risultati del concorso (art. 141, dlgs n. 50/2016); Avvisi relativi l'esito della procedura, possono essere raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3, dlgs n. 50/2016); Elenchi dei verbali delle commissioni di gara	Tempestivo	Contestuale alla loro adozione	del Servizio Amministrazione SSR e PG/2017/043850 2 del 13/06/2017 dell'OIV-SSR (pubblicazione annuale al 31/3)	
				Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avvisi sistema di qualificazione - Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione, di cui all'Allegato XIV, parte II, lettera H; Bandi, avviso periodico indicativo; avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione; Avviso di aggiudicazione (art. 140, c. 1, 3 e 4, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo			
				Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Affidamenti Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10, dlgs n. 50/2016); tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti (art. 192 c. 3, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo			
				Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Informazioni ulteriori - Contributi e resoconti degli incontri con portatori di interessi unitamente ai progetti di fattibilità di grandi opere e ai documenti predisposti dalla stazione appaltante (art. 22, c. 1, dlgs n. 50/2016); Informazioni ulteriori, complementari o aggiuntive rispetto a quelle previste dal Codice; Elenco ufficiali operatori economici (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo			
		UOPTI/UOEL	UOPTI/UOEL	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali.	Provvedimenti di esclusione e di ammissione (entro 2 giorni dalla loro adozione)	Tempestivo	Entro 3 giorni dall'adozione dell'atto di esclusione		
				Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Tempestivo	Contestuale all'adozione del provvedimento di nomina		
		NA		Art. 1, co. 505, l. 208/2015 disposizione speciale rispetto all'art. 21 del d.lgs. 50/2016)	Contratti	Testo integrale di tutti i contratti di acquisto di beni e di servizi di importo unitario stimato superiore a 1 milione di euro in esecuzione del programma biennale e suoi aggiornamenti	Tempestivo		COMMA 505 ABROGATO DAL D.LGS. 18 APRILE 2016, N. 50, COME MODIFICATO DAL D.LGS. 19 APRILE 2017, N. 56.	
		UOPTI/UOEL	UOPTI/UOEL	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Tempestivo	Entro 60 giorni dal provvedimento di ricognizione ANAC		

ALLEGATO 1)									
Denominazione sottosez livello 1	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Responsabili pubblicazione	Enti/ Uffici responsabili produzione e /o trasmissione	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Note
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteria e modalità	TUTTE LE UUOO/DIREZIONI PER GLI ATTI DI COMPETENZA DI ENTRAMBE LE DISPOSIZIONI	TUTTE LE UUOO/DIREZIONI PER GLI ATTI DI COMPETENZA DI ENTRAMBE LE DISPOSIZIONI	Art. 26, c. 1	Criteria e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dall'adozione e comunque prima della produzione degli effetti degli atti e della liquidazione art. 26 comma 3 Dlgs 33/2013	
	Atti di concessione			Art. 26, c. 2	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali) (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Tempestivo (art. 26, c. 3)		
				Art. 27, c. 1, lett. a)		Per ciascun atto: 1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3)		
				Art. 27, c. 1, lett. b)		2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo (art. 26, c. 3)		
				Art. 27, c. 1, lett. c)		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3)		
				Art. 27, c. 1, lett. d)		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3)		
				Art. 27, c. 1, lett. e)		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3)		
				Art. 27, c. 1, lett. f)		6) link al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3)		
				Art. 27, c. 1, lett. f)		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3)		
	Art. 27, c. 2			Elenco (in formato tabellare aperto) 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 ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale (art. 27, c. 2)				
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	UOCF	UOCF	Art. 29, c. 1 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dalla data di adozione con Delibera del Direttore Generale	
		NA - Non Applicabile Aziende SSN		Art. 29, c. 1-bis e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8)		
		UOCF	UOCF	Art. 29, c. 1 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dalla data di adozione con Delibera del Direttore Generale	
		NA - Non Applicabile Aziende SSN		Art. 29, c. 1-bis e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8)		
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	NA - Non Applicabile Aziende SSN		Art. 29, c. 2 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo (ex art. 8)		
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	UOPT	UOPT	Art. 30	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 1 mese dalla scadenza del semestre (30/06 - 31-12 e pertanto 31/7 per il primo semestre e 31/01 per il secondo semestre)	Anche beni "detenuti"
	Canoni di locazione o affitto	UOPT	UOPT	Art. 30	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8)		

