SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Parma

FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: AOO000

REGISTRO: Deliberazione

NUMERO: 0000048

DATA: 28/01/2022 12:53

OGGETTO: APPROVAZIONE PIANO INTEGRATO AZIENDA USL E AZIENDA OSPEDALIERA DI PARMA PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E LA TRASPARENZA 2022/2024

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente da Fabi Massimo in qualità di Direttore Generale
Con il parere favorevole di Brianti Ettore - Direttore Sanitario
Con il parere favorevole di Bodrandi Paola - Direttore Amministrativo

Su proposta di Giovanni Bladelli - Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza che esprime parere favorevole in ordine ai contenuti sostanziali, formali e di legittimità del presente atto

CLASSIFICAZIONI:

- [01-01-14]

DESTINATARI:

- Collegio sindacale
- Direzione Sanitaria
- Direzione delle Professioni Sanitarie
- DIREZIONE
- S.C.I. Internal Auditing
- S.C.I. Affari Generali
- Direzione Generale
- Comunicazione
- S.C.I. Servizio Economico Finanziario e aspetti economici dell accesso alle prestazioni sanitarie
- DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE RISORSE UMANE
- S.C.I. Acquisizione Beni
- S.C.I. Logistica e Gestione Amministrativa Lavori Pubblici
- S.C.I. Attivita' Tecniche
- S.C.I. Esecuzione Contratti per Fornitura di Beni
- S.C. Farmacia e Governo Clinico del Farmaco
- Servizio Medicina Preventiva, Igiene Ospedaliera e Sicurezza Igienico Sanitaria

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

- Servizio Rapporti Istituzionali
- Servizio Attivita' Giuridico Amministrativa
- S.S.D.I. Ingegneria Clinica
- S.C.I. Area Economica
- S.C.I. Area Giuridica
- Governo clinico, gestione del rischio e Coordinamento qualità e Accreditamento
- S.C. Servizio Informativo Aziendale
- Ricerca e Innovazione

DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
DELI0000048_2022_delibera_firmata.pdf	Bladelli Giovanni; Bodrandi Paola; Brianti Ettore; Fabi Massimo	A96B7536EC1B8492DBC989FD13BAEA9BE67B4561E5818732FB29EE92222221C6
DELI0000048_2022_Allegato1.pdf:		A0EABA8F1522EB90B35303E513DCD157485F34881FC399F82949078BE306094F

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 PIANO INTEGRATO AZIENDA USL E AZIENDA OSPEDALIERA DI PARMA PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E LA TRASPARENZA 2022/2024

IL DIRETTORE GENERALE

PREMESSO che:

- La legge n. 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell' illegalità" prevede, all'art. 1, comma 8, che l'organo di vertice e gestione di ogni amministrazione pubblica approvi entro il 31 gennaio di ogni anno il Piano Triennale di prevenzione della Corruzione, su proposta del Responsabile per la prevenzione della corruzione, nominato ai sensi del comma 7 del medesimo art. 1;

- l'applicabilità per le Aziende Sanitarie è ricavata dal comma 59 "Le disposizioni di prevenzione della corruzione, di diretta attuazione del principio di imparzialità di cui all'art. 97 della Costituzione, sono applicate in tutte le amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1, comma 2, del decreto legislativo n. 165 /2001 e successive modificazioni", con i termini e le modalità da prevedersi attraverso Intese in sede di Conferenza Unificata (Stato, Regioni, Enti Locali);

- il documento di Piano, completo con la parte relativa alla Trasparenza sia pubblicato sulla sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web istituzionale, ed eventualmente in altri spazi dello stesso sito web dedicati alla diffusione dei documenti;

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

- Piano Nazionale Anticorruzione, nei contenuti e negli aggiornamenti previsti dalle varie edizioni annuali dal 2013 al 2019;

- Circolare n. 1 del 25 gennaio 2013 del Dipartimento Funzione Pubblica "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";

- Intesa n. 79/Conferenza Unificata del 24 luglio 2013 tra Governo, Regioni ed Enti Locali per l' attuazione dell'art. 1, commi 60 e 61, della legge n. 190/2013, per la definizione degli adempimenti attuativi delle disposizioni dei decreti legislativi delegati previsti dalla stessa legge in materia di anticorruzione, in cui è da ricomprendere la materia della trasparenza per la correlazione prevista tra il Piano Triennale di Prevenzione ed il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità;

- decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";

- decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, della legge n. 190/2012";

- DPR 16 aprile 2013, n. 62 "Codice di Comportamento per i dipendenti delle pubbliche amministrazioni", in attuazione dell'art. 54 del decreto legislativo n. 165/2001, come sostituito dalla legge n. 190/2012;

- decreto legislativo n.97/2016, col quale, in particolare:

- si sono introdotte modificazioni agli obblighi di pubblicazione di cui al decreto legislativo n. 33/2013
- si è introdotto l'istituto dell' accesso civico "generalizzato"
- si sono apportate modifiche alla legge n. 190/2012;

- legge n. 179/2017 sul whistleblowing, con la quale sono state apportate alcune modificazioni nella disciplina precedente, soprattutto in ragione del rafforzamento dell'istituto;

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

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

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

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

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

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

- il Piano Nazionale Anticorruzione 2018 è stato approvato con delibera A.N.AC. n. 1074 del 21 novembre 2018, nel quale sono considerati nella parte speciale approfondimenti relativi ad altri settori di amministrazioni pubbliche;

- il Piano Nazionale Anticorruzione 2019 è stato approvato con delibera A.N.AC. n. 1064 del 13 novembre 2019:
- dedica la maggiore attenzione alla parte generale, nella quale si ripercorrono e consolidano tutte le indicazioni date sino ad oggi, integrate con orientamenti maturati nel tempo e anche già oggetto di atti regolatori.

- l'obiettivo è quello di disporre in un unico documento ricognitivo e complessivo tutte le indicazioni sugli istituti e gli strumenti di cui si compone il sistema di prevenzione della corruzione, utile alle amministrazioni per attuare e sviluppare i propri sistemi e misure.

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

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

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

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

PRECISATO che in virtù degli sviluppi dell'organizzazione aziendale, nel senso dell'integrazione di funzioni tra le due Aziende Sanitarie di Parma, oltre ai nuovi dettati normativi, si ritiene di proseguire nella predisposizione di un unico documento per la prevenzione della corruzione e della trasparenza integrato interaziendale;

PRESO ATTO che con comunicato del 14 gennaio 2022 l'Autorità Nazionale Anticorruzione dispone che il termine per il 2022 sia il 30 aprile (ferma restando la possibilità per le Amministrazioni di adottarlo e pubblicarlo anche prima di quella data), per motivi di persistenza dell'emergenza sanitaria ed anche per l' attuazione del nuovo documento integrato di programmazione per le amministrazioni pubbliche (PIAO), previsto entro il medesimo termine del 30 aprile, di cui la pianificazione in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione ne costituirà una specifica sezione;

VALUTATO che pur non sussistendo obbligo specifico ad adottare l'aggiornamento del Piano entro il 31 gennaio, AUSL e AOU Parma ritengono opportuno approvare e pubblicare un aggiornamento del Piano, in attesa dell'attuazione del PIAO, con i seguenti criteri e motivazioni:

- confermare impegno ed attenzione delle organizzazioni aziendali
- mantenimento della continuità e dell'impianto complessivo del documento di pianificazione
- evidenza di attività e dati relativi all'anno 2021
- aggiornamenti in ordine a taluni istituti in area prevenzione corruzione

- aggiornamenti in materia di trasparenza/obblighi di pubblicazione;

RITENUTO pertanto, su proposta del Responsabile trasparenza e anticorruzione delle due Aziende Sanitarie, di proseguire anche per il triennio 2022/2024 la pianificazione interaziendale integrata con efficacia per le Aziende USL e Ospedaliero Universitaria di Parma, mediante l'approvazione dell' aggiornamento del Piano, in attesa dell'effettiva attuazione del PIAO prevista entro il 30 aprile, come documento che intende riprendere, riproporre e aggiornare la materia della prevenzione della corruzione e la trasparenza, il sistema e le azioni da realizzare nelle due Aziende, presentandosi come documento esaustivo e comprensivo di tutte le disposizioni da attuare e gli orientamenti nel tempo intervenuti;

PRECISATO che il documento di Piano integrato per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza 2022/2024, efficace per le Aziende Sanitarie della provincia di Parma, allegato al presente provvedimento a formarne parte integrante e sostanziale, comprende l'intera materia della Trasparenza in specifica sezione e n. 12 Allegati;

CONFERMATO che gli obblighi, le azioni e le misure contenute nel Piano costituiscono obiettivi ed azioni che integrano i Piani aziendali della Performance e i Piani delle Azioni/Documenti di budget per l'anno 2022 e per gli anni successivi di efficacia del Piano, come risultante negli aggiornamenti annuali;

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

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

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

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

Delibera

di approvare il documento "Piano integrato per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza 2022 /2024", efficace per entrambe le Aziende Sanitarie di Parma, AUSL e Azienda Ospedaliero Universitaria, allegato alla presente deliberazione e di cui costituisce parte integrante, predisposto dal Responsabile interaziendale per la prevenzione della corruzione e la trasparenza, in attuazione della legge n. 190/2012, dei decreti ad essa collegati e del Piano Nazionale Anticorruzione;

di precisare che l'approvazione del presente Piano 2022/2024 entro l'ordinario termine del 31 gennaio avviene in attesa dell'attuazione del PIAO - Piano Integrato di Attività e Organizzazione;

di dare atto che il documento di Piano è composto da una parte descrittiva e da n. 12 allegati;

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

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

di dare atto che le misure e le azioni previste nel Piano costituiscono obiettivi ed azioni che integrano il Piano aziendale della Performance e la programmazione (Piano delle Azioni/Documento di Budget) per l' anno 2022 e per gli anni successivi di efficacia, come risultante negli aggiornamenti annuali;

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

di trasmettere il presente provvedimento a:

Collegio Sindacale
Collegio di Direzione
Direzione Sanitaria
Direzione Amministrativa
Servizi Tecnico Amministrativi
Direzione Professioni Sanitarie
Servizio Farmaceutico
Servizio Medicina Preventiva
Ricerca e Innovazione
Governo Clinico
Servizio Rapporti Istituzionali
Ufficio Comunicazione
Servizio Attività Giuridiche
Organismo Aziendale di Supporto

Responsabile del procedimento ai sensi della L. 241/90:
Giovanni Bladelli

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

Direzioni Aziendali
Servizio Interaziendale Trasparenza/Integrità e Integrazione Processi
gennaio 2022

Piano integrato per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza 2022/2024

Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma
Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma

Aggiornamento annuale in attesa dell'attuazione del PIAO - Piano Integrato di Attività e Organizzazione

(art. 6 decreto legge n. 80/2021, convertito con legge n. 113/2021 e art. 1, comma 12, decreto legge n. 228/2021)

Approvato da Azienda USL
con deliberazione n. del gennaio 2022

Approvato da Azienda Ospedaliero Universitaria
con deliberazione n. del gennaio 2022

PREMESSA SULL'AGGIORNAMENTO DEL PIANO 2022
Motivi, termini e PIAO - Piano Integrato di Attività e Organizzazione

Il termine ordinario del 31 gennaio previsto per l'adozione del Piano per la prevenzione della corruzione e la trasparenza da parte delle pubbliche amministrazioni è stato posticipato lo scorso anno, in ragione dell'emergenza sanitaria, al 31 marzo 2021.

Con comunicato del 14 gennaio 2022 l'Autorità Nazionale Anticorruzione dispone che il termine per il 2022 sia il 30 aprile, per motivi di persistenza dell'emergenza sanitaria ed anche per l'attuazione del nuovo documento integrato di programmazione per le amministrazioni pubbliche (PIAO), previsto entro il medesimo termine del 30 aprile, di cui la pianificazione in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione ne costituirà una specifica sezione.

A.N.AC. poi precisa:" Il presidio di fatti corruttivi o ipotesi di disfunzioni amministrative significative rilevati nel monitoraggio svolto sulla precedente pianificazione, continuerà ad essere garantito dalle misure già adottate. In ogni caso, ciascuna amministrazione potrà anticipare l'adozione di specifiche misure, laddove dovesse ritenerlo necessari ai fini dell'efficacia dell'azione di legalità".

Dunque, pur non sussistendo obbligo specifico ad adottare l'aggiornamento del Piano entro il 31 gennaio, AUSL e AOU Parma ritengono opportuno approvare e pubblicare un aggiornamento del Piano, in attesa dell'attuazione del PIAO, con i seguenti criteri e motivazioni:

- **confermare impegno ed attenzione delle organizzazioni aziendali**
- **mantenimento della continuità e dell'impianto complessivo del documento di pianificazione**
- **evidenza di attività e dati relativi all'anno 2021**
- **aggiornamenti in ordine a taluni istituti in area prevenzione corruzione**
- **aggiornamenti in materia di trasparenza/obblighi di pubblicazione.**

PIAO - Piano Integrato di Attività e Organizzazione

Tra le motivazioni di possibile revisione della pianificazione in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione, come sino ad oggi la conosciamo e la attuiamo ai sensi della legge n.190/2012, vi è il PIAO - Piano Integrato di Attività e Organizzazione.

Si tratta di un nuovo documento previsto in materia di programmazione per le pubbliche amministrazioni, col quale lo Stato intende promuovere un diverso sistema per piani e programmi, al fine di renderli maggiormente integrati e coordinati: un unico documento di pianificazione e programmazione che aggrega/integra quelli attualmente autonomi in essere su singoli temi (vedi contenuti più avanti specificati).

Il provvedimento normativo che l'ha introdotto è il decreto legge 9 giugno 2021 n. 80 (art. 6), convertito con legge 6 agosto 2021, n. 113.

Contesto:

Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR).

Obiettivi:

Assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini e alle imprese e procedere alla costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi anche in materia di diritto di accesso.

Contenuti (sintesi):

- **obiettivi programmatici e strategici della performance**
- **strategia di gestione del capitale umano e di sviluppo organizzativo, anche mediante il ricorso al lavoro agile, e gli obiettivi formativi per sviluppo delle competenze manageriali e delle conoscenze digitali**
- **strumenti e obiettivi del reclutamento di nuove risorse e valorizzazione delle risorse interne**
- **strumenti e fasi per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa nonché per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione, secondo la normativa vigente e gli indirizzi ANAC**
- **elenco delle procedure da semplificare e reingegnerizzare**
- **azioni finalizzate a realizzare la piena accessibilità alle amministrazioni, fisica e digitale**
- **azioni finalizzate al pieno rispetto della parità di genere.**

Specifiche:

- **Piano di durata triennale, con aggiornamento annuale**
- **Adozione da parte di ciascuna amministrazione pubblica entro il 31 gennaio di ogni anno (termine fissato al 30 aprile 2022 per la prima applicazione dall'art. 1, comma 12, del decreto legge n. 228/2021)**
- **Pubblicazione (entro il 31 gennaio) sul sito internet dell'amministrazione e invio al Dipartimento Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri**
- **Previsti uno o più DPR per l'individuazione e abrogazione dei Piani assorbiti dal PIAO**
- **Adozione di un Decreto Ministeriale da parte del Dipartimento Funzione Pubblica per la definizione di un Piano-tipo**
- **Il Piano definisce le modalità di monitoraggio degli esiti con cadenza periodica.**

Con riferimento al percorso previsto dalle norme per l'attuazione del PIAO, ad oggi si registrano:

- **avvenuto passaggio in Conferenza Unificata il 3 dicembre 2021 sulla bozza di Decreto Ministeriale di definizione del Piano-tipo (con varie osservazioni espresse dalla Conferenza, in particolare in ambito sanitario)**

- **approvazione in via preliminare del regolamento di individuazione e abrogazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal PIAO da parte del Consiglio dei Ministri il 29 dicembre 2021.**

La bozza di decreto Ministeriale sul Piano-tipo, prevede, in sintesi, la seguente struttura:

Sezione 1: Scheda anagrafica dell'amministrazione

Sezione 2: Valore pubblico, Performance e Anticorruzione

Sottosezione di programmazione: Valore pubblico
Sottosezione di programmazione: Performance
Sottosezione di programmazione: Rischi corruttivi e Trasparenza

Sezione 3: Organizzazione e Capitale Umano

Sottosezione di programmazione: Struttura Organizzativa
Sottosezione di programmazione: Organizzazione del Lavoro Agile
Sottosezione di programmazione: Piano Triennale dei fabbisogni di Personale

Sezione 4: Monitoraggio

INTRODUZIONE AL PIANO

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

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

Il presente documento di Piano, oltre a prevedere la specifica parte operativa sulle misure sia per l'ambito della Trasparenza che per la Prevenzione della Corruzione, presenta anche in sintesi un richiamo ai principali istituti della legge n. 190/2012 ed il sistema di prevenzione.

Precisazioni di sistema

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

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

- il presente Piano costituisce **aggiornamento del precedente,** mantenendone l'impianto complessivo, e considera **triennio di riferimento 2022/2024** (fatta salva l'attuazione del PIAO e le possibili conseguenti modifiche in termini di pianificazione)

- comprende **n. 10 Allegati**, in gran parte tabelle relative a mappature, analisi e valutazioni rischi, misure, obblighi di pubblicazione.

Termini per approvazione e pubblicazione aggiornamento Piano 2022

Come detto nella parte Premessa, pur non sussistendo obbligo specifico ad adottare l'aggiornamento del Piano entro il 31 gennaio, AUSL e AOU Parma ritengono opportuno approvare e pubblicare ugualmente un aggiornamento del Piano, in attesa dell'attuazione del PIAO, soprattutto in ragione della continuità e per dare evidenza di attività e dati relativi all'anno 2021.

Indice Percezione Corruzione (Transparency)

Nelle introduzioni dei precedenti Piani si sono spesso presentati dati e rilevazioni offerte da organismi istituzionali ed associativi nazionali ed internazionali, volti ad offrire letture e graduatorie dei fenomeni di illegalità e corruzione nell'amministrazione pubblica, con l'effetto di sottolineare la necessità di operare interventi, pur nella riconosciuta oggettiva difficoltà ad elaborare e realizzare rimedi efficaci.
In questo contesto ricordiamo l'**Indice di Percezione della Corruzione (CPI)** elaborato annualmente da Transparency International, la maggiore organizzazione mondiale che si occupa della materia.

Si tratta di un indice che determina la percezione della corruzione nel settore pubblico e nella politica in numerosi Paesi nel mondo, attribuendo a ciascuna Nazione un voto che varia da 0 (massima corruzione) a 100 (assenza di corruzione), ottenuto sulla base di varie interviste/ricerche somministrate ad esperti del mondo degli affari e a prestigiose istituzioni.

La metodologia viene modificata ogni anno al fine di riuscire a dare uno spaccato sempre più attendibile delle realtà locali. Le ricerche vengono svolte da Università o Centri di Studio, su incarico di Transparency International.

Indici elaborati negli ultimi anni:
nel 2014 Italia al 69° posto con punti 43/100
nel 2015 Italia al 61° posto con punti 44/100
nel 2016 Italia al 60° posto con punti 47/100
nel 2017 Italia al 54° posto con punti 50/100
nel 2018 Italia al 53° posto con punti 52/100
nel 2019 Italia al 51° posto con punti 53/100
nel 2020 Italia al 52° posto con punti 53/100

Per il 2021 l'indice comunicato il 25 gennaio 2022:
Italia al 42° posto con punti 56/100.

L'Italia guadagna dunque 3 punti e scala 10 posizioni nella classifica 2021 dell'Indice di percezione della corruzione dei Paesi presi in esame da Transparency International. Nel ranking, che dà conto della reputazione di 180 Paesi, il nostro Paese si attesta al 42° posto, con un punteggio di 56, mentre lo scorso anno era 52esima con 53 punti. Cresce dunque la fiducia internazionale, anche se è ancora lontana la media dell'Ue, che è di 64.

Il Presidente ANAC Busia ha dichiarato: "L'Italia ha fatto importanti passi avanti… L'obiettivo della trasparenza deve essere prioritario per il Paese, specie in questa fase importante di realizzazione dei progetti del PNRR. E' l'elemento chiave per far sì che la ripresa dell'Italia sia duratura, e non si fermi al 2026. La prevenzione della corruzione va coniugata con efficienza della pubblica amministrazione".

Cultura della prevenzione

Illegalità e corruzione, come generalmente riconosciuto, oltre a rivestire comportamenti contrari a norme penali o disciplinari, rappresentano gravi danni al sistema economico e alla concorrenza sui mercati. Il settore della salute, per le ingenti risorse pubbliche che coinvolge, è inevitabilmente tra quelli maggiormente esposti al rischio di corruzione.
Il significato della "corruzione" su cui si è inteso e si intende proseguire ad elaborare strategie ed azioni di prevenzione è quello che si riferisce al comportamento dell'operatore pubblico che trae benefici dallo sfruttamento illecito della sua carica e della sua funzione.

Si sostiene che per evitare la corruzione, o almeno limitarla fortemente, non basta il sistema penale, ma è necessario approntare e rendere credibile una strategia di prevenzione che coinvolga gli apparati amministrativi; per la quale è imprescindibile il perseguimento di una **svolta di tipo culturale**. Si ritiene, sotto questa logica, che gli aspetti più importanti della prevenzione siano infatti quelli che promuovono e diffondono la cultura della legalità.

LEGGE N. 190/2012 E SISTEMA DI TRASPARENZA/PREVENZIONE CORRUZIONE
Piano Nazionale Anticorruzione e Aggiornamento Normativo

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

SISTEMA DI TRASPARENZA/PREVENZIONE CORRUZIONE LEGGE N. 190/2012

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

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

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

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

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

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

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

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

Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.AC.)

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

A norma dell'art. 19 del decreto-legge n. 90/2014, convertito con legge n. 114/2014, l'ANAC ha assorbito compiti e funzioni dell'Autorità di vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture (AVCP), divenendo così una unica organizzazione a sovrintendere le attività di impulso, coordinamento e controllo per la prevenzione della corruzione e la trasparenza. Compiti e funzioni, invece, in materia di misurazione e valutazione della performance sono stati trasferiti al Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Nel corso del 2020 è stata **rinnovata la composizione del vertice dell'Autorità**, cessando il periodo di carica del Presidente Cantone e degli altri componenti.
Con Decreti del Presidente della Repubblica del 11 settembre 2020 sono stati nominati il nuovo Presidente, nella persona dell'avv. **Giuseppe Busia**, e gli altri quattro nuovi componenti (dr.ssa Laura Valli, dr. Luca Forteleoni, avv. Paolo Giacomazzo, avv. Consuelo del Balzo).

Piano Nazionale Anticorruzione

E' il documento con cui l'Autorità fornisce direttive, orientamenti, indicazioni sull'attuazione degli istituti previsti dalla legge 190 e per l'adozione dei Piani da parte delle singole amministrazioni.
L'aggiornamento ha per prassi periodicità annuale.

Il concetto di "corruzione" nel sistema della prevenzione

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

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

La prima, art. 318 (corruzione per l'esercizio della funzione), è stata modificata proprio con la legge n. 190, con l'introduzione di "esercizio della funzione" al posto del precedente "atto d'ufficio", spostando dunque l'accento dal termine "atto" all'esercizio delle "funzioni o dei poteri" del pubblico funzionario: "Il pubblico ufficiale che, per l'esercizio delle sue funzioni o dei suoi poteri, indebitamente riceve, per sé o per un terzo, denaro o altra utilità o ne accetta

la promessa è punito con la reclusione da uno a sei anni" (la pena risulta aumentata, rispetto alla formulazione originaria, per effetto della legge n. 69/2015).

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

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

Il fenomeno corruttivo che la legge n. 190 e i Piani Nazionali Anticorruzione considerano è più ampio dello specifico reato di corruzione e del complesso dei reati contro la pubblica amministrazione: coincide con la "maladministration", intesa come assunzione di decisioni (di assetto di interessi a conclusione di procedimenti, di determinazioni di fasi interne a singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari.

Occorre, cioè, aver riguardo ad atti e comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nell'imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse.

"E' ricorrente l'idea, anche fra autorevoli commentatori della riforma, che il nuovo disegno delinei anche una **nozione di "corruzione amministrativa"**, più estesa di quella penale e riconducibile in sostanza alla maladministration.

E' una lettura di cui sembra potersi trovar traccia negli stessi provvedimenti che hanno dato prima attuazione alla legge 190, dove ad esempio troviamo affermato che si può parlare di corruzione a fronte di situazioni rilevanti più ampie della disposizione penalistica, che comprendono non solo l'intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione, ma anche le situazioni in cui a prescindere dalla rilevanza penale venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite.

A ben vedere però **sembra non si introduca una nuova nozione di corruzione**, concetto il cui significato resta saldamente ancorato alla definizione penalistica di scambio di atti e/o funzione con una utilità, ma **si modifica l'approccio, perché si amplia il campo di intervento prima circoscritto a sanzionare specifiche condotte individuali ed ora, invece, rivolto a questioni preliminari, aspetti organizzativi, regolazione e procedimentalizzazione di specifiche attività, e così via.**

Questo ampliamento è quindi soltanto il frutto della diversa logica della prevenzione rispetto alla repressione: un mutamento di prospettiva per cui diventano rilevanti situazioni nelle quali il rischio è meramente potenziale, il conflitto di interessi apparente, ma in presenza delle quali è necessario entrino in gioco misure di allontanamento dal rischio, con scelte che talvolta prescindono completamente dalle condotte individuali.

Il sistema, proprio perché interessato a prevenire e non sanzionare, mira ad intervenire su ciò che può accadere e non guarda solo a ciò che è accaduto, si rivolge all'organizzazione e non solo all'azione: il focus si sposta dalla patologia dell'illecito alla presenza di un rischio e la strategia di contrasto si rivolge ai conflitti di interesse, da evitare, conoscere, controllare, mettere in trasparenza.

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

Applicabilità alle Aziende Sanitarie

Dal punto di vista sistematico occorre precisare l'applicabilità della legge n. 190 alle Aziende del Servizio Sanitario pubblico, da ricomprendere appunto nella tipologia di amministrazioni pubbliche indicate nell'art. 1, comma 59: "Le disposizioni di prevenzione della corruzione, di diretta attuazione del principio di imparzialità di cui all'art. 97 della Costituzione, sono applicate in tutte le amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1, comma 2, del decreto legislativo n. 165/2001 e successive modificazioni".

Tempi e modalità di attuazione, anche dei decreti legislativi previsti dalla legge, da parte delle Regioni e degli enti locali e degli enti pubblici di riferimento sono definiti attraverso Intese in sede di Conferenza Unificata (Stato, Regioni, Enti Locali).

Obiettivi e strumenti della prevenzione

A livello generale possiamo a tre gli **obiettivi** principali da perseguire nell'ambito delle strategie di prevenzione:

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

I principali **strumenti** previsti dalla normativa:

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

Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT)

Le amministrazioni pubbliche devono individuare tra i dirigenti di ruolo il Responsabile per la prevenzione della corruzione. La scelta non può che ricadere su un dirigente che non sia stato destinatario di provvedimenti giudiziali di condanna, né di provvedimenti disciplinari e che abbia dato nel tempo dimostrazione di comportamenti corretti (aspetti anche richiamati nel PNA 2019).

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

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

Principali compiti e funzioni:
- propone all'approvazione, ogni anno, il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza
- verifica l'efficace attuazione e l'idoneità del Piano, coordinando alcuni interventi previsti nelle misure di prevenzione
- predispone una relazione annuale contenente l'attività svolta, da pubblicarsi nella sezione web "Amministrazione Trasparente".

Le tipologie di responsabilità:
- dirigenziale
- disciplinare
- danno erariale e all'immagine sono previsti nei casi in cui siano accertati, con sentenza passata in giudicato, casi di commissione di reati di corruzione, in assenza delle esimenti di seguito riportate.

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

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

Piani Triennali delle amministrazioni

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

- l'individuazione di aree e processi esposti al rischio di corruzione
- il coinvolgimento dell'organo di vertice, dei dirigenti e di tutto il personale
- l'adozione del Codice di Comportamento, con integrazioni e specificità rispetto a quello nazionale approvato con DPR n. 62/2013
- misure in materia di trasparenza (come specifica sezione del Piano)
- forme di integrazione e coordinamento con il Piano della Performance

- attività di formazione del personale
- misure per la segnalazione di condotte illecite
- misure per la rotazione del personale addetto alle aree a maggior rischio
- misure in materia di autorizzazione di incarichi esterni
- misure per l'attuazione delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi dirigenziali (materia rivista dall'Autorità con delibera n. 149 del 22 dicembre 2014 per il settore sanità pubblica).

Trasparenza

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

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

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

In sintesi, rimandando a quanto sarà illustrato nelle parti successive, per la Trasparenza sono 2 i capitoli fondamentali:

- obblighi di pubblicazione
- attuazione "accesso civico"

Codici di Comportamento

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

Il comma 44 dell'art. 1 della legge n. 190/2012, che riscrive l'art. 54 del decreto legislativo n. 165/2001, prevede l'adozione di un Codice di Comportamento da parte di ciascuna amministrazione pubblica, contenente integrazioni e specificazioni del Codice nazionale generale per tutti i dipendenti pubblici, già approvato con DPR n. 62/2013.

I primi Codici delle due Aziende Sanitarie di Parma sono stati approvati nel dicembre 2013, anche in esito a percorsi di partecipazione degli stakeholder. Nel maggio 2018 è stato approvato il nuovo Codice con efficacia per entrambe le Aziende Sanitarie di Parma sulla base di uno schema uniforme elaborato in sede regionale con effetto per tutte le Aziende Sanitarie regionali.

Conflitto di interessi

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

La norma principale di riferimento è quella del comma 41 dell'art. 1 della legge n. 190/2012, che introduce l'art. 6 bis nella legge n. 241/1990, nella parte in cui tratta del responsabile di

procedimento: “Il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale *devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale*”.

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

Incarichi e incompatibilità

Sono introdotte modificazioni all’art. 53 del decreto legislativo n. 165/2001 con riferimento a:
- incarichi vietati
- disciplina della comunicazione dei compensi per gli incarichi autorizzati dall’amministrazione di appartenenza (entro 15 giorni dall’erogazione)
- integrazione delle varie informazioni sugli incarichi da fornire al Dipartimento della Funzione Pubblica

Pantouflage o revolving doors

Il primo termine, francese, ed il secondo, anglosassone (porta girevole), indicano entrambe una attività per la quale l’operatore pubblico ottenga, dopo la cessazione dall’impiego, un lavoro privato in un ambito e unità produttiva che è stata destinataria dell’attività della pubblica amministrazione mediante funzioni e poteri svolti da quell’operatore (inserito comma 16 ter nell’art. 53 del d.lgs n. 165/2001). Per i profili di incompatibilità rilevano le funzioni “autoritative o negoziali” possedute o meno dall’operatore pubblico.

“I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell’attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti ed accertati ad essi riferiti”.

Formazione di commissioni e assegnazioni agli uffici

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

I soggetti condannati:
- non possono far parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l’accesso o la selezione a pubblichi impieghi
- non possono far parte delle commissioni per la scelta del contraente per l’affidamento di lavori, servizi e forniture o per la concessione o l’erogazione di contributi, sovvenzioni, sussidi, ausili finanziari, nonché per l’attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere
- non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all’acquisizione di beni, servizi, forniture.

Inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi dirigenziali

Al comma 49 dell'art. 1 della legge n. 190/2012 troviamo la delega per la disciplina in materia di attribuzione di incarichi dirigenziali e di incarichi di responsabilità amministrativa di vertice nelle pubbliche amministrazioni, nonché in materia di incompatibilità tra i detti incarichi e lo svolgimento di incarichi pubblici elettivi.

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

Con delibera n. 1201/2019 A.N.AC. ha espresso ulteriori orientamenti in materia, anche con riferimento alla dirigenza della sanità pubblica.

Whistleblowing (segnalazioni)

Si tratta del dipendente che effettua segnalazioni di illeciti.
Il termine "whistleblower", anglosassone, significa letteralmente "soffiare il fischietto" (come le segnalazioni di un arbitro o di un poliziotto), ed è stato utilizzato nel Piano Nazionale Anticorruzione per definire il caso di cui si parla.
Dunque, il whistleblower è chi testimonia un illecito o una irregolarità sul luogo di lavoro, durante lo svolgimento delle proprie mansioni, e decide di segnalarlo a una persona o a un'autorità che possa agire efficacemente al riguardo. Pur rischiando personalmente atti di ritorsione a causa della segnalazione, egli svolge un ruolo di interesse pubblico, dando conoscenza di problemi o pericoli all'ente di appartenenza. Sono considerate rilevanti le segnalazioni che riguardano comportamenti, reati o irregolarità a danno dell'interesse pubblico, con esclusione, evidentemente, delle lamentele di carattere personale del segnalante.

La legge n. 190, come detto, aveva introdotto una disciplina per la tutela del dipendente segnalante, mediante l'inserimento di un nuovo articolo, il 54 bis, nel corpo del decreto legislativo n. 165/2001; A.N.AC. ha approvato con determina n. 6 del 28 aprile 2015 Linee Guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti.

Dunque ora la legge n. 179/2017 aggiorna e rafforza la disciplina per la tutela, riformulando l'art. 54 bis del decreto legislativo n. 165/2001.

A.N.AC. con delibera n. 469/2021 ha approvato nuove linee guida (sostituendo quelle del 2015) in materia di tutela degli autori di segnalazioni in ragione di un rapporto di lavoro.

Rotazione degli incarichi

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

Nel PNA ed aggiornamenti troviamo indicazioni che si possono definire prudenziali in ordine alle effettive attuazioni della norma. E così, le Linee di indirizzo del Comitato Interministeriale propongono che si adottino adeguati sistemi di rotazione del personale addetto alle aree a

rischio, con l'accortezza di mantenere continuità e coerenza degli indirizzi e le necessarie competenze delle strutture.

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

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

Coordinamento Anticorruzione/Trasparenza/Performance

I sistemi generali di Anticorruzione e Trasparenza prevedono obbligatoriamente forme di coordinamento col ciclo di gestione della Performance, appunto a garantire un diretto collegamento tra le misure previste per la Trasparenza e la Prevenzione della Corruzione e gli obiettivi e le valutazioni delle attività dei dirigenti e delle unità organizzative.
Il concetto è stato rafforzato, unitamente al ruolo dell'OIV, con gli interventi del decreto legislativo n. 97/2016.

Il tema viene ora riconsiderato nella sua ampiezza con riferimento al documento unico PIAO di prossima attuazione, con la previsione espressa di un sistema di pianificazione/programmazione integrata nei vari aspetti gestionali delle amministrazioni (vedi Premessa).

Protocolli di legalità/Patti di integrità

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

Fonti

Oltre alla fonte principale, la legge n. 190/2012, possiamo ora riportare alcune altre importanti fonti e documenti di indirizzo:

- Piano Nazionale Anticorruzione, predisposto dal Dipartimento Funzione Pubblica e approvato con delibera n. 72 dell'11 settembre 2013 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione
- Circolare n. 1 del 25 gennaio 2013 del Dipartimento Funzione Pubblica "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione"
- Intesa n. 79/Conferenza Unificata del 24 luglio 2013 tra Governo, Regioni ed Enti Locali per l'attuazione dell'art. 1, commi 60 e 61, della legge n. 190/2013, per la definizione degli

adempimenti attuativi delle disposizioni dei decreti legislativi delegati previsti dalla stessa legge in materia di anticorruzione
- delibera A.N.AC. n.149/2014 in materia di inconferibilità ed incompatibilità
- legge n.69/2015 in materia di sanzioni dei reati contro la pubblica amministrazione
- determina A.N.AC. 28 ottobre 2015 di aggiornamento PNA 2015
- delibera A.N.AC. n 831 del 3 agosto 2016 PNA 2016
- delibera A.N.AC. n. 1208 del 22 novembre 2017 di aggiornamento PNA 2017
- deliberazione A.N.AC. n. 1074 del 21 novembre 2018 PNA 2018
- Legge 30 novembre 2017, n. 179 sul whistleblowing/segnalazioni
- circolare n. 2 del 30 maggio 2017 Dipartimento Funzione Pubblica sull'accesso civico generalizzato
- Legge Regionale Emilia Romagna 1 giugno 2017, n. 9 (artt. 5 e 7) per politiche di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza
- delibera A.N.AC. n. 215 del 26 marzo 2019 "Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria"
- PNA 2019 approvato con deliberazione n. 1064 del 13 novembre 2019
- delibera A.N.AC. n. 1201/2019 A.N.AC. ulteriori orientamenti in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi dirigenziali
- delibera A.N.AC. n. 469/2021 linee guida (sostituendo quelle del 2015) in materia di tutela degli autori di segnalazioni in ragione di un rapporto di lavoro (whistleblowing)

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

PIANO NAZIONALE ANTICORRUZIONE e RPCT

Su natura e funzioni del PNA si ricorda che:

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

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

Piano Nazionale Anticorruzione 2019
(deliberazione A.N.AC. n. 1064 del 13 novembre 2019)

E' ancora l'ultimo aggiornamento del Piano disponibile.
Dedica la maggiore attenzione alla parte generale, nella quale si ripercorrono e consolidano tutte le indicazioni date sino ad oggi, integrate con orientamenti maturati nel tempo e anche già oggetto di atti regolatori.

L'obiettivo è quello di disporre in un unico documento ricognitivo e complessivo tutte le indicazioni sugli istituti e gli strumenti di cui si compone il sistema di prevenzione della corruzione, utile alle amministrazioni per attuare e sviluppare i propri sistemi e misure.

Conferma, tra i tanti elementi ed aspetti:
- che i piani delle amministrazioni devono essere adottati annualmente e pubblicati
- cultura organizzativa diffusa della gestione del rischio
- integrazione tra il processo di gestione del rischio e il ciclo di gestione della performance
- misure, strumenti e orientamenti, sia per la prevenzione della corruzione che per la trasparenza
- parte dedicata a figura, ruolo e poteri del RPCT, richiamando anche quanto già diffusamente specificato nella delibera n. 840/2018 e nel PNA 2018

Una parte specifica (allegato 1) è dedicata ad indicazioni per la gestione dei rischi corruttivi, con le novità rappresentata dalla parte relativa al percorso di Analisi e Valutazione del Rischio.

Il PNA propone un nuovo metodo per la valutazione dei rischi, con esempi di indicatori di stima del livello di rischio; in tal modo, per ciascun processo la valutazione complessiva del livello di esposizione al rischio sarà indicata con un giudizio complessivo di tipo qualitativo, seppure sintetico. Detto metodo sostituirà gradualmente quello dettato dal Piano 2013 della Funzione Pubblica, che si concludeva con un indicatore numerico complessivo.

I precedenti PNA

Si richiamano ora alcune informazioni sui precedenti PNA

Il **primo Piano Nazionale** di attuazione della legge n. 190/2012 è stato elaborato dal Dipartimento Funzione Pubblica ed approvato dall'allora CIVIT (in qualità di autorità anticorruzione del tempo) nel **settembre 2013**.

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

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

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

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

Con l'aggiornamento PNA 2016:
- acquisti in ambito sanitario
- nomine
- rotazione del personale
- rapporti con soggetti erogatori

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

Il PNA - aggiornamento 2017, approvato con delibera A.N.AC. n. 1208 del 22 novembre 2017, è articolato in una parte generale e in una parte speciale. Si presenta meno ampio

rispetto ai precedenti e non fornisce, nello specifico, ulteriori indicazioni per il settore sanità rispetto a quelle contenute negli altri Piani.
Nella Parte Generale riporta gli esiti di una valutazione dei PTPC di un ampio campione di amministrazioni pubbliche, svolta in collaborazione con l'Università di Roma Tor Vergata.
In tale contesto si afferma che l'esperienza maggiormente positiva è quella delle Aziende Sanitarie, che hanno sperimentato un trend crescente in quasi tutti i punti esaminati.
Richiama poi alcuni aspetti riguardanti il RPCT, la predisposizione del Piano triennale (PTPC), le funzioni degli Organismi Indipendenti di Valutazione (OIV), che hanno visto accresciute le proprie competenze soprattutto in materia di Trasparenza ad opera del decreto legislativo n. 97/2016.

Il **PNA 2018** è stato approvato con deliberazione A.N.AC. n. 1074 del 21 novembre 2018.
Articolato in una parte generale e in una parte speciale. Si presenta meno ampio rispetto ai precedenti e non fornisce, nello specifico, ulteriori indicazioni per il settore sanità rispetto a quelle contenute negli altri Piani.
Nella Parte Generale ricorda le caratteristiche del Piano, offre una panoramica degli esiti di valutazione delle misure di prevenzione compiute su un campione di piani di 536 amministrazioni appartenenti a diversi comparti, approfondisce alcune tematiche trasversali per tutte le amministrazioni.

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

Con specifici allegati al Piano 2018 e 2019, A.N.AC. svolge alcune precisazioni in tema di ruolo e poteri del RPCT, spesso oggetto nei fatti di interpretazioni non corrette che portano ad attribuzioni di funzioni non appropriate. Conferma quanto già indicato con la propria deliberazione n. 840 del 2 ottobre 2018.

A sintetizzare quanto chiarito dall'Autorità:

- i poteri di vigilanza e controllo del RPCT sono delineati come funzionali al ruolo principale che il legislatore assegna al RPCT, che è quello di proporre e predisporre adeguati strumenti interni all'amministrazione per contrastare l'insorgenza di fenomeni corruttivi (PTPC)
- RPCT esercita poteri di **programmazione, impulso e coordinamento**, la cui funzionalità dipende dal coinvolgimento e dalla responsabilizzazione di tutti coloro che a vario titolo partecipano dell'adozione e attuazione delle misure di prevenzione
- i poteri sono da coordinarsi con gli altri organi di controllo interno
- **al RPCT non spetta accertare responsabilità e svolgere direttamente controlli di legittimità e di regolarità amministrativa e contabile**
- su fatti e vicende che emergono (segnalate) il RPCT è chiamato ad una "delibazione" sul fumus, cioè sulla fondatezza, in modo anche da trarne spunti per interventi sul Piano anticorruzione e sulle misure di prevenzione, ed anche per meglio individuare quale organo/ufficio interno o esterno all'amministrazione sia competente per i necessari accertamenti di responsabilità (ai quali rimanda)
- come poteri istruttori in generale, sulle segnalazioni, vi è la possibilità che il RPCT possa acquisire direttamente atti e documenti o svolgere audizioni di dipendenti al fine di chiarire procedimenti e circostanze
- garanzia al RPCT di posizione di indipendenza dall'organo di indirizzo
- garanzia al RPCT di struttura di supporto adeguata
- sono riconosciute tutele in caso di revoca o misure discriminatorie.

AGGIORNAMENTO NORMATIVO

Il Piano, secondo l'impostazione data negli anni, rappresenta l'occasione per offrire alcune informazioni su normative dell'ultimo periodo di interesse per contesto e temi, ovvero per utilità a comprendere alcuni aspetti di sistema.

Proroga stato di emergenza al 31 marzo 2022

In relazione allo stato di emergenza sanitaria, tra le molte norme emanate, si segnala il decreto legge 24 dicembre 2021, n. 221 che all'art. 1, comma 1, dispone la **proroga dello stato di emergenza**, inizialmente dichiarato con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2021, **al 31 marzo 2022**.

Decreto legge 30 dicembre 2021 n. 228 (cd Milleproroghe)

- dispone l'adozione del PIAO, in prima applicazione, entro il 30 aprile 2022, prorogando il termine originario previsto al 31 gennaio 2022 (art. 1, comma 12)

- il termine di validità dell'iscrizione all'elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale delle aziende sanitarie, nelle more dell'avvio delle procedure volte al prescritto aggiornamento biennale, è prorogato fino alla pubblicazione nell'anno 2022 dell'elenco aggiornato, e comunque non oltre il 30 giugno 2022

Legge Regionale Emilia Romagna 26 novembre 2021, n. 17
(modifiche all'organizzazione del SSR)

Istituisce la nuova figura del Direttore Assistenziale all'interno della direzione strategica delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale. Affiancherà il Direttore Generale, al vertice, il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo, il Direttore delle attività socio sanitarie (quest'ultimo limitatamente alle AUSL).

Nuovo Piano Sociale e Sanitario Regionale Emilia Romagna

Lo scorso 11 gennaio 2022 ha preso avvio il percorso di ascolto con terzo settore, enti locali, università e mondo del lavoro; l'obiettivo dichiarato, nonostante l'emergenza sanitaria, è quello di approvare il nuovo Piano entro il 2022.
Parole chiave: partecipazione, ascolto, concertazione.

Obiettivi prioritari:
- equità e lotta alle disuguaglianze
- capacità di intercettare persone fuori dal radar dei servizi
- parità di accesso
- coesione sociale
- nuovi strumenti per rispondere ai nuovi bisogni di benessere individuale
- massima flessibilità e intersettorialità tra sfera sociale e sanitaria

Di seguito il richiamo ad alcune normative di rilievo già indicate nel Piano precedente.

Patto per la Salute 2019/2021

In generale è l'accordo che interviene tra Stato e Regioni ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge n. 131/2003 finalizzato a definire programmi e misure sul sistema sanitario, tenuto conto degli assetti istituzionali che vedono ripartite le funzioni. Per il sistema costituisce passaggio di grande importanza, poiché consente di disporre di decisioni che vanno a determinare l'evoluzione della sanità pubblica.

Il Patto per la Salute 2019/2021 è stato approvato con intesa sottoscritta il 18 dicembre 2019. L'attuazione è stata compromessa negli anno 2020 e 2021 causa emergenza sanitaria da covid-19.

Il documento è composto di n. 17 schede, ciascuna dedicata a specifici programmi o decisioni/interventi. Gli argomenti e gli impegni:

- finanziamento
- Livelli Essenziali Assistenza (Nuovo Sistema di Garanzia - NSG - come strumento di valutazione e Comitato LEA, governo liste d'attesa)
- risorse umane (ammissione ai concorsi degli specializzandi del terzo anno, possibilità per i medici di permanere oltre i 40 anni di servizio ma non oltre i 70 anni di età, risorse aggiuntive per la contrattazione integrativa)
- mobilità sanitaria (mantenimento unitarietà SSN ed equità accesso alle cure)
- Enti vigilati dal Ministero Salute (riordino)
- farmaceutica e dispositivi medici (revisione governance)
- investimenti (interventi infrastrutturali e ammodernamento tecnologico attrezzature)
- fondi sanitari integrativi (revisione normativa)
- supporto alla programmazione (strumenti ICT)
- ricerca (governance e priorità)
- prevenzione (cronicità, screening, vigilanza luoghi di lavoro)
- ticket ed esenzioni (revisione disciplina)
- accesso partecipato (sistemi gestione relazioni col cittadino)
- rete ospedaliera (revisione DM n. 70/2015)
- impegni (possibilità di individuare ulteriori ambiti di interesse).

Legge 9 gennaio 2019, n. 3

"Misure per il contrasto dei reati contro la pubblica amministrazione, nonché in materia di prescrizione del reato e in materia di trasparenza dei partiti e movimenti politici"

L'intervento normativo ha introdotto alcuni aspetti tesi a rafforzare il contrasto dell'illegalità.

Tra i temi si segnala:

- **casi di non punibilità** per chi corrompe ma poi denuncia i fatti volontariamente o dà indicazioni utili per individuare gli altri responsabili

- introduce il cd. **"agente sotto copertura" (infiltrato)** anche per la lotta ai reati contro la pubblica amministrazione. L'istituto è già presente nell'ordinamento (legge n. 146/2006) e

la nuova normativa ne estende l'efficacia ai reati contro la PA (concussione, corruzione…) non ricompresi nella precedente normativa. L'agente sotto copertura, utilizzando tecniche investigative speciali, non è punibile per l'eventuale attività di infiltrazione. Dunque, per il contrasto di eventuali reati potremo registrare presso le amministrazioni pubbliche l'utilizzo di questa nuova possibilità investigativa.

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

Si tratta di provvedimento del 2016, diventato efficace in Italia nel 2018.

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

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

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

Nella successiva sezione dedicata alla Trasparenza saranno contenute maggiori informazioni e specifiche indicazioni.