ALLEGATO 1)										
Denominazione sottosez livello 1	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Responsabili pubblicazione	Enti/ Uffici responsabili produzione e /o trasmissione	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Note	
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	OAS/OIV	OAS/OIV	Art. 31	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.		
					Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Entro 30 giorni dalla trasmissione da parte dell'OIV		
					Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo			
					Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione , nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione , nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Tempestivo (ex art. 8)			
	Organi di revisione amministrativa e contabile	UOCF	UOCF		Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 60 giorni dal rilievo	
	Corte dei conti	UOCF	UOCF		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8)		

ALLEGATO 1)									
Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Responsabili pubblicazione	Enti/ Uffici responsabili produzione e /o trasmissione	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Note
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	URP	URP	Art. 32, c. 1	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dalle eventuali modifiche	
	Class action	UOSGAL	UOSGAL	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo	Entro 30 giorni dal ricorso	
				Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo	Entro 30 giorni dalle sentenze definitive	
				Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo	Entro 30 giorni dal provvedimento di esecuzione della sentenza	
	Costi contabilizzati	CDG	CDG	Art. 32, c. 2, lett. a) Art. 10, c. 5	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art. 10, c. 5)	Entro 45 giorni dall'adozione del bilancio di esercizio	
	Liste di attesa	UOASSOT (per tempi amb) / CDG (per tempi ospedale)	UOASSOT (per tempi amb) / CDG (per tempi ospedale)	Art. 41, c. 6	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo	Entro 30 giorni dall'invio alla Regione Emilia Romagna dei dati monitoraggio MAPS	
Servizi in rete	INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE	INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Tempestivo	Entro 30 giorni dall'acquisizione dei dati rilevati		
Pagamenti dell'amministrazione	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	UOCF	UOCF	Art. 41, c. 1-bis	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	Entro il 31/3 secondo semestre 2017	
	Indicatore di tempestività dei pagamenti			Art. 33	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1)	Entro il 31/3 secondo semestre 2017 - Per l'anno in corso entro il 31/01/2019	
						Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1)	Entro 30 giorni dalla scadenza trimestrale	
					Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Annuale (art. 33, c. 1)	Entro il 31/3 secondo semestre 2017 - Per l'anno in corso entro il 31/01/2019	
IBAN e pagamenti informatici			Art. 36 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, ...	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dalla modifica		

ALLEGATO 1)									
Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Responsabili pubblicazione	Enti/ Uffici responsabili produzione e /o trasmissione	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Note
	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	NA - Non Applicabile Aziende SSN		Art. 38, c. 1	Informazioni reative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	Tempestivo (ex art. 8)		
Opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche	UOPTI	UOPTI	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonchè i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Tempestivo (art.8, c. 1)	Entro 30 giorni dall'approvazione del documento da pubblicare	
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	UOPTI	UOPTI	Art. 38, c. 2	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate.	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1)	Entro 1 mese dalla scadenza del semestre (30/06 - 31-12 e pertanto 31/7 per il primo semestre e 31/01 per il secondo semestre)	
		UOPTI	UOPTI	Art. 38, c. 2	(da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione)	Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1)		
	Pianificazione e governo del territorio		NA - Non Applicabile Aziende SSN		Art. 39, c. 1, lett. a)	Pianificazione e governo del territorio (da pubblicare in tabelle)	Atti di governo del territorio	Non pertinente alle aziende sanitarie	
		NA - Non Applicabile Aziende SSN		Art. 39, c. 2		Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica	Non pertinente alle aziende sanitarie		
Informazioni ambientali		DSP	DSP	Art. 40, c. 2	Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dalla ricezione / produzione della documentazione	
					Stato dell'ambiente	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotopi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi	Tempestivo (ex art. 8)		
					Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente	Tempestivo (ex art. 8)		
					Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8)		
					Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto	4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8)		
					Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Tempestivo (ex art. 8)		
					Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	Tempestivo (ex art. 8)		Entro 30 giorni dalla comunicazione

ALLEGATO 1)									
Denominazione sotto- sez livello 1	Denominazione sotto- sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Responsabili pubblicazione	Enti/ Uffici responsabili produzione e /o trasmissione	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Note
					Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Tempestivo (ex art. 8)		
Strutture sanitarie private accreditate		ASSOT	ASSOT	Art. 41, c. 4	Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4)	31/3 per elenco al 31/12 dell'anno precedente	
		ASSOT	ASSOT			Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4)	31/3 per accordi sottoscritti l'anno precedente e 30 giorni dalla produzione dei relativi atti	

ALLEGATO 1)									
Denominazione sottosez livello 1	Denominazione sottosez livello 2 livello (Tipologie di dati)	Responsabili pubblicazione	Enti/ Uffici responsabili produzione e /o trasmissione	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Note
Interventi straordinari e di emergenza		UUOO/DIREZIONE/DIPARTIMENTO CHE GESTISCE INTERVENTO STRAORDINARIO	UUOO/DIREZIONE/DIPARTIMENTO CHE GESTISCE INTERVENTO STRAORDINARIO	Art. 42, c. 1, lett. a)	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 60 giorni dall'adozione del provvedimento	
				Art. 42, c. 1, lett. b)		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Tempestivo (ex art. 8)		
				Art. 42, c. 1, lett. c)		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8)		
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	RPCT	RPCT	Art. 10, c. 8, lett. a)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione	Annuale	entro 30 giorni dall'adozione	
				Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo	entro 30 giorni dalla nomina	
					Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo	entro 30 giorni dall'adozione dell'atto	
				Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)	entro il 15/12 di ogni anno	
				Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo	entro 30 giorni dall'adozione degli atti	
				Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo		
Altri contenuti	Accesso civico	RPCT	RPCT	Art. 5, c. 1 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	entro 30 giorni dalla validazione dei dati pubblicati	
		UOSGAL	UOSGAL/RPCT	Art. 5, c. 2	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo		
		UOSGAL	UOSGAL/RPCT	Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale	Entro 30 giorni dalla scadenza semestrale	
Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	UOTIR	UOTIR	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dat.gov.it e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	Tempestivo	30/06 e 31/12	
		UOTIR / SUPPORTO UOSGAL / GRUPPO PRIVACY	UOTIR / SUPPORTO UOSGAL / GRUPPO PRIVACY	Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale	Entro 30 giorni dall'adozione del regolamento	

ALLEGATO 1)									
Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Responsabili pubblicazione	Enti/ Uffici responsabili produzione e /o trasmissione	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Note
		UOTIR	UOTIR	Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)	entro 31/3 di ogni anno	
Altri contenuti	Dati ulteriori	X		Art. 7-bis, c. 3 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati ulteriori (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate Da PNA 2016 alcuni possibili indicatori : - Indicatori su appalti - Tecnologie aziendali (in comodato d'uso/in prova) - Patrimonio non utilizzato per finalità proprie - strutture private autorizzate - documento su Sistema Controlli Interni		

* I dati oggetto di pubblicazione obbligatoria solo modificati dal dlgs 97/2016 è opportuno rimangano pubblicati sui siti (es. dati dei dirigenti già pubblicati ai sensi dell'art. 15 del previgente testo del dlgs 33/2013)

I riferimenti normativi ove non specificato sono riferiti al D.Lgs 33/2013 e s.m.i.

Denominazione Amministrazione/ Società/Ente	Nome RPCT	Cognome RPCT	Data di nascita RPCT	Qualifica RPCT	Data inizio incarico di RPCT	Le funzioni di Responsabile della trasparenza sono svolte da soggetto diverso dal RPC (Si/No)	Organo d'indirizzo (solo se RPCT manca, anche temporaneamente, per qualunque motivo)	Nome Presidente Organo d'indirizzo (rispondere solo se RPCT è vacante)	Cognome Presidente Organo d'indirizzo (solo se RPCT è vacante)	Data di nascita Presidente Organo d'indirizzo (solo se RPCT è vacante)	Motivazione dell'assenza, anche temporanea, del RPCT	Data inizio assenza della figura di RPCT (solo se RPCT è vacante)
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE DI IMOLA	Luigi	Infelise	15/04/1955	Dirigente Amministrativo	14/02/2013							