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

Art. 5 politiche di contrasto della corruzione
L'intervento normativo regionale sottolinea e rafforza l'impegno delle amministrazioni sanitarie sul tema del contrasto all'illegalità, prevedendo, in sintesi e per quanto possibile, l'impegno a perseguire gli obiettivi di prevenzione e contrasto della corruzione e di promozione della trasparenza, in particolare mediante:

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

Art. 7. nullaosta alle sperimentazioni cliniche
Si prevede l'obbligatorietà di espresso e motivato nullaosta del direttore generale dell'Azienda in tutti i casi di sperimentazioni cliniche, una volta sottoposte al necessario parere del Comitato Etico, al fine di garantire l'assenza di pregiudizi per l'attività assistenziale.

Reato di abuso d'ufficio

Il decreto legge n. 76/2020 (art. 23), convertito con legge n. 120/2020, ha apportato novità sulla configurazione del reato di abuso d'ufficio di cui all'art. 323 del codice penale.

La nuova versione operativa dal 17 luglio 2020:
il reato di abuso d'ufficio colpisce sempre il pubblico ufficiale o l'incaricato di pubblico servizio che, nello svolgimento delle funzioni o del servizio, intenzionalmente procura a sé o ad altri un ingiusto vantaggio patrimoniale ovvero arreca ad altri un danno ingiusto ma ciò deve accadere in *"violazione di specifiche regole di condotta espressamente previste dalla legge o da atti aventi forza di legge e dalle quali non residuino margini di discrezionalità"*

(la versione precedente considerava anche i regolamenti e non precisava l'aspetto dell'esistenza di margini di discrezionalità: di fatto ora gli eventuali abusi possono riguardare solo atti dovuti e non discrezionali).

LE AZIENDE SANITARIE DI PARMA
Organizzazione/Attività e Progetti di Integrazione/Unificazione

Un sintetico sguardo ad identità ed organizzazione delle due Aziende Sanitarie è utile a meglio comprendere le dinamiche, i riferimenti, la tipologia dei processi e delle attività, che vanno poi a determinare misure, azioni, interventi.

Le informazioni che seguono sono estratte dai rispettivi capitoli sulle identità aziendali dei **Piani Performance 2021** di AUSL e AOU.

Gli **ALLEGATI 11 e 12** rappresentano gli Organigrammi delle due Aziende.

AZIENDA USL

Riferimento all'Atto Aziendale, adottato con Deliberazione n. 107 del 13/03/08 e successive modifiche e integrazioni.

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

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

Come Operiamo

L'Azienda si caratterizza per partecipazione, decentramento e collegialità nell'assunzione da parte del Direttore Generale delle decisioni strategiche relativamente allo sviluppo dell'Azienda e all'organizzazione dei servizi. La Direzione Generale si avvale di una funzione collegiale di governo (Collegio di Direzione) composta dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo, dal Direttore delle attività sociosanitarie, dai Direttori di Distretto, dal Direttore del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche e dal Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica.

Si avvale altresì delle competenze tecnico-professionali della Direzione Medica del Presidio Ospedaliero Aziendale, della Direzione Infermieristica e Tecnica Aziendale e del Dipartimento Assistenza Farmaceutica.
La Direzione, così intesa, presidia le fasi del governo aziendale avendo riguardo all'Azienda intesa come sistema unitario di servizi e prestazioni, quale condizione per assicurare qualità, equità di accesso e coerenza delle azioni rispetto agli obiettivi.

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

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

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

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

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

Altri Dipartimenti Sanitari sono i Dipartimenti del Presidio Ospedaliero (Dipartimento Medico e della Diagnostica e Dipartimento Chirurgico), mentre il Dipartimento di Emergenza-Urgenza e Il Dipartimento Assistenza Farmaceutica sono interaziendali.
I Dipartimenti tecnico-amministrativi sono il Dipartimento Risorse Umane (interaziendale), il Dipartimento Tecnico e Logistica (interaziendale), il Dipartimento Programmazione, Valutazione e Controllo (interaziendale con integrazione funzionale) ed il Dipartimento Interprovinciale ICT.
E' inoltre presente la struttura complessa interaziendale ad integrazione strutturale Servizio Economico Finanziario.

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

Il Contesto di riferimento

Di seguito una sintesi del contesto in cui opera l'Azienda.

L'Azienda USL di Parma, il cui compito è di garantire nel proprio ambito territoriale i Livelli Essenziali di Assistenza realizzando le finalità del Servizio Socio-Sanitario Regionale, svolge la propria attività nell'area geo-amministrativa della Provincia di Parma, composta da 44 comuni in una superficie di 3.448 Kmq. Articola la sua organizzazione su quattro distretti sanitari, comprendenti i seguenti comuni:

1. DISTRETTO DI PARMA, comuni: Parma, Colorno, Torrile, Sorbolo- Mezzani
2. DISTRETTO DI FIDENZA, comuni: Fidenza, Salsomaggiore Terme, Noceto, Fontanellato, Fontevivo, Soragna, Busseto, Polesine-Zibello, Roccabianca, San Secondo Parmense, Sissa-Trecasali
3. DISTRETTO SUD-EST, comuni: Langhirano, Collecchio, Sala Baganza, Felino, Calestano, Tizzano Val Parma, Corniglio, Monchio delle Corti, Lesignano Bagni, Montechiarugolo, Traversetolo, Neviano Arduini, Palanzano
4. DISTRETTO VALLI TARO E CENO, comprendente i comuni di Borgo Val di Taro, Medesano, Fornovo, Varano de' Melegari, Varsi, Bore, Bardi, Pellegrino Parmense, Solignano, Terenzo, Berceto, Valmozzola, Bedonia, Albareto, Compiano, Tornolo.

Al primo gennaio 2021 si contavano 453.524 abitanti, 872 in meno rispetto all'anno precedente (-0,19%).

Da recenti indagini pubblicate dall'Ufficio Statistico dell'Amm.ne Provinciale (BES Parma 2020) è possibile delineare un **sintetico quadro su alcune peculiarità del territorio**, tenendo conto anche del bisogno di benessere, di sostenibilità e di misure che combattano le disuguaglianze.
Considerando i **movimenti per studio e lavoro** che hanno una pendolarità giornaliera infra e inter comunale, si può affermare che giornalmente nella nostra provincia si spostano circa duecentomila persone, la maggior parte nelle stesse fasce orarie.
Nell'ambito delle **relazioni sociali** si è in presenza di un'ampia diffusione sia del volontariato che delle Istituzioni non profit, superiori sia alla media regionale che all'intera nazione.
Sul tema "**Lavoro e conciliazione dei tempi di vita**", i dati della nostra provincia restituiscono valori apprezzabili per quanto riguarda l'occupazione sia nei confronti del livello nazionale che del livello regionale. Meno soddisfacenti se si considerano gli infortuni sul lavoro dove la percentuale risulta essere più alta di quella nazionale.
L'**ambiente**, considerando la dinamicità del territorio e la sua posizione geo-climatica, risulta spesso aggredito dalle varie componenti che influiscono negativamente sulla qualità dell'aria. I superamenti dei limiti del PM10 nell'aria, infatti, risultano spesso il doppio della media italiana. Verde e piste ciclabili sono diffusi in maniera eccellente. La produzione di energia da fonti rinnovabili presenta ancora grandissimi margini di sviluppo.
L'**assetto economico** della provincia ha, ovviamente, risentito negativamente della congiuntura che ha caratterizzato lo scenario globale con la sua fase regressiva. I dati per classe dimensionale di impresa mostrano un depauperamento strutturale su quasi tutti i segmenti, ma soprattutto sulle piccole e piccolissime imprese, diminuite sia numericamente che in termini di occupazione. Nonostante ciò il reddito pro capite e la retribuzione media annua, risultano essere più alti rispetto alla media nazionale e regionale. Mentre si colloca in posizione peggiore per quanto riguarda la differenza di genere nella retribuzione media dei lavoratori dipendenti. Di recente analisi specifiche riportano il sistema in un quadro di sviluppo più incoraggiante, soprattutto se paragonato a livello nazionale. La provincia di Parma può ancora vantare di diritto il titolo di food valley italiana, e non solo per la presenza di tipicità gastronomiche universalmente apprezzate, ma anche per le eccellenti realtà industriali alimentari di caratura internazionale.
Dal quadro sintetico della dimensione **sicurezza** non emerge una situazione positiva, il territorio presenta dati peggiori della media nazionale anche superiori al 15%. Leggermente migliore la situazione nel confronto con la Regione. I delitti denunciati, i delitti violenti e diffusi

denunciati infatti presentano dati peggiori rispetto al paese nel suo complesso, ma sempre migliori rispetto ai corrispondenti regionali.

Attività e Prestazioni

Per quanto riguarda **l'Assistenza Ospedaliera** l'Azienda opera mediante 2 (due) ospedali a gestione diretta, gestiti unitariamente nel Presidio Ospedaliero aziendale, e 7 (sette) ospedali privati accreditati la cui attività viene disciplinata dagli accordi contrattuali di fornitura. Nel territorio della provincia di Parma insiste anche 1 Azienda Ospedaliero Universitaria

L'Ausl di Parma governa l'offerta sanitaria attraverso un articolato insieme di strutture sanitarie pubbliche e private complessivamente 2.127 posti letto. La rete degli ospedali pubblici ne gestisce il 67,6% (1.439 pl) tra il Presidio Ospedaliero (composto da 2 stabilimenti ospedalieri: Fidenza e Borgotaro, 335 p.l., e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma (1.104 pl, 51,9% del totale). Il privato accreditato mette a disposizione con le 7 strutture 636 p.l. pari al 30% del totale. Gli Ospedali Privati Accreditati della Provincia di Parma dispongono della maggior quota dei posti letto di lungodegenza e riabilitazione (per quest'ultima concentrati soprattutto nelle strutture Cardinal Ferrari, Don Carlo Gnocchi e Villa Igea).
Sono disponibili, per le esigenze complessive del SSN, 4,57 pl ogni 1.000 abitanti di cui 3,53 per acuti e 1,03 per post acuti. L'indicatore mostra un valore superiore sia al parametro di riferimento nazionale, 3,7, sia rispetto ai posti letto effettivi a livello nazionale, 3,2; il dato è sensibilmente superiore anche a quello regionale, 3,93. Il fenomeno è giustificato dalle funzioni Hub regionali e dalla caratterizzazione di Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma, nonché dalla mobilità attiva extra-regionale, in saldo positivo.
Il tasso di ospedalizzazione standardizzato per la popolazione residente in provincia è pari a 123,7 (anno 2020).
La popolazione di riferimento dell'AUSL di Parma si rivolge per le proprie esigenze assistenziali Ospedaliere, 61.885 ricoveri nell'anno 2020, in modo armonioso rispetto alle caratteristiche dell'offerta, certificazione di un equilibrio di sistema:

- principalmente all'*Hub* provinciale rappresentato dall'Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma che assorbe più di un ricovero sui due, con punte che raggiungono il 60,7% dei casi per gli assistiti del Distretto di Parma, i Distretti che dispongono di una struttura dell'AUSL di Parma sul proprio territorio mostrano un grado di dipendenza ben sotto il 50% dall'AOU PR
- le strutture a gestione diretta dell'AUSL di Parma soddisfano il 15,1% della domanda complessiva con percentuali assai diverse a seconda dell'ambito distrettuale; le quote più elevate si mostrano nei Distretti in cui insistono gli Stabilimenti Aziendali
- l'offerta Ospedaliera Privata accreditata con il SSN arriva a coprire il 19,8% circa della domanda, anche in questo caso la localizzazione delle Strutture influenza significativamente la domanda espressa, in particolare nel Distretto Sud Est, in cui ricordiamo è presente una sola struttura Ospedaliera privata accreditata Hospital Val Parma, e in quello di Parma
- le quote di mobilità passiva verso le strutture regionali extra provinciali, 4%, e extra regionali, 8%, sono rilevanti.

La rete delle **Cure Intermedie**, ormai in una fase di sviluppo avanzato, dispone di servizi integrati, sanitari e sociali, residenziali e domiciliari erogati nel contesto dell'assistenza primaria, rispondendo appieno all'esigenza prioritaria di massimizzare il recupero dell'autonomia e di mantenere il paziente più prossimo possibile al suo domicilio. E' possibile, così, assicurare assistenza a pazienti complessi e non autosufficienti o terminali in alternativa al ricovero ospedaliero o come completamento di un percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo iniziato in ospedale. Sono già operativi 30 posti letto presso la Casa

della Salute di San Secondo (10 p.l. di Ospedale di Comunità, 10 p.l. di Riabilitation Week Hospital e 10 p.l. di Lungoassistenza); 18 p.l. di Lungoassistenza sono stati attivati presso lo stabilimento di Borgotaro. Posti letto di cure intermedie sono stati attivati anche strutture socio sanitarie, 6 p.l. presso l'ASP "San Mauro Abate" di Colorno, 6 presso la CRA di Collecchio e 6 presso il Centro Cure Progressive di Langhirano.

Per quanto riguarda nel complesso l'**Assistenza Territoriale**, l'Azienda opera mediante 122 strutture pubbliche e 173 strutture convenzionate (per un totale complessivo di 295 strutture). L'Assistenza Primaria, che garantisce agli assistiti le prestazioni di prevenzione, diagnosi e cura, di primo livello, e l'accesso ai servizi specialistici, è assicurata da 284 MMG, 60 PLS e 146 MCA, che operano in 21 NCP (forma organizzativa caratterizzata da un modello che favorisce l'integrazione interprofessionale attraverso il maggior coinvolgimento, in particolare, dei MMG e degli infermieri nelle attività distrettuali - anche al fine di migliorare i livelli di appropriatezza organizzativa e di appropriatezza clinica e la presa in carico della cronicità). Inoltre nei Nuclei di Cure Primarie sono stati attivati da aprile 2020, a seguito dell'emergenza Covid, le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), a supporto dei Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta (PLS) e Medici di Continuità Assistenziale (MCA), che hanno il compito di gestire a domicilio i pazienti sospetti o accertati Covid-19, che non necessitano di ricovero ospedaliero.

Sono in fase di realizzazione **31 Case per la salute: 24 (77,5%) già attive** e le altre in apertura nei prossimi anni.
Nella Casa per la salute si cerca di garantire:

- facilità di accesso alle cure (tempestività della risposta, facilità di comunicazione coni professionisti)
- coinvolgimento del paziente nelle scelte e nella gestione delle cure (supporto all'autocura,counseling,)
- pro-attività degli interventi (utilizzo di registri di patologia, sistemi di programmazionedelle visite e di allerta dei pazienti che facilitano il follow-up, ecc.)
- il coordinamento delle cure (tra i diversi professionisti) e la continuità dell'assistenza(tra differenti livelli organizzativi) anche attraverso lo sviluppo delle reti informaticheorizzontali e verticali
- In ognuna delle Case della Salute operera un team multiprofessionale e multi disciplinare in grado di fornire da una parte prestazioni cliniche di qualità e dall'altra una vasta gamma di interventi preventivi e di promozione della salute in una prospettiva di medicina di iniziativa.

L'**Assistenza Specialistica** è il sistema di cure principale per numero di prestazioni erogate sul territorio provinciale, dedicato anche a pazienti con problemi clinici complessi, ai quali viene assicurata una presa in carico integrata secondo il modello organizzativo del day service. L'Azienda USL di Parma nell'anno 2020 ha assicurato 4.373.353 prestazioni ai cittadini residenti nella provincia di Parma attraverso l'erogazione diretta (Ospedali Aziendali e Poliambulatori USL), i contratti di fornitura (Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma e Privato Accreditato), una parte residuale è stata usufruita in mobilità passiva infra ed extra regionale. L'Indice di Consumo standardizzato per 1.000 abitanti, per le prestazioni specialistiche passa da 12.654,5 dell'anno 2018 a 9.193,7 dell'anno 2020.
L'emergenza Covid-19 ha avuto un riflesso importante sulle performance dei tempi di attesa in quanto, da Marzo 2020, si è verificata la sospensione dell'erogazione delle prestazioni specialistiche non urgenti. Questo ha comportato la chiusura delle agende di prenotazione per le prestazioni programmate e la mancata erogazione di quanto già prenotato. Il riavvio delle attività a partire da Maggio 2020, sulla base delle indicazioni fornite dalla DGR n. 404/2020, ha visto la necessità di adottare misure organizzative con un impatto significativo rispetto all'offerta di prestazioni su tutto il territorio provinciale (misure di distanziamento,

intervalli temporali allungati per l'erogazione delle prestazioni al fine di evitare assembramenti e consentire una adeguata igienizzazione degli ambienti), con conseguente riduzione dell'offerta storicamente garantita.

L'Assistenza Psichiatrica è garantita tramite il Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologicheche comprende le Aree Disciplinari di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza, Dipendenze Patologiche, Psichiatria Adulti e Psicologia Clinica, è presente nei quattro distretti dell'Azienda USL con una Unità Operativa di NPIA, un CSM e un Ser.T. e diverse sedi ambulatori distaccate. L'Area della Psichiatria Adulti eroga oltre 210.000 prestazioni/anno, la Neuropsichiatria presenta che deve far fronte ad una domanda crescente passata da una media di 23-25 minori nel 2015 ad una media di circa 60 casi nel 2020; il Servizio Dipendenze Patologiche conta più di 2.000 pazienti/anno.

L'Assistenza agli Anziani viene erogata attraverso strutture residenziali accreditate, destinate all'accoglienza e alla cura degli anziani non autosufficienti, e servizi semiresidenziali, finalizzati ad offrire agli anziani non autosufficienti occasioni di socializzazione, attività di riattivazione delle capacità residue e importante sostegno alle famiglie, hanno registrato negli anni un significativo aumento ed una diffusa distribuzione sul territorio. Grande impulso è derivato dalla istituzione del Fondo Regionale per la Non Autosufficenza (FRNA) finalizzato allo sviluppo ed alla qualificazione di una rete integrata di servizi flessibili, distribuiti in modo omogeneo nei vari territori, centrati sui bisogni delle persone non autosufficienti e di chi a loro vive accanto e se ne prende cura. Il FRNA è programmato e deliberato dalla Giunta regionale in collaborazione con la "cabina di regia" regionale per il Welfare e sottoposto al confronto ed al parere delle parti sociali. E' attuato attraverso il piano annuale delle attività, elaborato dal Comitato di Distretto e dal Direttore del Distretto sulla base delle indicazioni della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) ed il riparto delle risorse è tra i Distretti dell'Azienda USL, luoghi deputati alla programmazione ed al governo dei servizi necessari alla popolazione di riferimento.
L'assistenza garantita dalle strutture protette e dai centri diurni per anziani nel corso del 2020 ha risentito in maniera importante della situazione pandemica legata alla diffusione del Covid-19. Per questi servizi, e in particolare per le strutture protette, la pandemia ha comportato una nuova organizzazione finalizzata alla tutela dei propri ospiti, con costi economici ed umani molto elevati.

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

- spazio donne immigrate e loro bambini, spazio ad accesso libero e gratuito, dedicato alle donne immigrate, con tutte le attività proprie dei consultori e con percorsi facilitati in presenza di mediatori culturali;
- spazio giovani , spazio ad accesso libero e gratuito, dedicato ai ragazzi e ragazze tra i 14 e i 20 anni, con attività socio sanitarie, e importanti attività di prevenzione e educazione sanitaria;
- spazio giovani adulti , dedicato ai giovani tra i 20 e i 34 anni, ad accesso libero, con attività di educazione sanitaria e assistenziale rivolte prevalentemente alla salute riproduttiva , alla preservazione della fertilità, alla consapevole pianificazione familiare.

Per quanto riguarda la **Prevenzione**, Il Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP) è l'articolazione organizzativa aziendale preposta alla organizzazione ed alla promozione delle

attività di tutela della salute della popolazione e di prevenzione primaria in ambienti di vita e di lavoro, delle attività di sanità pubblica veterinaria e della sicurezza alimentare. Le principali funzioni del DSP sono:

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

Dati

Assistenza Ospedaliera - Ricoveri anni 2019-2020

	Dimessi Anno 2019			Dimessi Anno 2020		
Struttura	**Regime Ordinario**	**Regime D. H.**	**Totale**	**Regime Ordinario**	**Regime D. H.**	**Totale**
Ospedale Fidenza	9.517	2.173	11.690	7.349	1.361	8.710
Ospedale Borgo Val di Taro	2.944	430	3.374	2.038	245	2.283
Azienda Ospedaliero Universitaria di Parma	38.512	7.031	45.543	34.435	5.314	39.749
Ospedali Priv. Accreditati	15.560	6.340	21.900	13.417	5.583	19.000
Totale	**66.533**	**15.974**	**82.507**	**57.239**	**12.503**	**69.742**

Accessi al Pronto Soccorso strutture provinciali anno 2020

	Parma	Fidenza	Valli TC	Sud-Est	Mobilità Infra	Mobilità Extra	Totale
PS Borgo Val di Taro	350	57	3.955	110	71	576	5.119
PS Fidenza	627	15.421	1.080	212	2.234	1.203	20.777
PS AOU PR	44.895	8.447	4.089	12.343	3.022	6.279	79.075
Totale	**45.872**	**23.925**	**9.124**	**12.665**	**5.327**	**8.058**	**104.971**

Prestazioni specialistica ambulatoriale anni 2015-2020

	2015	2016	2017	2018	2019	**2020** (con mob.pass. extrarer 2019)
Parma	11.912,70	12.492,00	13.358,40	14.744,90	15.222,10	12.194,60
Fidenza	12.246,40	11.750,60	12.065,20	12.878,50	12.876,30	9.305,50
Valli Taro e Ceno	14.398,20	13.522,60	14.232,20	14.407,00	13.933,30	11.570,30
Sud Est	14.777,60	14.353,30	14.838,60	15.073,40	14.877,10	12.114,70
AUSL Parma	**14.147,40**	**13.081,70**	**13.893,70**	**14.319,70**	**14.554,60**	**11.084,80**

Utenti in carico Assistenza Domiciliare Integrata anni 2019 - 2020

UTENTI			
	ANNO 2019	**ANNO 2020**	***Δ %***
Parma	4.151	4.597	10,7%
Fidenza	2.013	2.260	12,3%
Valli Taro e Ceno	1.335	1.284	-3,8%
Sud - Est	1.729	1.697	-1,9%
Ausl Parma	**9.228**	**9.838**	**6,6%**

Centri di salute mentale. Pazienti trattati anno 2020

	Parma	Fidenza	Sud-Est	Valli Taro-Ceno	Totale
Primo semestre	3.416	1.290	1.133	719	**6.558**
Secondo semestre	3.822	1.598	1.094	761	**7.275**

Sorveglianza malattie infettive anni 2019 - 2020

	ANNO 2019	ANNO 2020	Δ %
Numero vaccinazioni totali	37.323	21.302	-43%
N° notifiche malattie infettive	3.120	13.165	+421%

Dipendenti per area professionale a tempo indeterminato e determinato

	al 31/12/2020					
personale dipendente	tempo indeterminato	tempo determinato	totale	% sul totale	comando entrata	comando uscita
1 - Medici e Veterinari	452	33	485	17,2%	1	
2 - Dirigenti Sanitari	70	16	86	3,0%		
3 - Altri Dirigenti	23	1	24	0,8%	1	1
4 - Direttori		3	3	0,1%		
totale dirigenti	**545**	**53**	**598**	21,2%		
5 - Infermieri	1092	30	1.122	39,7%	4	8
6 - Altri collaboratori sanitari	256	17	273	9,7%		1
7 - Collaboratori Tecnici e professionali	140	12	152	5,4%		3
8 - Operatori Sanitari	230	9	239	8,5%	1	
9 - Operatori Tecnici	79	6	85	3,0%		
91 - Assistenti Sociali	17	3	20	0,7%		
92 - Amministrativi	318	19	337	11,9%	2	4
totale comparto	**2.132**	**96**	**2.228**	78,8%		
totale generale	**2.677**	**149**	**2.826**		**9**	**17**

Al 31 dicembre 2021:
n. 594 personale area dirigenza
n. 2.344 personale area comparto

Conto economico 2019/2020

SCHEMA DI BILANCIO *Decreto Interministeriale 20 marzo 2013*	**2020**	**2019**	**Var 2020/2019**
A) VALORE DELLA PRODUZIONE	865.994.551	849.907.230	16.087.321
A.1) Contributi in c/esercizio	800.866.551	776.926.054	23.940.497
A.2) Rettifiche contributi c/esercizio per destinazione ad investimenti	- 4.867.438	- 490.087	- 4.377.352
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	8.022.808	3.772.207	4.250.600
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	42.027.463	48.721.725	- 6.694.262
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	7.324.368	4.494.161	2.830.207
A.6) Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (Ticket)	4.910.736	8.525.852	- 3.615.116
A.7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	6.813.768	6.557.001	256.766
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	-	-	-
A.9) Altri ricavi e proventi	896.296	1.400.316	- 504.020
B) COSTI DELLA PRODUZIONE	857.215.843	851.924.794	5.291.049
B.1) Acquisti di beni	68.006.913	62.197.324	5.809.589
B.2) Acquisti di servizi sanitari	573.654.481	592.625.562	- 18.971.081
B.3) Acquisti di servizi non sanitari	24.736.719	24.075.532	661.187
B.4) Manutenzione e riparazione	8.793.476	8.173.903	619.573
B.5) Godimento beni di terzi	2.315.895	2.181.450	134.445
B.6) Costi del personale	139.317.248	134.780.599	4.536.649
B.7) Oneri diversi di gestione	7.797.460	7.711.753	85.707
B.8) Ammortamenti	10.793.891	10.536.127	257.764
B.9) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	3.997.101	709.551	3.287.550
B.10) Variazione delle rimanenze	- 4.278.882	- 945.590	
B.11) Accantonamenti	22.081.540	9.878.582	12.202.958
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI	- 1.257.591	- 1.403.408	145.817
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIA	-	-	-
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	3.043.014	13.513.045	- 10.470.031
Y) IMPOSTE SUL REDDITO D'ESERCIZIO	10.463.560	10.075.131	388.429
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	**100.572**	**16.942**	**83.630**

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è stata istituita dalla legge regionale 23 dicembre 2004, n. 29 e disciplinata, ai sensi dell'art. 9, sesto comma, dell'indicata legge regionale, con delibera di Giunta regionale n. 318 del 14 febbraio 2005 ad oggetto la disciplina delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, con delibera di Giunta regionale del 30 gennaio 2006, n. 86 e dal protocollo d'intesa di cui alla delibera di Giunta regionale n. 1207 del 29/07/2016.

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

L'Azienda inoltre, nell'ambito della progressiva integrazione con l'Azienda USL provinciale, finalizzata all'unificazione, sviluppa percorsi che favoriscano l'attuazione di modelli sempre più integrati di assistenza, anche innovativi e sperimentali, che mirino a favorire anche la cura e l'assistenza al domicilio, attraverso la collaborazione tra i Dipartimenti ad Attività Integrata dell'Azienda, i presidi ospedalieri dell'Azienda territoriale, il sistema delle cure primarie e intermedie, nonché i servizi sociali territoriali.

La **Vision** dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma si concretizza nell'intento di divenire un luogo dove l'esercizio della cura, fatta di scienza e coscienza al servizio del malato, viva in stretto connubio con lo sviluppo della cultura scientifica e dell'innovazione tecnologica; un luogo che sia espressione di una comunità che, pur mantenendo i propri valori, vuole proiettarsi nel futuro come protagonista del cambiamento, un luogo dove l'applicazione e la trasmissione delle conoscenze scientifiche e il loro dinamico e vertiginoso sviluppo siano al servizio della vita, della dignità e della libertà dei cittadini. L'Azienda vuole utilizzare tutte le leve che permettano di sviluppare motivazione negli operatori, promuovendo e valorizzando lo sviluppo delle relazioni interne con forme strutturate di partecipazione organizzativa (lavoro in équipe) coinvolgendo le diverse espressioni professionali ai processi di sviluppo e miglioramento dell'organizzazione del lavoro e della qualità dei servizi.

L'Azienda inoltre promuove la realizzazione di modalità organizzative volte ad assicurare una progressiva omogeneizzazione di metodi e percorsi, l'ottimizzazione delle procedure, un miglior utilizzo delle risorse umane e una maggiore efficienza ed efficacia gestionale.

Come Operiamo

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è un ospedale polispecialistico ad alta specializzazione che integra funzioni universitarie e ospedaliere nei campi dell'assistenza, ricerca e didattica. L'Azienda costituisce per l'Università degli Studi di Parma, l'azienda di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca del Dipartimento di Medicina e Chirurgia, ai sensi di quanto previsto dall'art. 9, comma 4 della L.R. n. 29/2004, e garantisce l'integrazione fra le attività assistenziali e le attività didattiche e di ricerca svolte dal Servizio Sanitario Regionale e dall'Università ed opera nel rispetto reciproco degli obiettivi istituzionali e di

programmazione del Servizio Sanitario Regionale e dell'Università, nonché nell'ambito del sistema di relazioni fra le Aziende del Servizio Sanitario Regionale.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma è dotata di personalità giuridica e di autonomia imprenditoriale; i suoi **Organi** sono:

- il Direttore Generale;
- il Comitato di Indirizzo;
- il Collegio Sindacale;
- il Collegio di Direzione.

Il **Direttore Generale** è nominato dalla Regione, d'intesa con il Rettore dell'Università degli Studi di Parma. Al Direttore Generale spetta la responsabilità complessiva della gestione e la rappresentanza legale dell'Azienda. E' coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario. Il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario partecipano, unitamente al Direttore Generale, alla direzione dell'Azienda, assumono diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della direzione aziendale.

Il Direttore Generale è inoltre componente di diritto del Comitato dei Direttori Generali dell'Area Vasta Emilia Nord, costituito con l'"Accordo Quadro per la disciplina delle relazioni tra le Aziende Sanitarie dell' Area Vasta Emilia Nord, ai sensi della deliberazione della Giunta della Regione Emilia Romagna n. 927 in data 27 giugno 2011", sottoscritto in data 2 luglio 2012.

L'Azienda si caratterizza per partecipazione, decentramento e collegialità nell'assunzione da parte del Direttore Generale delle decisioni strategiche relativamente allo sviluppo dell'Azienda stessa e all'organizzazione dei servizi. In tale contesto, la Direzione Generale è caratterizzata come un organismo che opera in modo collegiale secondo il recepimento degli indirizzi di politica sanitaria della Regione e della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria.

La Direzione Generale si avvale poi delle competenze tecnico-professionali dei Dipartimenti, delle Aree e delle Strutture Interaziendali e Aziendali, in Line e in Staff, nonché delle Direzioni Tecniche Aziendali e delle Direzioni Operative Attuative delle Politiche Aziendali, per l'elaborazione e l'attuazione delle politiche aziendali e per il supporto tecnico-operativo ai Dipartimenti.
La Direzione, così intesa, presidia le fasi del governo aziendale avendo riguardo all'azienda intesa come sistema unitario di servizi e prestazioni, quale condizione per assicurare qualità, equità di accesso e coerenza delle azioni rispetto agli obiettivi , intesi anche a realizzare il percorso di progressiva integrazione tra Aziende provinciali finalizzato alla creazione della futura Azienda unica.

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

Il Collegio Sindacale esercita compiti di vigilanza sulla regolarità amministrativa e contabile dell'Azienda ed in particolare il collegio sindacale.

Il **Collegio di Direzione** ha compiti di proposta in materia di organizzazione e sviluppo dei servizi e delle attività di ricerca e innovazione e per la valorizzazione delle risorse umane e

professionali degli operatori.

In particolare, il Collegio di Direzione:

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

Il Collegio di Direzione rimane in carica per tre anni.
Sono componenti di diritto del Collegio di Direzione:

- il Direttore Sanitario, con funzioni di Presidente
- i Direttori dei Dipartimenti ad Attività Integrata
- il Direttore del Dipartimento Emergenza-Urgenza Provinciale Interaziendale
- il Direttore del Dipartimento Farmaceutico Interaziendale per la Provincia di Parma
- il Direttore Amministrativo
- il Direttore della Direzione delle Professioni Sanitarie.

Il modello organizzativo complessivo aziendale è finalizzato al supporto delle strategie e dei processi operativi ed è improntato al rispetto di alcuni criteri generali:

- la semplicità, intesa come aggregazione delle unità affini per contenuti, processi e risultati al fine di ridurre il più possibile i livelli di responsabilità e di sviluppare i processi professionali ed operativi sia orizzontali che verticali;
- l'integrazione, sia nelle aree tecnico-amministrative, sia in quelle sanitarie, con particolare riferimento alle attività assistenziali necessarie allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca, quale raccordo sistematico tra le numerose articolazioni aziendali, caratterizzate da una diffusa interdipendenza nello sviluppo dei processi di assistenza, ricerca e didattica;
- il decentramento, inteso come allocazione delle decisioni e delle conseguenti responsabilità nella sede più prossima a quella in cui si registrano in concreto le conseguenze della decisione stessa;
- la promozione e sviluppo della flessibilità, dell'innovazione, della creatività e della gestione del cambiamento organizzativo;
- la partecipazione alle scelte e alle soluzioni dei problemi attraverso lo sviluppo del lavoro in équipe, la circolazione e la socializzazione delle informazioni, il potenziamento delle relazioni interne, la condivisione delle competenze acquisite.
- la distinzione tra funzioni di pianificazione strategica poste in capo alla Direzione Aziendale e la responsabilità gestionale sulla produzione di competenza dei vari livelli organizzativi nel rispetto dei rapporti gerarchici.

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

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

Nell'Azienda sono presenti attualmente:

- n. 7 Dipartimenti ad Attività Integrata: Cardio - Toraco - Vascolare / Testa - Collo / Chirurgico Generale e Specialistico / Medicina Generale e Specialistica /Diagnostico / Medico Geriatrico Riabilitativo / Materno Infantile
- n. 2 Dipartimenti Interaziendali a valenza sanitaria: Dipartimento Farmaceutico Interaziendale per la provincia di Parma e Dipartimento di Emergenza-Urgenza provinciale interaziendale
- 4 Dipartimenti Tecnico-Amministrativi: Dipartimento interaziendale Tecnico e Logistica, Dipartimento interaziendale Risorse Umane, Dipartimento Interaziendale ad integrazione gestionale Information and Comunication Technology, Dipartimento Interaziendale a valenza funzionale del sistema di programmazione, valutazione e Controllo), un'Area Interaziendale ad integrazione strutturale (Economico- Finanziaria) e due ulteriori aree funzionali aziendali (Area "Ricerca e Innovazione" e Area "Affari Generali ed Organizzazione").

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

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

Dati

Indicatori Ricoveri anni 2018/2020

	INDICATO RI	ANNO 2020		ANNO 2019			ANNO 2018	
		Valori	%	Valori	%	Variazione	Valori	%
REGIME ORDINARIO	Ricoveri ordinari	32.284		36.581		-11,7%	37.568	
	Ricoveri >65 anni	15.656	48,5%	17.687	48,4%	0,1%	17.742	47,2%
	Giornate totali	275.873		306.475		-10,0%	302.876	
	Giornate di lungodegenza (disc. 060)	16.010		28.525		-44%	28.778	
	Giornate di riabilitazione (disc. 056)	2.702		7.550		-64%	6.893	
	Degenza Media	8,5		8,4		1,7%	7,3	
	Ricoveri con intervento chirurgico	12.617	37,7%	15.015	41,0%	-3,3%	15.128	40,3%
	Ricoveri extra-regione	2.843	8,8%	3.790	10,4%	-1,6%	3.773	10,0%
	Ricoveri infra-regione	2.712	8,4%	3.329	9,1%	-0,7%	3.393	9,0%
	Ricoveri urgenti (sdo)	20.696		21.361		-3,1%	22.676	
	Tasso occupazione (comprensivo lungodegenza	74,6%		88,6%		-15,8%	86,5%	
	Tasso occupazione (acuti)	78,2%		91,0%		-14,1%	nd	
	Ricoveri di alta specialità	6.188	19%	7.425	20,3%	-1,3%	7.481	19,9%
	Ricoveri potenzialmente inappropriati	4.241	13,1%	5.617	15,4% 2,3%	-	5.847	15,6%
	Peso Medio	1,3		1,3		0%	1,3	
	N°posti letto ufficiali	1021		961		6,2%	959	
	N°Medio posti letto	1013		948		6,9%	940	

	INDICATO RI	ANNO 2020		ANNO 2019			ANNO 2018	
		Valori	%	Valori	%		Valori	%
DAY HOSPITAL	Ricoveri diurni	5.314		7.031		-24,4%	6.917	
	Peso medio	0,82		0,86		-4,7%	0,69	
	Accessi totali	16.193		20.902		-22,5%	21.445	
	Ricoveri con intervento chirurgico	2.111	39,7%	3.400	48,4%	-8,7%	3.446	49,8%
	N°medio posti letto	83		83		0	88	
	Totale ricoveri	**37.598**		**43.612**		-13,8%	**44.485**	

Andamento delle dotazioni organiche per tipologia contrattuale e ruolo, anni 2018/2020

	Anni	RUOLO SANITARIO	RUOLO PROFESSIONALE	RUOLO TECNICO	RUOLO AMMINISTRATIVO	TOTALE
Tempo indeterminato	31/12/2018	2652	7	855	148	3.662
	31/12/2019	2833	6	961	156	3.956
	31/12/2020	3007	7	1044	188	4.246
Tempo Determinato	31/12/2018	175		60	22	257
	31/12/2019	142	2	74	31	249
	31/12/2020	182		32	15	229
Altro Personale	31/12/2018	97	2	76	13	188
	31/12/2019	49	1	3	6	59
	31/12/2020	108		48	19	175

Al 31 dicembre 2021:
n. 880 personale area dirigenza
n. 3.905 personale area comparto
compreso il personale universitario inserito in assistenza.

Andamento delle dotazioni organiche del personale universitario per ruolo, anni 2018/2020

	ANNI	RUOLO SANITARIO	RUOLO TECNICO	RUOLO AMMINISTRATIVO	TOTALE
Personale Universitario	31-dic-18	144	5	14	163
	31-dic-19	132	5	13	150
	31-dic-20	133	5	12	150

Conto Economico 2019/2020

	2019	2020
A) Valore della Produzione		
A.1) Contributi in c/esercizio	76.475.706	276.172.336
A.2) Rettifiche contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti	-2.646.544	-7.930.029
A.3) Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi vincolati di esercizi precedenti	3.401.402	1.484.345
A.4) Ricavi per prestazioni sanitarie e sociosanitarie a rilevanza sanitaria	310.512.345	279.443.564
A.5) Concorsi, recuperi e rimborsi	3.387.015	97.106.272
A.6) Compartecipazione alla spesa prestazioni sanitarie (Ticket)	6.273.350	3.525.199
A.7) Quota contributi in c/capitale imputata nell'esercizio	12.420.373	14.210.792
A.8) Incrementi delle immobilizzazioni per lavori interni	0	0
A.9) Altri ricavi e proventi	575.250	771.146
Totale A)	**410.398.897**	**664.783.625**
B) Costi della Produzione		
B.1) Acquisti di beni	106.349.494	319.033.492
B.2.A) Acquisti di servizi sanitari	27.573.156	32.651.570
B.2.B) Acquisti di servizi non sanitari	36.541.097	42.065.252
B.3) Manutenzione e riparazione	15.573.176	19.129.545
B.4) Godimento di beni di terzi	1.822.999	2.307.210
Totale costo del personale	187.321.583	201.273.145
B.9) Oneri diversi di gestione	9.661.020	9.004.824
Totale ammortamenti	15.806.099	16.674.235
B.12) Svalutazione delle immobilizzazioni e dei crediti	0	0
B.13) Variazione delle rimanenze	1.648.354	-4.090.382
B.14) Accantonamenti	5.911.661	13.059.613
Totale B)	**408.208.639**	**651.108.504**
DIFF. TRA VALORI E COSTI DELLA PRODUZIONE (A-B)	**2.190.258**	**13.675.121**
C) PROVENTI E ONERI FINANZIARI	**-352.005**	**-429.626**
D) RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA' FINANZIARIE	**0**	**0**
E) PROVENTI E ONERI STRAORDINARI	**11.344.252**	**858.691**
RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A-B+C+D+E)	**13.182.505**	**14.104.186**
Y) IMPOSTE SUL REDDITO DELL'ESERCIZIO	**13.172.569**	**-14.055.472**
UTILE (PERDITA) DELL'ESERCIZIO	**9.936**	**48.714**

PROCESSI DI INTEGRAZIONE INTERAZIENDALE/UNIFICAZIONE

Progetti e processi di integrazione negli anni

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

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

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

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

Certamente l'integrazione di aree e servizi in ambito provinciale rappresenta una concreta opportunità per le logiche di perseguimento di efficienza, ed anche per una gestione coerente, con omogeneizzazione di metodi e percorsi, continuità nei servizi e nelle prestazioni.

Integrazione principali aree sanitarie:

- Dipartimento Emergenza-Urgenza Provinciale Interaziendale
- Dipartimento farmaceutico interaziendale
- Coordinamento interaziendale delle attività sanitarie delle due Aziende
- Polo neurologico interaziendale
- Polo Unico di distribuzione diretta

Centro Comune di Ricerca

E' stato avviato il Centro Comune di Ricerca con l'Università.
Si compone attualmente di vari laboratori di ricerca (CoreLab), dove sono disposte strumentazioni importanti e complesse.
La struttura si pone come polo strategico, volto a favorire l'attuazione di innovativi progetti di ricerca clinica, grazie alla concentrazione in un'unica sede di competenze, conoscenze e tecnologie avanzate.
Le attività di ricerca prevalentemente remunerate con progetti finanziati dalla regione Emilia-Romagna e dalla Comunità Europea sono già operative.

Il Centro, diretto dal Direttore del Servizio Innovazione e Ricerca di AOU, è un polo strategico volto a favorire l'attuazione di progetti di ricerca clinica innovativi grazie alla concentrazione in un'unica sede di competenze e tecnologie avanzate con un fine comune, la salute e il benessere dei pazienti.

Integrazione aree tecnico/amministrative

Sulla base delle indicazioni regionali é stato realizzato un percorso di riprogettazione organizzativa atta a perseguire una integrazione piena delle funzioni, superando così progetti specifici precedenti.

La progettazione definitiva ha fornito una visione complessiva del processo di integrazione, finalizzato a definire impostazione, organizzazione, effetti sui rapporti di lavoro, criteri per l'affidamento delle direzioni di area, percorso attuativo.

Approvata nel luglio 2016, sono seguiti i provvedimenti attuativi, unitamente agli atti di affidamento degli incarichi dirigenziali delle diverse aree.
L'avvio operativo è avvenuto dal 1 ottobre 2016.

La realizzazione dell'integrazione delle aree amministrative e tecniche a supporto delle attività delle due Aziende Sanitarie provinciali, lascia inalterato l'esercizio dell'autonomia e le responsabilità gestionali in capo alle rispettive Direzioni.

Percorso per l'Unificazione AUSL/AOU

Tra gli obiettivi di mandato alle Direzioni AUSL/AOU, rinnovate nel luglio 2020 (DGR n. 749/2020), è indicata la "Realizzazione di un percorso che crei le condizioni per l'unificazione a livello provinciale". Le condizioni per l'unificazione istituzionale saranno dettate da interventi normativi e/o determinazioni regionali.

Nell'ottica di garantire risposta efficace ai bisogni assistenziali sempre più crescenti e mutevoli, l'interesse delle due Aziende sanitarie si è rivolto verso il rafforzamento dei meccanismi di collaborazione tra i diversi stakeholder, andando a rivedere l'intera catena dei servizi sanitari offerti.
Le evidenze di letteratura - e la pandemia in atto - hanno dimostrato che le forme di integrazione più efficaci sono quelle che coinvolgono più livelli di assistenza (l'assistenza ospedaliera, le cure intermedie e primarie), orientate alla presa in carico dell'intero percorso di cura del paziente, contenendo in un'unica filiera la risposta ai bisogni di tipo sanitario e sociale della popolazione.
Le Direzioni di AOU e di AUSL hanno quindi deciso di sviluppare un Progetto di Integrazione, con l'obiettivo di gettare le basi per l'unificazione delle due Aziende.

Le Aziende hanno individuato le modalità per delineare il percorso interaziendale con cui governare e realizzare il percorso di integrazione, mediante l'elaborazione di un progetto complessivo, che vede il coinvolgimento dei professionisti in vari **Gruppi di lavoro.**

In particolare, nel primo semestre di mandato delle Direzioni è stato redatto il "Progetto di integrazione delle Aziende USL e Ospedaliero-Universitaria di Parma", condiviso nelle sue direttrici con il Collegio di Direzione Congiunto delle due Aziende (25/09/2020), e presentato alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di Parma (30/09/2020) e alle Organizzazioni Sindacali (15/10/2020).

Il primo incontro per il lancio del progetto è avvenuto il 18/11/2020, nel quale si sono condivisi gli obiettivi del progetto, le fasi di sviluppo e i mandati assegnati ai 59 gruppi di lavoro, cui hanno partecipato 493 professionisti di entrambe le Aziende, focalizzate su specifiche tematiche di integrazione (prime tra tutti le reti e i percorsi di presa in carico dei pazienti). I gruppi sono guidati da 94 responsabili di entrambe le aziende e sono supportati da 44 referenti metodologici.

La pianificazione del percorso di integrazione prevede di:
- ridisegnare le Reti clinico assistenziali interaziendali
- ridefinire i processi amministrativi e tecnici di supporto.

In entrambi gli ambiti l'integrazione va perseguita attraverso l'analisi delle best practice e l'omogeneizzazione di percorsi e processi, intesa questa non come annullamento delle peculiarità che caratterizzano i sistemi sanitari, ma come garanzia di diffusione delle migliori evidenze, condivisione delle conoscenze e competenze e attuazione di percorsi organizzati ed efficienti, a garanzia di equità di accesso e qualità delle cure.

Gruppi di lavoro "Progetto di integrazione delle Aziende USL e Ospedaliero-Universitaria di Parma

Per ognuna di queste aree, i Gruppi di lavoro, attraverso la compilazione di una "scheda di mandato", hanno:
- descritto l'attuale assetto organizzativo e i nodi delle Reti già esistenti,
- delineato il contesto di riferimento di ciascun ambito
- identificato le Linee di Sviluppo e le azioni da realizzare per raggiungere gli obiettivi assegnati.

Sono dunque attualmente ancora in corso le attività dei gruppi di professionisti, con la regia delle Direzioni Aziendali.

Ultima annotazione. Con DGR n. 2281 del 27 dicembre 2021 la Regione ha disposto la prosecuzione del percorso di unificazione, in fase istruttoria, e l'istituzione di un Gruppo tecnico multiprofessionale, quale strumento idoneo e qualificato finalizzato ad analizzare e verificare le condizioni di fattibilità del progetto di unificazione, con riguardo agli aspetti organizzativi, economici, giuridici e di governance e tenuto conto del ruolo dell'Università.

SISTEMA DI PREVENZIONE/TRASPARENZA E PTPCT
Obiettivi, Aree di Azione, Sistemi, Soggetti e Organismi
Coordinamento col Sistema Performance

PIANO INTEGRATO INTERAZIENDALE AUSL/AOU
per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza

Piano integrato interaziendale

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

Tenuto conto che la dimensione interaziendale provinciale di integrazione rappresenta concreta opportunità per le logiche di perseguimento di efficienza, ed anche per una gestione coerente, con omogeneizzazione di metodi e percorsi, continuità nei servizi e nelle prestazioni, le Direzioni delle due Aziende Sanitarie provinciali, unitamente al Responsabile anticorruzione e Trasparenza, hanno ritenuto, sin dall'annualità 2017, di prevedere l'elaborazione e l'approvazione di un **unico Piano integrato interaziendale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza, con effetto per entrambe le Aziende.**

Da considerare inoltre l'ulteriore progetto di sviluppo dell'integrazione per supportare il futuro percorso di unificazione.

Il presente Piano rappresenta dunque il sesto aggiornamento di Piano integrato interaziendale AUSL/AOU (dal 2017).

Si confermano i motivi sostanziali per poter proseguire l'esperienza di un Piano integrato interaziendale AUSL/AOU anche per il periodo 2022/2024, fatte salve possibili modificazioni in relazione agli sviluppi del processo di integrazione/unificazione AUSL/AOU e le indicazioni che saranno date per il PIAO:

- omogeneità di misure, azioni e interventi
- integrazione sistemi di prevenzione della corruzione e della trasparenza
- integrazione generale aree tecnico amministrative delle due Aziende
- unificazione funzione di Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza
- resta salva l'autonomia delle rispettive gestioni aziendali
- restano distinti i siti web aziendali e le rispettive sezioni "Amministrazione Trasparente".