ID	Domanda	Risposta (Max 2000 caratteri)
1	CONSIDERAZIONI GENERALI SULL'EFFICACIA DELL'ATTUAZIONE DEL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (PTPC) E SUL RUOLO DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (RPCT)	Si rimanda a quanto dettagliatamente dettagliato nel PTPCT 2019-2021
1.A	Stato di attuazione del PTPC - Valutazione sintetica del livello effettivo di attuazione del PTPC indicando i fattori che hanno determinato l'efficacia delle misure attuate	Per l'attuazione del PTPCT si è concentrata l'attenzione sul contesto specifico dell'AUSL di Imola per la realizzazione delle azioni relative alle attività a rischio individuate con la collaborazione dei direttori/referenti
1.B	Aspetti critici dell'attuazione del PTPC - Qualora il PTPC sia stato attuato parzialmente, indicare le principali motivazioni dello scostamento tra le misure attuate e le misure previste dal PTPC	
1.C	Ruolo del RPCT - Valutazione sintetica del ruolo di impulso e coordinamento del RPCT rispetto all'attuazione del PTPC individuando i fattori che ne hanno supportato l'azione	Il ruolo del RPCT per l'attuazione del PTPCT può essere così sintetizzata: collaborazione con i Direttori/Referenti per la mappatura delle attività a rischio e l'individuazione delle relative azioni di contrasto, impulso e monitoraggio attraverso report periodici da parte dei direttori referenti, in atti; realizzazione delle azioni previste nel Piano; rilevanza del coordinamento dei RPCT del tavolo regionale e dell'AVEC (Area Vasta Emilia Centro).
1.D	Aspetti critici del ruolo del RPCT - Illustrare i fattori che hanno ostacolato l'azione di impulso e coordinamento del RPCT rispetto all'attuazione del PTPC	Non vi sono stati fattori ostativi all'azione di impulso e coordinamento del RPCT per l'attuazione del PTPCT

SCHEDA PER LA PREDISPOSIZIONE ENTRO IL 31/01/2019 DELLA RELAZIONE ANNUALE DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

La presente scheda è compilata dal RPCT delle pubbliche amministrazioni relativamente all'attuazione del PTPC 2018 e pubblicata sul sito istituzionale dell'amministrazione. Le società e gli altri enti di diritto privato in controllo pubblico nonché gli enti pubblici economici utilizzano, per quanto compatibile, la presente scheda con riferimento alle misure anticorruzione adottate in base al PNA 2013, al successivo Aggiornamento del 2015 (Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015), al PNA 2016 (Delibera n. 831 del 3 agosto 2016) alle Linee Guida ANAC di cui alla determinazione n. 1134/2017, all'Aggiornamento 2017 del PNA (Delibera n. 1208 del 22 novembre 2017).

ID	Domanda	Risposta (inserire "X" per le opzioni di risposta selezionate)	Ulteriori Informazioni (Max 2000 caratteri)
2	GESTIONE DEL RISCHIO		
2.A	Indicare se è stato effettuato il monitoraggio per verificare la sostenibilità di tutte le misure, obbligatorie (generali) e ulteriori (specifiche) individuate nel PTPC		
2.A.1	Si (indicare le principali criticità riscontrate e le relative iniziative adottate)	X	vedi relazione dettagliata nel PTPCT 2019-2021
2.A.2	No, anche se il monitoraggio era previsto dal PTPC con riferimento all'anno 2018		
2.A.3	No, il monitoraggio non era previsto dal PTPC con riferimento all'anno 2018		
2.A.4	Se non è stato effettuato il monitoraggio, indicare le motivazioni del mancato svolgimento		
2.B	Indicare in quali delle seguenti aree si sono verificati eventi corruttivi e indicarne il numero (più risposte sono possibili). (Riportare le fattispecie penali, anche con procedimenti pendenti, e gli eventi corruttivi come definiti nel PNA 2013 (§ 2.1), nel PNA 2015 (§ 2.1), nella determinazione 6/2015 (§ 3, lett. a) e come mappati nei PTPC delle amministrazioni)		
2.B.1	Acquisizione e progressione del personale		
2.B.2	Affidamento di lavori, servizi e forniture		

2.B.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario		
2.B.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario		
2.B.5	Aree di rischio ulteriori (elencare quali)		
2.B.6	Non si sono verificati eventi corruttivi	X	
2.C	Se si sono verificati eventi corruttivi, indicare se nel PTPC 2018 erano state previste misure per il loro contrasto		
2.C.1	Si (indicare le motivazioni della loro inefficacia)		
2.C.2	No (indicare le motivazioni della mancata previsione)		
2.D	Indicare se è stata effettuata un'integrazione tra il sistema di monitoraggio delle misure anticorruzione e i sistemi di controllo interno		
2.D.1	Si (indicare le modalità di integrazione)	X	prenotazione obbligatoria tramite agenda CUP dedicata, monitoraggio in più fasi, programma gestione liste d'attesa interventi chirurgici
2.D.2	No (indicare la motivazione)		
2.E	Indicare se sono stati mappati tutti i processi		
2.E.1	Si	X	
2.E.2	No, non sono stati mappati i processi (indicare le motivazioni)		
2.E.3	No, ne sono stati mappati solamente alcuni (indicare le motivazioni)		
2.E.4	Nel caso della mappatura parziale dei processi, indicare le aree a cui afferiscono i processi mappati		
2.F	Formulare un giudizio sul modello di gestione del rischio (Qualora si ritenesse necessaria una revisione del modello, indicare le modifiche da apportare):	X	positivo
2.G	Indicare se il PTPC è stato elaborato in collaborazione con altre amministrazioni		
2.G.1	Si (indicare con quali amministrazioni)	X	aziende sanitarie, area vasta emilia centro
2.G.2	No		
3	MISURE ULTERIORI (SPECIFICHE)		
3.A	Indicare se sono state attuate misure ulteriori (specifiche) oltre a quelle obbligatorie (generali)		
3.A.1	Si	X	
3.A.2	No, anche se era previsto dal PTPC con riferimento all'anno 2018		
3.A.3	No, non era previsto dal PTPC con riferimento all'anno 2018		
3.B.	Se sono state attuate misure ulteriori (specifiche), indicare se tra di esse rientrano le seguenti misure (più risposte possibili):		

3.B.1	Attivazione di una procedura per la raccolta di segnalazioni da parte della società civile riguardo a eventuali fatti corruttivi che coinvolgono i dipendenti nonché i soggetti che intrattengono rapporti con l'amministrazione (indicare il numero di segnalazioni nonché il loro oggetto)		
3.B.2	Iniziative di automatizzazione dei processi per ridurre i rischi di corruzione (specificare quali processi sono stati automatizzati)	X	procedura software LAT per gestione liste d'attesa , ricoveri programmati Dipartimento Chirurgico; prenotazioni prestazioni specialistiche (CUP); controlli esenzioni ticket ; attività Libero professionale intramuraria
3.B.3	Attività di vigilanza nei confronti di enti e società partecipate e/o controllate con riferimento all'adozione e attuazione del PTPC o di adeguamento del modello di cui all'art. 6 del D.Lgs. 231/2001 (solo se l'amministrazione detiene partecipazioni in enti e società o esercita controlli nei confronti di enti e società)		
3.C	Se sono state attuate misure ulteriori (specifiche), formulare un giudizio sulla loro attuazione indicando quelle che sono risultate più efficaci nonché specificando le ragioni della loro efficacia (riferirsi alle tipologie di misure indicate a pag. 33 dell'Aggiornamento 2015 al PNA):	X	giudizio positivo in relazione alla realizzazione delle azioni preventive previste per tutte le Aree a rischio
3.D	Indicare se alcune misure sono frutto di un'elaborazione comune ad altre amministrazioni		
3.D.1	Sì (indicare quali misure, per tipologia)	X	acquisizione dichiarazioni reddituali e patrimoniali ed assenza conflitti d'interesse
3.D.2	No		
4	TRASPARENZA		
4.A	Indicare se è stato informatizzato il flusso per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente"		
4.A.1	Sì (indicare le principali sotto-sezioni alimentate da flussi informatizzati di dati)	X	le principali sotto-sezioni alimentate da flussi informatizzati di dati : dirigenti e contratti acquisto beni, servizi e appalti lavori
4.A.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2018		
4.A.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2018		
4.B	Indicare se il sito istituzionale, relativamente alla sezione "Amministrazione trasparente", ha l'indicatore delle visite		
4.B.1	Sì (indicare il numero delle visite)		
4.B.2	No (indicare se non è presente il contatore delle visite)	X	non presente
4.C	Indicare se sono pervenute richieste di accesso civico "semplice"		