Piano Integrato Trasparenza/Prevenzione della Corruzione

Tra le novità introdotte dal decreto legislativo n. 97/2016 vi è la cessazione dell'autonomia del precedente modello di Programma Trasparenza ed Integrità e la conseguente unificazione in un solo strumento di Piano Prevenzione e interventi per la Trasparenza; e

così anche la previsione di attribuire di norma allo stesso soggetto dirigente le funzioni di Responsabile anticorruzione e Responsabile per la Trasparenza.

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

OBIETTIVI STRATEGICI

Sono quattro i macro obiettivi strategici che informano l'attività di pianificazione in materia all'interno delle due Aziende Sanitarie.

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

ADEMPIMENTO
Non si può sottovalutare la mera logica dell'adempiere a quanto indicato dalla legge n. 190/2012, dai provvedimenti normativi successivi e dal Piano Nazionale Anticorruzione, pur coscienti che ciò non configura l'obiettivo vero di strategie ed azioni da mettere in campo. Costituisce comunque una leva rilevante per dedicare tempo e risorse ed anche, in particolare, per ottenere la collaborazione delle varie unità organizzative, dei dirigenti e di tutti i soggetti operanti nell'amministrazione.

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

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

A questi si aggiungono i seguenti obiettivi strategici più specifici, in parte legati alla situazione attuale:

Intercettare nuovi rischi emergenti

Nella attuale fase di emergenza sanitaria perdurante appare opportuno mantenere e monitorare gli strumenti attivati per garantire i princìpi di legalità, integrità e trasparenza, favorendo il consolidamento di una efficace strategia di prevenzione e deterrenza in grado di intercettare i nuovi rischi emergenti (vedi tabella processi speciali emergenza covid-19 e pubblicazioni specifiche relative all'emergenza)

PIAO e integrazione di temi e strumenti di pianificazione e programmazione

Partecipazione al percorso di integrazione di pianificazione e programmazione previsto dal futuro PIAO (Piano Integrato di Attività e Organizzazione)

Diffusione strumenti per il tema del Conflitto di Interessi

Sono ad oggi attivi diversi strumenti per l'attuazione e le verifiche in tema di conflitti di interesse, disciplinato in particolare dal Codice di Comportamento e attuato mediante il sistema delle dichiarazioni da rendere in piattaforma GRU, col coinvolgimento della figura del superiore gerarchico secondo gli assetti organizzativi. Obiettivo strategico è l'ampliarne la diffusione per una migliore conoscenza e sensibilizzazione

Trasparenza/obblighi di pubblicazione

La materia è oggetto di frequenti novità e modifiche, e per tale ragione appare opportuno prevedere una maggiore intensità di verifiche e monitoraggi, confermando altresì l'impegno a fornire orientamenti e indicazioni.

AREE PRIORITARIE DI AZIONE

Allo scopo di fornire un inquadramento sistematico della parte operativa è bene sottolineare, in modo semplice e schematico, i **5 principali ambiti di intervento** sulle quali si richiede la massima attenzione da parte di tutte le unità organizzative delle due Aziende Sanitarie, per i necessari profili di attuazione, adempimento e responsabilità di sistemi e misure cui è dedicata tutta la parte successiva.

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

TRASPARENZA

- **Obblighi di pubblicazione**
  (si rimanda alle specifiche contenute nel capitolo dedicato e, soprattutto alla Tabella relativa allegata al Piano)

- **Accesso Civico "generalizzato"**
  (diritto da assicurare da parte di ogni unità organizzativa interessata, indicazioni regolamentari in specifico allegato al Piano)

PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

- **Mappature processi e valutazione rischi**
  (esiti nelle tabelle allegate)

- **Misure di sistema e generali**
  (sono descritte nelle parti successive dedicate)

- **Misure specifiche**
  (le azioni previste per le varie unità organizzative)

SISTEMI AZIENDALI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

Uno sguardo di sintesi ai sistemi in atto, rimandando, per la Trasparenza, alla sezione specifica, e per la prevenzione della corruzione ai successivi capitoli su valutazione e trattamento dei rischi (misure).

Tutti i **soggetti** appartenenti alle Aziende partecipano ai sistemi:

gli **organi di vertice/Direzioni Aziendali**:
- designano il RPCT
- definiscono gli obiettivi strategici
- adottano il Piano, su proposta del RPCT, ed ogni altro atto connesso

tutti i dirigenti per l'area di rispettiva competenza:
- attuano le misure previste nel Piano Triennale e assicurano l'osservanza del Codice di comportamento, segnalando le ipotesi di violazione
- svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile
- partecipano al processo di gestione del rischio
- propongono le misure di prevenzione
- adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari e la rotazione del personale

tutti i dipendenti e collaboratori dell'amministrazione:
- partecipano al processo di gestione del rischio
- osservano le misure contenute nel presente Piano e nel Codice di Comportamento
- segnalano casi di illecito e di potenziale conflitto di interessi

Nella parte successiva si indicheranno le figure specifiche del sistema (soggetti e organismi)

Prevenzione della Corruzione

Il sistema si presenta articolato, secondo quello che definiamo processo di gestione del rischio, che esita in conclusione nella previsione delle misure specifiche definite per le unità organizzative.

Processo di gestione del rischio

Il **“processo di gestione del rischio”** è l’insieme delle attività, del percorso e dei soggetti che contribuiscono alla elaborazione dei presupposti per la pianificazione ed alla sua attuazione.

E’ articolato, in concreto, nelle fasi di:

- mappatura (ricognizione e analisi) di processi ed attività
- individuazione delle aree con presenza di rischio
- individuazione dei processi/attività all’interno delle aree
- analisi e valutazione del rischio
- definizione di misure possibili di prevenzione
- attuazione delle misure
- monitoraggio e valutazione.

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

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

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

L’intero processo di gestione del rischio tiene conto delle indicazioni fornite dai PNA succedutisi nel tempo e dall’OIV unico regionale.

Valutazione del rischio

Per la **valutazione del rischio**, ossia il processo di identificazione, di analisi e di ponderazione per i vari processi/attività per il presente Piano 2021/2023 utilizza le indicazioni contenute nel PNA 2019 (allegato 1).

E’ l’analisi dei rischi con valutazione e stima del livello di esposizione (sistema qualitativo), sviluppata secondo il metodo individuato e descritto nel piano 2020, a sostituire la metodologia indicata col PNA 2013.

Detta attività di analisi e valutazione è stata effettuata dalle varie unità organizzative, in collaborazione col RPCT. Gli esiti sono rappresentati in tabella specifica allegata.

Istituti, Strumenti e Misure Generali

Il sistema considera anche gli istituti, strumenti e misure generale previsti dalla legge n. 190/2012 e dai PNA, e ne dispone l'attuazione.
La trattazione è in apposito successivo capitolo (e relativa tabella rappresentativa).

Trasparenza/Obblighi di pubblicazione e Accesso Civico generalizzato

Sezioni web "Amministrazione Trasparente"

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

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

Flusso di dati, documenti, informazioni

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

Ogni Struttura/Servizio/Ufficio/Unità Organizzativa individuata competente per l'elaborazione di un documento, contenente anche informazioni e dati, oggetto di pubblicazione, è tenuta a predisporre i necessari file, in formato aperto, e trasmetterli, nei tempi indicati, all'Ufficio Comunicazione, competente a compiere le operazioni di inserimento nella Sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web aziendale, previa verifica congiunta col Responsabile aziendale per la Trasparenza.

Gli obblighi di pubblicazione sono previsti in modo dettagliato nella specifica Tabella allegata al Piano per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza.

Accesso Civico Generalizzato

L'attuazione è disciplinata da specifico Regolamento allegato al Piano, approvato per la prima volta nel 2017 come allegato al Piano per rendere operativo l'istituto introdotto dal decreto legislativo n. 97/2016.

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

Tutte le unità organizzative sono tenute a trasmettere semestralmente alla Funzione Trasparenza e Integrità gli accessi trattati e la relativa documentazione, ai fini di monitoraggio e di inserimento dati nei Registri aziendali pubblicati nelle rispettive sezioni web "Amministrazione Trasparente".

Monitoraggi

Prevenzione della corruzione

- ogni unità organizzativa è competente sui controlli di primo livello ed è tenuta a relazionare al RPCT sulle attività rese per le misure indicate nelle tabelle sui processi specifici e sulle misure generali che ne vedono un coinvolgimento
- controlli di secondo livello, tramite possibili specifici audit e monitoraggio relazioni e attività delle unità organizzative da parte del Servizio Trasparenza e Integrità/RPCT
- monitoraggio sulle misure generali da parte del Servizio Trasparenza e Integrità/RPCT
- controlli di terzo livello della struttura di Internal Audit, in particolare sui percorsi di controllo interno delle unità organizzative

Trasparenza

- monitoraggi generali obblighi di pubblicazione sulle sezioni web "Amministrazione Trasparente"
- monitoraggio specifico obblighi di pubblicazione in occasione delle verifiche annuali ANAC/OIV
- monitoraggio accessi civici generalizzati mediante acquisizione trattazioni svolte dalle unità organizzative competenti

Redazione e approvazione del PTPC

L'elaborazione dell'aggiornamento del PTPC integrato è in carico al RPCT interaziendale.

Il processo di redazione del piano vede:

- analisi degli esiti dei monitoraggi effettuati
- condivisione degli obiettivi strategici con la Direzione aziendale
- aggiornamento mappature e valutazione rischi a cura delle unità organizzative, in collaborazione col RPCT
- individuazione delle misure di prevenzione da parte dei dirigenti responsabili delle aree a rischio corruzione, in collaborazione del RPCT
- identificazione/aggiornamento di processi e misure in area contratti pubblici nell'ambito di coordinamento Area Vasta Emilia Nord
- adozione di eventuali linee comuni condivise in sede regionale.

La proposta di Piano è successivamente sottoposta all'attenzione delle Direzioni aziendali per la verifica e l'approvazione.

SOGGETTI E ORGANISMI

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

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

Responsabile interaziendale:

Giovanni Bladelli dirigente amministrativo AUSL
(Responsabile in AUSL dal 1 giugno 2013, in AOU dal 1 gennaio 2016)

Responsabile per l'Anagrafe delle Stazioni Appaltanti
(RASA interaziendale)

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

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

Sulla base delle indicazione pervenute dalle Direzioni Amministrative aziendali dal dicembre 2018 è stato individuato quale RASA, con effetto per entrambe le Aziende Sanitarie stazioni appaltanti:

Silvia Orzi dirigente amministrativo AOU
Direttore del Servizio interaziendale Acquisizione Beni e Servizi

Uffici Procedimenti Disciplinari

AUSL: attivo un unico Ufficio, con competenze sia per le aree dirigenziali che per l'area comparto
AOU: attivi due Uffici Disciplinari, uno per le aree dirigenziali, uno per l'area comparto.

In ragione delle specifiche funzioni e competenze, gli Uffici Disciplinari forniscono il monitoraggio dei procedimenti per violazioni del Codice di Comportamento.
Sono chiamati a collaborare per l'attività di aggiornamento del Codice di Comportamento e a fornire dati in occasione della Relazione annuale del RPCT.

Organismo Indipendente di Valutazione del S.S.R

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

In Emilia Romagna con legge regionale n. 26/2013, attuata con DGR n 334/2014, è stato costituito un unico OIV per tutte le Aziende del Servizio Sanitario Regionale, coadiuvato in sede locale da Organismi Aziendali di Supporto (OAS), presenti in tutte le Aziende Sanitarie.
Il decreto legislativo n. 97/2016 e il Piano Nazionale Anticorruzione aggiornamento 2016 hanno rivisto ed ampliato significativamente il ruolo e le funzioni degli OIV e dei rapporti di questi con i Responsabili anticorruzione e trasparenza e con l'A.N.AC.

Le principali novità:

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

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

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

La composizione dell'OIV è stata rinnovata nel novembre 2020, con durata di 3 anni.

Organismi Aziendali di Supporto (OAS)

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

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

La composizione OAS di AUSL è stata rinnovata in ottobre 2021 (delibera n. 641 del 21 ottobre 2021)

La composizione OAS di AOU è stata rinnovata in novembre 2021 (delibera n. 1084 del 24 novembre 2021)

Area Vasta Emilia Nord (AVEN)

Come già detto in precedenza, è forma di collaborazione costituita, sulla base degli indirizzi regionali, da sei Aziende Sanitarie (Azienda USL di Piacenza, Azienda USL di Parma, Azienda Ospedaliero/Universitaria di Parma, Azienda USL di Reggio-Emilia, Azienda USL di Modena, Azienda Ospedaliero/Universitaria di Modena) presenti sul territorio della regione Emilia-Romagna che comprende le province di Piacenza, Parma, Reggio Emilia e Modena.

Tale forma di collaborazione ha come principale obiettivo lo sviluppo e l'implementazione di attività finalizzate a favorire processi di aggregazione sia nell'ambito dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, sia nell'ambito delle funzioni amministrative e di supporto a livello di area vasta.

Per il presente contesto rivestono rilievo le funzioni di soggetto aggregatore e coordinatore per procedure in ambito contratti pubblici; in tale veste partecipa alle elaborazioni delle mappature e analisi rischi nei processi afferenti detto ambito.

Tavolo regionale Direzione Generale Salute/OIV/RPCT Aziende Sanitarie

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

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

Il tavolo, operante dal 2016, ha il compito del coordinamento delle misure in materia di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione delle Aziende e degli Enti del SSR.

Rete regionale per l'Integrità e la Trasparenza

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

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

I principali obiettivi individuati:

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

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

"Gestore" per l'Antiriciclaggio

Con decreto legislativo n. 231/2007, concernente la prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo, si è previsto un sistema di "segnalazione di operazioni sospette" (art. 41) cui sono tenuti una serie di soggetti indicati dalla normativa, tra i quali gli uffici della pubblica amministrazione, compresi gli enti della sanità pubblica.
Il sistema prevede l'individuazione da parte di ciascuna pubblica amministrazione di un soggetto "gestore", il quale:

- può ricevere informazioni e segnalazioni da parte di operatori appartenenti ad alcune individuate articolazioni organizzative in relazione a possibili e sospette operazioni di riciclaggio
- esegue la valutazione delle informazioni e, in presenza di concreti presupposti, provvede alla segnalazione alla Unità di informazione Finanziaria (UIF) presso la Banca d'Italia

Il "gestore" è individuato nella figura del Responsabile interaziendale per la trasparenza e la prevenzione della corruzione (RPCT), con effetto per entrambe le Aziende Sanitarie.

COORDINAMENTO COL SISTEMA PERFORMANCE

I sistemi generali di Anticorruzione e Trasparenza prevedono obbligatoriamente forme di coordinamento col ciclo di gestione della performance, appunto a garantire un diretto collegamento tra le misure previste per la Trasparenza e la Prevenzione della Corruzione e gli obiettivi e le valutazioni delle attività dei dirigenti e delle unità organizzative.
Quanto sopra è stato rafforzato dalle disposizioni del decreto legislativo n. 97/2016.

L'opportunità del coordinamento tra Performance e Prevenzione Corruzione/Trasparenza è richiamata anche nel PNA 2019 soprattutto nel contesto del processo di gestione del rischio, laddove ritiene si debba "favorire l'integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della performance e il ciclo di gestione del rischio corruttivo".

Linee guida per lo sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della performance nelle Aziende e negli Enti del SSR Emilia Romagna
(DGR n.819 del 31 maggio 2021)

In materia si registra il provvedimento che detta, in Emilia Romagna per le Aziende Sanitarie, nuove linee guida per lo sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della performance, rientrante nelle competenze e funzioni dell'OIV unico regionale.

Uno sguardo ai contenuti.

Princìpi di riferimento:

- valorizzazione delle attività di pianificazione e programmazione pluriennali e annuali (per lo sviluppo di sistemi amministrativi più efficaci e convenienti)
- applicazione il più possibile omogenea e coordinata tra le Aziende (per creare sinergie e dare una lettura integrata e unitaria delle politiche sanitarie perseguite dal sistema regionale)
- esigenza di garantire leggibilità e utilizzo mirati ai vari strumenti di pianificazione e controllo (per rappresentare in modo chiaro ed efficace i risultati ottenuti dal sistema sanitario con gli strumenti di programmazione adottati)

I 3 ambiti di azione del Piano:

Performance aziendale
Programmazione triennale, mediante il Piano Performance, e rendicontazione annuale, mediante la Relazione annuale, secondo dimensioni della performance ed indicatori di risultato comuni per tutte le Aziende, in modo da assicurare coerenza di sistema e confrontabilità nel tempo e nello spazio

Performance Organizzativa
Livello che si sviluppa attraverso una serie di strumenti già attivi ed in particolare il processo di Budget e il correlato sistema di reporting e valutazione interna dei risultati delle strutture organizzative in cui si articola l'Azienda

Performance individuale
Livello che si sviluppa quale componente del Sistema di valutazione integrato del personale. Prospettiva annuale e interna, tesa a migliorare i risultati aziendali e la qualità dei servizi prodotti.

La scelta di adottare un Piano triennale di norma fisso e non a scorrimento consente, da un lato, di fornire un quadro strategico di riferimento chiaro e realmente orientato al medio-lungo periodo e, dall'altro, rinvia la definizione degli obiettivi annuali al processo di budget.

Dimensioni e aree della performance:

- dimensione di performance dell'utente
  (accesso, integrazione, esiti)

- dimensione di performance dei processi interni
  (produzione, appropriatezza, qualità, sicurezza, organizzazione, anticorruzione e trasparenza)

- dimensione di performance della ricerca, dell'innovazione e dello sviluppo (ricerca e didattica, sviluppo organizzativo)

- dimensione di performance della sostenibilità (economico finanziaria e investimenti)

Le linee guida propongono poi il collegamento con altri Piani e documenti (Pola, Azioni positive, fabbisogni personale), tra cui il PTPCT.
Il collegamento si realizza mediante la specifica area di performance dell'anticorruzione e trasparenza, che consente di focalizzare l'attenzione su questo importante ambito di attività. Nel Piano performance vanno inserite le strategie aziendali in materia e definiti i principali obiettivi; si rinvia al Piano per la prevenzione della corruzione e la trasparenza per informazioni più complete e dettagliate.

Collegamento operativo Performance/Anticorruzione e Trasparenza

Il coordinamento e l'integrazione fra gli ambiti relativi alla Performance, alla Trasparenza, alla Anticorruzione si è realizzato nelle due Aziende prevedendo che gli obiettivi e le misure contenute nel Piano per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza costituiscano obiettivi ed azioni da considerare nei rispettivi **Piani aziendali triennali della Performance, nei Piani delle Azioni e nei Documenti di Budget annuali.**

Di ciò vi è conferma dall'edizione 2018/2020 dei Piani Performance di entrambe le Aziende e considerazione conseguente nei rispettivi documenti di programmazione annuale.

E precisamente, per entrambe le Aziende Sanitarie:

- nei **Piani Performance** sono inseriti gli obiettivi strategici e obiettivi con indicatori riferiti a:
  - assolvimento obblighi di trasparenza
  - centralizzazione acquisti beni e servizi
  - accessi civici pervenuti e trattati

- nei **Piani delle Azioni** annuali
  - l'osservanza di azioni e misure contenute nel piano per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza

- nelle **Schede di Budget** annuali delle unità organizzative sono inseriti gli obiettivi:
  - diffusione dei contenuti del Piano per la prevenzione della corruzione e la trasparenza
  - diffusione del Codice di Comportamento
  - valutazioni inerenti alle ipotesi di conflitti di interesse comunicate dagli operatori, da parte dei superiori gerarchici, secondo le disposizioni del Codice di Comportamento.

ATTIVITA' E MONITORAGGI 2021
Dati e informazioni: accessi civici, segnalazioni, procedimenti disciplinari, dichiarazioni Codice di Comportamento, attività varie

Si ritiene utile indicare alcune delle attività più significative svolte nell'anno 2021 e sino al momento di approvazione del presente Piano, in ragione di risorse ed opportunità.

Certamente l'annata è stata ancora segnata, e lo è tuttora, dall'**emergenza sanitaria da covid-19**: una situazione straordinaria che ha visto per buona parte delle unità organizzative delle due Aziende condizionata significativamente l'ordinaria attività.

Gli impegni legati all'emergenza hanno reso particolarmente difficili alcuni adempimenti ordinari, limitando disponibilità e risorse.

Monitoraggi Trasparenza/Obblighi di pubblicazione

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

Monitoraggi generali sono stati svolti direttamente dal RPCT:

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

- nel novembre 2021 verifica generale che ha condotto alla risistemazione degli "alberi" delle sezioni "Amministrazione Trasparente" e dei vari spazi e sottosezioni, oltre a specifici contenuti oggetto di indicazioni da parte di OIV, anche a seguito del monitoraggio sulle griglie pubblicate dalle Aziende Sanitarie successive alla verifica di maggio/giugno

- Sulle novità in materia di obblighi di pubblicazione si è dato avvio/continuità alle pubblicazioni relative ai seguenti temi:
  - Interventi Straordinari e di Emergenza
  - Erogazioni Liberali (in Interventi straordinari e di emergenza)
  - Investimenti pubblici

  Gli argomenti saranno trattati nelle successiva Sezione Trasparenza.

Attestazione assolvimento obblighi di Trasparenza 2021

L'Autorità Nazionale Anticorruzione promuove annualmente la verifica sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione, disciplinata con specifiche deliberazioni (per l'anno 2021 la n. 294/2021).

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

Il percorso per l'anno 2021 si è svolto con tempi diversi rispetto agli scorsi anni:

- data fissata per la verifica delle pubblicazioni 31 maggio
- attestazioni finali dell'OIV in data 29 giugno
- pubblicazione attestazioni nelle sezioni web "Amministrazione Trasparente" di AUSL e AOU entro il 30 giugno
- comunicazione ad ANAC della pubblicazione delle Griglie di verifica il 30 giugno (adempimento non previsto negli scorsi anni).

Le attestazioni OIV riportano esito positivo delle verifiche effettuate.

Monitoraggio Accessi Civici "generalizzati"

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

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

Il monitoraggio di fine anno, mediante raccolta di informazioni e documentazione presso le unità organizzative delle due Aziende, ha fatto registrare nell'anno 2021 complessivamente:

- **n. 11 richieste di accesso in AUSL**
- **n. 1 richieste di accesso in AOU.**

Gli argomenti in AUSL (e articolazioni aziendali competenti):

- n. 4 per informazioni su strutture e personale per prestazioni di interruzioni volontarie di gravidanza (Direzione Sanitaria)
- n. 1 per informazioni sul green pass per covid-19 (URP Distretto di parma)
- n. 1 per informazioni su sospensione di alcuni servizi in presenza dell'emergenza sanitaria (Direzione Sanitaria)
- n. 1 per informazioni su una gara d'appalto (Area Logistica)
- n. 1 per informazioni su medici vaccinatori (Direzione Sanitaria)
- n. 1 per servizi di dialisi (Direzione Sanitaria)
- n. 1 per informazioni su vaccini anti covid-19 (Servizio Farmaceutico)
- n. 1 per informazioni su elenco nominativo dipendenti e caselle posta elettronica (RPCT)

Gli argomenti in AOU (e articolazioni aziendali competenti):

- n. 1 per informazioni sulle Schede Dimissione Ospedaliera (Direzione Sanitaria)

Tutte le istanze sono state trattate dalle strutture competenti.

I numeri sugli accessi "generalizzati degli anni precedenti sono stati considerati nei precedenti Piani. A titolo di completezza:

- *anno 2017 n. 8 accessi (7 AUSL e 1 AOU)*
- *anno 2018 n. 8 accessi (6 AUSL e 2 AOU)*
- *anno 2019 n. 15 accessi (13 AUSL e 2 AOU)*

- *anno 2020 n. 9 accessi (4 AUSL e 5 AOU)*

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

Richieste di Riesame al RPCT

- Presentate n. 2 istanze di Riesame al RPCT (art. 5, comma 7, decreto legislativo n. 33/2013), 1 in AUSL e 1 in AOU, sul medesimo argomento (a seguito istanza di accesso civico generalizzato in entrambe le Aziende in tema di strutture e personale per prestazioni di interruzioni volontarie di gravidanza

Accesso civico "semplice"

Nel 2021 non sono pervenute istanze di accesso civico semplice.

Dal 2014 sono complessivamente pervenuti n. 9 accessi civici "semplici" (n. 5 AUSL e n. 3 AOU); soddisfatte le pubblicazioni richieste.

Osservazioni conclusive

- si registrano oggettive e motivate difficoltà da parte dei richiedenti a configurare le istanze come accessi "semplici" o "generalizzati", in ragione degli effettivi contenuti delle varie richieste, con utilizzo inappropriato della modulistica a disposizione sul sito web

- la modulistica per gli accessi civici, semplici e generalizzati, rivista e approntata nel 2019, sono disponibili mediante accesso diretto dalla pagina di apertura delle sezioni web "Amministrazione Trasparente" di AUSL e AOU.

Giornata della Trasparenza 2021

Si è svolta il 9 novembre 2021 presso l'Aula Magna dell'Università di Parma, in collaborazione tra Università e Aziende Sanitarie di Parma, come avviene ormai da alcuni anni.

Il titolo della giornata "Trasparenza e qualità dell'Amministrazione alla prova della pandemia". Per le Aziende Sanitarie sono state svolte 2 Relazioni: una del RPCT interaziendale in ordine alla gestione operativa degli istituti riferiti alla trasparenza, l'altra dalle referenti funzione privacy delle due Aziende Sanitarie in tema di equilibrio tra privacy e trasparenza.

Sullo sfondo dell'iniziativa è stato ribadito quanto segue. La trasparenza è uno dei principi cardine dell'azione amministrativa e uno degli strumenti di maggiore valore nell'ottica della prevenzione della corruzione. E' un obiettivo da perseguire, consentendo al cittadino di partecipare ai processi decisionali dell'amministrazione pubblica e di controllare il perseguimento dell'interesse pubblico e il corretto uso delle risorse pubbliche. La trasparenza va intesa anche come criterio di chiarezza, nel senso che i dati e le informazioni da pubblicare devono essere comprensibili, facilmente consultabili, completi, tali da non generare equivocità.

Segnalazione presunti illeciti/irregolarità

AUSL
Pervenute n. 2 segnalazioni (di cui 1 consiste in un insieme di missive in relazione a procedura concorsuale).

AOU
Pervenute n. 3 segnalazioni, di cui 1 in modo anonimo

Tutte le segnalazioni, rimesse alle strutture competenti, sono state trattate.

Nessuna delle segnalazioni indicate, od altre, è pervenuta mediante la piattaforma informatica dedicata al whistleblowing.

Codice di Comportamento

Nell'anno 2021 è proseguita l'attività di diffusione del Codice, in particolare presso le rispettive unità organizzative da parte dei dirigenti responsabili.

L'attività di diffusione, infatti, è inserita tra gli obiettivi di Performance, in particolare nei rispettivi budget/piani azioni (come detto in parte precedente sul sistema attivo nelle due Aziende).

Procedimenti disciplinari (anche per violazioni Codice di Comportamento)

AUSL

- n. 13 procedimenti disciplinari complessivi, di cui:
  - n. 11 area comparto (6 conclusi con sanzioni, 3 archiviati, 2 non conclusi)
  - n. 2 area dirigenza (1 con sanzione e 1 archiviato)

AOU

- n. 16 procedimenti disciplinari complessivi, di cui:
  - n.12 area comparto (8 con sanzione, 3 archiviati, 1 non concluso)
  - n. 1 area dirigenza (archiviato)

Adempimento RASA gennaio 2021
(contratti pubblici 2020)

Si conferma l'avvenuto adempimento richiesto al RASA ai sensi dell'art.1, comma 32, delle legge n. 190/2012, relativo alla pubblicazione dati sui contratti pubblici.

L'adempimento, che avviene in forma digitale, ha registrato esito positivo (AUSL e AOU), come comunicato dal RASA interaziendale.

Dichiarazioni conflitto interesse ed altri (modulistica in piattaforma GRU) Report 2021

L'acquisizione delle dichiarazioni da parte del personale dipendente, secondo le prescrizioni del Codice di Comportamento, è stata avviata nel 2018. Avviene mediante la piattaforma informatica GRU - Portale del Dipendente, unica a livello regionale, con elaborazione e manutenzione sempre a livello regionale, dove è operativo un organismo denominato "cabina di regia GRU Risorse Umane".

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

- attua le disposizioni della legge regionale n. 9/2017 (art. 5)
- attua le disposizioni del Codice di Comportamento
- ha periodicità annuale.

Delle dichiarazioni effettuate nell'autunno 2020 si è dato esito nel Piano 2021/2023.

Per il 2021 la raccolta è stata avviata con la nota di data 21 ottobre 2021 , pubblicata, rivolta a tutto il personale, contenente ogni indicazione e specificazione necessaria a favorire gli adempimenti (e approfondimento sul tema centrale del conflitto di interesse).
Periodo di raccolta indicato: 25 ottobre/31 dicembre 2019

L'attività è stata curata dal Dipartimento Risorse Umane, in collaborazione col RPCT.

A riepilogare la modulistica collocata in piattaforma:

- **Modulo 1 - Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interesse (tutti)**

- **Modulo 1 bis - Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interesse (dirigenza)**

- **Modulo 2 - Comunicazione adesione/appartenenza ad associazioni od organizzazioni (tutti)**

- **Modulo 3 - Obbligo di astensione (tutti, ma solo in caso di dovuto utilizzo)**
- **(Modulo - Dichiarazione Patrimonio/Reddito dirigenti). Questa acquisizione al momento è efficace solo per i Direttori di vertice aziendali, sospesa per la dirigenza**

- **Modulo 4 - Prevenzione conflitti di interesse in sede di assegnazione del personale - parentele/affinità (tutti).**

Si ricorda che le dichiarazioni sono acquisite a sistema: visibili all'interno da chi è tenuto per norma (superiore gerarchico in caso di conflitto di interessi), non sono soggette a pubblicazioni (le pubblicazioni delle dichiarazioni di patrimonio e reddito dirigenti sono sospese a livello nazionale, come più avanti si specificherà).

Il nuovo Modulo 4
(prevenzione conflitti di interesse in sede di assegnazione del personale)

Il Modulo 4 è stato introdotto nel 2021 (Nota al personale del 29 novembre 2021), quando erano già state avviate le acquisizioni delle altre dichiarazioni, sulla base di precise

indicazioni omogenee a livello regionale e con efficacia per tutte le Aziende Sanitarie regionali. Compilazione dichiarazione prevista nel periodo 29 novembre - 31 dicembre 2021.

Norme

L'art. 18 bis della legge regionale n. 43/2001 (inserito dalla legge regionale n, 24/2019) prevede per tutti gli enti del sistema regionale, Aziende Sanitarie comprese, che:

"In sede di assegnazione del personale devono essere adottate le misure necessarie ad evitare che dipendenti legati da vincoli di parentela o di affinità sino al secondo grado, di coniugio o convivenza, prestino servizio in rapporto di subordinazione gerarchica diretta. Tali misure sono applicabili purché l'assegnazione risulti compatibile con i requisiti professionali posseduti.

Il personale in servizio che si trovi in una delle condizioni di cui al comma 2 è assegnato ad altra struttura organizzativa dello stesso ente o agenzia, purché in posizione compatibile con i requisiti professionali posseduti. In tali casi possono essere attivate anche procedure di mobilità interna nel rispetto delle disposizioni contrattuali vigenti".

Si richiama anche l'art. 4, comma 2, del Codice di Comportamento, nel quale si sancisce un obbligo di astensione dei dipendenti pubblici in ordine a decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, di parenti o conviventi.

Contenuti

Gli aspetti sono relativi a :

- evitare assegnazioni di servizio che comportino gerarchia diretta tra soggetti legati da vincoli di parentela/affinità sino al secondo grado, ovvero coniugio o convivenza

- qualora siano presenti tali casi, occorre una nuova assegnazione ad altra unità organizzativa

- valutazione di compatibilità in ordine ai requisiti professionali per l'assegnazione e l'impiego.

Misure

Le misure nelle nostre due Aziende, in base anche ad indicazioni regionali, sono le seguenti:

- autodichiarazione nel contesto della procedura di assunzione e assegnazione del Dipartimento Risorse Umane (sulla eventuale sussistenza di rapporti di cui si parla)

- compilazione modulo specifico in piattaforma GRU (modulo 4), obbligatoria per tutto il personale operante, in aggiunta alla modulistica già attiva, in cui dichiarare l'eventuale sussistenza di vincoli di parentela/affinità(sino al 2°grado), coniugio, convivenza

- superiore gerarchico di ciascuno: è colui che vede l'eventuale dichiarazione di conflitto per parentela o affinità e deve attivarsi per la modifica dell'assegnazione

Modifica assegnazione

Il superiore gerarchico:

- provvede direttamente alla modifica dell'assegnazione nel caso in cui ne abbia il potere/competenza (es. direttori di macrostruttura organizzativa)

- se non competente, informa il proprio capo struttura, il quale procede

- criterio: si segue la scala gerarchica verso l'alto, sino alla rispettiva Direzione aziendale

- ogni modifica dell'assegnazione deve essere compatibile con i requisiti professionali posseduti; in caso di esclusività assoluta nell'impiego la conferma dell'assegnazione deve essere espressamente motivata con nota in atti

- ogni modifica di assegnazione deve essere comunicata al Dipartimento Risorse Umane.

Controlli

I controlli a campione e a cadenza annuale sui casi di conflitto dichiarati e trattati saranno effettuati dai Servizi Ispettivi delle rispettive Aziende, nell'ambito di competenze e funzioni già attribuite riferite ad aspetti del rapporto di lavoro.

Di seguito gli **esiti/percentuali di adesione dell'acquisizione dichiarazioni a fine 2020** (dal report realizzato dal settore competente del Dipartimento Risorse Umane):

AUSL
Modulo 1 - Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interesse (tutti)
53,00%
Modulo 1 bis - Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interesse (dirigenza)
51,00%
Modulo 2 - Comunicazione adesione/appartenenza ad associazioni od organizzazioni (tutti)
53,00%
Modulo 4 - Prevenzione conflitti di interesse in sede di assegnazione del personale
37%

AOU
Modulo 1 - Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interesse (tutti)
51,00%
Modulo 1 bis - Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interesse (dirigenza)
43,00%
Modulo 2 - Comunicazione adesione/appartenenza ad associazioni od organizzazioni (tutti)
51,00%
Modulo 4 - Prevenzione conflitti di interesse in sede di assegnazione del personale
38%

Precisazione per il modulo Dichiarazione Patrimonio e Reddito dirigenti

In ragione dei contenziosi e delle incertezze normative, con Nota Regionale del 23 dicembre 2019 si sono invitate tutte le Aziende Sanitarie regionali a sospendere l'acquisizione a sistema delle dichiarazioni di patrimonio/reddito da parte dei dirigenti. AUSL e AOU di Parma hanno immediatamente aderito, inserendo in piattaforma un comunicato di sospensione.

Sospensione confermata con ulteriore Nota della Direzione generale Cura della Persona, Salute e Welfare ER n. 518094 del 26 maggio 2021 (in quanto non ancora adottato il regolamento governativo di delegificazione per l'individuazione dei dati che le amministrazioni devono pubblicare con riguardo ai titolari di incarichi dirigenziali).

Allo stato, quindi, vi è ancora sospensione.

Da confermare comunque che le due Aziende, come su tutto il territorio regionale, hanno sempre escluso la "pubblicazione" delle dichiarazioni, in virtù delle disposizioni applicabili del decreto legislativo n. 33/2013 come modificato dal decreto legislativo n. 97/2016.

L'acquisizione di dette dichiarazioni (senza pubblicazione) è confermata per i Direttori di vertice delle Aziende (acquisite regolarmente in piattaforma GRU).

Nella Sezione Trasparenza del presente Piano sono riportate tutte le specificazioni in argomento.

Monitoraggi relazioni di attività delle unità organizzative sulle misure di prevenzione della corruzione

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

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

Le Relazioni sono state rese entro il 31 dicembre 2021, come indicato dal Piano 2021/2023, con la trattazione dei seguenti aspetti, come richiesto:

- attività svolte su ciascuna delle Misure Generali (Tabella Allegato 1) in cui l'Unità Organizzativa è coinvolta, compresa la possibile attuazione della Rotazione
- attività svolte su quanto considerato nelle Tabelle Allegati 2 e 3 relative a processi/rischi/Misure Specifiche, anche speciali covid-19 (considerando i rischi riportati in Tabella Allegato 4)
- l'illustrazione dei contenuti principali del Piano in incontri presso la rispettiva Unità Organizzativa
- il richiamo ai contenuti principali del Codice di Comportamento in incontri presso la rispettiva Unità Organizzativa
- conferma e numero casi di eventuale trattazione di conflitti di interesse riguardanti gli operatori presso la rispettiva Unità Organizzativa

- l'assicurazione delle attività in materia di Obblighi di Pubblicazione nelle sezioni web "Amministrazione Trasparente" (Tabella Allegato 8)
- la trattazione degli eventuali casi di accesso civico "generalizzato".

Di particolare rilievo i seguenti specifici aspetti di attività (e struttura organizzativa di riferimento):

- attività vaccinale (Dipartimento Sanità Pubblica)
- rotazione del personale dirigente e di comparto sulle funzioni di vigilanza nelle varie aree igiene e veterinaria (Dipartimento Sanità Pubblica)
- erogazione sussidi, e controlli relativi, ad utenti dei Centri e Servizi di Salute Mentale (Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche)
- verifiche sulle prestazioni di assistenza domiciliare integrata (Dipartimenti Cure Primarie)
- verifiche sulle erogazioni di presìdi di assistenza protesica (Dipartimenti Cure Primarie)
- vaccinazioni a domicilio (Dipartimenti Cure Primarie)
- verifiche periodiche in materia di liste di attesa, libera professione, accesso ditte pompe funebri (Presidio Ospedaliero AUSL)
- monitoraggio prescrittivo (Dipartimento Farmaceutico interaziendale e Area Farmaceutica AOU)
- verifiche conflitti di interesse nell'accesso alla formazione sponsorizzata, in attesa di specifico regolamento (Dipartimento Risorse Umane)
- mantenimento livello tempi di pagamento nei cicli di liquidazione (Area Economico Finanziaria)
- aggiornamenti servizi in rete a dati vari in relazione alle pubblicazioni nelle sezioni web "Amministrazione Trasparente" (ICT)
- implementazione del progetto di sistema di controllo interno (Internal Auditing)
- verifiche sulla gestione amministrativa dei docenti personale universitario che svolge attività assistenziale (Servizio Rapporti Istituzionali AOU)
- verifiche e miglioramenti sul percorso di pubblicazione dei provvedimenti (Aree Affari generali AUSL e AOU)
- creazione e avvio piattaforma informatica a fini di ricerca scientifica (Area Innovazione e Ricerca AOU)
- verifiche sulle attività nell'ambito del programma regionale per la gestione diretta dei sinistri (Servizio Attività Giuridico Amministrativa AOU)
- verifiche andamento economico gestionale costi/rette utenti vari (Dipartimento Valutazione e Controllo AUSL)
- verifiche premi di operosità specialisti ambulatoriali (Dipartimento Risorse Umane)
- gestione amministrativa graduatoria provinciale inserimento in posti alta valenza pazienti con gravissime disabilità acquisite (Direzione Attività Socio Sanitarie AUSL)
- verifiche nelle procedure in ambito contratti pubblici (Aree del Dipartimento Tecnico e Logistica).

Mappatura processi/procedimenti/attività

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

Dal Piano interaziendale 2017/2019 si è disposto un aggiornamento della mappatura processi, con valutazione dei rischi e contestuali proposte di misure.

L'aggiornamento è stato disposto annualmente con i Piani successivi; effettuato da parte di tutte le unità organizzative indicate nel Piano, è stata utilizzato per l'elaborazione della Tabella misure di prevenzione specifiche per le unità organizzative allegata alle vari edizioni del Piano.

Col Piano 2021 si è avuto un nuovo aggiornamento della mappatura processi/procedimenti/attività, insieme all'attivazione di un nuovo metodo di analisi e valutazione dei rischi, come indicato dal PNA 2019 (vedi Tabella 4 allegata al piano 2021)

Informazioni e attività varie 2021

Programmazione regionale 2021 (DGR n. 1770 del 2 novembre 2021)

In materia di politiche di prevenzione della corruzione e promozione trasparenza, la programmazione regionale ha indicato, in particolare:

- seguire le indicazioni condivise al tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia
- raccolta dichiarazioni Codice di Comportamento mediante la piattaforma GRU (indicatore specifico)
- applicazione principio della rotazione (laddove possibile).

Detti aspetti sono stati trattati ed hanno informato le attività delle articolazioni aziendali secondo il rispettivo coinvolgimento.

Vigilanza Regione Emilia Romagna in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza

La Regione conduce da due anni una specifica vigilanza in materia sugli enti pubblici in controllo, dunque anche sulle Aziende Sanitarie, mediante la struttura del RPCT della Regione stessa.
La metodologia consiste nella compilazione di un questionario che investe tutti i principali istituti di trasparenza e prevenzione della corruzione.

La richiesta di compilazione questionari è pervenuta il 10 giugno 2021, con termine il 31 luglio; il 16 luglio sono stati forniti i riscontri dal RPCT interaziendale per AUSL e AOU. L'esito positivo delle verifiche è stato comunicato con nota del 21 ottobre 2021 dal Servizio Gestione Amministrativa della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare.

Tracciabilità flussi finanziari

Adottate deliberazioni contenenti un vademecum specifico (delibera AUSL n.241 del 25 marzo 2021, delibera AOU n. 336 del 31 marzo 2021)

Piano di Audit e Sistema Controllo Interno

Adottato il Piano di Audit 2021/2023, con efficacia interaziendale (delibera AOU n. 757 del 20 luglio 2021

Adottato il Sistema di Controllo Interno con efficacia interaziendale (delibera AUSL n. 702 del 7 dicembre 2021 e delibera AOU n.689 del 23 giugno 2021)

Censimento DEC (Direttori Esecuzione del Contratto)

Effettuato un primo censimento dei DEC in ambito contratti pubblici (delibera AOU n. 1074 del 17 novembre 2021)

Area Ricerca e Innovazione AOU

Riorganizzata l'area Ricerca e Innovazione di AOU, in relazione al rilievo ed alla delicatezza dei temi coinvolti, con l'approvazione di un nuovo progetto (delibera AOU n. 61 del 27 gennaio 2021).

L'Area è ora articolata in n. 3 settori:

- Ricerca Sperimentale ed Epidemiologica
- Gestione Giuridico Amministrativa degli Studi
- Grant Office e valorizzazione dei prodotti della ricerca.

Verifiche inconferibilità/incompatibilità ex decreto legislativo n. 39/2013

Nel corso del 2021 sono state effettuate le verifiche in materia di inconferibilità e incompatibilità ex decreto legislativo n. 39/2013 sugli incarichi di Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo di entrambe le Aziende per gli anni 2020/2021, come previsto per il comparto sanità (esiti negativi per tutti i soggetti che si sono avvicendati su detti incarichi).
Le verifiche sono state condotte dall'Area Risorse Umane, come da funzioni di prassi.

Indicazioni regionali

In materia, si evidenzia che il tema delle verifiche di inconferibilità/incompatibilità degli incarichi dirigenziali è stato oggetto di un incontro del tavolo regionale in data 20 ottobre 2021. Il motivo risiedeva nell'analisi degli orientamenti ulteriormente proposti da ANAC con propria delibera n. 1201/2019, per i quali sembrerebbe siano da sottoporre a verifica gli incarichi dirigenziali in sanità aventi contenuto "gestionale", riferiti a tutti i ruoli, compreso quello sanitario.

La disamina degli orientamenti, dopo un confronto al tavolo, ha condotto a mantenere la situazione attuale, che vede l'effettuazione delle verifiche solo per i vertici delle Aziende Sanitarie, come peraltro previsto dalla normativa. Si è ritenuto quindi che ogni modifica in materia dovrebbe trovare il presupposto in interventi normativi chiari.

Secondo la linea descritta, è stata inviata specifica nota ad ANAC (di data 3 novembre 2021 della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare) che illustra le motivazioni della posizione di Regione Emilia Romagna.

Incontri di AUDIT interno del RPCT

Il Piano interaziendale AUSL/AOU 2021/2023 per la Trasparenza e la Prevenzione della Corruzione prevede che le unità organizzative presentino una Relazione annuale sulle attività inerenti le misure generali e specifiche, compresi gli adempimenti in materia di obblighi di pubblicazione, di diffusione del Codice di Comportamento, di trattazione eventuali casi di conflitti di interesse e di accessi civici generalizzati.

Per rafforzare il monitoraggio complessivo del Piano ed attuare controlli di secondo livello a campione, il Piano prevede che il RPCT possa effettuare incontri specifici di Audit presso alcune unità organizzative, aziendali o interaziendali.

Gli incontri di audit sono programmati e fissati nel periodo finale dell'anno, per maggiore efficacia e tenuto conto che il Piano è stato approvato a fine marzo 2021.

Unità organizzative individuate e incontrate:

- Servizio interaziendale Economico Finanziario
- Servizio Affari Generali AUSL
- Distretto Parma AUSL
- Dipartimento Salute Mentale
- Servizio interaziendale Logistica e gestione amministrativa lavori pubblici

Modalità:

- incontro con la Direzione dell'unità organizzativa
- disamina degli argomenti oggetto di audit
- verbalizzazione

Argomenti/Attività/Adempimenti

- conoscenza e diffusione del Piano
- misure generali contenute nel Piano e di interesse per l'unità organizzativa
- misure specifiche contenute nel Piano e di interesse per l'unità organizzativa
- analisi/aggiornamento mappatura processi e valutazione rischi
- conoscenza e diffusione Codice di Comportamento
- avvio procedimenti disciplinari per violazioni Codice di Comportamento
- rotazione del personale (ordinaria e straordinaria)
- trattazione casi conflitto di interesse
- obblighi di pubblicazione (Trasparenza)
- trattazione accessi civici
- coordinamento col sistema performance

I verbali degli incontri di Audit sono agli atti presso il Servizio Trasparenza e Integrità/RPCT.

Incontri di informazione/formazione e diffusione

Nel 2021, in ragione delle oggettive difficoltà derivanti dall'emergenza sanitaria da covid-19, non si sono potute svolgere molte attività di informazione e formazione come gli anni precedenti.

Da segnalare:

- gli incontri indetti e tenuti dalle varie unità organizzative per la diffusione dei contenuti del Piano per la prevenzione della corruzione e del Codice di Comportamento (attività prevista per le unità organizzative nel Piano performance e nei documenti di budget)

- n. 3 incontri generali interaziendali tenuti dal RPCT, con il supporto didattico di numerose slide, in presenza, con la partecipazione delle dirigenze e di collaboratori di area comparto delle due Aziende per illustrare contenuti ed adempimenti del Piano (e Codice di Comportamento) nelle seguenti date:
  - 21 giugno 2021 (in AUSL)
  - 22 giugno 2021 (in AUSL)
  - 26 luglio 2021 (in AOU)

- Giornata Trasparenza tenutasi il 9 novembre 2021, aperta a tutti, come più sopra descritto.

Relazioni annuali RPCT

Per la Relazione annuale sulle attività di prevenzione, a cura del Responsabile interaziendale, la legge n. 190/2012 - art.1, comma 14, 3° e 4° periodo - prevede:

"Entro il 15 dicembre di ogni anno, il dirigente individuato ai sensi del comma 7 del presente articolo [il Responsabile per la prevenzione della corruzione] pubblica nel sito web dell'amministrazione una relazione recante i risultati dell'attività svolta e la trasmette all'organo di indirizzo politico dell'amministrazione (ora anche all'OIV). Nei casi in cui l'organo di indirizzo politico lo richieda o qualora il dirigente responsabile lo ritenga opportuno, quest'ultimo riferisce sull'attività".

L'Autorità Nazionale Anticorruzione predispone, quale modello di Relazione, una **scheda standard,** in formato excel e articolata in tre sezioni, unica ed obbligatoria per tutte le amministrazioni pubbliche; una volta compilata, la stessa deve essere pubblicata nello stesso formato sulla sezione web "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale, sottosezione "Altri contenuti - Anticorruzione".

La Relazione è atto proprio del Responsabile della trasparenza e prevenzione della corruzione e non richiede l'approvazione degli organi di vertice delle amministrazioni.

In base alle innovazioni introdotte dal decreto legislativo n. 97/2016, OIV (OAS) ha competenza ad analizzare e verificare le Relazioni annuali RPCT sulle attività di prevenzione della corruzione e trasparenza.

Per la Relazione relativa all'anno 2020 A.N.AC. ha individuato il termine del 31 marzo 2021, data entro la quale sono state pubblicate regolarmente le Relazioni annuali per AUSL e AOU.

A seguito di analisi successiva dell'OIV sono state riscontrate alcune imprecisioni, motivo per cui si è proceduto alla pubblicazione di errata corrige in data 15 giugno 2021.

Tavolo regionale Direzione Generale Salute/OIV/RPCT Aziende Sanitarie

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

Assicurata nel 2021 la partecipazione agli incontri del tavolo, con modalità telematica per l'emergenza sanitaria.

Rete regionale per l'Integrità e la Trasparenza

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

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

Quale Referente del settore Sanità regionale nell'ambito del rinnovo 2021 del tavolo di coordinamento della Rete per l'Integrità e la Trasparenza, è stato indicato dai RPCT delle Aziende Sanitarie il collega Diego Nenci, RPCT dell'AUSL di Modena.

CONTESTO ESTERNO E INTERNO
Mappatura processi principali per Aree di rischio PNA
Analisi e Valutazione dei rischi
(rif. Allegati 2, 5, 10)

CONTESTO ESTERNO

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

La Rete Regionale per l'Integrità e la Trasparenza, cui le due Aziende Sanitarie di Parma aderiscono dal 2017 insieme a molte amministrazioni pubbliche appartenenti ai diversi comparti ed aree, ha messo a disposizione una documentazione, di rilievo regionale, con varie informazioni generali sul contesto esterno. Costituisce il prodotto di una collaborazione interistituzionale, per condividere, tra tutti i "Responsabili della prevenzione della corruzione e Trasparenza" degli enti aderenti, documenti e criteri di riferimento per la descrizione del contesto, socio-economico e criminologico, del territorio regionale emiliano-romagnolo, nella fase di aggiornamento dei Piani triennali di prevenzione della corruzione e della Trasparenza delle amministrazioni (si tratta del secondo capitolo).

Il documento di descrizione ed analisi del Contesto Esterno è rappresentato dall'**Allegato 10.**

E' articolato in n. 2 capitoli di descrizione:

- **Misure sanitarie e finanziarie per fronteggiare l'emergenza coronavirus - livello nazionale** (da Documento 20 dicembre 2021 Ufficio Studi Sanità welfare della Camera dei Deputati)

- **Contesto Economico e Quadro Criminologico regionale**
  (fornito dalla Rete regionale Emilia Romagna Trasparenza e Integrità)

CONTESTO INTERNO

Per i temi

- **Assetti e organizzazione delle due Aziende Sanitarie di Parma**
- **Processo di gestione del rischio**

si rimanda alle descrizioni contenuta nei precedenti capitoli sulle Aziende Sanitarie e sul sistema di Prevenzione/Trasparenza e PTPC.

Per quanto riguarda informazioni di varia natura sull'**emergenza sanitaria da covid-19**, nelle sezioni "Amministrazione Trasparente" di entrambe le Aziende sono disponibili notizie e dati, in continuo aggiornamento (vedi spazio Interventi Straordinari e di Emergenza).

Mappatura Processi Principali - Registro Rischi (articolata per Aree di Rischio PNA)

Come anticipato nel precedente capitolo sulle attività svolte nel 2021, sono state aggiornate le mappature di processi e attività, insieme all'attivazione di un nuovo metodo di analisi e valutazione dei rischi, come indicato dal PNA 2019.

Gli esiti delle mappature sono rappresentate da diversi allegati al Piano, e comprendono:

- **MAPPA PROCESSI PRINCIPALI - REGISTRO RISCHI (Allegato 2)**

Si tratta della mappatura articolata per Aree di Rischio indicate dal Piano Nazionale Anticorruzione

L'attività di aggiornamento delle mappature conduce anche ad ulteriori tabelle, che comprendono ulteriori processi ed attività rispetto alla Mappa processi principali:

- **TABELLE PROCESSI/RISCHI/MISURE DI PREVENZIONE SPECIFICHE (Allegato 3)**
  E' la tabella completa di tutti i processi/attività, articolata per unità organizzativa, al fine di favorire maggiore chiarezza ed operatività

- **TABELLA CON ALCUNI PROCESSI SPECIALI/RISCHI/MISURE SPECIFICHE con riferimento all'EMERGENZA SANITARIA DA COVID-19 (Allegato 4)**

NB. Si valuterà in seguito di programmare, nell'ambito dei prossimi aggiornamenti delle mappature, di arricchire la Mappa Processi Principali, e le Tabelle Rischi/Misure specifiche, con un maggiore dettaglio di "descrizione" dei processi, ai sensi dell'allegato al PNA 2019).

IL SISTEMA DI ANALISI E VALUTAZIONE DEI RISCHI

Come detto, l'aggiornamento mappature svolto nel 2020 doveva accompagnarsi ad un nuovo metodo di analisi e valutazione rischi; per ciascun processo/attività ricompreso nella tabella generale e completa (ora Allegati 2 e 3).

Col Piano 2020 è stata delineata la nuova metodologia "qualitativa", con le necessarie indicazioni alle unità organizzative per l'applicazione. L'intera attività è stata resa, con la collaborazione del RPCT, il quale ha poi rianalizzato e reso i relativi esiti nella Tabella Allegato 4.

Di seguito la metodologia utilizzata.

Analisi/Valutazione Rischi

Il PNA 2019 (Allegato 1) propone una nuova metodologia, sostanzialmente una **analisi maggiormente approfondita e motivata dei possibili rischi di ciascun processo/attività (qualitativa).**

Si parte dal considerare quelli che sono definiti **“fattori abilitanti”** degli eventi corruttivi, e si indicano:

- mancanza di misure di trattamento del rischio e controlli
- mancanza di trasparenza
- eccessiva regolamentazione
- esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto
- scarsa responsabilizzazione interna
- inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi
- inadeguata diffusione della cultura della legalità
- mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione.

Detti fattori sono da tener presente quale ambienti e situazioni utili a meglio considerare i processi per i quali si va a valutare i rischi secondo indicatori specifici.

Si prosegue alla fase della **“stima del livello di esposizione del rischio”**, mediante l’utilizzo di n. **6 indicatori**:

- **livello di interesse “esterno”**
  la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio

- **grado di discrezionalità del decisore interno**
  la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato

- **manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata**
  se l’attività è già stata oggetto di eventi corruttivi in passato nell’amministrazione o in realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi

- **opacità del processo decisionale**
  l’adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio

- **livello di collaborazione del responsabile del processo o dell’attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del Piano**
  la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque risultare in una opacità sul reale grado di rischiosità

- **grado di attuazione delle misure di trattamento**
  l’attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi.

La considerazione di ciascuno dei 6 indicatori, per ciascun processo/attività, esita in una **valutazione complessiva**.

La stima di ciascun indicatore e della valutazione complessiva si rappresenta in forma sintetica mediante la seguente scala di 5 elementi:

rischio molto basso	→	**B-**
rischio basso	→	**B**
rischio moderato	→	**M**
rischio alto	→	**A**
rischio molto alto	→	**A+**

Il format della scheda segue le seguenti istruzioni:

colonna 1**: indicazione del processo/attività**
colonna 2**: indicazione dei rischi**
colonne degli indicatori**: inserimento di una delle 5 tipologie di stima sintetica (B-, B, M, A, A+)**
colonna di valutazione complessiva**: inserimento di una delle 5 tipologie di stima sintetica (B-, B, M, A, A+), in base a prevalenza/ponderazione delle stime sugli indicatori**
colonna motivazione: **inserimento di frase giustificatrice della valutazione complessiva**.

La valutazione complessiva rappresenta il dato da inserire poi nella tabella generale processi/rischi/misure.

La <u>Tabella Allegato 5</u> rappresenta l'applicazione della nuova metodologia di analisi e valutazione rischi per tutti i processi/attività considerati nelle complete mappature di cui agli Allegati 3 e 4.

ISTITUTI E MISURE GENERALI
(rif. Allegati 1, 6, 7)

Si tratta di istituti, misure e strumenti indicati dalla legge n. 190/2012 e nei decreti attuativi, orientati e meglio specificati nei Piani Nazionali Anticorruzione, che investono tutta o gran parte delle realtà delle due Aziende e dunque declinati nel Piano.
Si tiene anche conto di indicazioni regionali e di OIV su alcuni temi, oltre che del contesto specifico locale.

Trasparenza (Obblighi di pubblicazione e Accesso Civico)

I temi relativi saranno trattati nella successiva Sezione Trasparenza.

In particolare:

- Sezioni web "Amministrazione Trasparente"
- Flussi di dati e documenti
- Indicazioni per le pubblicazioni
- Trattazione accessi civici

Codice di Comportamento

Approvato con efficacia per entrambe le Aziende Sanitarie di Parma nel 2018.

Il testo è allegato al presente Piano 2021/2023 (**Allegato 6**).

Data l'importanza del tema, in quanto una delle principali misure previste dal Piano Nazionale Anticorruzione, si riportano le informazioni opportune, dai presupposti al percorso di approvazione, dai contenuti alla diffusione.

In entrambe le Aziende il primo Codice è stato approvato nel dicembre 2013 dopo l'effettuazione di un percorso di partecipazione degli stakeholder.
Il Piano 2018 ha previsto l'approvazione da parte delle due Aziende di un nuovo Codice, unico ed integrato interaziendale, sulla base di un modello da approvarsi in sede regionale con validità per tutte le Aziende Sanitarie regionali.

Il 29 maggio 2018 è stato approvato dalle due Aziende Sanitarie di Parma, con deliberazioni n. 348 di AUSL e n. 401 di AOU, il nuovo Codice di Comportamento, unico interaziendale, per tutto il personale nelle stesse operante, che sostituisce i precedenti.

Il Codice, le rispettive delibere di approvazione e la relazione illustrativa di accompagnamento sono pubblicate nelle sezioni web aziendali "Amministrazione Trasparente" (in Disposizioni Generali/Atti Generali) e nelle sezioni Anticorruzione, dove è presente anche il testo del DPR n. 62/2013 che ha approvato il Codice di comportamento nazionale in vigore.

Le norme

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

Il Codice rientra tra i vari elementi di cui si compone il sistema di prevenzione della corruzione disegnato dal legislatore. Col Piano Nazionale Anticorruzione si sono invitate le Amministrazioni a rivedere i Codici a suo tempo approvati (a fine 2013), in base agli aggiornamenti intervenuti ed alla maggior competenza acquisita in materia. I Codici aggiornati delle amministrazioni mantengono la funzione "integrativa" rispetto al Codice nazionale di cui al DPR n. 62/2013.

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

La scelta regionale

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

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

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

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

Il percorso

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

Il "percorso di partecipazione" di cui al secondo punto del precedente elenco, cioè una consultazione pubblica rivolta agli stakeholder di sistema (associazioni, organizzazioni sociali

e sindacali, ordini e collegi), è stato avviato in modo congiunto da AUSL e AOU; con la finalità di consentire la presentazione di eventuali proposte ed osservazioni sulla disciplina contenuta nel Codice, la cui considerazione ed accoglibilità era comunque rimessa all'amministrazione procedente.

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

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

L'approvazione

Poiché, in ragione dei percorsi di integrazione interaziendale, è elaborato e approvato dal 2017 un unico Piano integrato interaziendale per la prevenzione della corruzione e la trasparenza, con efficacia per l'intera organizzazione delle due Aziende Sanitarie di Parma, le Direzioni aziendali e il RPCT hanno ritenuto di procedere all'elaborazione di un testo unico interaziendale anche per il Codice di Comportamento, trattandosi di uno degli elementi di rilievo che vanno a comporre il sistema di prevenzione della corruzione e trasparenza.

Alcuni aspetti significativi

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

- il Codice rientra a pieno titolo nel sistema di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione, andando a costituire parte integrante e sostanziale del Piano triennale interaziendale per la Prevenzione della Corruzione e la trasparenza nei suoi aggiornamenti annuali

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

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

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

Principali temi:

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

Conoscenza/diffusione del Codice di Comportamento

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

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

Altri adempimenti

Dipartimento Risorse Umane

Acquisizione delle dichiarazioni da dipendenti e dirigenti mediante la piattaforma informatica GRU - Portale del Dipendente, secondo tempi e modalità concordate in sede regionale, in materia di:
- conflitti di interesse e astensioni
- interessi finanziari
- adesione od appartenenza ad associazioni e organizzazioni
- conflitti di interesse nell'assegnazione del personale
- dati di patrimonio e reddito per i dirigenti (attualmente sospesa)

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

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

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

- consulenza ed assistenza sulla corretta interpretazione e attuazione del Codice
- elaborazione di una relazione annuale da trasmettere al RPCT.

Regali

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

Conflitti di interesse

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

L'attuazione della norma è avvenuta con l'approvazione dei Codici di Comportamento, sia nazionale (DPR n. 62/2013) che aziendali.

Misura generale per tutte le unità organizzative è l'attenzione a situazioni di conflitto, concreto o potenziale, con le seguenti indicazioni (rif. art. 4 del Codice di Comportamento:

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

Può essere consultato il Responsabile aziendale, in particolare nei casi di valutazione complessi.

Per la segnalazione al proprio superiore gerarchico l'operatore può utilizzare la modulistica presente in piattaforma informatica GRU. In ogni caso è sempre possibile, e consigliabile, comunicazione formale scritta al superiore gerarchico.

Resta comunque confermata l'acquisizione annuale delle dichiarazioni in piattaforma GRU.

Altra misura, già in atto, è la verifica di possibili *conflitti di interesse per consulenti e collaboratori* incaricati di funzioni nell'ambito delle attività aziendali. L'attività di verifica è condotta dalle varie unità organizzative che propongono e gestiscono amministrativamente il rapporto col collaboratore o consulente. Dette attività risultano anche oggetto di pubblicazione nel relativo spazio in "Amministrazione Trasparente".

Dichiarazioni conflitto interesse ed altri (modulistica in piattaforma GRU)

Nel capitolo sulle attività 2021 si è detto dell'acquisizione delle dichiarazioni mediante modulistica presente in piattaforma GRU; acquisizioni attive da due annualità.

A riepilogare la modulistica collocata in piattaforma:

Modulo 1 - Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interesse (tutti)
Modulo 1 bis - Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interesse (dirigenza)
Modulo 2 - Comunicazione adesione/appartenenza ad associazioni od organizzazioni (tutti)
Modulo 3 - Obbligo di astensione (tutti ma solo in caso di dovuto utilizzo)
Modulo 4 - Prevenzione conflitti di interesse in sede di assegnazione del personale (tutti)
(nuovo modulo introdotto in novembre 2021)
Modulo - Dichiarazione Patrimonio/Reddito (dirigenti).

Poiché l'acquisizione delle dichiarazioni ha cadenza annuale sarà disposta nuova acquisizione nel 2022 e negli anni successivi a cura del Dipartimento Risorse Umane (in collaborazione RPCT) mediante piattaforma GRU (da programmare per i mesi autunnali).

Allo stato risulta sospesa l'acquisizione delle dichiarazioni patrimonio/reddito del personale dirigenziale, come già detto in precedenza. In attesa di eventuali nuove indicazioni nazionali e regionali.
Nella Sezione Trasparenza il tema sarà ripreso.

Segnalazione illeciti (Whistleblowing)

Si tratta del dipendente che effettua segnalazioni di illeciti (istituto descritto nel capitolo dedicato al sistema di prevenzione della corruzione).

Normative e linee guida

A.N.AC. ha approvato Linee Guida con determina n. 6 del 28 aprile 2015 sulla base della legge n. 190/2012 che ha novellato l'art. 54 bis del decreto legislativo n. 165/2001.

Poi la legge n. 179/2017 ha aggiornato e rafforzato la disciplina per la tutela

A.N.AC. con delibera n. 469/2021 ha approvato nuove linee guida, sostituendo quelle del 2015, in materia di tutela degli autori di segnalazioni in ragione di un rapporto di lavoro.

Si richiamano le disposizioni più importanti:

L'articolo 54 -bis del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, è sostituito dal seguente:
«Art. 54 -bis (Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti) . Il pubblico dipendente che, nell'interesse dell'integrità della pubblica amministrazione, segnala al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza di cui all'articolo 1, comma 7, della legge 6 novembre 2012, n. 190, ovvero all'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC), o denuncia all'autorità giudiziaria ordinaria o a quella contabile, condotte illecite di cui è venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro non può essere sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito, o sottoposto ad altra misura organizzativa avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro determinata dalla segnalazione.

L’adozione di misure ritenute ritorsive, di cui al primo periodo, nei confronti del segnalante è comunicata in ogni caso all’ANAC dall’interessato o dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nell’amministrazione nella quale le stesse sono state poste in essere. L’ANAC informa il Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei ministri o gli altri organismi di garanzia o di disciplina per le attività e gli eventuali provvedimenti di competenza.

Sull’identità del segnalante:
L’identità del segnalante non può essere rivelata. Nell’ambito del procedimento penale, l’identità del segnalante è coperta dal segreto nei modi e nei limiti previsti dall’articolo 329 del codice di procedura penale. Nell’ambito del procedimento dinanzi alla Corte dei conti, l’identità del segnalante non può essere rivelata fino alla chiusura della fase istruttoria. Nell’ambito del procedimento disciplinare l’identità del segnalante non può essere rivelata, ove la contestazione dell’addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione, anche se conseguenti alla stessa. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell’identità del segnalante sia indispensabile per la difesa dell’incolpato, la segnalazione sarà utilizzabile ai fini del procedimento disciplinare solo in presenza di consenso del segnalante alla rivelazione della sua identità.

Non è possibile l’accesso documentale alla segnalazione:
La segnalazione è sottratta all’accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni.

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

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

Condanna del segnalante per calunnia o diffamazione:
Le tutele di cui al presente articolo non sono garantite nei casi in cui sia accertata, anche con sentenza di primo grado, la responsabilità penale del segnalante per i reati di calunnia o diffamazione o comunque per reati commessi con la denuncia di cui al comma 1 ovvero la sua responsabilità civile, per lo stesso titolo, nei casi di dolo o colpa grave».

Dunque, la legge prevede la garanzia della tutela del segnalante, come sopra indicata, fatte salve le ipotesi di condanna del segnalante per calunnia o diffamazione.

Sono state analizzate le nuove Linee Guida approvate con delibera ANAC n. 469 del 9 giugno 2021, sia per gli aspetti operativi che per le caratteristiche della piattaforma informatica in uso dal 2019 (il Servizio ICT, elaboratore della piattaforma informatica, ha confermato l’idoneità).

La Piattaforma informatica

Importante obiettivo nell'ambito delle misure generali e di sistema era relativo alla definizione operativa di una piattaforma informatica per il ricevimento di eventuali segnalazioni di illeciti in attuazione delle legge n. 179/2017.

Da febbraio 2019 si è reso operativo il nuovo sistema informatico per la ricezione di segnalazione illeciti da parte dei dipendenti.

Gli aspetti essenziali:

- piattaforma è informatica e protetta da sistemi crittografici, che consentono cioè garanzia di anonimato; dispone di protezioni che impediscono l'intercettazione da parte di soggetti terzi; cura e manutenzione è in carico ai servizi informatici interaziendali
- il link per accedere al sistema per effettuazione segnalazioni è https://extranet.ao.pr.it/whistleblowing/#/
- è sistema unico per AUSL/AOU
- il link e la nota informativa sono collocati all'interno della sezione web "Amministrazione Trasparente" (in home page della sezione), col titolo

Modalità e precisazioni per la segnalazione sulla piattaforma:

- la piattaforma è articolata in sezioni, la cui compilazione è oggettivamente intuitiva
- le segnalazioni sono possibili solo da parte di dipendenti e collaboratori di AUSL/AOU Parma (con esclusione di altri soggetti esterni)
- l'autore della segnalazione deve necessariamente coincidere con i dati segnalante inseriti
- all'apertura della piattaforma compare una nota/riquadro in cui si precisa che le segnalazioni effettuate "in forma anonima" possono essere prese in considerazione solo in casi peculiari e comunque non ai sensi dell'art. 54 bis (tutele); per le stesse non sussiste obbligo di trattazione

Trattazione delle segnalazioni

La visione delle segnalazioni, mediante accesso personale e riservato alla piattaforma, avviene dal RPCT interaziendale (al momento unico soggetto autorizzato ed abilitato, con riserva di individuazione da parte delle Direzioni aziendali di eventuali altri soggetti da autorizzare)

Con riferimento a poteri e trattazione da parte del RPCT nel PNA aggiornamento 2019:

- vista una segnalazione il RPCT svolge una valutazione/delibazione sul "fumus", cioè sulla possibile fondatezza
- RPCT può, se lo ritiene utile, acquisire atti e documenti e svolgere audizioni di dipendenti al fine di poter perseguire una migliore ricostruzione dei fatti oggetto di segnalazione
- informare l'autorità giudiziaria in caso di ipotesi di reati
- trasmettere i contenuti della segnalazione ad organi o dirigenti interni competenti per le valutazioni di competenza e l'eventuale avvio di procedimenti disciplinari (ed alle Direzioni e all'OIV se ritenuto opportuno).

La trattazione descritta ha la medesima efficacia nei casi le segnalazioni dovessero pervenire in modalità diverse da quella della piattaforma informatica.

Per i dati sulle segnalazioni si rimanda al capitolo relativo ad attività e monitoraggi 2021.

Attività successive al rapporto di lavoro (pantouflage)

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

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

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

Si osserva che risulta allo stato ancora controverso o comunque incerto l'aspetto che individua il soggetto o l'organo competente a procedere ai *provvedimenti sanzionatori* previsti dalla norma. Il PNA 2019 conferma l'incertezza, ma registra una pronuncia del Consiglio di Stato del 29 ottobre 2019 in cui si ritiene che i poteri sanzionatori siano da attribuire ad A.N.AC..

In caso di segnalazioni specifiche l'Autorità invita comunque RPCT/Amministrazione ad inviare notizia all'A.N.AC. stessa.

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

Si conferma la misura specifica, già attiva:

al momento della cessazione dal servizio il dipendente è tenuto a sottoscrivere un modulo contenente la dichiarazione di essere informato su esistenza ed efficacia della norma di cui all'art. 53, comma 16 ter del decreto legislativo n, 165/2001, relativo al divieto di pantouflage.
Lo schema del modulo è allegato al presente Piano (Allegato 7)

L'attuazione della misura è di competenza del Dipartimento Risorse Umane.
Le scelta di tempi e modalità operative di acquisizione delle dichiarazioni è rimessa allo stesso Dipartimento.

Formazione di commissioni e assegnazioni agli uffici

Sono state introdotte nuove forme di incompatibilità nel caso di condanna con sentenza anche non passata in giudicato per i reati ricompresi nella parte del codice penale riservata ai delitti dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione (art. 35 bis del decreto legislativo n. 165/2001 introdotto dall'art. 1, comma 46 della legge n.190/2012).

I soggetti condannati, con sentenza anche non definitiva:

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

Il Dipartimento Risorse Umane è tenuto a compiere le necessarie verifiche, sull'esistenza di eventuali condanne, prima del conferimento di incarichi e funzioni citati.

Incarichi extra istituzionali

Tema già considerato nell'ambito del capitolo sul sistema in generale di prevenzione della corruzione.
Il riferimento è all'art. 53 del decreto legislativo n. 165/2001 (modificato dalla legge n. 190/2012) che disciplina lo svolgimento di incarichi e prestazioni non compresi nei doveri d'ufficio da parte dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni.

Sono vigenti Regolamenti nelle due Aziende che dettano i vari casi e le modalità di autorizzazione da parte dei superiori gerarchici o comunque dei soggetti previsti.

Il rilascio dell'autorizzazione deve conseguire anche ad espressa verifica di eventuali situazioni di conflitto di interesse.

Inconferibilità/incompatibilità ex decreto legislativo n. 39/2013

Come detto nel capitolo relativo alle attività e monitoraggi 2021, si sono effettuate le verifiche in materia di inconferibilità e incompatibilità ex decreto legislativo n. 39/2013 sugli incarichi di Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo di entrambe le Aziende, come previsto per il comparto sanità (esiti negativi per tutti i soggetti che si sono avvicendati su detti incarichi).
Le verifiche sono state condotte dall'Area Risorse Umane, come da funzioni di prassi.

Indicazioni regionali

In materia, si evidenzia che il tema delle verifiche di inconferibilità/incompatibilità degli incarichi dirigenziali è stato oggetto di un incontro del tavolo regionale in data 20 ottobre 2021. Il motivo risiedeva nell'analisi degli orientamenti ulteriormente proposti da ANAC con propria delibera n. 1201/2019, per i quali sembrerebbe siano da sottoporre a verifica gli incarichi dirigenziali in sanità aventi contenuto "gestionale", riferiti a tutti i ruoli, compreso quello sanitario.

La disamina degli orientamenti, dopo un confronto al tavolo, ha condotto a mantenere la situazione attuale, che vede l'effettuazione delle verifiche solo per i vertici delle Aziende Sanitarie, come peraltro previsto dalla normativa. Si è ritenuto quindi che ogni modifica in materia dovrebbe trovare il presupposto in interventi normativi chiari.

Secondo la linea descritta, è stata inviata specifica nota ad ANAC (di data 3 novembre 2021 della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare) che illustra le motivazioni della posizione di Regione Emilia Romagna.

Sono dunque confermate allo stato le verifiche di inconferibilità/incompatibilità per i Direttori Sanitario e Amministrativo (per i Direttori Generali provvede la Regione in quanto Ente competente alle nomine). Le verifiche sono svolte dal Dipartimento Risorse Umane - Area Giuridica - che ne riferisce gli esiti al RPCT.

Rotazione di incarichi e personale

Definiamo la rotazione del personale

E' considerata quale misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione. L'alternanza riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività e instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate.

Ponderazione di utilizzo

Peraltro, la rotazione va correlata all'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e gestionale e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune specifiche attività, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico.

In varie fonti si parla di assumere programmi e iniziative di rotazione con molta attenzione e ponderazione dei possibili effetti in termini di difficoltà che potrebbero crearsi per la funzionalità delle amministrazioni; soprattutto in quelle, come le Aziende Sanitarie, in cui si erogano servizi con operatori in larga parte dedicati specificamente a funzioni in quanto in possesso della relativa competenza professionale.

In sanità, infatti, l'applicabilità del principio di rotazione presenta delle peculiari criticità in ragione della specificità delle competenze richieste, anche nello svolgimento di funzioni apicali.

Oggettivamente risulta difficile nel contesto sanitario poter "pianificare" in modo ordinario la rotazione del personale per le varie aree di attività; e ciò non solo per l'area clinica e delle professioni sanitarie, ma anche per le aree tecnico amministrative, minoritarie nei contesti organizzativi sanitari.

Il sistema di prevenzione della corruzione prevede che si utilizzi, laddove possibile, la rotazione del personale, soprattutto per le aree a maggior rischio, tra le misure generali da individuarsi nel PTPCT ed attuare in base al contesto e alle effettive risorse professionali a disposizione.

ANAC, mediante atto di raccomandazione del Presidente del 21 ottobre 2021, ha ricordato come anche nelle Aziende Sanitarie si possa promuovere una graduale programmazione della misura della rotazione del personale, in particolare per gli incarichi apicali più sensibili.

Anche la DGR n. 1770 del 2 novembre 2021 di programmazione e finanziamento per l'anno 2021 del SSR indica l'utilizzo da parte delle Aziende di misure e criteri di rotazione del personale tra le azioni di prevenzione della corruzione.

Opzioni

Si ritengono possibili, per la nostra realtà:

- indicazioni di criteri applicabili da tutte le unità organizzative, in relazione alle diverse realtà di funzioni e professionisti operatori
- alcune specifiche attività ed interventi di programmazione di rotazione.

Ricordiamo che per la seconda fattispecie i Piani per la prevenzione della corruzione e la trasparenza che si sono succeduti negli anni, sin dal momento iniziale, hanno previsto programmi specifici di rotazione su alcune funzioni, soprattutto su quelle di vigilanza esercitate dai Servizi del Dipartimento di Sanità Pubblica.

MISURE E STRUMENTI

Per tutte le unità organizzative delle due Aziende

Ogni unità organizzativa è chiamata a valutare periodicamente iniziative di rotazione di dirigenti e operatori di propria afferenza, con i seguenti criteri e indicazioni:

Criteri

- rotazione funzionale: prevede l'assegnazione del dipendente ad altre competenze nella medesima unità organizzativa

- rotazione funzionale e territoriale: prevede l'assegnazione del dipendente ad altre competenze in altra unità organizzativa

- "segregazione" delle funzioni: consiste nell'affidamento delle varie fasi di procedimento appartenente a un'area a rischio a più persone, avendo cura di assegnare la responsabilità del procedimento ad un soggetto diverso dal dirigente cui compete l'adozione del provvedimento finale

- periodicità della rotazione

Indicazioni

- la scelta dell'applicazione di uno dei predetti criteri deve essere operata in base alle esigenze organizzative dell'unità organizzativa interessata, avendo riguardo al tipo di rischio connesso, alle specifiche attività e al momento in cui si opera la misura
- si deve tenere conto di limiti oggettivi legati alla cd. "infungibilità" delle figure professionali, laddove sono richieste competenze ed esperienze specifiche
- la formazione è strumento utile per supportare l'applicazione del principio di rotazione

Dipartimento Sanità Pubblica

Conferma della programmazione in essere, di seguito riportata

Servizi Veterinari
Sono adottati criteri di rotazione sia del personale Tecnico che di quello Dirigente che effettuano attività di vigilanza. Il sistema prevede che ad ogni operatore sia modificato il 20% annuo degli impianti o ditte, su cui effettuare le funzioni di controllo e vigilanza, presenti sul territorio provinciale e che sono state assegnate mediante il piano di lavoro individuale. In questo modo ogni operatore vede completamente modificato l'elenco delle strutture singolarmente assegnate nell'arco del quinquennio. Gli impianti di riferimento, per quanto riguarda la sanità animale, sono tutti gli allevamenti bovini, equini, ovini, caprini, suini, avicoli, di pescicoltura, apicoltura e impianti o strutture d'interesse zoo-sanitario.

Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
In ambito Igiene degli Alimenti e Nutrizione i criteri di rotazione sono definiti dal Direttore del Servizio sulla base di una programmazione annuale che comprende la rotazione del personale in un modo analogo a quello del Servizio Veterinario, pur con maggiore flessibilità dovuta ad una minore disponibilità di risorse umane, che non consente periodicamente complete rotazioni. Gli impianti di riferimento sono tutte le strutture produttive alimentari presenti sul territorio provinciale.

Servizio Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro
Il personale addetto alla vigilanza vede modificate ogni anno le ditte da visitare, con i criteri di rotazione visti per gli altri Servizi; l'attività di vigilanza viene effettuata dagli operatori in coppia. I dirigenti dei Servizi a livello distrettuale provvedono, per quanto possibile, alla variazione delle coppie. Le variazioni possono fornire una omogeneizzazione dei comportamenti tra gli operatori e la condivisione delle metodologie di intervento.

Annualmente il Dipartimento assicura uno specifico report di monitoraggio col quale attesta le rotazioni effettive.

Aree tecnico amministrative

La riorganizzazione delle aree tecnico amministrative delle due Aziende, in attuazione del progetto di integrazione interaziendale, la cui attuazione ha preso avvio a fine 2016, ha visto la riattribuzione degli incarichi dirigenziali sulle singole strutture e unità organizzative, compresi gli incarichi di funzione in area comparto.

Da inizio 2021 è avviato un progetto di sviluppo dell'integrazione interaziendale per la futura prevista unificazione delle due Aziende (presentato nel capitolo di presentazione delle

Aziende). Il completamento del progetto e la successiva attuazione vedranno nuovi conferimenti di incarichi dirigenziali e di funzione in area comparto.

Gli incarichi dirigenziali di vertice delle unità organizzative delle aree tecnico amministrative sono considerati nel successivo paragrafo dedicato alle valutazioni nei conferimenti degli incarichi sulle strutture più rilevanti nel contesto organizzativo.

Dipartimento interaziendale Tecnico e Logistica

Commissioni di gara

Le Funzioni che si prendono in considerazione sono quelle relative allo svolgimento delle gare, in particolare quelle nelle quali la scelta del contraente avviene col criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, con riguardo alla composizione della commissione giudicatrice.

E' confermata la misura della rotazione, laddove possibile, con riferimento alle professionalità presenti nei Servizi competenti del Dipartimento interaziendale e negli altri Servizi, relativamente ai componenti interni delle commissioni giudicatrici.
Il report di monitoraggio è affidato allo stesso Dipartimento.

Responsabili Unici di Procedimento (RUP)

- il dirigente responsabile dei Servizi del Dipartimento deve assicurare la rotazione di tale figura

- la rotazione può avvenire anche attraverso l'affidamento al soggetto di incarichi di RUP in settori merceologici diversi rispetto a quelli seguiti in precedenti incarichi, fatte salve le professionalità necessarie al ruolo e alle competenze richieste.

Valutazioni nell'affidamento degli incarichi dirigenziali sulle macro strutture

Consideriamo per entrambe le Aziende gli incarichi dirigenziali sulle macro strutture, comunque quelli di maggiore rilievo in base agli attuali assetti organizzativi:

- *Direzione di Distretto*
- *Direzione Attività Socio Sanitarie*
- *Direzione Presidio Ospedaliero*
- *Direzione Dipartimento Sanitario territoriale*
- *(Cure Primarie, Sanità Pubblica, Salute Mentale/Dipendenze Patologiche)*
- *Direzione Dipartimento Ospedaliero (AUSL/AOU)*
- *Direzione Dipartimento Sanitario interaziendale*
- *Direzioni Professioni sanitarie (AUSL/AOU)*
- *Direzioni Servizi Sanitari in staff SC*
- *Direzioni Aree Tecniche e Amministrative SC*

L'affidamento di detti incarichi avviene secondo diversi percorsi/procedure previste dalle normative e dai rispettivi contratti collettivi nazionali di lavoro, sia in sede di nuovi incarichi che di eventuale conferma sugli stessi dopo le valutazioni di fine incarico.

Laddove i percorsi prevedono avvisi interni ovvero comunque valutazioni comparative di curriculum ed esperienze professionali, in ragione della tipologia di incarichi da conferire, sussistono naturalmente ambiti che possono consentire di esaminare e valutare vari diversi aspetti.

Detti aspetti e criteri, riconducibili sostanzialmente a:

- *competenze professionali*
- *esperienze curriculari*
- *attitudini in relazione alla funzione da attribuire ed al contesto organizzativo*
- *performance individuale incarichi precedenti,*

devono essere integrati dal criterio della

- *Rotazione*

Nel provvedimento di affidamento dell'incarico dirigenziale, nell'ambito della complessiva valutazione effettuata, deve darsi atto dell'aver considerato anche il criterio della rotazione.

Gruppo di lavoro interaziendale

Al fine di valutare ulteriori possibilità di pianificare interventi di rotazione di incarichi e personale in area sanitaria, si prevede la costituzione di un gruppo di lavoro per l'approfondimento del tema.

Composizione: Direttori Sanitari, n. 1 Direttore Cure Primarie, Direttore Servizio Professioni Sanitarie AOU, Direttore Servizio SIT AUSL (o loro delegati)

Oggetto di approfondimento è l'ipotesi di fattibilità di rotazione incarichi dirigenziali e di area comparto, compresi gli incarichi di organizzazione/coordinamento infermieristico delle varie unità organizzative, in area ospedaliera e territoriale.

Rotazione Straordinaria

Il PNA 2019 richiama l'istituto della "Rotazione Straordinaria", invitando le amministrazioni a considerarlo nel Piano.

L'istituto è previsto dall'art. 16, comma 1, lett. l quater del decreto legislativo n. 163/2001, come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi. La norma prevede la rotazione nel personale nei casi di avvio di procedimenti penali per condotte di natura corruttiva.

Norme e indirizzi indicano la possibilità di applicare la rotazione (art. 16) e la sospensione od altri provvedimenti cautelari (art. 55 ter) per quei soggetti coinvolti in procedimenti per condotte di natura corruttiva (in senso ampio); la rotazione è attuabile con revoca incarico e/o altro affidamento per il personale dirigenziale.

In generale, si osserva, la rotazione è da correlarsi all'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle

competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune specifiche attività, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico.

Per l'assunzione delle relative iniziative occorre, ragionevolmente, attenzione e ponderazione dei possibili effetti in termini di difficoltà che potrebbero crearsi per la funzionalità delle amministrazioni, soprattutto in quelle, come le Aziende Sanitarie, in cui si erogano servizi con operatori in larga parte dedicati a funzioni specifiche in quanto in possesso della relativa competenza professionale.

Inoltre, sempre secondo ragionevolezza, si ritiene debbano essere valutati anche gli eventuali effetti sui rapporti di lavoro e sugli aspetti professionali, e relative responsabilità, per i possibili casi di successiva archiviazione o proscioglimento al termine della fase delle indagini.

Sul tema è intervenuta A.N.AC. con delibera n. 215 del 26 marzo 2019 "Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lettera l quater, del decreto legislativo n. 165/2001".

Sulla base delle considerazioni e dei criteri sopra descritti, le Direzioni delle Aziende Sanitarie di Parma garantiscono l'attenzione opportuna nei casi specifici dovessero ricorrere.

Antiriciclaggio

Le norme

Con decreto legislativo n. 231/2007, concernente la prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo, si è previsto un **sistema di "segnalazione di operazioni sospette"** (art. 41) cui sono tenuti una serie di soggetti indicati dalla normativa, tra i quali gli uffici della pubblica amministrazione, compresi gli enti della sanità pubblica.

Destinatario delle segnalazioni è **l'Ufficio di Informazione Finanziaria presso la Banca d'Italia (UIF),** struttura incaricata appunto di ricevere dai soggetti obbligati le segnalazioni che riguardano ipotesi di riciclaggio o di finanziamento al terrorismo.

Per l'applicazione in concreto, è stato emanato il **Decreto del Ministero dell'Interno 25 settembre 2015**, col quale si prevedono:

- gli **indicatori di anomalia** che rendono sospette operazioni finanziarie e commerciali
- obbligo e modalità di segnalazione (con sistema on line presso UIF)
- procedure interne alle amministrazioni, con individuazione di un "gestore" per le valutazioni e la trasmissione delle segnalazioni.
-

E' stato poi emanato il **decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 90**
L'art. 10, riguardante le pubbliche amministrazioni, al comma 3:

" Il Comitato di sicurezza finanziaria elabora **linee guida per la mappatura e la valutazione dei rischi di riciclaggio e finanziamento del terrorismo** cui gli uffici sono esposti nell'esercizio della propria attività istituzionale. Sulla base delle predette linee guida, le medesime pubbliche amministrazioni adottano procedure interne, proporzionate alle proprie

dimensioni organizzative ed operative, idonee a valutare il livello di esposizione dei propri uffici al rischio e indicano le misure necessarie a mitigarlo".

Allo stato dette linee guida non risultano ancora emanate.

Con **Provvedimento 23 aprile 2018 l'UIF** indica le "Istruzioni sulle comunicazioni di dati e informazioni concernenti le operazioni sospette da parte degli uffici delle pubbliche amministrazioni".
Il provvedimento è dedicato alla operatività sulle possibili segnalazioni e riporta un Allegato con gli **"indicatori di anomalia"**.

Sistema aziendale

Il "gestore"

Il sistema prevede l'individuazione da parte di ciascuna pubblica amministrazione di un soggetto "gestore", il quale:

- riceve informazioni e segnalazioni da parte di operatori appartenenti ad alcuni individuate articolazioni organizzative in relazione a possibili e sospette operazioni di riciclaggio (sulla base di indicatori di anomalia esposti nell'allegato al decreto 25 settembre 2015 e nel Provvedimento UIF 23 aprile 2018)

- esegue la valutazione delle informazioni e, in presenza di concreti presupposti, provvede alla segnalazione alla Unità di informazione Finanziaria (UIF) presso la Banca d'Italia secondo le modalità indicate nel provvedimento UIF 23 aprile 2018.

Si conferma l'avvenuta individuazione del gestore individuato nella persona del Responsabile interaziendale per la trasparenza e la prevenzione della corruzione (RPCT), con effetto per entrambe le Aziende Sanitarie. Provvede all'accredito presso la UIF in occasione di eventuali segnalazioni da inoltrare.

Specifiche e percorso

- Sono individuate le unità organizzative dai cui operatori possono essere formulate eventuali segnalazioni/informazioni al gestore:

    - Servizi del Dipartimento interaziendale Tecnico e Logistica
    - Servizio interaziendale Economico Finanziario

- La valutazione su possibili "operazione sospette" di riciclaggio è da effettuarsi in base agli "indicatori di anomalia" contenuti nell'allegato al provvedimento UIF citato

- La mera ricorrenza di operazioni o comportamenti descritti in uno o più indicatori di anomalia non è motivo sufficiente per l'individuazione e la segnalazione di operazioni sospette, per le quali è comunque necessaria una concreta valutazione specifica

- Qualora ricorra una precisa valutazione in concreto da parte degli operatori, le complessive e specifiche informazioni sono da trasmettere al "gestore", il quale a sua volta procede ad una compiuta valutazione e decide se formulare segnalazione all'UIF

- L'UIF ha attivato un sistema di ricezione delle segnalazioni in modalità on-line

- La segnalazione di operazione sospetta è un atto distinto dalla eventuale denuncia di fatti penalmente rilevanti

Misure

- osservanza del sistema sopra delineato

- valutazione circa l'opportunità di iscrizione/registrazione del gestore presso la UIF, in assenza a tutt'oggi di segnalazioni da trasmettere

- elaborazione di ipotesi di mappatura, individuazione rischi e misure da parte delle unità organizzative citate (Servizi del Dipartimento Tecnico e Logistica e Servizio Economico Finanziario) in collaborazione con RPCT gestore (una volta emanate le linee guida ai sensi dell'art. 10, comma 3, del decreto legislativo n. 90/2017)

- successivamente, incontro con gli operatori delle unità organizzative coinvolte per illustrazione mappatura e percorso.

Coordinamento col Sistema Performance

Il tema è stato trattato nell'ambito del capitolo sul sistema di prevenzione/trasparenza nelle nostre due Aziende sanitarie.

In quella sede si sono anche descritte le nuove Linee guida per lo sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della performance nelle Aziende e negli Enti del SSR Emilia Romagna (DGR n. 819 del 31 maggio 2021)

Collegamento operativo Performance/Anticorruzione e Trasparenza

Il coordinamento e l'integrazione fra gli ambiti relativi alla Performance, alla Trasparenza, alla Anticorruzione si è realizzato nelle due Aziende prevedendo che gli obiettivi e le misure contenute nel Piano per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza costituiscano obiettivi ed azioni da considerare nei rispettivi **Piani aziendali triennali della Performance, nei Piani delle Azioni e nei Documenti di Budget annuali.**

Di ciò vi è conferma dall'edizione 2018/2020 dei Piani Performance di entrambe le Aziende e considerazione conseguente nei rispettivi documenti di programmazione annuale.

E precisamente, per entrambe le Aziende Sanitarie:

- nei **Piani Performance** sono inseriti gli obiettivi strategici e obiettivi con indicatori riferiti a:
  - assolvimento obblighi di trasparenza
  - centralizzazione acquisti beni e servizi
  - accessi civici pervenuti e trattati

- nei **Piani delle Azioni** annuali

- l'osservanza di azioni e misure contenute nel piano per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza

- nelle **Schede di Budget** annuali delle unità organizzative sono inseriti gli obiettivi:
  - diffusione dei contenuti del Piano per la prevenzione della corruzione e la trasparenza
  - diffusione del Codice di Comportamento
  - valutazioni inerenti alle ipotesi di conflitti di interesse comunicate dagli operatori, da parte dei superiori gerarchici, secondo le disposizioni del Codice di Comportamento.

Si vedrà in seguito il possibile sviluppo del tema in ordine all'attuazione del PIAO (Piano Integrato di Attività e Organizzazione), col quale si prevede un forte coordinamento e integrazione tra diversi piani e programmi adottati dalle pubbliche amministrazioni.

Regolamento interaziendale in materia di Formazione Sponsorizzata

Il tema è all'attenzione presso le due Aziende; a livello regionale è stato costituito apposito gruppo di lavoro di approfondimento e per l'elaborazione di schema di regolamento da adottarsi poi in maniera omogenea da parte delle Aziende Sanitarie.

In proposito, l'art. 16, comma 2, del nuovo Codice di Comportamento interaziendale dispone:

"La formazione sponsorizzata è ammessa qualora porti ragionevolmente un beneficio all'attività istituzionale svolta e sulla base di proposte non nominative indirizzate alle Aziende, nel rispetto dei regolamenti vigenti; in tale ambito, i dipendenti interessati sono individuati dalle Aziende in relazione al ruolo organizzativo, alle competenze possedute, al bisogno formativo, ecc., secondo criteri d'imparzialità e rotazione. Rientrano nella fattispecie anche le risorse messe a disposizione da chiunque per la sponsorizzazione di convegni, congressi, attività formative da svolgere presso le Aziende".

Il Dipartimento Risorse Umane/Area Formazione e Sviluppo del Personale ha curato nel una bozza di regolamento e partecipato al gruppo di lavoro regionale.

Il gruppo regionale ha redatto un modello unico di Regolamento cui tutte le Aziende Sanitarie regionali si atterranno.
Si è ad oggi in attesa di deliberazione regionale di approvazione dello schema unico di Regolamento.

Seguirà approvazione e diffusione del Regolamento (competenza in capo al Dipartimento Risorse Umane/Area Formazione e Sviluppo del Personale).

Attività conseguenti al decesso presso gli ospedali

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

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

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

a. rispettano l’obbligo di riservatezza relativo all’evento del decesso
b. non accettano né richiedono omaggi compensi o altre utilità in relazione all’espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti, in particolare all’interno delle camere mortuarie
c. non suggeriscono ai parenti del deceduto alcuna specifica impresa di onoranze funebri.

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

Misure:

- mantenimento delle misure inserite nella Tabella Allegato 3 al presente Piano, già presente nei Piani precedenti (Direzioni Sanitarie aziendali, Presidio Ospedaliero AUSL)
- verifiche periodiche sul rispetto delle norme contenute nell’art. 18 del Codice di Comportamento da parte di tutti gli operatori
- rotazione del personale addetto in base alle possibilità consentite dall’organico a disposizione
- attuazione e verifica delle indicazioni contenute nella nota regionale del 13 marzo 2018 in materia di vestizione del defunto, con riferimento alle precise e separate competenze tra personale della struttura sanitaria e impresa di pompe funebri
- attuazione DGR n. 1678 del 14 ottobre 2019 di approvazione di “Direttiva in materia funebre - Riordino dell’esercizio dell’attività funebre e di accreditamento delle imprese funebri operanti in strutture sanitarie pubbliche e private accreditate”, trasmessa alle Aziende Sanitarie il 18 dicembre 2019.

Disciplina delle attività di ricerca clinica e sperimentazione clinica

Nei precedenti Piani si sono considerati vari provvedimenti, in particolare regionali, relativi al tema ricerca e sperimentazioni.

Di particolare rilievo è il Documento Regione E.R. 26 novembre 2018 “Disciplina delle attività di ricerca clinica e sperimentazione clinica nelle Aziende Ospedaliero Universitarie
Il documento assume particolare importanza nell’ambito dell’attività di prevenzione della corruzione, poiché stabilisce, allo stesso modo per Ospedali e Università, regole fondamentali volte a prevenire comportamenti scorretti, a promuovere la qualità della ricerca e, quindi, a garantire la sicurezza e la tutela dei diritti dei pazienti in studio.

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

Da ricordare poi gli Obblighi di pubblicazione in materia di sperimentazione clinica dei farmaci, ai sensi della legge n. 3/2018 e del decreto legislativo n. 52/2019, argomento che sarà ricordato nella Sezione Trasparenza.