4.C.1	Si (riportare il numero di richieste pervenute e il numero di richieste che hanno dato corso ad un adeguamento nella pubblicazione dei dati)	X	1
4.C.2	No		
4.D	Indicare se sono pervenute richieste di accesso civico "generalizzato"		
4.D.1	Si (riportare il numero complessivo di richieste pervenute e, se disponibili, i settori interessati dalle richieste di accesso generalizzato)	X	5 (attività trasversali /DG, SUMAP, Cure Primarie)
4.D.2	No		
4.E	Indicare se è stato istituito il registro degli accessi		
4.E.1	Si (se disponibili, indicare i settori delle richieste)	X	tutte le UU.OO
4.E.2	No		
4.F	E' rispettata l'indicazione che prevede di riportare nel registro l'esito delle istanze		
4.F.1	Si	X	
4.F.2	No		
4.G	Indicare se sono stati svolti monitoraggi sulla pubblicazione dei dati:		
4.G.1	Si (indicare la periodicità dei monitoraggi e specificare se essi hanno riguardato la totalità oppure un campione di obblighi)	X	totalità al 31/11/2018
4.G.2	No, anche se era previsto dal PTPC con riferimento all'anno 2018		
4.G.3	No, non era previsto dal PTPC con riferimento all'anno 2018		
4.H	Formulare un giudizio sul livello di adempimento degli obblighi di trasparenza indicando quali sono le principali inadempienze riscontrate nonché i principali fattori che rallentano l'adempimento:		buono
5	FORMAZIONE DEL PERSONALE		
5.A	Indicare se è stata erogata la formazione dedicata specificamente alla prevenzione della corruzione		
5.A.1	Si	X	
5.A.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2018		
5.A.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2018		
5.B	Se non è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare le ragioni della mancata erogazione:		
5.C	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare quali soggetti tra i seguenti hanno svolto le docenze: (più risposte possibili)		
5.C.1	SNA		

5.C.2	Università	X	Università di Bologna
5.C.3	Altro soggetto pubblico (specificare quali)	X	Consigliere di Stato
5.C.4	Soggetto privato (specificare quali)		
5.C.5	Formazione in house	X	RPCT Staff Formazione
5.C.6	Altro (specificare quali)	X	Giornata trasparenza 15/11/2018
5.D	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, formulare un giudizio sulla formazione erogata con particolare riferimento all'appropriatezza di destinatari e contenuti, sulla base, ad esempio, di eventuali questionari somministrati ai partecipanti:		buona per appropriatezza dei contenuti vedi dettaglio PTPCT 2019-2021
6	ROTAZIONE DEL PERSONALE		
6.A	Indicare il numero di unità di personale dipendente di cui è composta l'amministrazione:		1737
6.A.1	Numero dirigenti o equiparati		326
6.A.2	Numero non dirigenti o equiparati		1411
6.B	Indicare se nell'anno 2018 è stata effettuata la rotazione del personale come misura di prevenzione del rischio.		
6.B.1	Si (riportare i dati quantitativi di cui si dispone relativi alla rotazione dei dirigenti, dei funzionari e del restante personale)	X	n.7 dirigenti e n.22 funzionari. Rotazione su diversi procedimenti adottati nelle 4 macro-aree vedi riepilogo PTPCT 2019-2021
6.B.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2018		
6.B.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2018		
6.C	Indicare se l'ente, nel corso del 2018, è stato interessato da un processo di riorganizzazione (anche se avviato in anni precedenti e concluso o in corso nel 2018)		
6.C.1	Si	X	
6.C.2	No		
7	INCONFERIBILITÀ PER INCARICHI DIRIGENZIALI D.LGS. 39/2013		
7.A	Indicare se sono state effettuate verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni rese dagli interessati sull'insussistenza di cause di inconferibilità:		
7.A.1	Si (indicare il numero di verifiche e il numero di eventuali violazioni accertate)	X	numero 32 all'atto di assunzione, nessuna violazione
7.A.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2018		
7.A.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2018		