L'attuazione, le verifiche e il monitoraggio di disposizioni e misure sopra descritte fanno capo ai Servizi:

- Area Ricerca e Innovazione per AOU
- Direzione Sanitaria per AUSL.

Audit

Il **Servizio Integrità e Trasparenza/RPCT** disporrà nel corso del 2022 un programma di Audit presso alcune unità organizzative delle due Aziende.

Degli incontri di audit 2021 si è data evidenza nel capitolo attività e monitoraggi 2021.

Oggetto di audit sarà l'attività su:
- misure contenute nel Piano
- obblighi di pubblicazione
- accessi civici
- diffusione Codice di Comportamento
- situazioni di conflitti di interesse

Modalità:
- individuazione delle unità organizzative di AUSL e AOU
- visite in presenza
- breve questionario
- verbalizzazione
- periodo: avvio dal secondo semestre 2022.

Relazione annuale RPCT

Per la Relazione annuale sulle attività di prevenzione, a cura del Responsabile interaziendale, la legge n. 190/2012 - art.1, comma 14, 3° e 4° periodo - prevede:

"Entro il 15 dicembre di ogni anno, il dirigente individuato ai sensi del comma 7 del presente articolo [il Responsabile per la prevenzione della corruzione] pubblica nel sito web dell'amministrazione una relazione recante i risultati dell'attività svolta e la trasmette all'organo di indirizzo politico dell'amministrazione (ora anche all'OIV). Nei casi in cui l'organo di indirizzo politico lo richieda o qualora il dirigente responsabile lo ritenga opportuno, quest'ultimo riferisce sull'attività".

L'Autorità Nazionale Anticorruzione predispone, quale modello di Relazione, una **scheda standard,** in formato excel e articolata in tre sezioni, unica ed obbligatoria per tutte le amministrazioni pubbliche; una volta compilata, la stessa deve essere pubblicata nello stesso formato sulla sezione web "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale, sottosezione "Altri contenuti - Anticorruzione".

La Relazione è atto proprio del Responsabile della trasparenza e prevenzione della corruzione e non richiede l'approvazione degli organi di vertice delle amministrazioni.

Per la Relazione relativa all'anno 2020 A.N.AC. ha individuato il termine del 31 marzo 2021, data entro la quale sono state pubblicate regolarmente le Relazioni annuali per AUSL e AOU. A seguito di analisi successiva dell'OIV sono state riscontrate alcune imprecisioni, motivo per cui si è proceduto alla pubblicazione di errata corrige in data 15 giugno 2021.

Per la Relazione relativa all'anno 2021 ANAC ha individuato il termine del 31 gennaio 2022 (Comunicato del 17 novembre 2021). RPCT provvede nei termini indicati.

Piattaforma informatica A.N.AC.

E' attiva una piattaforma informatica resa disponibile da A.N.AC. per l'inserimento dei Piani delle Amministrazioni, consentendo anche la possibile compilazione di format per la Relazione annuale. La piattaforma ha valenza sperimentale e non ne è obbligatorio l'utilizzo.
Da considerare la difficoltà oggettiva, espressa dal RPCT, nel possibile inserimento del Piano interaziendale, tenuto conto che l'impostazione del documento è articolata in modo diverso dal format standardizzato in piattaforma.
Il RPCT considera peraltro elemento importante la differenziazione dei Piani delle amministrazioni, ragione che può ostacolare la standardizzazione dei documenti.
I Piani poi sono regolarmente pubblicati nelle sezioni web "Amministrazione Trasparente", sezione prevenzione della corruzione.

Partecipazione al Tavolo regionale Direzione Salute/OIV/RPCT

Si è già trattato del Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione delle Aziende e degli Enti del SSR, già operante dal 2016.
Si assume l'impegno di continuare a garantire la partecipazione agli incontri che saranno convocati.

Diffusione e formazione

Come previsto dalla legge n. 190/2012 e dal Piano Nazionale Anticorruzione, ogni Amministrazione Pubblica è tenuta a promuovere interventi formativi al personale dipendente. Una attività che risulta importante per lo scopo principale di promozione della cultura della legalità.

Gli obiettivi generali per le iniziative informative/formative:
- sensibilizzare sul tema dell'integrità e del contrasto all'illegalità
- illustrare normative ed i sistemi di Trasparenza e di Anticorruzione
- relazionare sugli impegni assunti dall'Azienda con il Piano Anticorruzione

Assume rilievo l'andamento dell'emergenza sanitaria da covid-19, poiché in genere gli incontri sono preferibili "in presenza" piuttosto che in modalità telematica.

In programmazione:

- incontri tenuti direttamente dal RPCT per illustrazione Sistema, Piano, Codice alle articolazioni delle due Aziende (con slide relative)

- iniziativa con valenza formativa sarà la Giornata della Trasparenza 2022.

Per le iniziative formative in ambiti specifici per le unità organizzative operanti nelle aree maggiormente a rischio, si rimette alla funzione Formazione e Sviluppo delle Risorse Umane interaziendale la cura riguardante procedimenti, costi e organizzazione per le partecipazioni ad eventi esterni di aggiornamento (indicati anche dal RPCT).

Si ricorda che le unità organizzative hanno obiettivo di tenere all'interno delle rispettive equipe incontri per la diffusione dei contenuti del Piano per la prevenzione della corruzione e la trasparenza e del Codice di Comportamento (Piani performance e documenti di Budget/Piani Azioni).

Trattamento del rischio: MISURE SPECIFICHE
(rif. Allegati 3 e 4)

Come anticipato nel capitolo sul Contesto Interno, oltre alla Mappatura processi per Aree di Rischio PNA, sono state elaborate tabelle che riportano molti altri processi: l'insieme delle fasi di individuazione di aree e processi, esiti valutazione, definizione delle misure è rappresentato nelle schede specifiche, articolate per unità organizzativa.

Sono le seguenti tabelle, che rappresentano la mappatura più completa possibile derivata dall'attività di aggiornamento:

- **TABELLE PROCESSI/RISCHI/MISURE DI PREVENZIONE SPECIFICHE (Allegato 3)**
  E' la tabella completa di tutti i processi/attività, articolata per unità organizzativa, al fine di favorire maggiore chiarezza ed operatività

- **TABELLA CON ALCUNI PROCESSI SPECIALI/RISCHI/MISURE SPECIFICHE con riferimento all'EMERGENZA SANITARIA DA COVID-19 (Allegato 4)**

L'attività di aggiornamento dei processi, e quella già descritta di applicazione della nuova metodologia di analisi e valutazione dei rischi, è stata svolta dalle unità organizzative coinvolte con la collaborazione del RPCT. Quest'ultimo ha poi revisionato tutta la documentazione a disposizione e proceduto alle elaborazioni del caso.

Si è ritenuto di elaborare tabella separata, sempre con lo stesso metodo, per alcuni processi ed attività, definiti speciali, che rilevano con riferimento all'emergenza sanitaria da covid-19.

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

Interaziendali
- Dipartimento Risorse Umane *(articolato nei 4 Servizi)*
- Dipartimento Tecnico e Logistica *(articolato nei 5 Servizi)*
- Dipartimento interprovinciale ICT
- Servizio Economico Finanziario
- Struttura Internal Auditing
- (Area Affari Generali a valenza aziendale dal 1 marzo 2021)

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

Azienda Ospedaliero Universitaria

- Direzione Sanitaria/Medica
- Direzione Professioni Sanitarie
- Servizio Farmacia e Governo Clinico del Farmaco
- Servizio Ricerca e Innovazione
- Servizio Fisica Sanitaria
- Area Affari Generali
- Servizio Attività Giuridico Amministrativa
- Ufficio Comunicazione
- Servizio Rapporti Istituzionali

SEZIONE TRASPARENZA
Obblighi di Trasparenza e Accesso Civico - Misure
(rif. Allegati 8 e 9)

Introdotto il tema Trasparenza nei capitoli relativi al sistema generale di prevenzione corruzione/trasparenza e a quanto in essere presso le nostre due Aziende Sanitarie.

Si ripete che la Trasparenza è considerata dal legislatore **uno dei principali strumenti per la prevenzione della corruzione.** Il concetto è rafforzato dalle previsioni di cui al decreto legislativo n. 97/2016, intervento che ha apportato novità e modificazioni in materia di obblighi di pubblicazione.

I 2 aspetti principali relativi alla Trasparenza sono:

- obblighi di pubblicazione
- attuazione accesso civico.

Pur essendo tema che si interseca in modo intenso con la prevenzione della corruzione (basti pensare a misure di trasparenza specifiche che possono essere previste per contrastare rischi potenzialmente corruttivi), il PNA invita le Amministrazioni a prevedere una dedicata sezione del Piano.

La sezione è strutturata in 3 parti:

- Sistema flussi ed operatività per le pubblicazioni nelle sezioni web "Amministrazione Trasparente" AUSL e AOU
- Misure/Obblighi di pubblicazione
- Attuazione dell'accesso civico generalizzato

Tutti i contenuti delle 3 parti indicate contengono descrizioni di merito, ma rappresentano anche le Misure per l'effettività della Trasparenza.

A cura dell'Ufficio RPCT, con la collaborazione degli Uffici Comunicazione AUSL/AOU, sono stati eseguiti nel 2021 monitoraggi periodici in materia di pubblicazione di dati, documenti, informazioni nelle rispettive sezioni web "Amministrazione Trasparente" di AUSL e AOU.

Monitoraggi generali nel 2021 sono stati svolti direttamente dal RPCT:

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

- nel novembre 2021 verifica generale che ha condotto alla risistemazione degli "alberi" delle sezioni "Amministrazione Trasparente" e dei vari spazi e sottosezioni, oltre a specifici contenuti oggetto di indicazioni da parte di OIV, anche a seguito del monitoraggio sulle griglie pubblicate dalle Aziende Sanitarie successive alla verifica di maggio/giugno.

Sistema FLUSSI ed operatività per le PUBBLICAZIONI nelle sezioni web "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"

Sezioni web "Amministrazione Trasparente"

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

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

Flusso dati, documenti, informazioni

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

Ogni Struttura/Servizio/Ufficio/Unità Organizzativa individuata competente per l'elaborazione di un documento, contenente anche informazioni e dati, oggetto di pubblicazione, è tenuta a predisporre i necessari file, in formato aperto, e trasmetterli, nei tempi indicati, all'Ufficio Comunicazione, competente a compiere le operazioni di inserimento nella Sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web aziendale, previa verifica congiunta col Responsabile aziendale per la Trasparenza.

Gli obblighi di pubblicazione sono previsti in modo dettagliato nella **Tabella Allegato 8** al presente Piano.

Alcuni obblighi possono subire modifiche o particolari interpretazioni in corso d'anno in ragione di interventi normativi, o di A.N.AC. o dell'Organismo Indipendente di Valutazione unico regionale per il settore sanità.

E' dovere di ciascuna unità organizzativa la conoscenza delle disposizioni in materia e l'attuazione delle azioni conseguenti.

Relazioni con Uffici Comunicazione

Ogni unità organizzativa è invitata a compiere tutte le verifiche circa gli adempimenti da garantire sugli obblighi di pubblicazione di rispettiva competenza. Allo scopo si ritiene opportuno che il dirigente o il referente ed eventuali altri collaboratori di ciascuna unità assumano gli opportuni contatti con gli operatori degli Uffici Comunicazione di riferimento per l'esecuzione delle pubblicazioni, al fine di definire tempi di adeguamento e condizioni e modalità di elaborazione (formati) di documenti, dati, informazioni.

Obblighi di aggiornamento

Ciascuna unità organizzativa deve provvedere al periodico aggiornamento di documenti, dati, informazioni da pubblicare sulla sezione web “Amministrazione Trasparente”, secondo le rispettive competenze, tempi e modalità previsti nella “Tabella obblighi di pubblicazione”.
E’ opportuno che periodicamente ogni unità provveda ad accertare il rispetto dei rispettivi obblighi di pubblicazione, e relativi aggiornamenti, e promuovere le attività di elaborazione e raccolta documenti da pubblicare nelle sezioni web.

Specificità

Particolare attenzione è richiesta a tutti su seguenti 2 aspetti:

- **i file in pubblicazione non devono contenere dati personali ed altri dati considerati dalla normativa vigente in tema di privacy (rischio sanzioni da parte del Garante e responsabilità connesse)**

- il formato dei file da pubblicare deve essere “aperto” e riutilizzabile (gli Uffici Comunicazione hanno il mandato di non procedere alle pubblicazioni di file non in formato aperto).

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E INDICAZIONI SPECIFICHE - MISURE
(rif. Tabella ALLEGATO 8)

Tutti gli obblighi di pubblicazione previsti dal decreto legislativo n. 33/2013, novellato dal decreto legislativo n. 97/2016, sono considerati nella **TABELLA 8 allegata al Piano.**

Anche in questa occasione si è condotto un aggiornamento della tabella, e quindi degli obblighi di pubblicazione, in base a novità normative, indirizzi regionali (OIV), interpretazioni successive.

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

- la tabella è integrata interaziendale, dunque considera tutte le pubblicazioni da collocarsi nelle rispettive sezioni web aziendali "Amministrazione Trasparente"
- la tabella comprende le novità introdotte dal decreto legislativo n. 97/2016
- gli Uffici Comunicazione sono tenuti ad apportare le dovute modifiche alla presenza e sequenza di spazi e sezioni in "Amministrazione Trasparente" in base alla organizzazione della tabella
- nei casi di incerta interpretazione delle dizioni in tabella e comunque in ogni situazione di verifica degli effettivi obblighi, si rinvia alle normative vigenti, a quelle che dovessero essere emanate in corso d'anno, alle indicazioni diramate periodicamente da OIV regionale.

NB.

In tema di **pubblicazioni e accesso civico** è da registrare un recente intervento con la legge n. 160 del 27 dicembre 2019 (legge di bilancio) all'art. 1, comma 163, in materia di **responsabilità** (modifica l'art. 46, comma 1 del decreto legislativo n. 33/2019):

"L'inadempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente e il rifiuto, il differimento e la limitazione dell'accesso civico, al di fuori delle ipotesi previste dall'art. 5bis, costituiscono elemento di valutazione negativa della responsabilità dirigenziale a cui applicare la sanzione di cui all'art. 47, comma 1bis, ed eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione, valutata ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegata alla performance individuale dei responsabili"

INDICAZIONI SU ALCUNI TEMI SPECIFICI

Di seguito si considerano alcuni argomenti specifici relativi agli obblighi di pubblicazione, per i quali si sono registrate recenti novità e per il rilievo rivestito, e per i quali si propongono indicazioni, chiarimenti e aggiornamenti intervenuti nel tempo.

Pubblicazioni e Protezione Dati Personali
(per tutte le unità organizzative)

Si ricorda che dal 25 maggio 2018 è efficace il **Regolamento UE** 2016/679 (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati o GDPR); il decreto legislativo n. 101/2018 ha poi apportato modifiche al decreto legislativo n. 196/2003 per necessità di adeguamento al sistema previsto col GDPR (**Codice**).

In materia di obblighi di pubblicazioni in forza di norme obbligatorie sulla trasparenza della pubbliche amministrazioni non sono intervenute modificazioni di sistema.

Il Piano Nazionale Anticorruzione, nei suoi annuali aggiornamenti (l'ultimo dei quali è deliberazione ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019) richiama e conferma la necessaria attenzione, tenuto conto delle possibili conseguenze di pubblicazioni in violazione delle protezioni dei dati personali previste.

Le linee guida in materia di trattamento dati personali per finalità di pubblicità e trasparenza sul web sono contenute nella delibera 15 maggio 2014 del Garante per la protezione dei dati personali.

I Piani interaziendali AUSL/AOU che si sono succeduti ricordano che per le pubblicazioni sono confermati i **princìpi di adeguatezza, pertinenza e limitazione** a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali i dati personali sono trattati.

Tutte le unità organizzative che operano flussi di dati, documenti e informazioni per le pubblicazioni in "Amministrazione Trasparente" sono tenute a prestare la **massima attenzione al rispetto e protezione dei dati personali nella pubblicazione di dati, documenti, informazioni**.

Si assuma la regola che nessun dato personale deve essere contenuto nei file di documenti/informazioni da pubblicarsi: da omettersi, oscurare o cancellare prima della pubblicazione, ad opera della unità organizzativa che procede.

Fatti salvi i casi specifici in cui dati personali possono permanere in quanto indispensabili alla finalità della pubblicazione. Da escludersi in tutti i casi i dati particolari, sensibili, salute.

Caso specifico pubblicazione di "Curricula" (dirigenti, comparto, consulenti)

Sappiamo che vi sono norme che obbligano alla pubblicazione di Curricula.
In particolare per i dirigenti e i consulenti, oltre agli incarichi di funzione (ex posizioni organizzative).
Sono i soggetti interessati che vengono invitati a fornire il proprio "curriculum", e ciò dal Dipartimento Risorse Umane o dai Servizi che si occupano dei procedimenti per l'attribuzione di incarichi di consulenza o collaborazione.

La richiesta agli interessati di fornire il proprio curriculum deve contenere la condizione dell'oscuramento di ogni dato personale, in assenza del quale il curriculum non viene pubblicato.

Il Dipartimento Risorse Umane, e gli altri Servizi interessati, sono invitati ad ogni verifica del caso, e comunque a non consentire la pubblicazione di curricula contenenti dati personali.

Nel contempo si invita a richiedere periodicamente ai dirigenti i curricula mancanti, con le condizioni dette.

Pubblicazioni Interventi Straordinari e di Emergenza
(aggiornamento continuo)
(per tutte le unità organizzative, in particolare per i Servizi del Dipartimento Tecnico e Logistica)

Proroga stato di emergenza al 31 marzo 2022: il decreto legge 24 dicembre 2021, n. 221 che all'art. 1, comma 1, dispone la **proroga dello stato di emergenza**, inizialmente dichiarato con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2021, **al 31 marzo 2022**.

Il sistema Trasparenza, con riferimento all'aspetto "obblighi di pubblicazione", prevede che si pubblichino dati e informazioni concernenti gli "interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente".

Tema introdotto dall'art. 42 del decreto legislativo n. 33/2013, che in sintesi dispone:
le amministrazioni pubbliche che adottano provvedimenti di carattere straordinario in caso di calamità naturali o di altre emergenze sono tenute a pubblicare
- i provvedimenti adottati, con la indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate
- i termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari
- il costo previsto degli interventi e il costo effettivo sostenuto dall'amministrazione.

Le pubblicazioni di detta documentazione è prevista in apposito spazio "Interventi straordinari e di emergenza" delle sezioni web "Amministrazione Trasparente".

Se in passato dette pubblicazioni risultavano residuali, con l'emergenza sanitaria da covid-19, ancora in corso, si sono poste invece in modo rilevante.

Operativamente

Da settembre 2020:

- è stato articolato lo spazio nelle sezioni web "Amministrazione Trasparente"
- presenti molte informazioni e documenti, riguardanti gli interventi pianificati dalle due Aziende Sanitarie, dati di carattere sanitario e utili ai cittadini per i servizi. Pubblicazioni curate direttamente dai rispettivi Uffici Comunicazione
- inseriti alcuni provvedimenti di area contratti pubblici legati all'emergenza covid.

Si precisa che lo spazio nelle sezioni web è articolato come segue:

- Disposizioni nazionali e regionali principali
- Provvedimenti adottati con deroghe alla legislazione vigente e costi degli interventi
- Erogazioni liberali (vedi paragrafo successivo)

Le pubblicazioni:

- sono da effettuarsi nelle sezioni web "Amministrazione Trasparente", nello spazio "Interventi straordinari e di emergenza" di AUSL e AOU, secondo le rispettive competenze e attività.
- sono da effettuarsi "tempestivamente", e pertanto è necessario assicurare la massima urgenza nel provvedere agli adempimenti.
- anche in questa occasione si deve riporre la massima attenzione al tema tutela dati personali nelle pubblicazioni, evitando dati personali/particolari/sensibili.

Atti e documenti devono riguardare, in relazione all'emergenza covid-19:

- **i provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che hanno comportato e che comportano deroghe alla legislazione vigente, con la indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate**
- **i termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari**
- **il costo previsto degli interventi e il costo effettivo sostenuto dall'amministrazione.**

In argomento rilevano in modo particolare i provvedimenti in area contratti pubblici, soprattutto per l'aspetto "deroghe".

Ma tutti gli altri Servizi sono tenuti a verificare l'adozione di interventi che possono rispondere alle caratteristiche riferite e trasmetterli per la pubblicazione.

Le pubblicazioni possono essere effettuate con i provvedimenti integrali adottati e/o mediante tabelle specifiche con i link ai documenti.

Altri Servizi AUSL/AOU

A tutte le altre unità organizzative (si citano Direzioni Sanitarie, Affari Generali, Risorse Umane, ICT, Innovazione e Ricerca) si chiede di verificare se sono rientrati o rientrano nelle proprie attribuzioni l'adozione di provvedimenti e di interventi idonei e da pubblicare, anche se non rientranti nelle tre categorie specifiche riferite a deroghe alla legislazione vigente. Dunque altri provvedimenti/interventi di cui si ritiene utile la pubblicazione in relazione all'emergenza covid-19.

Pubblicazioni "Erogazioni Liberali"
(aggiornamento sino al termine dello stato di emergenza fissato al 31 marzo 2022)
(Economico Finanziario, Referenti aziendali)

Si tratta delle "erogazioni liberali a sostegno del contrasto all'emergenza epidemiologica da Covid-19".

L'art. 99 del decreto legge n. 18/2020, comma 5, convertito con legge n. 27/2020, prevede che le amministrazioni dispongano di apposita "rendicontazione separata"; "al termine dello stato di emergenza nazionale, tale separata rendicontazione dovrà essere pubblicata da ciascuna pubblica amministrazione beneficiaria sul proprio sito internet".

Anche queste pubblicazioni sono da collocarsi nello spazio "Interventi straordinari e di emergenza" nelle sezioni web "Amministrazione Trasparente" di AUSL e AOU.

Vi è un coordinamento regionale per le modalità e i format di pubblicazioni.
Il settore competente in materia è il Servizio Economico Finanziario; l'operatività specifica è stata affidata a specifici referenti, 1 in AUSL e 1 in AOU.

Ad oggi risultano pubblicati vari report delle erogazioni liberali, in AUSL e AOU, a cura dei referenti. Periodicamente da aggiornarsi in base alle indicazioni regionali, e fermo restando l'obbligo normativo di pubblicazione al termine del periodo di emergenza.

Proroga stato di emergenza al 31 marzo 2022: il decreto legge 24 dicembre 2021, n. 221 che all'art. 1, comma 1, dispone la **proroga dello stato di emergenza**, inizialmente dichiarato con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2021, **al 31 marzo 2022**.

Pubblicazioni in materia di concessione sovvenzioni, contributi, sussidi e attribuzione vantaggi economici a persone fisiche ed enti pubblici e privati
(aggiornamenti continui e annuali)
(Aree Affari Generali, Direzione Attività Socio Sanitarie, Distretti, Dipartimenti Cure Primarie, Dipartimento Sanità Pubblica, Dipartimento Assistenziali Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche)

Le pubblicazioni obbligatorie in "Amministrazione Trasparente" relative a Criteri e Atti di concessione sovvenzioni, contributi, sussidi e vantaggi economici a Persone Fisiche e Enti Pubblici e Privati sono disciplinate dagli artt. 26 e 27 del decreto legislativo n. 33 sulla Trasparenza.

AUSL e AOU hanno garantito dette pubblicazioni sin dall'inizio (2013/2014), secondo interpretazioni a suo tempo condivise (vedi Tabella Obblighi di Pubblicazione allegata al Piano Trasparenza/Anticorruzione), nelle rispettive sezioni web "Amministrazione Trasparente".

Lo scorso giugno ANAC, con deliberazione n. 468 del 16 giugno 2021, ha fornito nuove e specifiche indicazioni in materia, che comportano una necessaria rivisitazione delle attuali pubblicazioni (per tutte le amministrazioni pubbliche).

In argomento è intervenuto in passato anche l'OIV regionale, il quale ha dato atto della opportunità di specifico intervento in grado di portare chiarezza nell'attuazione delle norme di cui si parla.

Per le Aziende Sanitarie si tratta di disporre di nuovi criteri interpretativi, tra cui, il più importante, l'appartenenza o meno ai LEA delle prestazioni cui corrispondono erogazioni economiche, con l'effetto sostanzialmente di diminuire dati e informazioni da pubblicare.

Le categorie di dati e informazioni da pubblicarsi sono state a suo tempo definite in condivisione con le strutture aziendali competenti, tradotte poi nella tabella obblighi di pubblicazione allegata al Piano per la prevenzione delle corruzione e la trasparenza.

Approfondimenti sulla materia avvenuti in specifico incontro interaziendale il 31 agosto 2021 e successivamente ad opera di un gruppo regionale cui hanno contribuito le diverse aziende Sanitarie, hanno condotto ad indicazioni omogenee.

A livello aziendale il RPCT ha emanato la Direttiva 23 novembre 2021.

La Tabella obblighi di pubblicazione allegata al presente piano 2022/2024 riporta le indicazioni che di seguito si rappresentano.

Indicazioni specifiche

Lo spazio in "Amministrazione Trasparente" è "Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici". Detto spazio è articolato in 3 sezioni:

- *Criteri*
- *Atti di concessione*
- *Borse di studio* (queste possono essere a parte oppure inserite all'interno di Atti di concessione). Questi dati in precedenza venivano inseriti nello spazio Consulenti e collaboratori, poi transitati in Sovvenzioni e contributi, secondo indicazioni anche di OIV.

Si precisa preliminarmente, così come è ricordato nella delibera ANAC, cosa debba intendersi per *"vantaggio economico"*: attribuzione che migliora la situazione economica del destinatario senza che vi sia una controprestazione per il concedente.
L'obbligo di pubblicazione insiste solo per erogazioni di importo minimo di *1.000 euro* (annuale o unica soluzione) per singolo beneficiario.

AUSL e AOU. Per il genere di pubblicazioni, queste hanno sempre riguardato quasi esclusivamente strutture e servizi AUSL.

AOU è da ritenersi impegnata sostanzialmente mediante il Servizio Affari Generali per le pubblicazioni in Criteri e in Atti laddove si presenti la relativa casistica. Per Criteri: normative e regolamenti. Per Atti: delibere o altri provvedimenti di erogazione secondo le condizioni date.

Criteri

Si ritengono da pubblicarsi:
- *normative di riferimento delle tipologie di atti di concessione oggetto di pubblicazione*
- *regolamenti interni sulle tipologie di atti di concessione oggetto di pubblicazione*

Per AOU competente Affari Generali
Per AUSL competenti tutti i Servizi/Strutture indicati.

Atti di concessione

Si ricordano condizioni ed elementi informativi oggetto di pubblicazione:

- *nome dell'impresa o ente*
- *in caso di persone fisiche è esclusa la pubblicazione di dati identificativi*
- *importo del vantaggio economico corrisposto (erogazione)*
- *norma o titolo alla base dell'attribuzione*
- *modalità di individuazione del beneficiario*
- *l'ufficio/funzionario del relativo procedimento*

Per AOU competente Affari Generali (in presenza di specifici atti adottati)
Per AUSL competenti tutti i Servizi/Strutture indicate

Nulla su questi aspetti è cambiato rispetto agli adempimenti di pubblicazione che nel tempo strutture/servizi hanno curato.
Ciò che varia rispetto all'attuale situazione è invece la *casistica* da considerare per le pubblicazioni.

Criterio generale: pubblicazione per erogazioni riferite a prestazioni di natura assistenziale diverse da quelle LEA

Casistica (suddivisa per Strutture):

Distretti/Cure Primarie
- rimborsi ricoveri all'estero
- contributi economici a minori
- rimborso parti a domicilio
- parrucche pazienti oncologici
- rimborsi prestazioni diverse (ausili, no trasporto dializzati)
- assegni di cura anziani (se non erogati dai Comuni)
- assegni di cura disabili e gravi disabilità (se non erogati dai Comuni)

Dipartimento Salute Mentale/Dipendenze
- sussidi di sostentamento a pazienti psichiatrici
- contributi spese per tirocini di avviamento al lavoro

Dipartimento Sanità Pubblica
- indennizzi ex legge n. 210/1992
- indennità abbattimento animali malattie infette per risarcimento.

Tutte le Strutture/Servizi e Affari Generali AUSL/AOU
- singoli provvedimenti che prevedono erogazioni rispondenti alle condizioni normative (es. contributi ad organizzazioni, associazioni…)
- ogni altro atto che dovesse nel tempo aggiungersi, non contemplato nella casistica che precede.

Dipartimento Risorse Umane
- borse di studio (nello spazio specifico)

Tempistica

Si indica:
- annuale, per le tabelle con gli atti di concessione aggregati
- tempestiva, per singoli provvedimenti di contributi e criteri

Adeguamento da garantirsi nel 2022.

Modalità

Le pubblicazioni singole tempestive avvengono mediante ripresentazione dei relativi file.

Le pubblicazioni riferite alla casistica delle prestazioni avvengono in modo aggregato in tabelle annuali. Ogni struttura/Servizio cura la pubblicazione delle tabelle di propria competenza (come già avviene).

Il format delle tabelle delle pubblicazioni aggregate deve avere le seguenti informazioni ordinate in colonne:
- *tipologia erogazione*
- *beneficiario (codice identificativo, in quanto da anonimizzarsi)*
- *importo singolo/annuale (superiore a 1.000 euro)*
- *norma/provvedimento di riferimento*
- *riferimento ufficio/funzionario*

Borse di studio
Le pubblicazioni possono essere in formato libero o tabellare. Devono contenere le informazioni utili ad identificare soggetto e gli elementi essenziali riferiti all'incarico.

Tutela dati personali

Come sempre, si richiama l'attenzione sul tema della tutela dati personali.
Intanto il richiamo al principio che i dati personali vanno omessi da tutte le pubblicazioni se non essenziali e pertinenti alla pubblicazione stessa.
Sul tema in interesse l'attenzione particolare è motivata dal fatto che i contributi e le erogazioni possono essere rivelatori di condizioni di disagio economico e sociale.
Si conferma che in tutti i casi di soggetti beneficiari persone fisiche, per le pubblicazioni connesse alle prestazioni in casistica, occorre *anonimizzare i dati identificati*vi (con un codice o altro simile).

Pubblicazioni Investimenti Pubblici
(aggiornamento entro il 28 febbraio 2022)
(Attività Tecniche, Ingegneria Clinica, ICT, Logistica, Uffici Comunicazione)

E' previsto il report da elaborare e pubblicare nelle sezioni web "Amministrazione Trasparente", relativo agli Investimenti Pubblici.
Detta tabella, in prima attuazione è stata pubblicata entro il 31 marzo 2021 (investimenti attivi). Successivamente è da pubblicarsi **entro il 28 febbraio** di ogni anno (AUSL e AOU).

La norma di riferimento è il comma 2 quater della legge n. 3/2003, introdotto dalla legge "semplificazione" n. 120/2020, che ha convertito il decreto legge n. 76/2020.

Tutte le amministrazioni pubbliche devono pubblicare i progetti di investimento pubblico, con aggiornamenti di periodicità annuale, mediante una tabella che contenga le seguenti informazioni:

- **CUP (Codice Unico di Progetto)**
- **Importo totale del finanziamento**
- **Le fonti finanziarie**
- **La data di avvio del progetto**
- **Stato di attuazione finanziaria e procedurale**

La pubblicazione è collocata in "Amministrazione Trasparente" nello spazio **"Dati Ulteriori",** in cui è stata creata (da parte dei colleghi degli Uffici Comunicazione AUSL e AOU) la voce: **"Elenco dei progetti di investimento pubblico (art. 11 comma 2 quater legge n. 3/2003)".**

Secondo gli assetti organizzativi e le indicazioni diramate, l'adempimento è in carico al **Servizio Attività Tecniche** che gestisce il tema Piano Investimenti, e che è in possesso delle informazioni prevalenti oggetto delle pubblicazioni da effettuare. I Servizi che seguono investimenti sono tenuti a fornire la necessaria collaborazione per le informazioni necessarie all'elaborazione della tabella da pubblicarsi.

La Direzione Salute della Regione ha promosso approfondimenti per la definizione di un **modello tipo di tabella da pubblicare**, contenente tutte le informazioni richieste, per garantire alle Aziende una omogenea applicazione della normativa citata.

In fase di prima applicazione le pubblicazioni hanno riguardato:
- lavori pubblici
- acquisizione di tecnologie
- progetti di ricerca.

Pubblicazione di Informazioni Ambientali
(aggiornamento continuo)
(Dipartimento Sanità Pubblica, Servizio Tecnico Patrimoniale, Mobility Manager, Uffici Comunicazione)

Nello spazio "Informazioni Ambientali delle sezioni web AUSL/AOU risultano collocati alcuni documenti e informazioni su varie tematiche che in qualche modo risultano connesse all'argomento delle informazioni ambientali (Sorveglianza PAIP, qualità aria Borgotaro, mobilità sostenibile…).

File e documenti sono stati elaborati, raccolti e inviati per la pubblicazione da Dipartimento Sanità Pubblica, Servizio Tecnico e Mobility Manager.

Si ritiene che detta attività debba proseguire a regime (sia per AUSL che per AOU). Pertanto le unità organizzative citate sono tenute a procedere a far pubblicare documenti attinenti le tematiche ambientali (nel rispetto delle norme sulla tutela dati personali secondo le vigenti normative).

A livello regionale si è poi concordato che:

- Dipartimento Sanità Pubblica faccia pubblicare la/e Relazioni annuali in argomento (sito AUSL)
- Sito AOU deve inoltre riportare i seguenti link: spazio relativo di AUSL, link di ARPAE, link del Ministero dell'Ambiente (Ufficio Comunicazione).

Pubblicazioni in materia di Sperimentazioni
(aggiornamento entro il 31 gennaio)
(Servizio Innovazione e Ricerca AOU, Direzione Sanitaria AUSL)

Si tratta di obblighi di pubblicazione in essere da 2 anni.
Da mantenersi gli aggiornamenti previsti.

Per assicurare trasparenza nella gestione della sperimentazione clinica la legge n. 3/2018 (art. 1, comma 2b) richiede che sul sito internet istituzionale del centro clinico sia prevista un'apposita sezione dedicata alla trasparenza, in cui, in conformità ai princìpi di cui al decreto legislativo n. 33/2013, siano resi pubblici i **nominativi e i curricula (senza dati personali) di tutti i soggetti coinvolti nella sperimentazione e tutte le sperimentazioni attivate, in corso o concluse, e quelle autorizzate, nonché i correlati finanziamenti e programmi di spesa e i relativi contratti. L'attuazione della legge è poi avvenuta tramite l'approvazione del decreto legislativo n. 52/2019.**
I servizi indicati AUSL/AOU sono quindi tenuti a curare le pubblicazioni in parola, secondo le indicazioni fornite recentemente da gruppo e tavolo regionale apposito, comunicate dal RPCT.

Le pubblicazioni devono avvenire mediante una specifica tabella riportante gli elementi richiesti. Inoltre:

- la pubblicazione deve essere effettuata nello spazio Dati Ulteriori
- la periodicità è semestrale

Pubblicazioni in materia di gare e Contratti Pubblici
(aggiornamento continuo)
(Servizi Dipartimento Tecnico e Logistica)

I Servizi del Dipartimento interaziendale Tecnico e Logistica sono tenuti a verificare in modo dettagliato tutti gli obblighi di pubblicazione esistenti per le materie di rispettiva competenza.
Il principale riferimento è al Codice Contratti Pubblici (decreto legislativo n. 50/2016 e modifiche apportate con decreto legislativo n. 56/2017).

E' necessario si verifichi se le pubblicazioni ad oggi eseguite sulla sezione (Bandi di gara e contratti) soddisfino tutti gli obblighi previsti dalla complessa normativa, tenuto conto che gli spazi relativi nelle sezioni "Amministrazione Trasparente" sono stati riorganizzati nel 2021.

Pubblicazioni concernenti i Titolari di Incarichi Dirigenziali
(e Dichiarazioni di Patrimonio/Reddito)
(aggiornamento continuo)
(Dipartimento Risorse Umane)

Per i dati relativi ai titolari di incarichi dirigenziali il riferimento è agli artt. 14, 15 e 41 del decreto legislativo n. 33/2013, modificato dal decreto legislativo n. 97/2016. E' l'art. 41, quello dedicato al settore sanità in particolare, che considera le pubblicazioni per la *dirigenza sanitaria* dei dati di cui all'art. 15 del decreto n. 33 (articolo previsto per le figure di consulenti e collaboratori).

Su detto rinvio normativo all'art. 15 per la sanità, anziché all'art. 14 come per l'altra dirigenza pubblica, si discute da tempo, poiché il diverso trattamento sembra sia da considerarsi un refuso, un errore.

Detto della questione di natura normativa, al fine di non incorrere in responsabilità attinenti la riservatezza dei dati personali è disposto che **le pubblicazioni da eseguire per i titolari di incarichi dirigenziali riguardino i dati di cui all'art. 15 del decreto legislativo n. 33/2013** (sino ad eventuale modifica normativa).

Dunque i dati da pubblicarsi sono:

- estremi conferimento incarico
- curriculum
- dati relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o lo svolgimento di attività professionali
- compensi (tutti), compresi quelli da attività libero professionale intramoenia.

Da considerarsi allo stesso modo Direttore Generale, Sanitario, Amministrativo (e Direttore delle Attività Sociosanitarie). Per il Direttore Generale la pubblicazione dei dati è soddisfatta mediante il link alla specifica sezione del sito della Regione, competente alla nomina e ai dati da pubblicare.

Per tutti i titolari di Incarichi di Funzione (ex Posizione Organizzativa) è prevista e confermata la pubblicazione del Curriculum.

Dichiarazioni patrimonio e reddito dei titolari di incarichi dirigenziali

All'interno del tema dati da pubblicare relativi ai dirigenti, vi è la questione riguardante le dichiarazioni di patrimonio e reddito.

Intanto è bene subito precisare che l'obbligo è normativamente previsto dall'art. 14, comma 1 lett. f, del decreto legislativo n. 33/2013 (sanità esclusa per rinvio all'art. 15).

Ripercorriamo in sintesi gli **elementi e la cronologia** necessaria in argomento.

La raccolta e pubblicazione delle dichiarazioni di patrimonio e reddito dei titolari degli incarichi dirigenziali nasce:

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

Si tratta di un adempimento che a livello nazionale ha sempre destato remore, discussioni, conflitti, con applicazioni scarse e forte contrarietà soprattutto della categoria dei medici. Quello descritto sin qui è l'adempimento richiesto, riguardante solo dichiarazioni da fornire all'amministrazione, da acquisire e conservare.

La novità che ha acceso i maggiori conflitti, a livello generale nazionale, è stata introdotta col decreto legislativo n. 97/2016 (art. 14), quello che ha ampliato l'istituto dell'accesso civico e apportato modifiche al decreto legislativo n. 33/2013 sugli obblighi di trasparenza: le dichiarazioni dei titolari di incarico dirigenziale sono da pubblicarsi sui siti web delle amministrazioni.

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

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

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

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

- competenza giurisdizione amministrativa sugli obblighi di trasparenza amministrativa

- i princìpi di proporzionalità, pertinenza e non eccedenza costituiscono il canone complessivo che governa l'equilibrio del rapporto tra esigenza, privata, di protezione dei dati personali ed esigenza, pubblica, di trasparenza

- l'equiparazione degli obblighi di pubblicazione previsti per gli incarichi politici e quelli introdotti per la dirigenza (per patrimonio e reddito) non sembra ragionevole per la netta differenza di status, per genesi, struttura, funzioni esercitate, poteri di riferimento

- i rapporti e le responsabilità che correlano, da un lato, i titolari di incarichi politici, dall'altro i dirigenti pubblici, allo Stato e ai cittadini, si collocano su piani non comunicanti, in un insieme che "<u>rende del tutto implausibile la loro riconduzione, agli esclusivi fini della trasparenza, nell'ambito di un identico regime</u>".

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

<u>La Corte Costituzionale (sentenza n. 20 del 3 gennaio 2019), in sintesi:</u>

- <u>ha ritenuto l'illegittimità dell'art. 14 del decreto legislativo n. 33/2013 (modificato dal decreto legislativo n. 97/2016) nella parte in cui prevede in modo generalizzato per tutti i dirigenti la pubblicazione dei dati relativi alla loro situazione patrimoniale e reddituale</u>

- affida al legislatore il compito di definire una nuova disciplina, nell'ambito di una urgente revisione complessiva della materia.

ANAC ha adottato una deliberazione (n. 586 del 26 giugno 2019) a seguito della sentenza della Corte Costituzionale, ritenendo di proporre indicazioni per l'applicazione. Le indicazioni di ANAC sono state di fatto ritenute non applicabili in quanto contrastanti con la lettura della Corte: ciò è emerso nei mesi successivi anche a seguito di intervento del Garante Privacy, di una lettura di sistema e di una serie di diffide pervenute da parte di organizzazioni sindacali mediche.

Da ricordare ancora, poi, che in sanità poi la questione si incrocia con le norme specifiche del decreto legislativo n. 33/2013 (artt. 41, 14 e 15), laddove è previsto che le pubblicazioni per gli incarichi dirigenziali sono quelle previste dall'art. 15 e non dall'art. 14.

Il Decreto Legge n. 162 del 30 dicembre 2019 (c.d. Milleproroghe) prevede all'art. 1, comma 7:

- sospensione delle sanzioni di cui agli artt. 46 e 47 del decreto 33 sino al 31 dicembre 2020 nelle more dell'adozione dei provvedimenti di adeguamento alla sentenza della Corte Costituzionale n. 20/2019

- le sanzioni di cui agli articoli citati sono state peraltro rafforzate e confermate dall'art. 1, comma 163 della legge n. 160 del 27 dicembre 2019 (legge di bilancio) qualche giorno prima dell'approvazione del mille proroghe, norma citata in precedenza sugli obblighi di pubblicazione

- intervento di adeguamento nazionale mediante regolamento ministeriale in cui sono da individuarsi i dati da pubblicare per i titolari di incarichi dirigenziali, con i seguenti criteri:

  - graduazione degli obblighi di pubblicazione

  - i dati lett. f (cioè le dichiarazioni di patrimonio e reddito) siano oggetto di esclusiva comunicazione all'amministrazione di appartenenza.

In tal modo la questione dati da pubblicare in relazione all'art. 14 è stata interamente sospesa, sino al 31 dicembre 2020 e in attesa del decreto ministeriale. Le dichiarazioni di patrimonio e reddito sono oggetto di comunicazione e non di pubblicazione.

Il decreto legge n. 183 del 31 dicembre 2020 (art. 1, comma 16) prevedeva la proroga al 30 aprile 2021.
Nel 2021, ed alla data odierna, non è stato emanato alcun regolamento ministeriale sul tema. Pertanto ci troviamo ancora in fase di sospensione.

In Regione Emilia Romagna

Nella nostra Regione si è sempre ritenuto che l'acquisizione delle dichiarazioni sia dovuto, in base all'art. 13 del DPR n. 62/2013 (Codice di Comportamento nazionale) e all'art. 5 della legge regionale n. 9/2017 attuato ora col nuovo Codice di Comportamento regionale e/aziendale (art. 12): il dirigente è tenuto alle informazioni sulla propria situazione patrimoniale e di reddito. Dichiarazioni, si conferma, che coinvolgono il solo soggetto e non coniuge, figli e parenti sino al secondo grado; e non soggette a pubblicazioni.

E' di fatto ciò che si è realizzato con la raccolta delle dichiarazioni con modulistica in piattaforma informatica GRU, nell'autunno 2018 e 2019.

L'OIV regionale è intervenuto in materia con la nota n. 685605 del 10 settembre 2019 indirizzata ad ANAC, precisando in sintesi che:

- conferma obbligo per il dirigente di fornire le informazioni sulla propria situazione di patrimonio e reddito (no pubblicazione)
- pubblicazione dati per i dirigenti previsti dall'art. 15 del decreto legislativo n. 33/2013.

Con **Nota 23 dicembre 2019** la Direzione Generale Sanità della Regione, in ragione dei contenziosi e delle incertezze normative, ha invitato tutte le Aziende Sanitarie regionali a sospendere l'acquisizione a sistema delle dichiarazioni di patrimonio/reddito da parte dei dirigenti. AUSL e AOU di Parma hanno immediatamente aderito, inserendo in piattaforma un comunicato di sospensione.

Sospensione confermata nel 2021 con ulteriore Nota della Direzione generale Cura della Persona, Salute e Welfare ER n. 518094 del 26 maggio 2021 (in quanto non ancora adottato il regolamento governativo di delegificazione per l'individuazione dei dati che le amministrazioni devono pubblicare con riguardo ai titolari di incarichi dirigenziali).

Allo stato, quindi, vi è ancora sospensione.
Da confermare comunque che le due Aziende, come su tutto il territorio regionale, hanno sempre escluso la "pubblicazione" delle dichiarazioni, in virtù delle disposizioni applicabili del decreto legislativo n. 33/2013 come modificato dal decreto legislativo n. 97/2016.

L'acquisizione di dette dichiarazioni (senza pubblicazione) è confermata per i Direttori di vertice delle Aziende (acquisite regolarmente in piattaforma GRU).

Conclusione su pubblicazioni dati incarichi dirigenziali e acquisizione dichiarazioni patrimonio/reddito →

In base a tutto quanto descritto e riportato, le nostre due Aziende attualmente si attengono per il tema pubblicazione dati per gli incarichi dirigenziali a:

- **pubblicazione dati di cui all'art. 15 del decreto legislativo n. 33/2013 (titolari di Dipartimento, Struttura Complessa e Struttura Semplice) (nei compensi sono da ricomprendere anche quelli da libera professione)**

- **pubblicazione Curricula per tutti i titolari di incarichi dirigenziali e Incarichi di Organizzazione (ex Posizioni Organizzative)**

- **mantenimento acquisizione dichiarazioni su conflitti di interesse presenti in piattaforma GRU**

- **sospesa acquisizione (e, ovviamente, pubblicazione) delle dichiarazioni patrimonio e reddito dirigenti**

- **l'acquisizione allo stato mantiene validità per i Direttori generale, sanitario, Amministrativo**

Altre indicazioni:

- le tabelle con i dati sui compensi in AUSL e AOU devono anche ricomprendere, in posizione iniziale, i dati sui compensi dei Direttori Generali, Amministrativi e Sanitari.

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

Il Dipartimento Risorse Umane è la struttura competente a curare le pubblicazioni considerate e l'operatività della piattaforma informatica GRU.

Attestazione Assolvimento Obblighi di Trasparenza (OIV/OAS)

(Servizio Trasparenza/Integrità/RPCT e tutte le unità organizzative)

L'Autorità Nazionale Anticorruzione promuove annualmente la verifica sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione, disciplinata con specifiche deliberazioni.

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

L'adempimento, a partire dall'anno 2014, ha avuto scadenze sempre diverse, in ragione delle determinazioni dell'Autorità. Nel 2020, causa emergenza epidemiologica, la scadenza delle verifiche è stata fissata al 30 giugno, nel 2021 al 31 maggio Per il 2022 ancora da stabilirsi la data di verifica.

Pertanto, tutte le unità organizzative che hanno competenze in ordine a obblighi di pubblicazione di dati, documenti, informazioni in "Amministrazione Trasparente" sono tenute a verificare ed **adempiere a tutte le pubblicazioni di loro pertinenza indicativamente entro marzo/aprile 2022**, così da consentire poi le opportune integrazioni, in base anche a quanto oggetto delle specifiche verifiche.

Altre Misure e indicazioni

(Unità Organizzative citate sui singoli obblighi)

Per riprendere anche alcune osservazioni provenienti anche dall'OIV regionale, è necessario si proceda a quanto di seguito si specifica:

Manutenzione della struttura delle sezioni web "Amministrazione Trasparente

In novembre 2021 si è provveduto ad una risistemazione degli spazi ed alla loro articolazione, anche in base ad indicazioni di OIV regionale emerse sull'analisi delle griglie trasparenza 2021
(RPCT e Uffici Comunicazione)

Eliminazione pubblicazioni per esaurimento della durata

Il decreto legislativo n. 33/2013 prevede una durata dell'obbligo di pubblicazione.

Il criterio generale previsto dall'art. 8, comma 3, è il seguente:
I dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria sono pubblicati per un periodo di 5 anni, decorrenti dal 1 gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione; e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti, fatti salvi termini diversi previsti dalla normativa per specifiche categorie.