7.B	Formulare un giudizio sulle iniziative intraprese per la verifica delle situazioni di inconfiribilità per incarichi dirigenziali:		buono
8	INCOMPATIBILITÀ PER PARTICOLARI POSIZIONI DIRIGENZIALI - D.LGS. 39/2013		
8.A	Indicare se sono state adottate misure per verificare la presenza di situazioni di incompatibilità:		
8.A.1	Si (indicare quali e il numero di violazioni accertate)	X	n.32 verifiche, nessuna violazione accertata
8.A.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2018		
8.A.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2018		
8.B	Formulare un giudizio sulla misura adottata per la verifica delle situazioni di incompatibilità per particolari posizioni dirigenziali:		buono
9	CONFERIMENTO E AUTORIZZAZIONE INCARICHI AI DIPENDENTI		
9.A	Indicare se è stata adottata una procedura prestabilita per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi:		
9.A.1	Si	X	vedi riepilogo PTPCT 2019-2021
9.A.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2018		
9.A.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2018		
9.B	Se non è stata adottata una procedura prestabilita, indicare le ragioni della mancata adozione		
9.C	Indicare se sono pervenute segnalazioni sullo svolgimento di incarichi extra-istituzionali non autorizzati:		
9.C.1	Si (indicare le segnalazioni pervenute e il numero di violazioni accertate)		
9.C.2	No		
10	TUTELA DEL DIPENDENTE PUBBLICO CHE SEGNALE GLI ILLECITI (WHISTLEBLOWING)	X	
10.A	Indicare se è stata attivata una procedura per l'inoltro e la gestione di segnalazione di illeciti da parte di dipendenti pubblici dell'amministrazione:		
10.A.1	Si	X	
10.A.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2018		

10.A.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2018		
10.B	Se non è stata attivata la procedura, indicare le ragioni della mancata attivazione:		
10.C	Se è stata attivata la procedura, indicare attraverso quale tra i seguenti mezzi sono inoltrate le segnalazioni:		
10.C.1	Documento cartaceo	X	
10.C.2	Email	X	
10.C.3	Sistema informativo dedicato		
10.C.4	Sistema informativo dedicato con garanzia di anonimato		
10.D	Se è stata attivata la procedura, indicare se sono pervenute segnalazioni dal personale dipendente dell'amministrazione		
10.D.1	Sì, (indicare il numero delle segnalazioni)		
10.D.2	No		
10.E	Se sono pervenute segnalazioni, indicare se esse hanno dato luogo a casi di discriminazione dei dipendenti che hanno segnalato gli illeciti:		
10.E.1	Sì (indicare il numero di casi)		
10.E.2	No		
10.F	Indicare se tramite la procedura di whistleblowing sono pervenute segnalazioni anonime o da parte di soggetti non dipendenti della stessa amministrazione		
10.F.1	Sì (indicare il numero di casi)		
10.F.2	No		
10.G	Formulare un giudizio sul sistema di tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti indicando le misure da adottare per rafforzare la garanzia di anonimato e la tutela da azioni discriminatorie:		buono
11	CODICE DI COMPORTAMENTO		
11.A	Indicare se è stato adottato il codice di comportamento che integra e specifica il codice adottato dal Governo (D.P.R. n. 62/2013):		
11.A.1	Sì	X	
11.A.2	No (indicare la motivazione)		
11.B	Se è stato adottato il codice di comportamento, indicare se sono stati adeguati gli atti di incarico e i contratti alle previsioni del D.P.R. n. 62/2013 e delle eventuali integrazioni previste dal codice dell'amministrazione:		
11.B.1	Sì	X	
11.B.2	No		

11.C	Se è stato adottato il codice di comportamento, indicare se sono pervenute segnalazioni relative alla violazione del D.P.R. n. 62/2013 e delle eventuali integrazioni previste dal codice dell'amministrazione:		
11.C.1	Si (indicare il numero delle segnalazioni pervenute e il numero di violazioni accertate)		
11.C.2	No	X	
11.D	Se sono pervenute segnalazioni, indicare se esse hanno dato luogo a procedimenti disciplinari:		
11.D.1	Si (indicare il numero di procedimenti disciplinari specificando il numero di quelli che hanno dato luogo a sanzioni)		
11.D.2	No	X	
11.E	Formulare un giudizio sulle modalità di elaborazione e adozione del codice di comportamento:		positivo
12	PROCEDIMENTI DISCIPLINARI E PENALI		
12.A	Indicare se nel corso del 2018 sono pervenute segnalazioni che prefigurano responsabilità disciplinari o penali legate ad eventi corruttivi:		
12.A.1	Si (indicare il numero di segnalazioni pervenute e il numero di quelle che hanno dato luogo all'avvio di procedimenti disciplinari o penali)		
12.A.2	No	X	
12.B	Indicare se nel corso del 2018 sono stati avviati procedimenti disciplinari per fatti penalmente rilevanti a carico dei dipendenti:		
12.B.1	Si (indicare il numero di procedimenti)		
12.B.2	No	X	
12.C	Se nel corso del 2018 sono stati avviati procedimenti disciplinari per fatti penalmente rilevanti a carico dei dipendenti, indicare se tali procedimenti hanno dato luogo a sanzioni:		
12.C.1	Si, multa (indicare il numero)		
12.C.2	Si, sospensione dal servizio con privazione della retribuzione (indicare il numero)		
12.C.3	Si, licenziamento (indicare il numero)		
12.C.4	Si, altro (specificare quali)		
12.D	Se nel corso del 2018 sono stati avviati procedimenti disciplinari per fatti penalmente rilevanti a carico dei dipendenti, indicare se i fatti penalmente rilevanti sono riconducibili a reati relativi a eventi corruttivi (Indicare il numero di procedimenti per ciascuna tipologia; lo stesso procedimento può essere riconducibile a più reati):		