Come per le pubblicazioni, anche l'aspetto delle eliminazioni per cessazione della durata rientra nella competenza delle singole unità organizzative responsabili delle pubblicazioni, come da Tabella obblighi di pubblicazione.

Pertanto ciascuna unità organizzativa è tenuta, a decorrere dal 2022, a verificare ogni ipotesi di eliminazione di pubblicazioni rientranti nella loro sfera di competenza e ad indicarle agli Uffici Comunicazioni, che garantiscono l'operatività sulle sezioni web.

Data aggiornamento pagina

Va mantenuto l'aggiornamento di ciascuna pagina è già presente nelle due sezioni web

Indicatore delle visite

E' presente in entrambe le sezioni web aziendali:
in AUSL nello spazio Altri Contenuti/Dati Ulteriori alla voce Statistiche di accesso
in AOU in apposito riquadro collocato in home page
Le pubblicazioni sono state avviate con l'anno 2021, e le statistiche di accesso presentano periodicità semestrale.
(Uffici Comunicazione)

Tabelle compensi dirigenti

Le tabelle con i dati sui compensi in AUSL e AOU devono anche ricomprendere, in posizione iniziale, i dati sui compensi dei Direttori Generali, Amministrativi e Sanitari.
(Dipartimento Risorse Umane)

Atti conferimento incarichi dirigenziali

Negli atti di conferimento di incarichi dirigenziali sono da riportare gli "obiettivi di trasparenza", per collegare gli adempimenti dovuti nel contesto del rapporto di lavoro.
(Dipartimento Risorse Umane)

Prove e graduatorie concorsuali

L'art. 1, comma 145 della legge n. 160/2019 (legge bilancio 2020) ha modificato, ampliandoli, gli obblighi di pubblicazione previsti dall'art. 19 del decreto legislativo n. 33/2013, in passato già modificato.

Da pubblicarsi ora anche le tracce di tutte le prove e le graduatorie finali, aggiornate con l'eventuale scorrimento degli idonei non vincitori.

Indicazioni per le pubblicazioni:
- riferimento ai bandi per tempo indeterminato e determinato, con esclusione delle selezioni per struttura complessa
- tracce di tutte le prove previste, e non solo delle prove scritte come in precedenza
- criteri di valutazione della Commissione, riferiti alla valutazione delle prove
- pubblicazione graduatorie con informazioni sullo scorrimento nei confronti degli idonei non vincitori
- le nuove pubblicazioni devono riguardare tutti i bandi a decorrere dal 2020
- aggiornamento con periodicità mensile.

(Dipartimento Risorse Umane)

Servizi in rete

Si tratta di uno spazio in "Amministrazione Trasparente"/Servizi erogati che solo dal 2020 ha visto inserimento di dati ed informazioni, in occasione delle verifiche ex Griglia ANAC.

Scopo principale dello spazio è quello di pubblicare informazioni e dati relativi a:

- risultati di eventuali indagini svolte sulla soddisfazione degli utenti sui servizi in rete
- statistiche di utilizzo dei servizi in rete

Le Aziende Sanitarie sono tenute a dette pubblicazioni con periodicità annuale.
(Servizi ICT per Servizi in rete; Uffici Comunicazione e URP per rilevazioni soddisfazione utenti).

Giornata della Trasparenza

La Giornata costituisce momento di diffusione delle azioni programmate e realizzate, oltre a rappresentare valenza formativa per i partecipanti interni alle amministrazioni.

Si ritiene di indicare la fattibilità di analoga Giornata anche per il 2022.

ATTUAZIONE dell'ACCESSO CIVICO "GENERALIZZZATO"
(rif. ALLEGATO 9)

Del nuovo istituto si è trattato nei diversi Piani a decorrere dal 2017, anno di prima attuazione.

Si tratta della più forte innovazione apportata dal decreto legislativo n. 97/2016. E' quella che motiva la denominazione di F.O.I.A. (Freedom Of Information Act) all'intervento legislativo.

Oggi sono presenti nell'ordinamento tre forme di accesso:

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

Definizione

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

Aspetti e modalità

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

A chi deve essere presentata l'istanza, in alternativa:
- all'Ufficio (unità organizzativa) che detiene i dati, le informazioni o i documenti
- all'Ufficio Relazioni col Pubblico
- ad altro Ufficio (unità organizzativa) indicata nel sito web istituzionale

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

Esclusioni e limiti

L'accesso è escluso nei casi di:
- segreto di Stato

L'accesso civico generalizzato è rifiutato se il diniego è necessario per evitare un pregiudizio concreto alla tutela di uno degli interessi pubblici inerenti a:
- sicurezza e ordine pubblico
- sicurezza nazionale
- difesa e questioni militari
- relazioni internazionali
- politica e stabilità finanziaria ed economica dello Stato
- conduzione di indagini su reati e loro perseguimento
- regolare svolgimento di attività ispettive.

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

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

Particolarità:

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

<u>Controinteressati</u>

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

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

- individuazione controinteressati

- invio agli stessi di copia della richiesta di accesso, mediante posta raccomandata con avviso di ricevimento o per via telematica, se consentito dai controinteressati

- entro 10 giorni dal ricevimento della comunicazione, i controinteressati possono presentare motivata opposizione alla richiesta di accesso, anche in via telematica

- i 10 giorni sospendono il termine generale di conclusione del procedimento fissato in 30 giorni

- il procedimento di accesso civico deve concludersi con provvedimento espresso e motivato nel termine di 30 giorni dalla presentazione dell'istanza, con comunicazione al richiedente ed agli eventuali controinteressati

- in caso di accoglimento si provvede a trasmettere al richiedente i dati o i documenti richiesti

- in caso di accoglimento della richiesta e in presenza di opposizione di controinteressati, si dà prima comunicazione ai controinteressati e dopo 15 giorni (dalla ricezione della comunicazione da parte del controinteressato) si trasmettono dati e documenti al richiedente

- rifiuto, limitazione o differimento dell'accesso vanno motivati.

Riesame

In caso di diniego totale o parziale dell'accesso, ed in caso di mancata risposta, da parte dell'unità organizzativa destinataria della richiesta di accesso, il richiedente può avanzare **richiesta di riesame al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza,** che decide con provvedimento motivato entro il termine di 20 giorni.

Se l'accesso è stato negato in ragione della tutela degli interessi riferiti alla protezione di dati personali, il Responsabile consulta il Garante per la protezione dei dati personali, che si pronuncia entro 10 giorni dalla richiesta (con sospensione del termine dei 20 giorni per rispondere al richiedente il riesame)

Il richiedente può far ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale avverso i provvedimenti dell'unità organizzativa o, in caso di richiesta di riesame, del Responsabile anticorruzione e trasparenza.

Regolamento interaziendale

Con il presente Piano si conferma il Regolamento interaziendale **ALLEGATO 9**.

Il Regolamento conferma la **competenza"diffusa"** all'interno delle due Aziende Sanitarie alla trattazione degli accessi:

ogni unità organizzativa è competente a trattare gli accessi civici generalizzati in ragione delle attribuzioni per materia e del possesso di dati, documenti e informazioni, secondo gli assetti organizzativi vigenti.

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

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

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

MONITORAGGI E RIEPILOGO ATTIVITA'/ADEMPIMENTI

MONITORAGGI

Prevenzione della corruzione

- ogni unità organizzativa è competente sui controlli di primo livello ed è tenuta a relazionare al RPCT sulle attività rese per le misure indicate nelle tabelle sui processi specifici e sulle misure generali che ne vedono un coinvolgimento

- controlli di secondo livello, tramite specifici audit (da programmare) e monitoraggio relazioni e attività delle unità organizzative da parte del Servizio Trasparenza e Integrità/RPCT

- monitoraggio sulle misure generali da parte del Servizio Trasparenza e Integrità/RPCT

- controlli di terzo livello della struttura di Internal Audit, in particolare sui percorsi di controllo interno alle unità organizzative

Trasparenza

- monitoraggi generali obblighi di pubblicazione sulle sezioni web "Amministrazione Trasparente" di Servizio Trasparenza e Integrità/RPCT

- monitoraggio specifico obblighi di pubblicazione in occasione delle verifiche annuali ANAC/OIV di Servizio Trasparenza e Integrità/RPCT e Unità Organizzative

- monitoraggio accessi civici generalizzati mediante acquisizione trattazioni svolte dalle unità organizzative competenti di Servizio Trasparenza e Integrità/RPCT

ADEMPIMENTI per Aree/Servizi/Unità Organizzative:

RELAZIONE ANNUALE che deve ricomprendere le seguenti parti/aspetti:

- **attività svolte su ciascuna delle Misure Generali (Tabella Allegato 1) in cui l'Unità Organizzativa è coinvolta, compresa la possibile attuazione della Rotazione**
- **attività svolte su quanto considerato nelle Tabelle Allegati 3 e 4 relative a processi/rischi/Misure Specifiche, anche speciali covid-19**
- **l'illustrazione dei contenuti principali del Piano in incontri presso la rispettiva Unità Organizzativa**
- **il richiamo ai contenuti principali del Codice di Comportamento in incontri presso la rispettiva Unità Organizzativa**
- **conferma e numero casi di eventuale trattazione di conflitti di interesse riguardanti gli operatori presso la rispettiva Unità Organizzativa**
- **l'assicurazione delle attività in materia di Obblighi di Pubblicazione nelle sezioni web "Amministrazione Trasparente" (Tabella Allegato 8)**
- **la trattazione degli eventuali casi di accesso civico "generalizzato"**

Detta RELAZIONE:

- è dovuta da **TUTTE LE UNITA' ORGANIZZATIVE** indicate e coinvolte espressamente nelle varie attività
- da inoltrare al Servizio Trasparenza e Integrità/RPCT (via mail)
- **entro il 31 dicembre 2022**

Relazioni specifiche possono essere richieste o assunte d'iniziativa durante il corso dell'anno in presenza di particolari necessità.

Aggiornamento Mappature e Rischi

Le Unità Organizzative che ritengono sia necessario modificare o integrare le mappature dei processi (riferimento è Tabella Allegato 2), in ragione di novità organizzative o di altri motivi, inoltrano le proposte **entro il 15 novembre 2022** al Servizio Trasparenza e Integrità/RPCT.

EFFICACIA E CHIUSURA

Il presente Piano assume immediata efficacia dal momento dell'approvazione con deliberazioni dei Direttori Generali dell'Azienda USL e dell'Azienda Ospedaliero Universitaria, e costituisce atto fondamentale generale di direttiva, indirizzo ed operatività per tutte le articolazioni delle due Aziende e nei confronti di tutti gli operatori.

L'inosservanza di misure ed adempimenti previsti dal presente Piano per la prevenzione della corruzione e la trasparenza 2022/2024 costituisce illecito disciplinare.

Per quanto non espressamente previsto nel presente documento, l'attività di prevenzione della corruzione trova applicazione secondo le previsioni della legge n. 190/2012 , delle altre normative nazionali e regionali in materia, del Piano Nazionale Anticorruzione edizioni 2013, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019.

NB.

Si richiama quanto espresso nella Premessa al Piano, in relazione alla possibile attuazione del PIAO - Piano Integrato di Attività e Organizzazione (ad oggi previsto entro il 30 aprile 2022).

Detta attuazione potrebbe comportare modifiche al presente Piano ed alla previsione dei Monitoraggi e degli Adempimenti qui indicati.

INDICE

PREMESSA SULL'AGGIORNAMENTO DEL PIANO 2022
Motivi, termini e PIAO - Piano Integrato di Attività e Organizzazione
da pag. 2

- PIAO - Piano Integrato di Attività e Organizzazione

INTRODUZIONE AL PIANO 2022
da pag. 5

- Precisazioni di sistema
- Termini per approvazione e pubblicazione Piano 2022
- Indice Percezione Corruzione (Transparency)
- Cultura della prevenzione

LEGGE N. 190/2012 E SISTEMA DI PREVENZIONE/TRASPARENZA
Piano Nazionale Anticorruzione e Aggiornamento Normativo
da pag. 7

SISTEMA DI PREVENZIONE/TRASPARENZA

- Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.AC.)
- Il concetto di "corruzione" nel sistema della prevenzione
- Applicabilità alle Aziende Sanitarie
- Obiettivi e strumenti della prevenzione
- Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT)
- Piani Triennali delle amministrazioni
- Trasparenza
- Codici di Comportamento
- Conflitto di interessi
- Incarichi e incompatibilità
- Pantouflage o revolving doors
- Formazione di commissioni e assegnazioni agli uffici
- Inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi dirigenziali
- Whistleblowing (segnalazioni)
- Rotazione degli incarichi
- Coordinamento Anticorruzione/Trasparenza/Performance
- Protocolli di legalità/Patti di integrità
- Fonti

PIANO NAZIONALE ANTICORRUZIONE

- Piano Nazionale Anticorruzione 2019
- I precedenti PNA
- Ruolo e poteri del RPCT

AGGIORNAMENTO NORMATIVO

- Proroga stato di emergenza al 31 marzo 2022
- Decreto legge 30 dicembre 2021 n. 228 (cd Milleproroghe)
- Legge Regionale Emilia Romagna 26 novembre 2021, n. 17 (modifiche all'organizzazione del SSR)
- Nuovo Piano Sociale e Sanitario Regionale Emilia Romagna
- Patto per la Salute 2019/2021
- Legge 9 gennaio 2019, n. 3
- Regolamento UE n. 679/2016 (tutela dati personali)
- Legge Regionale Emilia Romagna 1 giugno 2017, n. 9 (artt. 5 e 7)
- Reato di abuso d'ufficio

LE AZIENDE SANITARIE DI PARMA
Organizzazione/Attività e Progetti di Integrazione/Unificazione
da pag. 24

- AZIENDA USL
- AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA
- PROCESSI DI INTEGRAZIONE INTERAZIENDALE/UNIFICAZIONE

SISTEMA DI PREVENZIONE/TRASPARENZA E PTPCT
Obiettivi, Aree di Azione, Sistemi, Soggetti e Organismi
Coordinamento col Sistema Performance
da pag. 45

PIANO INTEGRATO INTERAZIENDALE AUSL/AOU

OBIETTIVI STRATEGICI

AREE PRIORITARIE DI AZIONE

SISTEMI AZIENDALI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

- Prevenzione della Corruzione
- Trasparenza/Obblighi di pubblicazione e Accesso Civico generalizzato
- Monitoraggi
- Redazione e approvazione del PTPC

SOGGETTI E ORGANISMI

- Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (RPCT interaziendale)
- Responsabile per l'Anagrafe delle Stazioni Appaltanti (RASA interaziendale)
- Uffici Procedimenti Disciplinari
- Organismo Indipendente di Valutazione del S.S.R
- Organismi Aziendali di Supporto (OAS)
- Area Vasta Emilia Nord (AVEN)
- Tavolo regionale Direzione Generale Salute/OIV/RPCT Aziende Sanitarie
- Rete regionale per l'Integrità e la Trasparenza
- "Gestore" per l'Antiriciclaggio

COORDINAMENTO COL SISTEMA PERFORMANCE

ATTIVITA' E MONITORAGGI 2021
Dati e informazioni: accessi civici, segnalazioni, procedimenti disciplinari, dichiarazioni Codice di Comportamento, attività varie
da pag. 58

- Monitoraggi Trasparenza/Obblighi di pubblicazione
- Attestazione assolvimento obblighi di Trasparenza 2021
- Monitoraggio Accessi Civici "generalizzati"
- Giornata della Trasparenza 2021
- Segnalazione presunti illeciti/irregolarità
- Procedimenti disciplinari per violazioni Codice di Comportamento
- Adempimento RASA gennaio 2021
- Dichiarazioni conflitto interesse ed altri (modulistica in piattaforma GRU) Report 2021
- Precisazione per il modulo Dichiarazione Patrimonio e Reddito dirigenti
- Monitoraggi relazioni di attività delle unità organizzative sulle misure di prevenzione della corruzione
- Mappatura processi/procedimenti/attività
- Informazioni e attività varie 2021
- Verifiche inconferibilità/incompatibilità ex decreto legislativo n. 39/2013
- Incontri di AUDIT interno del RPCT
- Incontri di informazione/formazione e diffusione
- Relazioni annuali RPCT
- Tavolo regionale Direzione Generale Salute/OIV/RPCT Aziende Sanitarie
- Rete regionale per l'Integrità e la Trasparenza

CONTESTO ESTERNO E INTERNO
Mappatura processi principali per Aree di rischio PNA
Analisi e Valutazione dei rischi
(rif. Allegati 2, 5, 10)
da pag. 72

CONTESTO ESTERNO

CONTESTO INTERNO

- Mappatura Processi Principali - Registro Rischi (articolata per Aree di Rischio PNA)

IL SISTEMA DI ANALISI E VALUTAZIONE DEI RISCHI

ISTITUTI E MISURE GENERALI
(rif. Allegati 1, 6, 7)
da pag. 76

- Trasparenza (Obblighi di pubblicazione e Accesso Civico)
- Codice di Comportamento
- Conflitti di interesse
- Dichiarazioni conflitto interesse ed altri (modulistica in piattaforma GRU)

- Segnalazione illeciti (Whistleblowing)
- Attività successive al rapporto di lavoro (pantouflge)
- Formazione di commissioni e assegnazioni agli uffici
- Incarichi extra istituzionali
- Inconferibilità/incompatibilità ex decreto legislativo n. 39/2013
- Rotazione di incarichi e personale
- Rotazione Straordinaria
- Antiriciclaggio
- Coordinamento col Sistema Performance
- Regolamento interaziendale in materia di Formazione Sponsorizzata
- Attività conseguenti al decesso presso gli ospedali
- Disciplina delle attività di ricerca clinica e sperimentazione clinica
- Audit
- Relazione annuale RPCT
- Partecipazione al Tavolo regionale Direzione Salute/OIV/RPCT
- Diffusione e formazione
- Audit

Trattamento del rischio: MISURE SPECIFICHE
(rif. Allegati 3 e 4)
da pag. 99

SEZIONE TRASPARENZA
Obblighi di Trasparenza e Accesso Civico - Misure
(rif. Allegati 8 e 9)
da pag. 101

Sistema FLUSSI ed operatività per le PUBBLICAZIONI
nelle sezioni web “AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE”

- Sezioni web “Amministrazione Trasparente”
- Flusso dati, documenti, informazioni
- Relazioni con Uffici Comunicazione
- Specificità

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E INDICAZIONI SPECIFICHE - MISURE
(rif. Tabella ALLEGATO 8)

- Pubblicazioni e Protezione Dati Personali
- Pubblicazioni Interventi Straordinari e di Emergenza
- Pubblicazioni “Erogazioni Liberali”
- Pubblicazioni in materia di concessione sovvenzioni, contributi, sussidi e attribuzione vantaggi economici a persone fisiche ed enti pubblici e privati
- Pubblicazioni Investimenti Pubblici
- Pubblicazione di Informazioni Ambientali
- Pubblicazioni in materia di Sperimentazioni
- Pubblicazioni in materia di Gare e Contratti Pubblici
- Pubblicazioni concernenti i Titolari di Incarichi Dirigenziali
- (e Dichiarazioni di Patrimonio/Reddito)
- Attestazione Assolvimento Obblighi di Trasparenza (OIV/OAS)

- Altre Misure e indicazioni

ATTUAZIONE dell'ACCESSO CIVICO "GENERALIZZZATO" (rif. ALLEGATO 9)

- Regolamento interaziendale

MONITORAGGI E RIEPILOGO ATTIVITA'/ADEMPIMENTI
da pag. 125

EFFICACIA E CHIUSURA
da pag. 127

ALLEGATI da pag. 133

Parma Gennaio 2022

Responsabile interaziendale AUSL/AOU Parma per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza - RPCT
Giovanni Bladelli

ALLEGATI

1. **Tabella Istituti e Misure Generali**

2. **Mappa Processi principali - Registro Rischi (Articolata per Aree di Rischio PNA)**

3. **Tabelle Processi/Rischi/Misure di Prevenzione specifiche (Articolate per Unità Organizzative)**

4. **Tabella con alcuni Processi Speciali/Rischi/Misure di prevenzione specifiche con riferimento all'Emergenza Sanitaria da Covid-19**

5. **Tabelle Analisi e Valutazione Rischi (rif. Allegati 3 e 4 Articolate per Unità Organizzativa)**

6. **Codice di Comportamento**

7. **Modulo dichiarazione Pantouflage**

8. **Tabella Obblighi di Pubblicazione**

9. **Regolamento Accesso Civico "generalizzato"**

10. **Documento Contesto Esterno**

11. **Organigramma AUSL**

12. **Organigramma AOU**

ALLEGATO 1

Tabella ISTITUTI/MISURE GENERALI
(Piano per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza AUSL/AOU PARMA 2022/2024)

La tabella rappresenta in forma di elenco e con contenuti sintetici Istituti/Misure Generali, descritte in modo analitico e completo nel relativo capitolo del Piano, oltre che nella Sezione Trasparenza.

	MISURA GENERALE/STRUMENTO	CONTENUTI	COMPETENZE/COINVOLGIMENTI
1	**TRASPARENZA**	Sezioni web "Amministrazione Trasparente" Flussi di dati e documenti Indicazioni per le pubblicazioni Attuazione e Trattazione accessi civici "generalizzati" (Regolamento Allegato 9) (Descrizioni in Sezione Trasparenza)	Tutte le Unità Organizzative previste nella Tabella Obblighi di Pubblicazione (Allegato 8)
2	**CODICE DI COMPORTAMENTO**	Disciplina i conflitti di interesse e considera altri temi: partecipazione ad associazioni od organizzazioni, regali, liste d'attesa, attività libero professionale, ricerca e sperimentazioni, sponsorizzazioni e attività formativa, rapporti con società farmaceutiche, attività conseguenti al decesso Approvato nel 2018	Tutte le Unità Organizzative: conoscenza e diffusione Dipartimento Risorse Umane: consegna del Codice all'assunzione Uffici Procedimenti Disciplinari: raccolta condotte illecite e relazione annuale
3	**CONFLITTI DI INTERESSE**	La segnalazione del conflitto in forma scritta deve essere indirizzata al dirigente o responsabile della propria unità organizzativa, il quale, esaminate le circostanze, valuta se la situazione realizza un conflitto di interesse idoneo a ledere l'imparzialità dell'agire. Il dirigente/responsabile risponde per iscritto all'interessato, sollevandolo dalle funzioni o dai compiti coinvolti nel conflitto oppure motivando le ragioni che consentono comunque l'espletamento dell'attività da parte dell'interessato. Per la segnalazione al proprio superiore gerarchico l'operatore può utilizzare la modulistica presente in piattaforma informatica GRU. In ogni caso è sempre possibile, e consigliabile, comunicazione formale scritta al superiore gerarchico. Confermata l'acquisizione annuale delle dichiarazioni in piattaforma GRU (dal 2021 aggiunto modulo di dichiarazione per eventuali conflitti di interessi dovuti a parentele/affinità presenti nella stessa unità organizzativa)	Tutti gli Operatori (e soggetti tenuti all'osservanza del Codice di Comportamento)

4	**REGALI**	Norme relative a Regali, compensi ed altre utilità contenute nel Codice di Comportamento (art. 5)	Tutti gli Operatori (e soggetti tenuti all'osservanza del Codice di Comportamento)
5	**DICHIARAZIONI CODICE DI COMPORTAMENTO**	Acquisizione annuale dichiarazioni mediante compilazione modulistica in piattaforma GRU: Modulo 1 - Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interesse (tutti) Modulo 1bis - Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interesse (dirigenza) Modulo 2 - Comunicazione adesione e appartenenza ad associazioni od organizzazioni (tutti) Modulo 3 - Obbligo di astensione (tutti ma solo in caso di dovuto utilizzo) Modulo 4 – Prevenzione conflitti di interesse in assegnazione personale (dal 2021) Modulo - Dichiarazione Patrimonio/Reddito (dirigenti) (allo stato risulta sospesa l'acquisizione delle dichiarazioni di patrimonio/reddito del personale dirigenziale)	Tutti gli operatori indicati sono tenuti alle dichiarazioni da Codice di Comportamento Dipartimento Risorse Umane cura piattaforma GRU
6	**SEGNALAZIONE ILLECITI**	Piattaforma informatica per il ricevimento di eventuali segnalazioni di illeciti (istituto denominato whistleblowing) da parte dei dipendenti, in attuazione delle legge n. 179/2017 e linee guida delibera ANAC n. 469/2021, attiva da febbraio 2019	RPCT per accesso a piattaforma e trattazione segnalazioni, secondo indicazioni PNA ICT per cura e manutenzione piattaforma
7	**ATTIVITA' SUCCESSIVE AL RAPPORTO DI LAVORO (PANTOUFLAGE)**	Al momento della cessazione dal servizio il dipendente è tenuto a sottoscrivere un modulo contenente la dichiarazione di essere informato su esistenza ed efficacia della norma di cui all'art. 53, comma 16 ter del decreto legislativo n, 165/2001, relativo al divieto di pantouflage. Lo schema del modulo è allegato al presente Piano (Allegato 7) Competenza e poteri sanzionatori attribuiti ad ANAC in casi di violazioni E' l'art. 1, comma 42 della legge n. 190/2012 che inserisce il comma 16 ter nell'art. 53 del d.lgs n. 165/2001: "I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto	Dipartimento Risorse Umane per acquisizione moduli Tutte le Unità Organizzative che in ragione delle proprie attività dovessero riscontrare casi in proposito sono tenuti ad inviare informativa al Dipartimento interaziendale Risorse Umane ed al Responsabile aziendale per i possibili interventi

		divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti ed accertati ad essi riferiti".	
8	**FORMAZIONE DI COMMISSIONI E ASSEGNAZIONI AGLI UFFICI**	I soggetti condannati, con sentenza anche non definitiva: - non possono far parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblichi impieghi - non possono far parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, servizi e forniture o per la concessione o l'erogazione di contributi, sovvenzioni, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere - non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi, forniture (art. 35 bis del decreto legislativo n. 165/2001 introdotto dall'art. 1, comma 46 della legge n.190/2012).	Dipartimento Risorse Umane per le verifiche sull'esistenza di eventuali condanne prima del conferimento di incarichi e funzioni
9	**INCARICHI EXTRA ISTITUZIONALI**	Riferimento è art. 53 del decreto legislativo n. 165/2001 (modificato dalla legge n. 190/2012) che disciplina lo svolgimento di incarichi e prestazioni non compresi nei doveri d'ufficio da parte dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni Sono vigenti Regolamenti nelle due Aziende che dettano i vari casi e le modalità di autorizzazione da parte dei superiori gerarchici o comunque dei soggetti previsti. Il rilascio dell'autorizzazione deve conseguire anche ad espressa verifica di eventuali situazioni di conflitto di interesse	Tutti i Dirigenti e Responsabili di Unità Organizzativa Dipartimento Risorse Umane per anagrafe incarichi extra istituzionali
10	**ROTAZIONE DI INCARICHI E PERSONALE**	Ogni unità organizzativa è chiamata a valutare periodicamente iniziative di rotazione degli operatori di propria afferenza, con i seguenti criteri e indicazioni: Criteri rotazione funzionale: prevede l'assegnazione del dipendente ad altre competenze nella medesima unità organizzativa rotazione funzionale e territoriale: prevede l'assegnazione del dipendente ad altre competenze in altra unità organizzativa periodicità della rotazione "segregazione" delle funzioni: consiste nell'affidamento delle varie fasi di	Tutte le Unità Organizzative Servizi del Dipartimento Sanità Pubblica (Veterinario, Igiene degli Alimenti, Prevenzione e Sicurezza Ambienti di Lavoro): misure specifiche Dipartimento Tecnico e Logistica: per commissioni di gara Direttori Struttura e Aree Tecnico Amministrative: misure specifiche

		procedimento appartenente a un'area a rischio a più persone, avendo cura di assegnare la responsabilità del procedimento ad un soggetto diverso dal Dirigente cui compete l'adozione del provvedimento finale Indicazioni la scelta dell'applicazione di uno dei predetti criteri deve essere operata in base alle esigenze organizzative dell'unità organizzativa interessata, avendo riguardo al tipo di rischio connesso, alle specifiche attività e al momento in cui si opera la misura si deve tenere conto di limiti oggettivi legati alla cd. "infungibilità" delle figure professionali, laddove sono richieste competenze ed esperienze specifiche la formazione è strumento utile per supportare l'applicazione del principio di rotazione Misure specifiche per alcuni profili di professionisti con incarichi di struttura	
11	**ROTAZIONE STRAORDINARIA**	Prevista dall'art. 16, comma 1, lett. l quater del decreto legislativo n. 163/2001, come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi. La norma prevede la rotazione nel personale nei casi di avvio di procedimenti penali per condotte di natura corruttiva Delibera ANAC n. 215 del 26 marzo 2019 fornisce "Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lettera l quater, del decreto legislativo n. 165/2001".	Direzioni Aziendali Direzioni Strutture, Dipartimenti, Strutture Complesse
12	**ANTIRICICLAGGIO**	Con decreto legislativo n. 231/2007, concernente la prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo, si è previsto un sistema di "segnalazione di operazioni sospette" (art. 41) cui sono tenuti una serie di soggetti indicati dalla normativa, tra i quali gli uffici della pubblica amministrazione, compresi gli enti della sanità pubblica. Destinatario delle segnalazioni è l'Ufficio di Informazione Finanziaria presso la Banca d'Italia (UIF), struttura incaricata appunto di ricevere dai soggetti obbligati le segnalazioni che riguardano ipotesi di riciclaggio o di finanziamento al terrorismo. Con Provvedimento 23 aprile 2018 l'UIF indica le "Istruzioni sulle comunicazioni di dati e informazioni concernenti le operazioni sospette da parte degli uffici delle pubbliche amministrazioni". Il provvedimento è dedicato alla operatività sulle possibili segnalazioni e riporta un allegato con gli "indicatori di anomalia"	Gestore /RPCT Servizi del Dipartimento tecnico e Logistica Area Economico Finanziaria

13	**COORDINAMENTO COL SISTEMA PERFORMANCE**	La realizzazione del coordinamento prevede l'incrocio di obiettivi ed azioni con i Piani aziendali triennali della Performance, nei Piani delle Azioni e nei Documenti di Budget annuali. Con effetto per entrambe le Aziende Sanitarie: nei Piani Performance sono inseriti macro obiettivi con indicatori riferiti a: - assolvimento obblighi di trasparenza - centralizzazione acquisti beni e servizi - accessi civici pervenuti e trattati nei Piani delle Azioni annuali - l'osservanza di azioni e misure contenute nel piano per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza nelle Schede di Budget annuali delle unità organizzative sono inseriti gli obiettivi: - diffusione dei contenuti del Piano per la prevenzione della corruzione e la trasparenza - diffusione del Codice di Comportamento - valutazioni inerenti alle ipotesi di conflitti di interesse comunicate dagli operatori, da parte dei superiori gerarchici, secondo le disposizioni del Codice di Comportamento Il collegamento tra Performance e Anticorruzione/Trasparenza è inserito anche nella DGR n. 819/2021 Linee guida per lo sviluppo del sistema di misurazione e valutazione della performance nelle Aziende e negli Enti del SSR Emilia Romagna	Tutte le Unità Organizzative
14	**REGOLAMENTO FORMAZIONE SPONSORIZZATA**	Riferimento è l'art. 16, comma 2, del nuovo Codice di Comportamento interaziendale: "La formazione sponsorizzata è ammessa qualora porti ragionevolmente un beneficio all'attività istituzionale svolta e sulla base di proposte non nominative indirizzate alle Aziende, nel rispetto dei regolamenti vigenti; in tale ambito, i dipendenti interessati sono individuati dalle Aziende in relazione al ruolo organizzativo, alle competenze possedute, al bisogno formativo, ecc., secondo criteri d'imparzialità e rotazione. Rientrano nella fattispecie anche le risorse messe a disposizione da chiunque per la sponsorizzazione di convegni, congressi, attività formative da svolgere presso le Aziende". Regolamento di prossima approvazione sulla base di un modello unico regionale predisposto da un gruppo di lavoro, con validità per tutte le Aziende Sanitarie	Dipartimento Risorse Umane/Area Formazione e Sviluppo

		regionali	
15	**ATTIVITA' CONSEGUENTI AL DECESSO PRESSO GLI OSPEDALI**	Art. 18 Codice di Comportamento: "Tenuto conto delle forti implicazioni di natura sia etica sia economica connesse ai molteplici interessi che si possono concentrare sulle attività conseguenti al decesso, nell'applicazione delle disposizioni del Codice i destinatari coinvolti: a. rispettano l'obbligo di riservatezza relativo all'evento del decesso b. non accettano né richiedono omaggi compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti, in particolare all'interno delle camere mortuarie c. non suggeriscono ai parenti del deceduto alcuna specifica impresa di onoranze funebri. I Dirigenti e il Direttore Sanitario sono tenuti a vigilare sulla osservanza delle presenti norme di condotta" Misure - verifiche periodiche sul rispetto delle norme contenute nell'art. 18 del Codice di Comportamento da parte di tutti gli operatori - rotazione del personale addetto in base alle possibilità consentite dall'organico a disposizione - attuazione e verifica delle indicazioni contenute nella nota regionale del 13 marzo 2018 in materia di vestizione del defunto, con riferimento alle precise e separate competenze tra personale della struttura sanitaria e impresa di pompe funebri	Direzioni Ospedaliere
16	**DISCIPLINA DELLE ATTIVITA' DI RICERCA E SPERIMENTAZIONE CLINICA**	Tutte le tipologie di ricerca svolte presso le Aziende Sanitarie devono essere preventivamente autorizzate dal Direttore Generale, e tale autorizzazione preceduta da parere favorevole del Comitato Etico per tutti gli studi che prevedono il coinvolgimento dei pazienti e/o raccolta di dati e/o campioni biologici del paziente (l'art. 7 della legge regionale n.9/2017 prevede l'obbligatorietà di espresso e motivato nullaosta del Direttore Generale dell'Azienda in tutti i casi di sperimentazioni cliniche, una volta sottoposte al necessario parere del Comitato Etico, al fine di garantire l'assenza di pregiudizi per l'attività assistenziale) Documento Regione E.R. 26 novembre 2018 "Disciplina delle attività di ricerca clinica e sperimentazione clinica nelle Aziende Ospedaliero Universitarie" Obblighi di pubblicazione in materia di sperimentazione clinica dei farmaci, ai sensi della legge n. 3/2018 e del decreto legislativo n. 52/2019	Direzioni Generali Direzioni Sanitarie Area Innovazione e Ricerca

17	**AUDIT RPCT**	Incontri di audit con alcune Unità Organizzative da individuarsi, relativamente a: - misure contenute nel Piano - obblighi di pubblicazione - accessi civici - diffusione Codice di Comportamento - situazioni di conflitti di interesse	RPCT/Servizio Trasparenza e Integrità
18	**RELAZIONE ANNUALE RPCT**	La Relazione annuale sulle attività di prevenzione, a cura del Responsabile interaziendale, è prevista dalla legge n. 190/2012 - art.1, comma 14, 3° e 4° periodo La Relazione è atto proprio del Responsabile della trasparenza e prevenzione della corruzione e non richiede l'approvazione degli organi di vertice delle amministrazioni	RPCT
19	**PARTECIPAZIONE AL TAVOLO REGIONALE DIREZIONE SALUTE/OIV/RPCT**	Istituito un tavolo regionale operativo tra i RPCT delle Aziende Sanitarie, coordinato dal Servizio Amministrazione della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare, e a cui partecipa l'Organismo Indipendente di Valutazione, unico per il Servizio Sanitario Regionale Il tavolo, operante dal 2016, ha il compito del coordinamento delle misure in materia di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione delle Aziende e degli Enti del SSR	RPCT
20	**DIFFUSIONE E FORMAZIONE**	Obiettivi generali per le iniziative informative/formative: - sensibilizzare sul tema dell'integrità e del contrasto all'illegalità - illustrare normative ed i sistemi di Trasparenza e di Anticorruzione - relazionare sugli impegni assunti dall'Azienda con il Piano Anticorruzione Giornata della Trasparenza	RPCT Dipartimento Risorse Umane/Area Formazione e Sviluppo

ALLEGATO 2

MAPPA PROCESSI PRINCIPALI - REGISTRO RISCHI
Articolata per AREE di RISCHIO PNA
(Piano per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza AUSL/AOU PARMA 2022/2024)

NB. La Mappatura completa è rappresentata dalla Tabella Allegato 3, in quanto sono considerate tutte le attività a rischio registrate e articolate per unità organizzativa, per ragioni che favoriscono chiarezza ed operatività.
La Tabella Allegato 5 fornisce l'analisi e valutazione rischi per tutti i processi delle Tabelle Allegati 3 e 4.

AREA DI RISCHIO: Acquisizione e gestione del personale

PROCESSI		RISCHI	UNITA' ORGANIZZATIVA
1	Reclutamento personale dipendente, compresi direttori di struttura complessa, collaboratori libero professionali e borsisti attraverso procedure comparative pubbliche (concorsi e selezioni anche da centro per l'impiego)	Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della procedura	Dipartimento Risorse Umane
2	Selezioni interne di ogni tipologia	Inosservanza norme a garanzia della trasparenza	Dipartimento Risorse Umane
3	Gestione presenze/assenze	Discrezionalità nell'applicazione degli istituti di legge e contrattuali Discrezionalità nel caricamento manuale nei casi in cui è previsto	Dipartimento Risorse Umane

4	Concessione istituti contrattuali e/o previsti da disposizioni normative (aspettative e congedi a vario titolo, permessi, benefici previsti dalla legge n. 104/1992, ecc.)	Accoglimento di istanze di soggetti prive dei requisiti e delle condizioni richieste	Dipartimento Risorse Umane
5	Autorizzazione all'espletamento di incarichi extraistituzionali e occasionali	Mancata valutazione dell'eventuale sussistenza di conflitto di interessi e del rispetto dei criteri dell'occasionalità e della temporaneità	Dipartimento Risorse Umane
6	Controllo autocertificazioni presentate per concorsi, selezioni, benefici e procedimenti vari	Dichiarazioni non rispondenti al vero	Dipartimento Risorse Umane
7	Progressioni di carriera derivanti da accordi integrativi aziendali	Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, secondo quanto previsto dagli accordi sindacali integrativi	Dipartimento Risorse Umane
8	Elaborazione cedolini stipendiali: attribuzione voci accessorie e in base a rendicontazione presenze/assenze	Accoglimento istanze di soggetti prive dei requisiti richiesti Discrezionalità nel riconoscimento delle voci accessorie	Dipartimento Risorse Umane
9	Monetizzazione ferie non godute al momento della cessazione	Pagamento in assenza dei requisiti e delle condizioni richieste	Dipartimento Risorse Umane
10	Accesso alla formazione individuale sponsorizzata	Presenza di eventuale conflitto di interessi con soggetti sponsor	Dipartimento Risorse Umane
11	Scelta fornitore servizio di formazione (acquisizione di intervento/offerta formativa completo, che prevede progettazione, produzione di materiale didattico ed erogazione dell'attività formativa)	Discrezionalità di scelta delle società che erogano il servizio di formazione in ambito aziendale	Dipartimento Risorse Umane

12	Selezioni interne di conferimento incarichi dirigenziali intermedi e di area comparto	Inosservanza norme di legge, contrattuali e di regolamento che disciplinano le procedure selettive per il conferimento degli incarichi	Dipartimento Risorse Umane
13	Assegnazione e verifica raggiungimento obiettivi annuali di incentivazione personale area comparto e di risultato dirigenza	Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità, secondo quanto previsto dalla contrattazione integrativa	Dipartimento Risorse Umane
14	Liquidazione incentivazione area comparto, liquidazione retribuzione di risultato dirigenza	Discrezionalità nella valorizzazione delle quote economiche Discrezionalità nel caricamento manuale in procedura nei casi in cui è previsto	Dipartimento Risorse Umane
15	Copertura ambiti territoriali carenti medici di Assistenza Primaria, Pediatri Libera Scelta, Medici Emergenza Territoriale, Continuità assistenziale	Attribuzione incarico a non avente diritto	Dipartimento Risorse Umane
16	Individuazione aventi diritto incarichi a tempo determinato e indeterminato medicina specialistica ambulatoriale e altre professionalità	Errori nell'applicazione dei criteri di priorità previsti dall'ACN in vigore	Dipartimento Risorse Umane
17	Liquidazione premio di operosità personale specialista ambulatoriale collocato in quiescenza	Liquidazione di competenze non spettanti	Dipartimento Risorse Umane

AREA DI RISCHIO: Contratti pubblici

PROCESSI		RISCHI	UNITA' ORGANIZZATIVA
	Fase: Programmazione		
1	Analisi e definizione dei fabbisogni contrattuali generali e degli oggetti degli affidamenti	Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/ efficacia/ economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari Intempestiva predisposizione ed approvazione degli strumenti di programmazione	Dipartimento Tecnico, Logistica e delle Tecnologie Aree Acquisizione Beni, Servizi, Logistica, Attività Tecniche
2	Predisposizione ed adozione della programmazione biennale di acquisizione di forniture e servizi e degli aggiornamenti annuali		
3	Pubblicazioni e comunicazioni connesse all'adozione della programmazione (profilo committente, tavolo soggetti aggregatori)		
4	Redazione e aggiornamento programma triennale lavori		
5	Fase: Progettazione		
6	Valutazione della richiesta di acquisto e verifica sua presenza nella programmazione	Disattendere le previsioni della programmazione procedendo all'affidamento di appalti non programmati Disattendere le previsioni della programmazione non procedendo all'attivazione ed all'affidamento di appalti previsti	Dipartimento Tecnico, Logistica e delle Tecnologie Aree Acquisizione Beni, Servizi, Logistica, Attività Tecniche, Ingegneria Clinica

7	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	Dipartimento Tecnico, Logistica e delle Tecnologie Aree Acquisizione Beni, Servizi, Logistica, Attività Tecniche, Ingegneria Clinica
8	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 assicurane la terzietà e l'indipendenza	Dipartimento Tecnico, Logistica e delle Tecnologie Aree Acquisizione Beni, Servizi, Logistica, Attività Tecniche, Ingegneria Clinica
9	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	Dipartimento Tecnico, Logistica e delle Tecnologie Aree Acquisizione Beni, Servizi, Logistica, Attività Tecniche, Ingegneria Clinica
10	Verifica esclusività/infungibilità tramite avviso esplorativo, valutazione eventuali candidature e definizione della procedura per la soddisfazione di quel fabbisogno	Elusione delle regole che determinano l'esclusività/infungibilià dei beni/servizi finalizzate a favorire specifici fornitori ai quali viene riconosciuta una condizione di esclusività/infungibilità non reale	Dipartimento Tecnico, Logistica e delle Tecnologie Aree Acquisizione Beni, Servizi, Logistica, Attività Tecniche, Ingegneria Clinica
11	Individuazione dei componenti il gruppo tecnico incaricato di definire il Capitolato tecnico	Individuazione Componenti Gruppo tecnico in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza 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, 3) Fuga di notizie circa le procedure di gara ancora da pubblicare	Dipartimento Tecnico, Logistica e delle Tecnologie Aree Acquisizione Beni, Servizi, Logistica, Attività Tecniche, Ingegneria Clinica
12	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	Dipartimento Tecnico, Logistica e delle Tecnologie Aree Acquisizione Beni, Servizi, Logistica, Ingegneria Clinica

13	Scelta della procedura di aggiudicazione	Elusione regole affidamento appalti mediante improprio utilizzo di sistemi di affidamento o di tipologie contrattuali per favorire un operatore Abuso disposizioni in materia di determinazione valore stimato del contratto al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere Elusione 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.	Dipartimento Tecnico, Logistica e delle Tecnologie Aree Acquisizione Beni, Servizi, Logistica, Attività Tecniche, Ingegneria Clinica
14	Predisposizione documentazione di gara con definizione criteri di partecipazione, criteri di aggiudicazione, item di valutazione qualità e definizione importo a base d'appalto	Predisposizione documenti di gara con criteri ammissione finalizzati a restringere i concorrenti; Definizione criteri valutazione qualità finalizzati a favorire specifici fornitori o a restringere il mercato 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 Clausole contrattuali vaghe o vessatorie per disincentivare la partecipazione alla gara ovvero per consentire modifiche in fase di esecuzione Fuga di notizie circa le procedure di gara ancora da pubblicare	Dipartimento Tecnico, Logistica e delle Tecnologie Aree Acquisizione Beni, Servizi, Logistica, Attività Tecniche, Ingegneria Clinica
15	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	Dipartimento Tecnico, Logistica e delle Tecnologie Aree Acquisizione Beni, Servizi, Logistica, Ingegneria Clinica

16	Accettazione di donazioni di beni mobili o di apparecchiature elettromedicali Accettazioni comodati d'uso	Tentativo del fornitore di fidelizzare l'utente (Professionista /Azienda Sanitaria). Elusione ordinarie procedure di acquisizione. Acquisizione di prodotti dedicati e/o costi di gestione Fabbisogni indotti non programmati. Conflitti di interesse tra professionista e associazioni	Dipartimento Tecnico, Logistica e delle Tecnologie Aree Acquisizione Beni, Servizi, Logistica, Ingegneria Clinica
	Fase: Selezione del contraente		
17	Pubblicazioni e comunicazioni connesse all'indizione della gara (profilo committente, piattaforma SATER)	Inadeguata pubblicità	Dipartimento Tecnico, Logistica e delle Tecnologie Aree Acquisizione Beni, Servizi, Logistica, Attività Tecniche, Ingegneria Clinica
18	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.	Dipartimento Tecnico, Logistica e delle Tecnologie Aree Acquisizione Beni, Servizi, Logistica, Attività Tecniche, Ingegneria Clinica
19	Valutazione documentazione amministrativa	Azioni e comportamenti tesi a restringere partecipanti alla gara	Dipartimento Tecnico, Logistica e delle Tecnologie Aree Acquisizione Beni, Servizi, Logistica, Attività Tecniche, Ingegneria Clinica
20	Nomina Commissione Giudicatrice	Nomina di Componenti della Commissione giudicatrice in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurane la terzietà e l'indipendenza Ritardo nell'individuazione e nell'indicazione dei nominativi	Dipartimento Tecnico, Logistica e delle Tecnologie Aree Acquisizione Beni, Servizi, Logistica, Attività Tecniche, Ingegneria Clinica
21	Valutazione tecnica offerte in caso di aggiudicazione con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa	Azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara Applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione	Dipartimento Tecnico, Logistica e delle Tecnologie Aree Acquisizione Beni, Servizi, Logistica, Attività Tecniche, Ingegneria Clinica

		Assenza criteri motivazionali sufficienti a rendere trasparente l'iter logico seguito nell'attribuzione dei punteggi, nonché valutazione dell'offerta non chiara/ trasparente/ giustificata	
22	Verifica di anomalia delle offerte	Verifica strumentalmente finalizzata ad escludere offerte in realtà congrue o ad ammettere offerte in realtà non congrue o credibili Valutazione non adeguata da parte del RUP se non dotato necessarie competenze tecniche Assenza di adeguata motivazione sulla congruità o non congruità dell'offerta Accettazione giustificazioni di cui non è stata verificata la fondatezza	Dipartimento Tecnico, Logistica e delle Tecnologie Aree Acquisizione Beni, Servizi, Logistica, Attività Tecniche, Ingegneria Clinica
23	Controlli pre aggiudicazione/pre stipula	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	Dipartimento Tecnico, Logistica e delle Tecnologie Aree Acquisizione Beni, Servizi, Logistica, Attività Tecniche, Ingegneria Clinica
24	Adozione atto di aggiudicazione	Immotivato ritardo formalizzazione provvedimento di aggiudicazione definitiva, che può indurre l'aggiudicatario a sciogliersi da ogni vincolo o recedere dal contratto	Dipartimento Tecnico, Logistica e delle Tecnologie Aree Acquisizione Beni, Servizi, Logistica, Attività Tecniche, Ingegneria Clinica
25	Pubblicazioni e comunicazioni connesse all'adozione della aggiudicazione definitiva	Violazione regole a tutela della trasparenza procedura al fine di evitare o ritardare proposizione di ricorsi	Dipartimento Tecnico, Logistica e delle Tecnologie Aree Acquisizione Beni, Servizi, Logistica, Attività Tecniche, Ingegneria Clinica
26	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	Dipartimento Tecnico, Logistica e delle Tecnologie Aree Acquisizione Beni, Servizi, Logistica, Attività Tecniche, Ingegneria Clinica

	Fase: Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto		
27	Stipula contratto/adesione convenzione e emissione ordinativo di fornitura	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 Adesione alla convenzione con quantitativi/importi non coerenti con il fabbisogno	Dipartimento Tecnico, Logistica e delle Tecnologie Aree Acquisizione Beni, Servizi, Logistica, Attività Tecniche, Ingegneria Clinica
28	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	Dipartimento Tecnico, Logistica e delle Tecnologie Aree Acquisizione Beni, Servizi, Logistica, Attività Tecniche, Ingegneria Clinica
	Fase: Esecuzione del contratto		
29	Autorizzazione al subappalto	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 Mancata effettuazione delle verifiche obbligatorie sul subappaltatore Accordi collusivi tra imprese partecipanti che utilizzano il subappalto	Dipartimento Tecnico, Logistica e delle Tecnologie Aree Acquisizione Beni, Servizi, Logistica, Attività Tecniche, Ingegneria Clinica
30	Ammissione delle "varianti"	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	Dipartimento Tecnico, Logistica e delle Tecnologie Aree Acquisizione Beni, Servizi, Logistica, Attività Tecniche, Ingegneria Clinica

31	Affiancamenti e sostituzioni in corso di contratto	Affiancamenti e sostituzione di prodotti in corso di contratto finalizzate a favorire uno specifico fornitore	Dipartimento Tecnico, Logistica e delle Tecnologie Aree Acquisizione Beni, Servizi, Logistica, Attività Tecniche, Ingegneria Clinica
32	Verifiche in corso di esecuzione del contratto	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 Accettazione materiali in cantiere non conformi al capitolato Accettazione materiali non conformi nelle forniture di beni sanitari Uso non giustificato di materiali fuori contratto	Dipartimento Tecnico, Logistica e delle Tecnologie Aree Acquisizione Beni, Servizi, Logistica, Attività Tecniche, Ingegneria Clinica
33	Verifica 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	Dipartimento Tecnico, Logistica e delle Tecnologie Aree Acquisizione Beni, Servizi, Logistica, Attività Tecniche, Ingegneria Clinica
34	Apposizione di riserve	Apposizione di riserve generiche a cui consegue una incontrollata lievitazione dei costi.	Dipartimento Tecnico, Logistica e delle Tecnologie Aree Acquisizione Beni, Servizi, Logistica, Attività Tecniche, Ingegneria Clinica
35	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.	Dipartimento Tecnico, Logistica e delle Tecnologie Aree Acquisizione Beni, Servizi, Logistica, Attività Tecniche, Ingegneria Clinica
36	Effettuazione dei pagamenti in corso di esecuzione	Pagamenti Indebiti	Dipartimento Tecnico, Logistica e delle Tecnologie Aree Acquisizione Beni, Servizi, Logistica, Attività Tecniche, Ingegneria Clinica Area ICT

	Fase: Rendicontazione del contratto		
37	Procedimento di nomina del collaudatore (o della commissione di collaudo)	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	Dipartimento Tecnico, Logistica e delle Tecnologie Aree Attività Tecniche, Ingegneria Clinica
38	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	Dipartimento Tecnico, Logistica e delle Tecnologie Aree Attività Tecniche, Ingegneria Clinica
	Altri processi		
39	Controlli antimafia in procedure di appalto ed esecuzione contratti	Infiltrazioni mafiose	Dipartimento Tecnico, Logistica e delle Tecnologie Aree Acquisizione Beni, Servizi, Logistica, Attività Tecniche, Ingegneria Clinica
40	Gestione del materiale in giacenza Magazzino	Scorrette modalità di stoccaggio, conservazione dei beni e rotazione dei prodotti a scorta con conseguenti deterioramenti e necessità di ripristino scorta e aumento delle quantità ordinate (Rischio collusione o favoreggiamento fornitore)	Dipartimento Tecnico, Logistica e delle Tecnologie Area Esecuzione Contratti e Magazzino
41	Richieste d'ordine d'acquisto per reintegro scorte Magazzino	Richieste di acquisti in quantità sovradimensionate rispetto alle oggettive necessità di ripristino delle scorte (Rischio collusione/favoreggiamento fornitore)	Dipartimento Tecnico, Logistica e delle Tecnologie Area Esecuzione Contratti e Magazzino
42	Programmazione degli investimenti	Incongrua valutazione delle priorità per ingiusti vantaggi a terzi	Dipartimento Tecnico, Logistica e delle Tecnologie Aree Attività Tecniche, Ingegneria Clinica

43	Affidamento dei servizi manutentivi	Incongrua assegnazione del servizio per favorire ingiusti vantaggi a terzi	Dipartimento Tecnico, Logistica e delle Tecnologie Aree Attività Tecniche, Ingegneria Clinica
44	Direzione ed esecuzione dei contratti di fornitura di beni e di servizi manutentivi	Incongrua attestazione della corretta esecuzione per favorire ingiusti vantaggi a terzi	Dipartimento Tecnico, Logistica e delle Tecnologie Aree Acquisizione Beni, Servizi, Logistica, Attività Tecniche, Ingegneria Clinica
45	Valutazione acquisizione strumenti, attrezzature informatiche, software, servizi di manutenzione	Incongrue valutazioni per ingiusti vantaggi a terzi	Area ICT
46	Individuazione delle priorità in tema di ICT e E-Health al fine di definire gli investimenti prioritari e le azioni strategiche da eseguire	Incongrue valutazioni per ingiusti vantaggi a terzi	Area ICT
47	Accettazione di strumenti informatici (attrezzature o licenze) derivanti da donazioni con il supporto e le valutazioni degli uffici del servizio	Vincoli ingiusti di manutenzione non programmati e trasparenti Configurazione o amministrazione di sistema per favorire ingiusti vantaggi a terzi	Area ICT
48	Analisi e individuazione del fabbisogno di attrezzature informatiche e redazione, gestione e vigilanza sul piano triennale delle dotazioni strumentali (comma 597 dell'art. 2 della legge n. 244 del 2007)	Incongrue valutazioni per ingiusti vantaggi a terzi	Area ICT
49	Gestione e valutazione e delle Tecnologie (HTA): - supporto tecnico agli organi aziendali per l'individuazione delle tecnologie presenti sul mercato al fine di una nuova acquisizione, - stesura della documentazione necessaria	Discrezionalità nelle attività e nella redazione della documentazione necessaria (rischi per stesura capitolati e valutazioni in sede di commissione giudicatrice per l'acquisizione di tecnologie e attrezzature per i margini di discrezionalità esistenti e frequente impatto economico elevato; con la centralizzazione acquisti coinvolgimento in commissioni a livello AVEN e IntercentER)	Fisica Sanitaria

	all’esperimento delle procedure di acquisizione (capitolati), - valutazione in sede di commissione giudicatrice delle offerte tecniche in fase di gara		

AREA DI RISCHIO: Gestione Entrate, Spese, Patrimonio

PROCESSI		RISCHI	UNITA' ORGANIZZATIVA
1	Ciclo di liquidazione	Mancanza di documentazione o documentazione non corretta	Area Economico Finanziaria
2	Rimborsi errati/doppi versamenti ticket	Ticket relativi a prestazioni correttamente eseguite. Errate rilevazioni fiscali sui versamenti	Area Economico Finanziaria
3	Procedure solleciti crediti insoluti	Mancata attivazione delle procedure di recupero sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire soggetti particolari	Area Economico Finanziaria
4	Circolarizzazione dei crediti e dei debiti	Mancata o errata registrazione in contabilità	Area Economico Finanziaria
5	Rimborsi con cassa economale	Rimborsi di spese non imputabili all'Azienda oppure di spese fittizie	Dipartimento Tecnico, Logistica e delle Tecnologie
6	Gestione inventario beni	Perdita o sottrazione di beni di proprietà delle Aziende	Area Logistica
7	Gestione beni immobili	Condizioni di acquisto o locazione che facciano prevalere l'interesse della controparte su quello delle Aziende	Aree Logistica e Attività Tecniche
8	Atti di acquisto, vendita, permuta immobili	Approvazione di acquisti, vendite o permuta di immobili non connessi ad esigenze primarie o prioritarie rispetto alle risorse disponibili ed alle esigenze operative aziendali	Aree Logistica e Attività Tecniche

9	Atti di locazione attiva o passiva compresi o non compresi nell'atto di programmazione	Approvazione di acquisizione o di concessione di locali in locazione non connesse ad esigenze primarie o prioritarie rispetto alle risorse disponibili ed alle esigenze operative aziendali	Aree Logistica e Attività Tecniche

AREA DI RISCHIO: Controlli, Verifiche, Ispezioni e Sanzioni

PROCESSI		RISCHI	UNITA' ORGANIZZATIVA
1	Verifica controlli di primo livello	Inosservanza nell'applicazione dei controlli insiti nei processi	Internal Auditing
2	Audit dei processi	Percezione dell'audit come adempimento burocratico	Internal Auditing
3	Monitoraggio (follow-up): valutazione dell'applicazione delle misure raccomandate	Mancata o parziale applicazione delle azioni raccomandate	Internal Auditing
4	Gestione flusso informatico on line GRAD "Mercurio"	Anomalie nella rendicontazione verso la Regione in relazione alla competenza della Direzione Attività Socio Sanitarie	Direzione Attività Socio Sanitarie AUSL
5	Attività controllo e monitoraggio prescrittivo	Discrezionalità e diversità di giudizi Abuso dell'autonomia professionale del medico al fine di favorire la diffusione di un particolare farmaco	Dipartimento Farmaceutico
6	Attività ispettiva degli armadi farmaceutici di reparto	Discrezionalità e difformità, anomalie nell'attività ispettiva	Servizio Farmaceutico ospedaliero
7	Controlli Ufficiali Ispezioni e verifiche	Mancato trattamento del rischio e controlli Trasparenza insufficiente	Dipartimento Sanità Pubblica Servizi Veterinari Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione

8	Controlli Ufficiali Audit e campionamenti	Mancato trattamento del rischio e controlli Trasparenza insufficiente	Dipartimento Sanità Pubblica Servizi Veterinari Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione
9	Controlli Ufficiali Attestazioni sanitarie per qualifica sanitaria e movimentazione animali vivi, morti, su alimenti ad uso umano e zootecnico e sottoprodotti	Mancato trattamento del rischio e controlli Trasparenza insufficiente	Dipartimento Sanità Pubblica Servizi Veterinari Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione
10	Provvedimenti amministrativi conseguenti a controlli ufficiali Imposizioni di misure, Limitazioni, restrizioni/divieti, sospensioni/chiusure, revoche sequestro sanitario	Rischio corruttivo Trasparenza insufficiente	Dipartimento Sanità Pubblica Servizi Veterinari Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione
11	Attività di polizia giudiziaria conseguenti ai controlli ufficiali	Rischio corruttivo Trasparenza insufficiente	Dipartimento Sanità Pubblica Servizi Veterinari Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione
12	Controlli Ufficiali Attività di controllo e vigilanza dei rischi nei luoghi e negli ambienti di lavoro Verifica impianti (UOIA) Campionamenti	Rischio corruttivo Conflitto interessi	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Protezione Salute negli Ambienti di Lavoro
13	Provvedimenti amministrativi conseguenti a controlli ufficiali Accertamento, contestazione e notifica di illeciti amministrativi	Rischio corruttivo Conflitto interessi	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Protezione Salute negli Ambienti di Lavoro

14	Attività di polizia giudiziaria conseguenti ai controlli ufficiali Attività di Polizia giudiziaria (sequestri, indagini, denunce)	Rischio corruttivo Conflitto interessi	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Protezione Salute negli Ambienti di Lavoro
15	Gestione segnalazioni, esposti, denunce Segnalazioni e denunce da parte dell'utenza	Rischio corruttivo Conflitto interessi	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Protezione Salute negli Ambienti di Lavoro
16	Gestione e partecipazione a commissioni organismi di controllo Gestione dell'Organismo provinciale sezione permanente degli enti di controllo Commissione Gas Tossici	Conflitto di interessi	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Protezione Salute negli Ambienti di Lavoro
17	Elaborazione ed analisi dati attraverso flussi sanitari/amministrativi correnti (SISEPS – NSIS) a supporto dei percorsi di cura e degli interventi di medicina di iniziativa	Errata selezione dei pazienti	Dipartimento Valutazione e Controllo Controllo di Gestione
18	Determinazione costi/rette utenti (gra.d.a. disabili, hospice, salute mentale)	Errata quantificazione importi per incompletezza delle informazioni	Dipartimento Valutazione e Controllo Controllo di Gestione
19	Calcolo incentivi MMG e PLS legati alle attività di appropriatezza prescrittiva farmaceutica, estensione copertura oraria ambulatoriali (reti, gruppi), progetto sole	Determinazione corresponsioni non conformi per incompletezza nelle informazioni delle banche dati interne	Dipartimento Valutazione e Controllo Controllo di Gestione

20	Gestione flussi mobilità sanitaria	Non correttezza della richiesta di rimborso per prestazioni sanitarie dovuto al non tempestivo aggiornamento dell'anagrafe assistiti in banca dati	Dipartimento Valutazione e Controllo Controllo di Gestione

AREA DI RISCHIO: Incarichi e Nomine

PROCESSI		RISCHI	UNITA' ORGANIZZATIVA
1	Autorizzazione all'espletamento di incarichi extraistituzionali e occasionali	Mancata valutazione dell'eventuale sussistenza di conflitto di interessi e del rispetto dei criteri dell'occasionalità e della temporaneità	Dipartimento Risorse Umane
2	Progressioni di carriera derivanti da accordi integrativi aziendali	Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, secondo quanto previsto dagli accordi sindacali integrativi	Dipartimento Risorse Umane
3	Selezioni interne di conferimento incarichi dirigenziali intermedi e di area comparto	Inosservanza norme di legge, contrattuali e di regolamento che disciplinano le procedure selettive per il conferimento degli incarichi	Dipartimento Risorse Umane
4	Copertura ambiti territoriali carenti medici di Assistenza Primaria, Pediatri Libera Scelta, Medici Emergenza Territoriale, Continuità assistenziale	Attribuzione incarico a non avente diritto	Dipartimento Risorse Umane
5	Individuazione aventi diritto incarichi a tempo determinato e indeterminato medicina specialistica ambulatoriale e altre professionalità	Errori nell'applicazione dei criteri di priorità previsti dall'ACN in vigore	Dipartimento Risorse Umane
6	Attribuzione incarichi di difesa giudiziaria a legali esterni	L'ampia discrezionalità nell'individuazione può determinare situazioni eccepibili	Aree Legali

AREA DI RISCHIO: Affari Legali e Contenzioso

PROCESSI		RISCHI	UNITA' ORGANIZZATIVA
1	Applicazione delle norme contenute nel Programma regionale per la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile e riportate nella procedura aziendale di gestione diretta delle richieste di risarcimento danni	Discrezionalità e anomalie nell'applicazione delle disposizioni	Aree Legali/Assicurazioni
2	Attribuzione incarichi di difesa giudiziaria a legali esterni	L'ampia discrezionalità nell'individuazione può determinare situazioni eccepibili	Aree Legali
3	Concessione patrocinio legale a personale dipendente	Mancata osservanza norme legislative e contrattuali	Aree Legali
4	Gestione delle richieste risarcitorie relative a responsabilità sanitaria in "ritenzione totale"	Discrezionalità nel proporre accordo transattivo con parte reclamante	Aree Legali/Assicurazioni
5	Gestione sinistri assicurativi con danno all'Ente	Discrezionalità nell'accettare la proposta liquidativa da parte dell'assicuratore	Aree Legali/Assicurazioni

AREA DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

PROCESSI		RISCHI	UNITA' ORGANIZZATIVA
1	Accreditamento agenzie e cooperative per assistenza integrativa non sanitaria (in AOU)	Difformità nei singoli percorsi interni	Area Affari Generali AOU
2	Accesso al Nido aziendale	Errori nella procedura di acquisizione delle domande	Area Affari Generali AOU
3	Gestione amministrativa graduatoria provinciale inserimento in posti alta valenza pazienti con gravissime disabilità acquisite	Possibili anomalie in ordine alle valutazioni distrettuali finalizzate alla predisposizione della graduatoria provinciale per l'accesso ai posti di alta valenza	Direzione Attività Socio Sanitarie AUSL
4	Regolamento sull'attività di assistenza aggiuntiva non sanitaria svolta all'interno delle Unità Operative dei due ospedali	Attività di controllo e monitoraggio nell'accesso degli operatori delle agenzie autorizzate allo svolgimento di attività aggiuntiva non sanitaria presso le Unità Operative ospedaliere	Direzione Presidio Ospedaliero AUSL
5	Assistenza Protesica e Integrativa Accesso alle strutture ex art. 26 (riabilitative) ubicate fuori provincia	Autorizzazione impropria rispetto a criteri di accesso e requisiti della struttura	Dipartimenti Cure Primarie AUSL
6	Rilascio pareri e consulenze ad altri enti Parere per autorizzazione sanitaria attività di vendita e commercio prodotti fitosanitari	Rischio corruttivo Conflitto interessi	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione
7	Attività Commissione per le Autorizzazioni a Strutture Sanitarie ex L.R. n. 34/98	Esercizio prolungato della responsabilità di un processo in capo ai medesimi operatori Trasparenza insufficiente e conflitti di interesse	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Igiene e Sanità Pubblica

	Rilascio pareri e consulenze ad altri enti Verifica della compatibilità dei progetti nuovi insediamenti industriali, di servizi e di attività lavorative in genere, con le esigenze di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori (supporto tecnico)	Rischio corruttivo Conflitto interessi	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Protezione Salute negli Ambienti di Lavoro
8	Inserimenti in progetti terapeutici	Discrezionalità nella individuazione delle tipologie di inserimento	Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

AREA DI RISCHIO: Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

PROCESSI		RISCHI	UNITA' ORGANIZZATIVA
1	Assistenza Protesica e Integrativa Contributi per cure climatiche o soggiorni terapeutici a invalidi di guerra e per servizio	Assegnazione contributi a cittadini non aventi diritto	Dipartimenti Cure Primarie AUSL
2	Assistenza Protesica e Integrativa Erogazione presidi di assistenza protesica, ausili e protesi extra tariffario	Erogazione a cittadini non aventi diritto	Dipartimenti Cure Primarie AUSL
3	Assistenza Protesica e Integrativa Rimborso ai dializzati per trasporto con mezzo proprio	Rimborsi non dovuti o non coerenti con le tipologie e le condizioni previste	Dipartimenti Cure Primarie AUSL
4	Assistenza Integrativa Contributi a pazienti oncologiche per sostegno acquisto parrucche	Erogazione contributi non dovuti o non coerenti con le tipologie previste dalla DGR 1341/2019	Dipartimenti Cure Primarie AUSL
5	Assistenza Protesica e Integrativa Erogazione presidi di assistenza protesica, ausili e protesi da tariffario	Erogazione a cittadini non aventi diritto	Dipartimenti Cure Primarie AUSL
6	Salute Donna Rimborso spese per parto a domicilio	Rimborso spese a non aventi diritto	Dipartimenti Cure Primarie AUSL
7	Assistenza Specialistica Territoriale Rimborso ticket per prestazioni non usufruite o per pagamento errato	Rimborso improprio	Dipartimenti Cure Primarie AUSL

8	Sportello Unico Rimborso spese per dialisi in Paesi extra UE	Rimborsi a soggetti non aventi diritto	Dipartimenti Cure Primarie AUSL
9	Sportello Unico Autorizzazione e liquidazione spese per prestazioni ambulatoriali all'estero	Autorizzazione a cittadini non aventi diritto	Dipartimenti Cure Primarie AUSL
10	Sportello Unico Rimborso prestazioni sanitarie fruite da cittadini italiani in occasione di temporanei soggiorni all'estero	Rimborso a cittadini non aventi diritto	Dipartimenti Cure Primarie AUSL
11	Erogazione sussidi ad utenti dei Centri e Servizi di Salute Mentale	Discrezionalità nella valutazione dei criteri di inclusione e delle finalità dell'inserimento	Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
12	Definizione quota di compartecipazione alla spesa per prestazioni del segmento socio sanitario	Discrezionalità nella individuazione delle esenzioni o delle riduzioni degli importi	Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
13	Acquisizione di prestazioni in regime di attività aggiuntiva (solo AOU)	Mancata osservanza dei percorsi stabiliti	Area Affari Generali AOU
14	Controllo e liquidazione attività aggiuntiva (solo AOU)	Disomogeneità cronologica nella ripartizione delle somme destinate ai professionisti	Area Affari Generali AOU

AREA DI RISCHIO: Attività Libero Professionale

PROCESSI		RISCHI	UNITA' ORGANIZZATIVA
1	Attività Libero Professionale intramoenia	Mancato rispetto dei volumi di attività	Direzioni Sanitarie Direzione Presidio Ospedaliero
2	Attività Libero Professionale Attività di controllo e monitoraggio sulla richiesta di prestazioni ad integrazione dell'attività istituzionale in regime di libera professione (prestazioni aggiuntive art.55 ccnl 2000) nei due ospedali	Utilizzo improprio dell'attività libero professionale in regime ALP in sostituzione di quella ordinaria a fini di vantaggio personale o di altri soggetti	Direzioni Sanitarie Direzione Presidio Ospedaliero AUSL
3	Attività Libero Professionale Attività di controllo e monitoraggio sugli oarari di svolgimento dell'attività libero professionale intramuraria svolta in regime ambulatoriale e di ricovero all'interno dei due ospedali	Mancanza di corrispondenza tra le fasce orarie e i giorni di effettuazione dell'attività libero professionale autorizzati dall'Azienda e i periodi in cui l'attività viene effettivamente svolta	Direzioni Sanitarie Direzione Presidio Ospedaliero AUSL
4	Acquisizione spazi per libera professione con terzi non accreditati con il SSN e relativi accordi	Errori procedurali nell'iter autorizzativo	Area Affari Generali AOU e Direzione Sanitaria AUSL
5	Ripartizione proventi derivanti dall'attività libero professionale ambulatoriale, strumentale e di ricovero	Ritardi ed errori nella attribuzione delle somme	Area Affari Generali AOU e Direzione Sanitaria AUSL
6	Autorizzazione allo svolgimento della libera professione e modifiche tariffari (solo AOU)	Mancata osservanza dei percorsi stabiliti	Area Affari Generali AOU e Direzione Sanitaria AUSL

AREA DI RISCHIO: Liste di Attesa

PROCESSI		RISCHI	UNITA' ORGANIZZATIVA
1	Gestione delle liste d'attesa dei ricoveri ospedalieri	Discrezionalità nell'attribuzione del codice di priorità clinica	Direzioni Sanitarie Direzione Presidio Ospedaliero AUSL
2	Gestione liste d'attesa specialistica ambulatoriale	Anomalie e discrezionalità nel funzionamento e nella gestione del sistema	Direzioni Sanitarie
3	Attività ambulatoriali	Trasparenza limitata	Dipartimento Sanità Pubblica Servizi Veterinari

AREA DI RISCHIO: Rapporti con Soggetti Erogatori

PROCESSI		RISCHI	UNITA' ORGANIZZATIVA
1	Attività di controllo e monitoraggio degli accordi di fornitura Degenze con strutture private accreditate	Mancato rispetto delle previsioni contrattuali Riconoscimento economico di prestazioni non correttamente codificate o non avvenute	Direzione Sanitaria AUSL Ufficio Coordinamento controlli sanitari Uffici distrettuali
2	Attività di controllo e monitoraggio degli accordi di fornitura di Prestazioni Specialistiche ambulatoriali con private accreditate	Mancato rispetto delle previsioni contrattuali Riconoscimento economico di prestazioni non correttamente codificate o non avvenute	Direzione Sanitaria Distretto di Parma
3	Gestione mobilità sanitaria	Non correttezza della richiesta di rimborso per prestazioni effettuate	Direzione Sanitaria
4	Attività di controllo e monitoraggio economico degli accordi di fornitura Degenze con strutture private accreditate	Mancato rispetto delle previsioni contrattuali Riconoscimento economico di prestazioni non correttamente codificate o non avvenute	Dipartimento Valutazione e Controllo Controllo di Gestione

AREA DI RISCHIO: Farmaceutica, Dispositivi, e altre Tecnologie: Ricerca, Sperimentazioni e Sponsorizzazioni

PROCESSI		RISCHI	UNITA' ORGANIZZATIVA
1	Informazione scientifica sul farmaco	Mancato rispetto delle modalità di svolgimento dell'attività di informazione, disciplinata da regolamento approvato nel 2017 in attuazione DGR n.2309/2016	Direzione Sanitaria in collaborazione con Dipartimento Farmaceutico e strutture ospedaliere e territoriali
2	Regolamento per l'informazione scientifica del farmaco nei due ospedali: attività di controllo e monitoraggio	Verifica difformità ed eventuali anomalie nell'accesso degli informatori del farmaco presso le Unità Operative ospedaliere	Direzione Presidio Ospedaliero AUSL
3	Valutazione introduzione nell'Ospedale di nuovi dispositivi medici	Parzialità di giudizio nei confronti di aziende produttrici	Direzioni Sanitarie
4	Gestione ingresso di specialisti di prodotto all'interno di ambienti sanitari, prevalentemente sale operatorie, per fornire indicazioni tecniche sull'utilizzo di Dispositivi Medici ad elevata complessità	Mancato rispetto delle procedure di acquisizione dei DM secondo le indicazioni aziendali vigenti	Direzioni Sanitarie
5	Valutazione e validazione richieste farmaci , vaccini, emoderivati, dispositivi medici e altri prodotti farmaceutici per approvvigionamento delle Unità operative ospedaliere, servizi territoriali	Discrezionalità, difformità e anomalie nelle quantità dei prodotti richiesti	Area farmaceutica ospedaliera e territoriale
6	Informazione/ formazione ai medici specialisti ospedalieri e dei servizi territoriali	Discrezionalità, non uniformità nelle informazioni	Area farmaceutica ospedaliera e territoriale

7	Attività di vigilanza e controllo sulle farmacie, ispezioni ordinarie, preventive e straordinarie. Applicazione della procedura" Esercizio dell'attività ispettiva ordinaria, straordinaria e preventiva presso le farmacie convenzionate"	Discrezionalità, difformità, anomalie nell'applicazione della procedura	Area farmaceutica territoriale
8	Vigilanza sulla corretta applicazione del Regolamento recante norme concernenti l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private." (DPR371/98)	Discrezionalità, difformità, anomalie nell'applicazione della convenzionate	Area farmaceutica territoriale
9	Controlli ai sensi dell'art. art. 27, comma 5, dell'ACN della medicina generale ed eventuale richiesta di rimborso del farmaco indebitamente prescritto ai sensi dell'art. 1, comma 4, del D.L. 20.06.1996, n. 323, convertito con modificazioni nella L. 08.08.1996, n. 425	Discrezionalità, inosservanza e anomalie nell'applicazione della normativa	Area farmaceutica territoriale
10	Rapporto con i fornitori (magazzino centralizzato e aziende farmaceutiche e di DM)	Discrezionalità nelle richieste di beni sanitari sulla base sollecitazioni esterne o vantaggi	Area farmaceutica ospedaliera
11	Attività di controllo e monitoraggio sulle modalità di svolgimento delle sperimentazioni cliniche autorizzate svolte all'interno delle Unità Operative dei due ospedali	Verifica delle modalità di effettuazione delle sperimentazioni cliniche presso le Unità Operative ospedaliere	Direzioni Sanitarie Direzione Presidio Ospedaliero AUSL
12	Assicurare la trasparenza negli studi, ai sensi dell'art. 2 decreto legislativo n. 52/2019	Partecipazione a studi realizzati da personale non adeguatamente specializzato o a studi che non hanno seguito l'iter organizzativo	Area Ricerca e Innovazione AOU Direzione Sanitaria AUSL
13	Gestione delle pratiche (studi, emendamenti e notifiche)	Mancata tracciabilità dei flussi documentali relativi agli studi	Area Ricerca e Innovazione AOU Direzione Sanitaria AUSL

14	Predisposizione di contratti/convenzioni economiche	Discrezionalità nella definizione del budget dello studio e nell'utilizzo dei fondi da parte del responsabile scientifico Utilizzo dei dati dello studio in contrasto con la normativa vigente (GDPR)	Area Ricerca e Innovazione AOU Direzione Sanitaria AUSL
15	Promozione della qualità nella conduzione/realizzazione degli studi	Avvio e conduzione di studi in modo non conforme ai requisiti internazionali di qualità (Good Clinical Practice GCP)	Area Ricerca e Innovazione AOU Direzione Sanitaria AUSL
16	Assicurare la pubblicazione di studi autorizzati	Pubblicazione di studi non autorizzati o mancata pubblicazione di studi con risultati negativi	Area Ricerca e Innovazione AOU Direzione Sanitaria AUSL
17	Definizione e aggiornamento di Standard Operating Procedure (SOP) e relativo training per i professionisti	Discrezionalità nei comportamenti dei professionisti coinvolti nella ricerca	Area Ricerca e Innovazione AOU Direzione Sanitaria AUSL
18	Partecipazione ai lavori del Nucleo Provinciale di Valutazione in merito all'uso di tecnologie nell'ambito degli studi	Introduzione di tecnologie non necessarie o molto costose senza una preventiva valutazione di impatto	Area Ricerca e Innovazione AOU Direzione Sanitaria AUSL
19	Coinvolgimento attivo dei pazienti e dei cittadini nelle attività di ricerca	Partecipazione dei pazienti a studi che non hanno ottenuto parere favorevole del Comitato Etico	Area Ricerca e Innovazione AOU Direzione Sanitaria AUSL
20	Diffusione ai media di informazioni scientifiche inerenti attività di ricerca	Comunicazioni distorte ai media in merito alle attività di ricerca in corso e ai risultati degli studi	Area Ricerca e Innovazione AOU Direzione Sanitaria AUSL
21	Promuovere l'integrità nella ricerca	Disegnare studi non rigorosi e non rispettare quanto previsto nel protocollo di studio, al fine di attrarre l'attenzione dei direttori editoriali o di compiacere eventuali sponsor	Area Ricerca e Innovazione AOU Direzione Sanitaria AUSL

AREA DI RISCHIO: <u>Attività conseguenti al Decesso in Ambito Ospedaliero</u>

PROCESSI		RISCHI	UNITA' ORGANIZZATIVA
1	Accesso alle ditte di pompe funebri presso le camere ardenti degli ospedali	Anomalie nelle modalità di attivazione delle imprese e sull'andamento del servizio	AUSL Direzione Sanitaria Direzione Presidio Ospedaliero Servizio Infermieristico AOU Direzione Sanitaria Medicina Preventiva Servizio Anatomia Patologica Direzione Professioni Sanitarie

ALLEGATO 3

TABELLE PROCESSI/RISCHI/MISURE DI PREVENZIONE SPECIFICHE
Articolata per Unità Organizzative
(Piano per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza AUSL/AOU Parma 2022/2024)

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

Interaziendali
- Dipartimento Risorse Umane *(articolato nei 4 Servizi)*
- Dipartimento Tecnico e Logistica *(articolato nei 5 Servizi)*
- Dipartimento interprovinciale ICT
- Servizio Economico Finanziario
- Struttura Internal Auditing
- Servizio Affari Generali (a valenza aziendale dal 1 marzo 2021)

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

Azienda Ospedaliero Universitaria
- Direzione Sanitaria/Medica
- Direzione Professioni Sanitarie
- Servizio Farmacia e Governo Clinico del Farmaco
- Area Ricerca e Innovazione
- Servizio Fisica Sanitaria
- Area Affari Generali
- Servizio Attività Giuridico Amministrativa
- Ufficio Comunicazione
- Servizio Rapporti Istituzionali

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE RISORSE UMANE

	PROCESSO/ATTIVITA'	RISCHI	VALUTAZIONE RISCHI	MISURE DI PREVENZIONE	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Reclutamento personale dipendente, compresi direttori di struttura complessa, collaboratori libero professionali e borsisti attraverso procedure comparative pubbliche (concorsi e selezioni anche da centro per l'impiego)	Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della procedura	M	Applicazione del criterio della rotazione nell'individuazione della figura del segretario commissione Dichiarazione soggetti preposti alla selezione sulla insussistenza vincoli di parentela, affinità o altre situazioni di incompatibilità	Area Giuridica	Reportistica e relazione
2	Selezioni interne di ogni tipologia	Inosservanza norme a garanzia della trasparenza	M	Prove orali delle selezioni da effettuarsi a porte aperte	Area Giuridica Area Formazione e Sviluppo del personale	Reportistica e relazione
3	Gestione presenze/assenze	Discrezionalità nell'applicazione degli istituti di legge e contrattuali Discrezionalità nel caricamento manuale nei casi in cui è previsto	B	Indirizzi e verifiche Uniformità di comportamenti e azioni tra le diverse sedi in AUSL	Area Giuridica	Reportistica e relazione
4	Concessione istituti contrattuali e/o previsti da disposizioni normative (aspettative e congedi a vario titolo, permessi, benefici previsti dalla legge n. 104/1992, ecc.)	Accoglimento di istanze di soggetti prive dei requisiti e delle condizioni richieste	B	Verifica a campione (almeno il 10%) della documentazione richiesta ai fini dell'ottenimento del beneficio	Area Giuridica	Reportistica e relazione

5	Autorizzazione all'espletamento di incarichi extraistituzionali e occasionali	Mancata valutazione dell'eventuale sussistenza di conflitto di interessi e del rispetto dei criteri dell'occasionalità e della temporaneità	A	Esplicitazione all'interno degli atti del procedimento della conformità dello stesso	Area Giuridica	Reportistica e relazione
6	Controllo autocertificazioni presentate per concorsi, selezioni, benefici e procedimenti vari	Dichiarazioni non rispondenti al vero	A	Verifica a campione (10%) delle autocertificazioni presentate	Area Giuridica Area Economica Area Formazione e Sviluppo del personale Area Personale Convenzionato	Reportistica e relazione
7	Progressioni di carriera derivanti da accordi integrativi aziendali	Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, secondo quanto previsto dagli accordi sindacali integrativi	B	Adempimento delle disposizioni contrattuali che disciplinano il percorso Verifiche puntuali sul possesso dei requisiti richiesti per l'accesso al beneficio	Area Economica	Reportistica e relazione
8	Elaborazione cedolini stipendiali: attribuzione voci accessorie e in base a rendicontazione presenze/assenze	Accoglimento istanze di soggetti prive dei requisiti richiesti Discrezionalità nel riconoscimento delle voci accessorie	B	Funzionamento a regime di automatismi informatici per il riconoscimento delle voci accessorie Verifica a campione (almeno il 10%) delle autodichiarazioni presentate per ottenimento assegno familiare	Area Economica	Reportistica e relazione

9	Monetizzazione ferie non godute al momento della cessazione	Pagamento in assenza dei requisiti e delle condizioni richieste	B	Esplicitazione all'interno degli atti del procedimento della conformità dello stesso alle previsioni legislative e contrattuali Pubblicazione degli atti del procedimento	Area Economica	Reportistica e relazione
10	Accesso alla formazione individuale sponsorizzata	Presenza di eventuale conflitto di interessi con soggetti sponsor	M	Redazione di un regolamento interaziendale AUSL/AOU e relativa modulistica. Il regolamento non è ancora stato deliberato, in attesa dell'adozione dello schema del regolamento a livello regionale, che sarà utilizzato in maniera omogenea in tutte le Aziende Sanitarie RER	Area Formazione e Sviluppo del personale	Verifica fasi di lavoro gruppo individuato per la redazione del regolamento. In attesa dell'adozione del nuovo regolamento, verifica delle dichiarazioni di assenza conflitto di interesse da parte dei professionisti individuati a partecipare alle iniziative sponsorizzate
11	Organizzazione eventi ECM formativi da parte di enti convenzionati	Presenza di soggetti sponsor non permessi dalla normativa regionale e non dichiarata al provider	B	Definizione delle convenzioni – quadro che individuano responsabilità e impegni, da parte degli enti convenzionati, circa la realizzazione di eventi che non abbiano tra le fonti di finanziamento sponsor commerciali, in coerenza con quanto disposto dalla normativa regionale	Area Formazione e Sviluppo del personale	Analisi della documentazione dichiarazione assenza ditte sponsor fornita dagli enti convenzionati, nel rispetto delle norme sul conflitto di interesse
12	Individuazione docenti esterni per attività formativa	Discrezionalità di scelta dei docenti in ambito aziendale	B	Utilizzo puntuale dell'Elenco docenti unico interaziendale	Area Formazione e Sviluppo del personale	Monitoraggio lettere di incarico, per verifica rispetto parametri indicati nel regolamento dell'elenco docenti

13	Scelta fornitore servizio di formazione (acquisizione di intervento/offerta formativa completo, che prevede progettazione, produzione di materiale didattico ed erogazione dell'attività formativa)	Discrezionalità di scelta delle società che erogano il servizio di formazione in ambito aziendale	M	Utilizzo puntuale del Regolamento per la scelta dei servizi in merito alle procedure di acquisto sotto soglia comunitaria Individuazione di criteri di selezione per procedure di acquisizione servizi superiore a 5.000 euro nella relazione motivata del responsabile scientifico	Area Formazione e Sviluppo del personale	Verifica criteri adottati dal responsabile scientifico
14	Selezioni interne di conferimento incarichi dirigenziali intermedi e di area comparto	Inosservanza norme di legge, contrattuali e di regolamento che disciplinano le procedure selettive per il conferimento degli incarichi	B-	Presenza delle dichiarazioni da parte dei componenti le commissioni esaminatrici sulla insussistenza di condizioni di incompatibilità Verifiche sul possesso dei requisiti dei partecipanti alla selezione Applicazione del criterio di rotazione per l'individuazione del segretario delle commissioni esaminatrici	Area Formazione e Sviluppo del personale	Reportistica
15	Assegnazione e verifica raggiungimento obiettivi annuali di incentivazione personale area comparto e di risultato dirigenza	Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità, secondo quanto previsto dalla contrattazione integrativa	B	Puntuale applicazione delle disposizioni contrattuali che regolano il procedimento Verifica del rispetto dei criteri che assicurano la partecipazione del dipendente al procedimento	Area Formazione e Sviluppo del personale	Reportistica
16	Liquidazione incentivazione area comparto, liquidazione retribuzione di risultato dirigenza	Discrezionalità nella valorizzazione delle quote economiche	B	Verifiche e valutazioni sull'introduzione, ove possibile, di automatismi informatici	Area Formazione e Sviluppo del personale	Reportistica

		Discrezionalità nel caricamento manuale in procedura nei casi in cui è previsto				
17	Controllo autocertificazioni presentate per concorsi e selezioni	Dichiarazioni non vere	B	Verifica requisiti di laurea e iscrizione ordine medici su almeno 10% domande presentate	Area Personale Convenzionato	Reportistica e relazione annuale
18	Elaborazione graduatorie aziendali di medici disponibili per incarichi a tempo determinato nei settori della medicina generale convenzionata	Errato inserimento/collocazione in graduatoria	B	Controllo a campione 5% su corretto funzionamento procedura informatizzata	Area Personale Convenzionato	Reportistica e relazione annuale
19	Copertura ambiti territoriali carenti medici di Assistenza Primaria, Pediatri Libera Scelta, Medici Emergenza Territoriale, Continuità assistenziale	Attribuzione incarico a non avente diritto	B	Verifiche collocazioni in graduatoria a campione 20%	Area Personale Convenzionato	Reportistica e relazione annuale
20	Attribuzione incarichi a tempo determinato di Medicina generale e Pediatri Libera Scelta	Attribuzione incarico a non avente diritto	B	Verifica collocazione in graduatoria a campione 20%	Area Personale Convenzionato	Reportistica e relazione annuale
21	Individuazione aventi diritto incarichi a tempo determinato e indeterminato medicina specialistica ambulatoriale e altre professionalità	Errori nell'applicazione dei criteri di priorità previsti dall'ACN in vigore	B	Verifiche requisiti e relativa documentazione del procedimento	Area Personale Convenzionato	Reportistica e relazione
22	Attribuzione incarichi di medicina dei servizi territoriali – Istituti Penitenziari	Attribuzione incarico a non avente diritto	B-	Controllo a campione 5%	Area Personale Convenzionato	Reportistica e relazione annuale
23	Liquidazione premio di operosità personale specialista ambulatoriale collocato in quiescenza	Liquidazione di competenze non spettanti	B	Controllo a campione 20% su ore dichiarate stato di servizio pagate	Area Personale Convenzionato	Reportistica e relazione annuale

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE TECNICO E LOGISTICA

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

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

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

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

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

Su tale base sono state individuate:
- misure aventi carattere generale.
- misure specifiche, legate alle diverse fasi del processo di acquisto.

Tali misure sono descritte di seguito.

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

Misure di carattere generale

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

Segregazione delle funzioni
La presenza di più soggetti appartenenti a diverse Aziende Sanitarie ed alla Centrale Regionale quali attori che intervengono nella "filiera" in differenti processi, già di per sé, aiuta ad andare nella direzione suggerita da ANAC nei propri PNA.
Le decisioni risultano infatti diffuse su più soggetti ed in fasi diverse, e questo giova ai fini di un controllo all'interno dell'articolazione del processo.

Rotazione degli operatori con ruolo attivo nei processi di acquisto
Viene perseguita, compatibilmente con le esigenze organizzative e le necessarie competenze specialistiche, per il RUP, i componenti dei gruppi tecnici e per i Commissari di gara.

Corretta gestione dei conflitti di interesse

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

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

Procedure informatizzate ed utilizzo di piattaforma telematica

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

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

Costante flusso informativo fra IntercentER ed Aziende sanitarie

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

Reportistica e benchmark

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

Misure di carattere specifico

Nella tabella allegata "Mappatura dei processi" (ALLEGATO 3 al Piano) sono riportate le diverse fasi in cui si articola il processo di acquisizione di beni e servizi (anche la materia lavori pubblici) sviluppate in coerenza con le macrofasi e le successive sotto fasi individuate da ANAC.

Per ciascuna di esse vengono evidenziati:

- Rischi: sono descritti in maniera discorsiva i rischi, senza procedere ad una loro valorizzazione, in quanto ogni amministrazione (Regione o Azienda sanitaria) può adottare a tal fine metodologie differenti di misurazione e/o ponderare in modo differente la propria specifica situazione.
- Anomalie significative: sono riportati eventi "sentinella" che possono verificarsi e devono indurre a porre in essere analisi relative all'operato.
- Misure specifiche: sono elencate sia misure in essere che misure da attuare. Si è cercato di individuare misure il più possibile omogenee fra le Aziende ed Intercent-ER. Misure generali, con indicazione delle misure applicabili a quella specifica fase/processo.

Tra le misure di carattere specifico deve essere considerata la messa a disposizione di tutti gli operatori impegnati nelle attività di gara del Manuale Operativo pubblicato sul sito di AVEN Gestione Acquisti Sezione Regolamenti e linee guida gestione procedure d'acquisto L'aggiornamento normativo rispetta l'obiettivo di disporre di una completa ed aggiornata documentazione di gara da parte di tutti gli operatori coinvolti nel processo di acquisto, nonché della corretta modulistica destinata ai componenti dei gruppi di capitolato e di commissione

Inoltre, in applicazione del D.lgs. 82/2005 50 Disponibilità dei dati delle pubbliche amministrazioni e art. 58 Modalità della fruibilità del dato, nell'ambito dei processi di razionalizzazione, integrazione, ottimizzazione nell'uso delle risorse assegnate al DIA, è risultato necessario nonché opportuno addivenire ad una centralizzazione presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena delle attività di controllo sui requisiti soggettivi dei fornitori di beni e servizi con particolare riferimento a quelle attività prettamente esecutive di richiesta, raccolta, aggiornamento e conservazione delle certificazioni

I documenti che vengono censiti sono:

a) Visura camerale attestante l'iscrizione nel registro delle imprese con l'elenco dei titolari di cariche o qualifiche;
b) Documento attestante l'insussistenza di segnalazioni su false dichiarazioni in merito ai requisiti e alle condizioni rilevanti per la partecipazione alle procedure di gara e per l'affidamento dei subappalti (casellario ANAC).
c) D.U.R.C. Documento attestante la regolarità dei versamenti dei contributi previdenziali e assistenziali a favore dei lavoratori,
d) Documento attestante l'ottemperanza alla legge 68/99;
e) Documento attestante l'insussistenza di: fallimento, liquidazione, di concordato preventivo; nonché insussistenza di procedimento in corso per la dichiarazione di una delle succitate situazioni (fallimento, liquidazione ecc.) o sulla insussistenza di stato di sospensione dell'attività commerciale.
f) Documento attestante l'insussistenza di condanne, con sentenza passata in giudicato, per qualsiasi reato che incide sulla moralità professionale del legale rappresentante, dei componenti del consiglio di amministrazione e di tutti i titolari di cariche o qualifiche atte ad impegnare l'azienda nei confronti della pubblica amministrazione.
g) Documento attestante l'insussistenza dei carichi pendenti risultanti al sistema informativo dell'anagrafe tributaria.
h) Documenti antimafia

Le singole Aziende deleganti sono e rimangono titolari dell'attività di controllo attraverso i soggetti che ne svolgono la funzione in rapporto alla normativa vigente, in tal modo l'attività delegata si configura come attività esecutiva svolta su specifica richiesta dei RUP e degli altri soggetti interessati.

Molte delle ditte controllate sono comuni a tutte le aziende sanitarie e pertanto una volta controllata e messi a disposizione i certificati nella banca dati, i referenti possono ottenere i documenti richiesti nel periodo di validità dei certificati stessi (4 – 6 – 12 mesi) tutte le volte che per quella determinata ditta venga disposto un affidamento.

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

NB. La tabella misure specifiche che segue è stata adeguata in ragione delle unità organizzative delle Aziende Sanitarie di Parma e della valutazione rischi.