12.D.1	Si, peculato – art. 314 c.p.		
12.D.2	Si, Concussione - art. 317 c.p.		
12.D.3	Si, Corruzione per l'esercizio della funzione - art. 318 c.p.		
12.D.4	Si, Corruzione per un atto contrario ai doveri di ufficio –art. 319 c.p.		
12.D.5	Si, Corruzione in atti giudiziari –art. 319ter c.p.		
12.D.6	Si, induzione indebita a dare o promettere utilità – art. 319quater c.p.		
12.D.7	Si, Corruzione di persona incaricata di pubblico servizio –art. 320 c.p.		
12.D.8	Si, Istigazione alla corruzione –art. 322 c.p.		
12.D.9	Si, altro (specificare quali)		
12.D.10	No	X	
12.E	Se i fatti penalmente rilevanti sono riconducibili a reati relativi a eventi corruttivi, indicare a quali aree di rischio sono riconducibili i procedimenti penali (Indicare il numero di procedimenti per ciascuna area):		
12.F	Indicare se nel corso del 2018 sono stati avviati a carico dei dipendenti procedimenti disciplinari per violazioni del codice di comportamento, anche se non configurano fattispecie penali:		
12.F.1.	Si (indicare il numero di procedimenti)	X	n.2
12.F.2.	No		
13	ALTRE MISURE		
13.A	Indicare se sono pervenute segnalazioni relative alla violazione dei divieti contenuti nell'art. 35 bis del d.lgs. n. 165/2001 (partecipazione a commissioni e assegnazioni agli uffici ai soggetti condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati di cui al Capo I, Titolo II, Libro II, c.p.):		
13.A.1	Si (indicare il numero di segnalazioni pervenute e il numero di violazioni accertate)		
13.A.2	No	X	
13.B	Indicare se ci sono stati casi di attivazione delle azioni di tutela previste in eventuali protocolli di legalità o patti di integrità inseriti nei contratti stipulati:		
13.B.1	Si (indicare il numero di contratti interessati dall'avvio di azioni di tutela)		
13.B.2	No	X	
13.C	Indicare se è stata effettuata la rotazione degli incarichi di arbitrato:		

13.C.1	Si (specificare se sono stati adottati criteri di pubblicità dell'affidamento di incarichi)		
13.C.2	No, anche se sono stati affidati incarichi di arbitro		
13.C.3	No, non sono stati affidati incarichi di arbitro	X	
13.D	Indicare se sono pervenuti suggerimenti e richieste da parte di soggetti esterni all'amministrazione con riferimento alle politiche di prevenzione della corruzione: (più risposte possibili)		
13.D.1	Si, suggerimenti riguardo alle misure anticorruzione		
13.D.2	Si, richieste di chiarimenti e approfondimenti riguardanti le misure anticorruzione adottate		
13.D.3	No	X	
13.E	Formulare un giudizio sulle misure sopra citate specificando le ragioni della loro efficacia oppure della loro mancata adozione o attuazione:		Nel 2018 si è mantenuta una buona assimilazione del contenuto del PTPCT da parte dei protagonisti; un continuo impulso e monitoraggio del PTPCT, una proficua azione formativa che ha contribuito alla realizzazione delle azioni preventive previste dal Piano