Area Contratti Pubblici - Aziende Sanitarie/AVEN/IntercentER

	PROCESSO/FASE	RISCHI E ANOMALIE	VALUTAZ RISCHI	MISURE DI PREVENZIONE	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE	MONITORAGGIO E INDICATORI
1	**PROGRAMMAZIONE**					
1.1	Analisi e definizione dei fabbisogni contrattuali generali e degli oggetti degli affidamenti	Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/ efficacia/ economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari Intempestiva predisposizione ed approvazione degli strumenti di programmazione	M	MISURE AZIENDE, AVEN E INTERCENTER 1) Definizione congiunta della programmazione regionale biennale "masterplan" e dei relativi aggiornamenti secondo tempi definiti 2) Condivisione di linee guida / istruzioni operative che definiscano modalità e tempistiche di redazione programmazione 3) Pubblicazione 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) 5) Controllo tempi attivazione procedure gara in relazione a scadenze 6) applicazione di strumenti controllo, ed interventi sostitutivi 7) Pubblicazione report periodici relativi all'attuazione della programmazione 8)Definizione fabbisogni condivisa con soggetti individuati da Azienda e adozione proposta programma annuale lavori	1) 2) 3) 4)7) Direttore DIA, Aree Acquisizione Beni e Logistica, Direzione Operativa Area Vasta 5) Direttore DIA e Aree Acquisizione Beni, Logistica 6) Direzione Operativa AVEN 8) Area Attività Tecniche	1) 2) e 3) Verifica diretta relativa alla pubblicazione del documento di programmazione 4) 5)-6)-7) Set di indicatori - N. procedure di gara interessate da intervento sostitutivo 8) verifica adozione programma annuale e sue pubblicazioni Anomalie 1) Ritardata o mancata approvazione della programmazione 2) ingiustificato ricorso alle proroghe contrattuali 3) reiterato inserimento nella programmazione di oggetti di gara che non arrivano alla fase di affidamento
1.2	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)					
1.4	Redazione e aggiornamento programma triennale lavori					

2	**PROGETTAZIONE**					
2.1	Valutazione della richiesta di acquisto e verifica sua presenza nella programmazione	Disattendere le previsioni della programmazione procedendo all'affidamento di appalti non programmati Disattendere le previsioni della programmazione non procedendo all'attivazione ed all'affidamento di appalti previsti	B	MISURE AZIENDE E AVEN 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 MISURE INTERCENTER 1) Controllo periodico dell'andamento della programmazione e pubblicazione degli stati di avanzamento della stessa 2) Individuazione ed applicazione di strumenti di controllo e monitoraggio	1) Direttore DIA 2) Direttore DIA Direzione Operativa Area Vasta 3) Aree Acquisizione Beni, Logistica, Ingegneria Clinica, ICT	Evidenze misure in atto Anomalie 1) Numero elevato di procedure di affidamento non inserite nella programmazione attivate e/o concluse 2)Elevato rapporto fra procedure programmate non attivate e procedure programmate
2.2	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	M	MISURE AZIENDE E AVEN 1) Monitoraggio periodico dei livelli di adesione alle convenzioni dei soggetti aggregatori 2) Motivazione nella determina a contrarre in ordine sia alla scelta della procedura sia alla scelta del sistema di affidamento adottato ovvero della tipologia contrattuale 3) Adempimento delle disposizioni di legge che impongono l'adesione a Convenzioni Intercenter/CONSIP o il ricorso agli strumenti di acquisto del mercato elettronico.	1) Direttore DIA 2) e 3) Aree Acquisizione Beni, Logistica, Ingegneria Clinica, Attività Tecniche	1) Verifica report 2) 3) Evidenza misure in atto desunte dagli atti con apposita dicitura Anomalie 1) Non utilizzo di quote di fabbisogno comunicate e contrattualizzate 2) Attivazione procedure di affidamento per oggetti sovrapponibili a quelli di

						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 assicurane la terzietà e l'indipendenza	A	MISURE AZIENDE 1) Rotazione RUP, compatibilmente con le esigenze organizzative e le necessarie competenze richieste per medesime procedure di affidamento e/o in base ai settori di acquisto 2) dichiarazioni di assenza di conflitto d'interesse 3) Lavori: Individuazione dei RUP nel piano di programmazione annuale dei lavori col criterio della rotazione 4) Servizi e Forniture: Indicazione dei RUP nel "Masterplan" di programmazione aziendale 5) Lavori:Schede di nomina per singolo appalto approvata dal SUAT 6) Indicazione/conferma del RUP nominato nel dispositivo atti di indizione e successivi	1) 2) 4) 6) Aree Acquisizione Beni, Logistica, Ingegneria Clinica, Attività Tecniche 3) 5) Area Attività Tecniche	Verifica dell'utilizzo dei moduli relativi al conflitto di interesse/compilazione WHR Time Presenza di ricorsi o contestazioni da parte di ditte relativamente a presenza di conflitto di interesse
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	M	MISURE AZIENDE Adeguato livello di trasparenza delle procedure di indagine/sondaggio di mercato	Aree Acquisizione Beni, Logistica, Ingegneria Clinica, Attività Tecniche	Evidenze misure in atto Anomalie 1) Elevato numero indagini mercato che si concludono con l'indicazione di uno o pochi fornitori disponibili 2) Non utilizzo Avvisi esplorativi o uso limitato

2.5	Verifica esclusività/infungibilità tramite avviso esplorativo, valutazione eventuali candidature e definizione della procedura per la soddisfazione di quel fabbisogno	Elusione delle regole che determinano l'esclusività/infungibilià dei beni/servizi finalizzate a favorire specifici fornitori ai quali viene riconosciuta una condizione di esclusività/infungibilità non reale	M	MISURE AZIENDE E AVEN 1) Regolamentazione delle procedura attraverso le quali si procede all'acquisizione di beni/servizi di natura infungibile o in regime di esclusività 2) Utilizzo di specifica modulistica compilata dal richiedente l'acquisto, finalizzata all'attestazione infungibilità/esclusività dei prodotti/servizi con esplicitazione delle motivazioni a supporto 3) Valutazione delle eventuali candidature da parte di figure tecniche ed utilizzo di specifica modulistica con la quale si rende noto l'esito di tali valutazioni 4) Applicazione Regolamento acquisti infungibili	1) Direttore DIA 2) 3) 4) Aree Acquisizione Beni, Logistica, Ingegneria Clinica, Attività Tecniche, ICT	Evidenze misure in atto Anomalie per procedure superiori a € 40.000,00, non utilizzo degli "Avvisi esplorativi" od utilizzo limitato
2.6	Individuazione dei componenti il gruppo tecnico incaricato di definire il Capitolato tecnico	Individuazione Componenti Gruppo tecnico in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza 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, 3) Fuga di notizie circa le procedure di gara ancora da pubblicare	A	MISURE AZIENDE, AVEN E INTERCENTER 1) Sottoscrizione da parte dei soggetti coinvolti nella redazione documentazione di gara (Componenti del Gruppo Tecnico) di dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di interessi personali e di un impegno alla riservatezza. 2) Individuazione formale dei componenti del Gruppo Tecnico da parte delle Aziende Sanitarie 3) Monitoraggio della partecipazione ai lavori di redazione del Capitolato di gara e dei tempi con eventuali interventi sostitutivi 4) Rotazione dei componenti i gruppi tecnici nelle diverse edizioni dello stesso appalto o in gare ad oggetto analogo e caratterizzate da mercati di riferimento coincidenti 5) Aggiornamento Vademecum Procedure di Area Vasta	1) 3) Aree Acquisizione Beni, Logistica, Ingegneria Clinica 2) 4) Direzione Operativa AVEN, Direttore DIA	Evidenze misure in atto

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	M	MISURE AZIENDE, AVEN E INTERCENTER 1) Individuazione di referenti tecnici di gara responsabili della quantificazione dei fabbisogni 2) definizione di una regolamentazione relativa alle modalità (flussi e tempi) di raccolta dei fabbisogni 3) Aggiornamento Vademecum Procedure di Area Vasta	1) Aree Acquisizione Beni, Logistica, Ingegneria Clinica 2) Direttore DIA	Evidenze misure in atto
2.8	Scelta della procedura di aggiudicazione	Elusione regole affidamento appalti mediante improprio utilizzo di sistemi di affidamento o di tipologie contrattuali per favorire un operatore Abuso disposizioni in materia di determinazione valore stimato del contratto al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere Elusione 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.	M	MISURE AZIENDE 1) Inserimento nella Determina a contrarre/determina di indizione delle motivazioni in ordine alla scelta della procedura ed alla tipologia contrattuale. 2) verifiche relative agli andamenti contrattuali, alle loro "varianti" ed ai loro ampliamenti 3) Applicazione del "regolamento per i contratti sottosoglia"; 4) Utilizzo della piattaforma SATER, o del MEPA CONSIP, per l'individuazione degli operatori da consultare 5) Aggiornamento Vademecum Procedure di Area Vasta	1) 2) 3) 4) Aree Acquisizione Beni, Logistica, Ingegneria Clinica, Attività Tecniche	Evidenza misure in atto Anomalie 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 "sottosoglia"

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	Predisposizione documenti di gara con criteri ammissione finalizzati a restringere i concorrenti; Definizione criteri valutazione qualità finalizzati a favorire specifici fornitori o a restringere il mercato 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 Clausole contrattuali vaghe o vessatorie per disincentivare la partecipazione alla gara ovvero per consentire modifiche in fase di esecuzione Fuga di notizie circa le procedure di gara ancora da pubblicare	A	MISURE AZIENDE E AVEN 1) Utilizzo di documenti standard conformi alle normative ed ai bandi-tipo ANAC 2) Sottoscrizione da parte dei concorrenti di impegni specifici al rispetto delle previsioni di cui ai protocolli di legalità o patti di integrità con inserimento nei contratti di una clausola risolutiva del contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute in tali documenti 3) adozione di criteri di valutazione della qualità di carattere oggettivo 4) Utilizzo della consultazione preliminare di mercato opportunamente pubblicizzata e regolamentata 5) Aggiornamento Vademecum Procedure di Area Vasta	Direttore DIA Aree Acquisizione Beni, Logistica, Ingegneria Clinica, Attività Tecniche	Evidenza misure in atto
2.10	Predisposizione documentazione richiesta offerta per acquisti diretti (non infungibili) Inferiori a €.40.000	Condizione di potenziale intrinseca “prossimità” di interessi generata dal fatto che i soggetti proponenti l’acquisto sono anche coloro che utilizzano i materiali acquistati, con conseguenti benefici diretti e/o indiretti nei confronti dello stesso utilizzatore	M	MISURE AZIENDE 1) regolamentazione delle modalità di ricorso agli acquisti diretti con rotazione dei fornitori "regolamento per i contratti sottosoglia" 2) Utilizzo della piattaforma SATER, o del MEPA CONSIP, per l’individuazione degli operatori da consultare	Aree Acquisizione Beni, Logistica, Ingegneria Clinica, Attività Tecniche	Evidenza misure in atto

2.11	Accettazione di donazioni di beni mobili o di apparecchiature elettromedicali Accettazioni comodati d'uso	Tentativo del fornitore di fidelizzare l'utente (Professionista /Azienda Sanitaria). Elusione ordinarie procedure di acquisizione. Acquisizione di prodotti dedicati e/o costi di gestione. Fabbisogni indotti non programmati. Conflitti di interesse tra professionista e associazioni	A	MISURE AZIENDE Applicazione procedure aziendali	Aree Acquisizione Beni, Ingegneria Clinica	Conformità alla procedura attestata negli atti di accettazione di donazioni
3	**SELEZIONE DEL CONTRAENTE**					
3.1	Pubblicazioni e comunicazioni connesse all'indizione della gara (profilo committente, piattaforma SATER)	Inadeguata pubblicità	M	MISURE AZIENDE 1) Tempestività nella pubblicazione/trasmissione della comunicazione 2) Osservanza delle norme e delle linee guida 3) Indicazione nella programmazione dei termini previsti per la pubblicazione 4) Aggiornamento Vademecum Procedure di Area Vasta	Aree Acquisizione Beni, Logistica, Ingegneria Clinica, Attività Tecniche	Evidenza misure in atto Anomalie 1) Frequenti richieste di trasmissione dei documenti di gara da parte di potenziali fornitori 2) frequenti richieste di proroga dei termini di presentazione delle offerte
3.2	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.	B	MISURE AZIENDE 1) Accessibilità documentazione di gara e/o delle informazioni complementari rese 2) Evidenza motivazioni a supporto concessione proroghe nei termini presentazione offerte	Aree Acquisizione Beni, Logistica, Ingegneria Clinica, Attività Tecniche	Evidenza misure in atto

3.3	Valutazione documentazione amministrativa	Azioni e comportamenti tesi a restringere partecipanti alla gara	B	MISURE AZIENDE 1) Verbalizzazione seduta di gara 2) Check list controllo documenti bando	Aree Acquisizione Beni, Logistica, Ingegneria Clinica, Attività Tecniche	Evidenza misure in atto
3.4	Nomina Commissione Giudicatrice	Nomina di Componenti della Commissione giudicatrice in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurane la terzietà e l'indipendenza Ritardo nell'individuazione e nell'indicazione dei nominativi da parte delle Aziende sanitarie interessate	A	MISURE AZIENDE, AVEN E INTERCENTER 1) Composizione Commissione con figure tecniche e professionali diversificate per competenza e provenienza aziendale 2) Monitoraggio tempi commissione giudicatrice 3) Sottoscrizione da parte dei soggetti coinvolti nella valutazione dichiarazioni in cui si attesta assenza interessi personali 4) Individuazione formale dei componenti Commissione da parte delle Aziende su base di una regolamentazione condivisa 5) monitoraggio tempi di nomina 6) Acquisizione Casellario Giudiziale 7) Aggiornamento Vademecum Procedure di Area Vasta	1) 2) 4) 5) Direttore DIA 3) 6) Aree Acquisizione Beni, Logistica, Ingegneria Clinica, Attività Tecniche	Evidenza utilizzo dei moduli Evidenza acquisizione Casellario Giudiziale
3.5	Valutazione tecnica offerte in caso di aggiudicazione con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa	Azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara Applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione Assenza criteri motivazionali sufficienti a rendere trasparente l'iter logico seguito nell'attribuzione dei punteggi, nonché valutazione dell'offerta non chiara/ trasparente/	A	MISURE AZIENDE E INTERCENTER 1) Monitoraggio tempi di lavoro della commissione giudicatrice 2) Verbalizzazione delle decisioni relative all'attribuzione dei punteggi di qualità con motivazione 3) formule di aggiudicazione riportate nella documentazione amministrativa elaborate da Area Vasta sono conformi ai criteri elaborati dalla giurisprudenza e alla indicazioni fornite da ANAC (per beni e servizi)	1) Direttore DIA 2) 3) Aree Acquisizione Beni, Logistica, Ingegneria Clinica, Attività Tecniche	Evidenza misure in atto

		giustificata				
3.6	Verifica di anomalia delle offerte	Verifica strumentalmente finalizzata ad escludere offerte in realtà congrue o ad ammettere offerte in realtà non congrue o credibili Valutazione non adeguata da parte del RUP se non dotato necessarie competenze tecniche Assenza di adeguata motivazione sulla congruità o non congruità dell'offerta Accettazione giustificazioni di cui non è stata verificata la fondatezza	M	MISURE AZIENDE 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	1)-3) Aree Acquisizione Beni, Logistica, Ingegneria Clinica, Attività Tecniche	Evidenza misure in atto
3.7	Controlli pre aggiudicazione/pre stipula	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	A	MISURE AZIENDE 1) Utilizzo, se e quando è dovuto, sistema AVCPass 2) Funzione centralizzata per l'acquisizione dei documenti, tracciabilità della richiesta nell'archivio informatizzato dei documenti sui quali è stato effettuato il controllo 3) Verifiche di carattere Aziendale Tracciate da Docsuite (per beni e servizi) 4) Aggiornamento Vademecum Procedure di Area Vasta	Aree Acquisizione Beni, Logistica, Ingegneria Clinica, Attività Tecniche	Evidenza misure in atto
3.8	Adozione atto di aggiudicazione	Immotivato ritardo formalizzazione provvedimento di	M	MISURE AZIENDE Monitoraggio tempi	Aree Acquisizione Beni, Logistica, Ingegneria Clinica, Attività Tecniche	Evidenza misure in atto

		aggiudicazione definitiva, che può indurre l'aggiudicatario a sciogliersi da ogni vincolo o recedere dal contratto				
3.9	Pubblicazioni e comunicazioni connesse all'adozione della aggiudicazione definitiva	Violazione regole a tutela della trasparenza procedura al fine di evitare o ritardare proposizione di ricorsi	M	MISURE AZIENDE Check list di controllo sul rispetto degli adempimenti e formalità di comunicazione previsti dal Codice Aggiornamento Vademecum Procedure di Area Vasta	Aree Acquisizione Beni, Logistica, Ingegneria Clinica, Attività Tecniche	Evidenza misure in atto
3.10	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	B	MISURE AZIENDE Controllo a campione nella documentazione di gara circa il rispetto dell'obbligo di motivazione in ordine alla legittimità, opportunità, convenienza del provvedimento di revoca MISURE INTERCENTER Controllo a campione su tutti gli atti amministrativi in relazione alle tipologie di atti di affidamento	Aree Acquisizione Beni, Logistica, Ingegneria Clinica, Attività Tecniche	Evidenza misure in atto
4	**VERIFICA DELL'AGGIUDICAZIONE E STIPULA DEL CONTRATTO**					
4.1	Stipula contratto/adesione convenzione e emissione ordinativo di fornitura	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 Adesione alla convenzione con	M	MISURE AZIENDE E INTERCENTER 1) Monitoraggio tempi di adesione alle convenzioni o sottoscrizione dei contratti 2) Monitoraggio adesione alle convenzioni in collaborazione con IntercentER	Aree Acquisizione Beni, Logistica, Ingegneria Clinica, Attività Tecniche	Evidenza misure in atto

		quantitativi/importi non coerenti con il fabbisogno				
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	M	MISURE AZIENDE E AVEN 1) Regolamentazione delle modalità di individuazione DEC e collaboratori 2) Sottoscrizione da parte del DEC di dichiarazione che attesta l'assenza di interessi personali in relazione alla ditta affidataria dell'appalto 3) Formazione dei DEC e collaboratori	1) Direttore DIA 2) 3) Aree Acquisizione Beni, Logistica, Ingegneria Clinica, Attività Tecniche	Evidenza misure in atto
5	**ESECUZIONE DEL CONTRATTO**					
5.1	Autorizzazione al subappalto	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 Mancata effettuazione delle verifiche obbligatorie sul subappaltatore Accordi collusivi tra imprese partecipanti che utilizzano il subappalto	A	MISURE AZIENDE E INTERCENTER 1) Adempimento delle prescrizioni di legge in materia di subappalto 2) Protocollo di legalità applicato agli appalti di lavori e misti di lavori/forniture/servizi 3) Comunicazione al Responsabile per la prevenzione della corruzione di situazioni di inosservanza degli adempimenti in materia di subappalto e ad Intercenter per le convenzioni 4) Comunicazione da parte di Intercenter alle Aziende degli eventuali subappalti	1), 2), 3) Aree Acquisizione Beni, Logistica, Ingegneria Clinica, Attività Tecniche 4)Intercenter	Segnalazione delle richieste di autorizzazione di subappalti a soggetti privi dei requisiti

5.2	Ammissione delle “varianti”	Abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l’appaltatore (ad esempio, per consentirgli di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire extra guadagni o di dover partecipare ad una nuova gara) Inserimento nuovi prezzi	A	MISURE AZIENDE E INTERCENTER 1) Rispetto delle prescrizioni del Codice Appalti relative alla redazione varianti 2) Varianti autorizzate con provvedimento dell’Azienda o da intercentER adeguatamente motivato in ordine al riscontro delle fattispecie normative 3) Trasmissione al RPCT delle varianti trasmesse all’ANAC 4) Monitoraggio di non sforamento del "sesto quinto"	Aree Acquisizione Beni, Logistica, Ingegneria Clinica, Attività Tecniche	Evidenza misure in atto
5.3	Affiancamenti e sostituzioni in corso di contratto	Affiancamenti e sostituzione di prodotti in corso di contratto finalizzate a favorire uno specifico fornitore	A	MISURE AZIENDE E AVEN 1) Regolamentazione delle modalità autorizzative degli affiancamenti/ sostituzioni 2) definizione di percorsi condivisi per affiancamento / sostituzione prodotti contrattualizzati sulla base di convenzioni Intercenter 3) utilizzo delle piattaforme informatiche 4)Aggiornamento Vademecum Procedure di Area Vasta	1) 2) Direzione DIA 3) Aree Acquisizione Beni, Logistica, Ingegneria Clinica, Attività Tecniche	Evidenza misure in atto
5.4	Verifiche in corso di esecuzione del contratto	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 Accettazione materiali in cantiere non conformi al capitolato	M	MISURE AZIENDE E AVEN 1) Verifica periodica dei livelli di qualità attesi per gli appalti di servizi attraverso indicatori specifici. 2) Applicazione di eventuali penali a seguito di non conformità riscontrate nell’esecuzione del contratto 3) Definizione procedure su “non conformità e acquisti in danno” 4) Condivisione delle modalità di gestione dei flussi informativi con la centrale di committenza	1) Settore Logistico e DEC 2) Direzione Operativa Area Vasta, Aree Acquisizione Beni, Logistica, Ingegneria Clinica, Attività Tecniche 3) Area Acquisizione Beni 4) Direttore DIA	Relazione annuale del Direttore esecuzione del contratto sull’andamento contratto Pubblicazione sul sito AVEN delle procedure riviste

		Accettazione materiali non conformi nelle forniture di beni sanitari Uso non giustificato di materiali fuori contratto				
5.5	Verifica 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	A	MISURE AZIENDE 1) Periodici controlli verbalizzati sulla corretta attuazione del PSC/POS a cura del coordinatore della sicurezza in esecuzione 2) Applicazione misure previste dal DUVRI in riferimento alla procedura aziendale sui rischi di interferenza	1) Area Attività Tecniche 2) Aree Logistica e Prevenzione e Protezione	Evidenza misure in atto
5.6	Apposizione di riserve	Apposizione di riserve generiche a cui consegue una incontrollata lievitazione dei costi.	M	MISURE AZIENDE Rigorosa adesione al Codice degli appalti.	Area Attività Tecniche	Evidenza misure in atto
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. Gestione Collegio Consultivo Tecnico art 6 DL Semplificazione	B	MISURE AZIENDE 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	Aree Acquisizione Beni, Logistica, Ingegneria Clinica, Attività Tecniche	Evidenza misure in atto
5.8	Effettuazione dei pagamenti in corso di esecuzione	Pagamenti Indebiti	M	MISURE AZIENDE 1) Adesione alla istruzione Operativa Unità Logistica centralizzata per beni sanitari 2) Per interventi manutentivi	Aree Acquisizione Beni, Logistica, Ingegneria Clinica, Attività Tecniche, ICT	Evidenza misure in atto

				coinvolgimento tutti i componenti ufficio direzione lavori 3) adesione alla procedura di pagamento per tecnologie biomediche ed informatiche revisionata 4) Evidenza approvazione stati di avanzamento lavori e stati avanzamento servizi tramite evidenze documentali Per servizio tecnico certificato in qualità tramite i modelli del manuale qualità Completa informatizzazione del Ciclo Passivo Acquisti con l'emissione di ordini elettronici per i beni e Servizi: applicazione della regolamentazione nazionale (MEF) regionale (Linee Guida NSO). Adozione procedura aziendale		
6	**RENDICONTAZIONE DEL CONTRATTO**					
6.1	Procedimento di nomina del collaudatore (o della commissione di collaudo)	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	M	MISURE AZIENDE In caso di affidamento a personale interno, rotazione del personale. In caso di affidamento ad esterni, ricorso ad elenco di professionisti disponibili alla voce merceologica "Servizi Professionali" sul portale del Mercato Elettronico della Pubblica Amministrazione (MEPA)	Area Attività Tecniche	Evidenza misure in atto
6.2	Verifica della corretta esecuzione con rilascio del certificato di collaudo o del certificato di verifica di conformità	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	M	MISURE AZIENDE 1) Verbali di collaudo conformi alla normativa 2) Sottoscrizione dichiarazione conflitto d'interesse 3) Adesione alla procedura aziendale per il collaudo delle tecnologie sanitarie	Aree Attività Tecniche e Ingegneria Clinica	Evidenza misure in atto, utilizzo della modulistica ai fini autodichiarazione insussistenza conflitto interessi

		esecuzione in cambio di vantaggi economici o la mancata denuncia di difformità e vizi dell'opera				

Altri processi interni

	PROCESSO/ATTIVITA'	RISCHI	VALUTAZIONE RISCHI	MISURE DI PREVENZIONE	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Controlli antimafia in procedure di appalto ed esecuzione contratti	Infiltrazioni mafiose	M	Applicazione del "Protocollo di legalità per la prevenzione dei tentativi di infiltrazione della criminalità organizzata nel settore degli appalti, concessioni, forniture, servizi e lavori pubblici nella Provincia di Parma", sottoscritto nel luglio 2016	Area Acquisizione Beni Area Logistica e Gestione Amministrativa Lavori Pubblici Area Attività Tecniche Area Ingegneria Clinica	Reportistica e relazione, in particolare sulle acquisizioni delle informative antimafia
2	Gestione inventario beni	Perdita o sottrazione di beni di proprietà delle Aziende	B	Sistematizzazione delle verifiche inventariali e revisione interaziendale della regolamentazione	Area Logistica e Gestione Amministrativa Lavori Pubblici	Relazione e adeguamento regolamentazione interaziendale
3	Gestione beni immobili	Condizioni di acquisto o locazione che facciano prevalere l'interesse della controparte su quello delle Aziende	M	Pubblicazione in "Amministrazione Trasparente" dell'elenco immobili di proprietà e del loro valore	Area Logistica e Gestione Amministrativa Lavori Pubblici Area Attività Tecniche	Pubblicazioni in "Amministrazione Trasparente"

4	Atti di acquisto, vendita, permuta immobili	Approvazione di acquisti, vendite o permuta di immobili non connessi ad esigenze primarie o prioritarie rispetto alle risorse disponibili ed alle esigenze operative aziendali	M	Formulazione della proposta da parte dei Direttori di tutte le principali articolazioni aziendali (Distretti e Dipartimenti) e valutazioni	Area Logistica e Gestione Amministrativa Lavori Pubblici Area Attività Tecniche	Reportistica e relazione
5	Atti di locazione attiva o passiva compresi o non compresi nell'atto di programmazione	Approvazione di acquisizione o di concessione di locali in locazione non connesse ad esigenze primarie o prioritarie rispetto alle risorse disponibili ed alle esigenze operative aziendali	M	Formulazione della proposta da parte dei Direttori di tutte le principali articolazioni aziendali (Distretti e Dipartimenti) e valutazioni	Area Logistica e Gestione Amministrativa Lavori Pubblici Area Attività Tecniche	Reportistica e relazione
6	Rimborsi con cassa economale	Rimborsi di spese non imputabili all'Azienda oppure di spese fittizie	M	Proseguimento nella riduzione degli importi dei rimborsi effettuati con cassa economale (al netto dei pagamenti relativi a corsi di aggiornamento in quanto non posti sotto il controllo del gestore della cassa economale) e verifiche periodiche	Dipartimento Tecnico e Logistica	Reportistica e relazione
7	Gestione del materiale in giacenza Magazzino	Scorrette modalità di stoccaggio, conservazione dei beni e rotazione dei prodotti a scorta con conseguenti deterioramenti e necessità di ripristino scorta e aumento delle quantità ordinate. (Rischio collusione o favoreggiamento fornitore)	B	Verifica periodica da parte del Responsabile del Magazzino, o suo delegato, delle corrette modalità di stoccaggio, conservazione e delle scadenze dei beni e verifica di tutte le cause dello scarto con autorizzazione specifica ad ogni movimento informatico di scarto	Area Esecuzione Contratti e Magazzino	Mensile Reportistica e relazione

8	Richieste d'ordine d'acquisto per reintegro scorte Magazzino	Richieste di acquisti in quantità sovradimensionate rispetto alle oggettive necessità di ripristino delle scorte. (Rischio collusione/favoreggiamento fornitore)	B	Autorizzazione preventiva da parte del Responsabile del Magazzino, o suo delegato, in merito alle quantità di reintegro richieste rispetto alle giacenze effettive e all'andamento dei consumi.	Area Esecuzione Contratti e Magazzino	Reportistica e relazione
9	Programmazione degli investimenti	Incongrua valutazione delle priorità per ingiusti vantaggi a terzi	M	Sistema di tracciatura di tutte le richieste ricevute dalle UO operative. Il processo prevede un'attività collegiale di valutazione interna i cui risultati saranno riportati in direzione strategica per l'approvazione finale	Area Attività Tecniche Area Ingegneria Clinica	Reportistica e relazione
10	Affidamento dei servizi manutentivi	Incongrua assegnazione del servizio per favorire ingiusti vantaggi a terzi	M	Modifica del processo di analisi. Le tecnologie da sottoporre a contratti manutentivi sono valutate attraverso una procedura di classificazione del rischio legata alla destinazione d'uso, alla pregressa storia manutentiva ed al rischio di continuità dell'erogazione. La designazione finale dei contratti effettuata collegialmente dai dirigenti SIC, previa verifica delle eventuali condizioni di esclusività tecnica	Area Ingegneria Clinica	Reportistica e relazione
11	Direzione ed esecuzione dei contratti di fornitura di beni e di servizi manutentivi	Incongrua attestazione della corretta esecuzione per favorire ingiusti vantaggi a terzi	A	Rotazione degli incarichi per Direttore dell'Esecuzione ed assistenti	Area Ingegneria Clinica	Reportistica e relazione

DIPARTIMENTO INTERPROVINCIALE ICT (SEDI AUSL/AOU DI PARMA)

	PROCESSO/ATTIVITA'	RISCHI	VALUTAZIONE RISCHI	MISURE DI PREVENZIONE	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Valutazione acquisizione strumenti, attrezzature informatiche, software, servizi di manutenzione	Incongrue valutazioni per ingiusti vantaggi a terzi	M	Rotazione degli incarichi per le valutazioni	Aree ICT AUSL e AOU	Relazione
2	Gestione sistemi informatici	Configurazione o amministrazione di sistema per favorire ingiusti vantaggi a terzi	B	Verifiche delle gestioni	Aree ICT AUSL e AOU	Relazione
3	Individuazione delle priorità in tema di ICT e E-Health al fine di definire gli investimenti prioritari e le azioni strategiche da eseguire	Incongrue valutazioni per ingiusti vantaggi a terzi	M	Autorizzazione Direzioni aziendali	Aree ICT AUSL e AOU	Relazione
4	Individuazione delle criticità dei sistemi informatici di competenza manutentiva SIA, dal punto di vista della strategicità, della stabilità e della funzionalità	Incongrue valutazioni per ingiusti vantaggi a terzi	B	Verifiche tecniche aggiuntive	Aree ICT AUSL e AOU	Relazione
5	Accettazione di strumenti informatici (attrezzature o licenze) derivanti da donazioni con il supporto e le valutazioni degli uffici del servizio	Vincoli ingiusti di manutenzione non programmati e trasparenti Configurazione o amministrazione di sistema per favorire ingiusti vantaggi a terzi	M	Relazioni di verifiche tecniche Rotazione degli incarichi di valutazione	Aree ICT AUSL e AOU	Relazione

6	Analisi e individuazione del fabbisogno di attrezzature informatiche e redazione, gestione e vigilanza sul piano triennale delle dotazioni strumentali (comma 597 dell'art. 2 della legge n. 244 del 2007)	Incongrue valutazioni per ingiusti vantaggi a terzi	M	Rotazione degli incarichi per le valutazioni	Aree ICT AUSL e AOU	Documentazione di programmazione, reportistica e relazione
7	Macro progettazione dei sistemi informatici e informativi	Incongrue valutazioni per ingiusti vantaggi a terzi	B	Rotazione degli incarichi per le valutazioni	Aree ICT AUSL e AOU	Documentazione di progettazione, reportistica e relazione

SERVIZIO INTERAZIENDALE ECONOMICO FINANZIARIO E ASPETTI ECONOMICI DELL'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE

	PROCESSO/ATTIVITA'	RISCHI	VALUTAZIONE RISCHI	MISURE DI PREVENZIONE	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Ciclo di liquidazione	Mancanza di documentazione o documentazione non corretta	B	Richieste alle varie articolazioni finalizzate a verifiche a campione dei documenti, conteggi e prospetti utilizzati per predisporre gli atti di liquidazione	Servizio Interaziendale Economico Finanziario	Reportistica e relazione
2	Rimborsi errati/doppi versamenti ticket	Ticket relativi a prestazioni correttamente eseguite. Errate rilevazioni fiscali sui versamenti	M	Controlli distrettuali sulle prestazioni rese e controlli centralizzati su archivi clienti	Servizio Interaziendale Economico Finanziario	Verifiche a campione Reportistica e relazione
3	Procedure solleciti crediti insoluti	Mancata attivazione delle procedure di recupero sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire soggetti particolari	B	Diffusione del regolamento sul recupero crediti elaborato in area AVEN Formazione e maggior coinvolgimento del personale incaricato a livello distrettuale	Servizio Interaziendale Economico Finanziario	Reportistica e relazione
4	Circolarizzazione dei crediti e dei debiti	Mancata o errata registrazione in contabilità	B	Intensificazione delle verifiche dei saldi per poter avere maggiore allineamento con i fornitori e clienti esterni	Servizio Interaziendale Economico Finanziario	Reportistica e relazione

STRUTTURA INTERAZIENDALE INTERNAL AUDITING

	PROCESSO/ATTIVITA'	RISCHI	VALUTAZIONE RISCHI	MISURE DI PREVENZIONE	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Percorso Attuativo Certificabilità Bilanci (PAC): monitoraggio azioni di miglioramento	Mancata implementazione delle azioni consigliate	M	Aggiornamento e formalizzazione procedure aziendali PAC Monitoraggio costante delle azioni intraprese dai Servizi Riscontro puntuale secondo il cronoprogramma	Internal Auditing	Secondo il Piano triennale di Audit Reportistica e relazione
2	Verifica controlli di primo livello	Inosservanza nell'applicazione dei controlli insiti nei processi	A	Attività di vigilanza e identificazione delle criticità Proposte di azioni correttive Attività di formazione	Internal Auditing	Secondo il Piano triennale di Audit Reportistica e relazione
3	Audit dei processi	Percezione dell'audit come adempimento burocratico	M	Acquisizione continua di nuove conoscenze al fine di accrescere autonomia e autorevolezza Coinvolgimento attivo del personale, forte senso collaborativo Accrescere la cultura del controllo interno	Internal Auditing	Secondo il Piano triennale di Audit Reportistica e relazione

4	Monitoraggio (follow-up): valutazione dell'applicazione delle misure raccomandate	Mancata o parziale applicazione delle azioni raccomandate	M	Verifica delle azioni intraprese Riscontro secondo il crono programma Rendicontazione alla Direzione strategica	Internal Auditing	Continua, secondo il Piano triennale di Audit Reportistica e relazione

AREA AFFARI GENERALI AUSL/AOU

Dal 1 marzo 2021 il Servizio è articolato in unità organizzative a valenza aziendale.
Si mantiene la tabella processi unitaria con efficacia per entrambe le unità organizzative delle 2 Aziende

	PROCESSO/ATTIVITA'	RISCHI	VALUTAZIONE RISCHI	MISURE DI PREVENZIONE	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Formazione e percorso deliberazioni e determine dirigenziali	Mancata osservanza dei percorsi stabiliti nelle due Aziende e nella pubblicazione sull'albo pretorio on line, ai fini di trasparenza	B	Verifiche in ordine alla regolarità di adozione, completezza e cronologia dei provvedimenti assunti dalle Direzioni aziendali Pubblicazioni in "Amministrazione Trasparente"	Affari Generali	Reportistica e relazione
2	Convenzioni attive e passive con altri Enti del SSN, altri Enti pubblici e con associazioni di volontariato (ed atti conseguenti) per prestazioni di consulenza da parte di personale dipendente (o prestazioni da parte di volontari appartenenti alle associazioni), ai sensi delle disposizioni contrattuali e regolamentari vigenti	Difformità nei singoli percorsi interni delle due Aziende e nelle procedure per la pubblicazione	M	Verifiche a campione in ordine alla regolarità di adozione dell'atto ed alla conclusione della pratica (es. firme dei contraenti, archiviazione originali sottoscritti ecc.) Accentramento in un unico ufficio l'adozione degli atti convenzionali	Affari Generali	Reportistica e relazione
3	Gestione flussi documentali e procedure di scarto dei documenti	Difformità nei singoli percorsi interni	B	Verifiche a campione in ordine alla regolarità dei percorsi Adozione specifica circolare	Affari Generali	Circolare e relazione
4	Accreditamento agenzie e cooperative per assistenza integrativa non sanitaria (in AOU)	Difformità nei singoli percorsi interni	B	Verifiche in ordine alla regolarità della procedura di accreditamento e periodiche in ordine alla validità della documentazione	Affari Generali	Reportistica e relazione

5	Accreditamento amministrativo personale infermieristico presso Istituti Penitenziari (in AOU)	Difformità nei singoli percorsi interni	B	Verifiche a campione in ordine alla regolarità della procedura di accreditamento	Affari Generali	Reportistica e relazione
6	Nido aziendale (solo AOU)	Errori nella procedura di acquisizione delle domande	B	Verifiche in ordine alla regolarità di adozione, completezza e cronologia dell'istruttoria	Affari Generali	Reportistica e relazione
7	Reportistica sugli incarichi alla Corte dei Conti	Mancata osservanza dei percorsi stabiliti nelle due Aziende	B-	Verifiche a campione in ordine alla regolarità della procedura di invio della reportistica da parte delle strutture complesse interessate	Affari Generali	Reportistica e relazione
8	Acquisizione di prestazioni in regime di attività aggiuntiva (solo AOU)	Mancata osservanza dei percorsi stabiliti	B	Verifiche a campione in ordine ai percorsi autorizzativi	Affari Generali	Reportistica e relazione
9	Controllo e liquidazione attività aggiuntiva (solo AOU)	Disomogeneità cronologica nella ripartizione delle somme destinate ai professionisti	B	Verifiche a campione in ordine alle somme ripartite	Affari Generali	Reportistica e relazione
10	Acquisizione spazi per libera professione con terzi non accreditati con il SSN e relativi accordi (solo AOU)	Errori procedurali nell'iter autorizzativo	M	Verifiche in ordine all'iter istruttorio	Affari Generali	Reportistica e relazione
11	Ripartizione proventi derivanti dall'attività libero professionale ambulatoriale, strumentale e di ricovero (solo AOU)	Ritardi ed errori nella attribuzione delle somme	B	Verifiche a campione in ordine alle somme ripartite	Affari Generali	Reportistica e relazione

12	Predisposizione liquidazione fondo di perequazione e fondo 2% (solo AOU)	Difformità procedurali	B	Verifiche a campione in ordine alle somme ripartite	Affari Generali	Reportistica e relazione
13	Autorizzazione allo svolgimento della libera professione e modifiche tariffari (solo AOU)	Mancata osservanza dei percorsi stabiliti	B	Verifiche a campione	Affari Generali	Controlli incrociati e relazione

DIREZIONE SANITARIA AUSL

	PROCESSO/ATTIVITA'	RISCHI	VALUTAZIONE RISCHI	MISURE DI PREVENZIONE	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Attività di controllo e monitoraggio degli accordi di fornitura Degenze con strutture private accreditate	Mancato rispetto delle previsioni contrattuali Riconoscimento economico di prestazioni non correttamente codificate o non avvenute	M	Monitoraggio periodico dell'attività erogata in regime contrattuale Verbalizzazione dell'attività di controllo effettuata	Direzione Sanitaria Ufficio Coordinamento controlli sanitari Uffici distrettuali Dipartimento Valutazione e Controllo Controllo di Gestione (monitoraggio economico)	Report, verbali, relazione
2	Attività di controllo e monitoraggio degli accordi di fornitura di Prestazioni Specialistiche ambulatoriali con private accreditate	Mancato rispetto delle previsioni contrattuali Riconoscimento economico di prestazioni non correttamente codificate o non avvenute	M	Monitoraggio periodico dell'attività erogata in regime contrattuale Verbalizzazione dell'attività di controllo effettuata	Direzione Sanitaria Distretto di Parma	Report, verbali, relazione
3	Gestione mobilità sanitaria	Non correttezza della richiesta di rimborso per prestazioni effettuate	B	Verifica ritorni informativi per i flussi degenza, specialistica, farmaceutica	Direzione Sanitaria	Reportistica e relazione
4	Attività Libero Professionale intramoenia	Mancato rispetto dei volumi di attività	M	Verifica delle reportistiche provenienti dalle strutture aziendali, sui volumi di attività istituzionale e in libera professione	Direzione Sanitaria Direzione Presidio Ospedaliero	Reportistica e relazione

5	Gestione delle liste d'attesa dei ricoveri ospedalieri	Discrezionalità nell'attribuzione del codice di priorità clinica	M	Verifiche e controlli sull'osservanza del regolamento di Presidio e delle direttive della Direzione medica	Direzione Sanitaria DirezionePresidio Ospedaliero	Report e relazione
6	Gestione liste d'attesa specialistica ambulatoriale	Anomalie e discrezionalità nel funzionamento e nella gestione del sistema	M	Verifiche e controlli	Direzione Sanitaria	Report e relazione
7	Comitato Etico	Anomalie di funzionamento	M	Collaborazione in sede AVEN, dove ora esiste unico Comitato Etico per tutte le Aziende	Direzione Sanitaria in collaborazione con la Direzione Sanitaria AOU	Reportistica e relazione
8	Informazione scientifica sul farmaco	Mancato rispetto delle modalità di svolgimento dell'attività di informazione, disciplinata da regolamento approvato nel 2017 in attuazione DGR n.2309/2016	M	Verifiche di rispetto e attuazione del regolamento aziendale approvato nel 2017, in attuazione della DGR n. 2309/2016 recante indirizzi e direttive di informazione scientifica sul farmaco	Direzione Sanitaria in collaborazione con Dipartimento Farmaceutico e strutture ospedaliere e territoriali	Reportistica e relazione
9	Attività di controllo e monitoraggio sulle modalità di svolgimento delle sperimentazioni cliniche autorizzate svolte all'interno delle Unità Operative dei due ospedali	Verifica delle modalità di effettuazione delle sperimentazioni cliniche presso le Unità Operative ospedaliere	M	Verifiche e controlli sull'osservanza del regolamento aziendale nei due ospedali	Direzione Presidio Ospedaliero Direzione Sanitaria	Report e relazione
10	Accesso alle ditte di pompe funebri presso le camere ardenti degli ospedali	Anomalie nelle modalità di attivazione delle imprese e sull'andamento del servizio	M	Verifiche e controlli sull'osservanza del regolamento di Presidio e delle direttive della Direzione medica Verifiche periodiche sul rispetto delle norme	Direzione Sanitaria Direzione Presidio Ospedaliero Servizio Infermieristico	Report e relazione

				contenute nell'at. 18 del Codice di Comportamento da parte di tutti gli operatori Rotazione del personale addetto in base alle possibilità consentite dall'organico a disposizione Attuazione e verifica delle indicazioni contenute nella nota regionale del 13 marzo 2018 in materia di vestizione del defunto, con riferimento in particolare alle precise e separate competenze tra personale della struttura sanitaria e impresa di pompe funebri Attuazione DGR n. 1678 del 14 ottobre 2019 di approvazione "Direttiva in materia funebre" (prorogata al 31 ottobre 2021, con DGR n. 1801 del 7 dicembre 2020, l'entrata in vigore della DGR n. 1678/2019)		
11	Sistema Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	Mancata conoscenza ed osservanza delle disposizioni in materia e degli interventi previsti in sede aziendale	B	Azioni di informazione alle equipe assistenziali sulle normative, sul Piano Anticorruzione e sul Codice di Comportamento	Servizio Infermieristico e Tecnico (SIT)	Report e relazione

DIREZIONE ATTIVITA' SOCIO SANITARIE AUSL

	PROCESSO/ATTIVITA'	RISCHI	VALUTAZIONE RISCHI	MISURE DI PREVENZIONE	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Gestione flusso informatico on line GRAD "Mercurio"	Anomalie nella rendicontazione verso la Regione in relazione alla competenza della Direzione Attività Socio Sanitarie	B	Monitoraggio flusso on line GRADA "Mercurio"	Direzione Attività Socio Sanitarie	Reportistica e relazione annuale
2	Inserimento dati FRNA e FNA nel flusso regionale CUP 2000	Anomalie nella rendicontazione verso la Regione, in relazione alla competenza della Direzione Attività Socio Sanitarie	B	Monitoraggio online attraverso il flusso CUP2000	Direzione Attività Socio Sanitarie	Reportistica e relazione annuale
3	Gestione amministrativa graduatoria provinciale inserimento in posti alta valenza pazienti con gravissime disabilità acquisite	Possibili anomalie in ordine alle valutazioni distrettuali finalizzate alla predisposizione della graduatoria provinciale per l'accesso ai posti di alta valenza	B	Monitoraggio da parte della Direzione Attività Socio Sanitarie di attuazione del regolamento aziendale	Direzione Attività Socio Sanitarie	Reportistica e relazione annuale

PRESIDIO OSPEDALIERO AUSL (Ospedali di Vaio e Borgotaro)

	PROCESSO/ATTIVITA'	RISCHI	VALUTAZIONE RISCHI	MISURE DI PREVENZIONE	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Gestione delle liste d'attesa dei ricoveri ospedalieri	Discrezionalità nell'attribuzione del codice di priorità clinica	A	Verifiche e controlli sull'osservanza del regolamento di Presidio e delle direttive della Direzione medica	Direzione Presidio Ospedaliero	Report e relazione
2	Accesso alle ditte di pompe funebri presso le camere ardenti degli ospedali	Anomalie nelle modalità di attivazione delle imprese e sull'andamento del servizio	M	Verifiche e controlli sull'osservanza del regolamento di Presidio e delle direttive della Direzione medica Verifiche periodiche sul rispetto delle norme contenute nell'at. 18 del Codice di Comportamento da parte di tutti gli operatori Rotazione del personale addetto in base alle possibilità consentite dall'organico a disposizione Attuazione e verifica delle indicazioni contenute nella nota regionale del 13 marzo 2018 in materia di vestizione del defunto, con riferimento in particolare alle precise e separate competenze tra personale della struttura sanitaria e impresa di pompe funebri	Direzione Sanitaria Direzione Presidio Ospedaliero Servizio Infermieristico	Report e relazione

				Attuazione DGR n. 1678 del 14 ottobre 2019 di approvazione “Direttiva in materia funebre” (prorogata al 31 ottobre 2021, con DGR n. 1801 del 7 dicembre 2020, l’entrata in vigore della DGR n. 1678/2019		
3	Attività Libero Professionale Attività di controllo e monitoraggio sulla richiesta di prestazioni ad integrazione dell’attività istituzionale in regime di libera professione (prestazioni aggiuntive art.55 ccnl 2000) nei due ospedali	Utilizzo improprio dell’attività libero professionale in regime ALP in sostituzione di quella ordinaria a fini di vantaggio personale o di altri soggetti	M	Verifiche periodiche sulla correttezza delle attività in relazione alle direttive aziendali e di Presidio	Direzione Presidio Ospedaliero	Report e relazione
4	Attività Libero Professionale Attività di controllo e monitoraggio sugli oarari di svolgimento dell’attività libero professionale intramuraria svolta in regime ambulatoriale e di ricovero all’interno dei due ospedali	Mancanza di corrispondenza tra le fasce orarie e i giorni di effettuazione dell’attività libero professionale autorizzati dall’Azienda e i periodi in cui l’attività viene effettivamente svolta	M	Verifica corrispondenza fasce orarie e giornate di effettuazione dell’attività libero professionale formalmente autorizzata dall’Azienda	Direzione Presidio Ospedaliero	Report e relazione
5	Regolamento per l’informazione scientifica del farmaco nei due ospedali: attività di controllo e monitoraggio	Verifica difformità ed eventuali anomalie nell’accesso degli informatori del farmaco presso le Unità Operative ospedaliere	M	Verifiche e controlli sull’osservanza del regolamento aziendale nei due ospedali	Direzione Presidio Ospedaliero	Report e relazione
6	Attività di controllo e monitoraggio sulle modalità di svolgimento delle sperimentazioni cliniche autorizzate svolte all’interno delle Unità Operative dei due ospedali	Verifica delle modalità di effettuazione delle sperimentazioni cliniche presso le Unità Operative ospedaliere	A	Verifiche e controlli sull’osservanza del regolamento aziendale (in adozione) nei due ospedali	Direzione Presidio Ospedaliero	Report e relazione

7	Regolamento sull'attività di assistenza aggiuntiva non sanitaria svolta all'interno delle Unità Operative dei due ospedali	Attività di controllo e monitoraggio nell'accesso degli operatori delle agenzie autorizzate allo svolgimento di attività aggiuntiva non sanitaria presso le Unità Operative ospedaliere	B	Verifiche e controlli sull'osservanza del regolamento aziendale nei due ospedali	Direzione Presidio Ospedaliero	Report e relazione

DIPARTIMENTO ASSISTENZA FARMACEUTICA AUSL/AOU (Ospedaliera e Territoriale)

	PROCESSO/ATTIVITA'	RISCHI	VALUTAZIONE RISCHI	MISURE DI PREVENZIONE	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Valutazione e validazione richieste farmaci , vaccini, emoderivati, dispositivi medici e altri prodotti farmaceutici per approvvigionamento delle Unità operative ospedaliere, servizi territoriali	Discrezionalità, difformità e anomalie nelle quantità dei prodotti richiesti	B	Verifiche periodiche sull' adesione alle procedure condivise di Area Vasta	Area farmaceutica ospedaliera e territoriale	Report e relazione
2	Attività controllo e monitoraggio prescrittivo	Discrezionalità e diversità di giudizi Abuso dell'autonomia professionale del medico al fine di favorire la diffusione di un particolare farmaco	M	Periodici monitoraggi Verifiche periodiche	Area farmaceutica ospedaliera	Report e relazione
3	Informazione/ formazione ai medici specialisti ospedalieri e dei servizi territoriali	Discrezionalità, non uniformità nelle informazioni	B	Condivisione dei contenuti propedeutici agli incontri	Area farmaceutica ospedaliera e territoriale	Report e relazione
4	Gestione prodotti non oggetto della logistica centralizzata	Discrezionalità nelle scelte di beni sanitari sulla base di sollecitazioni esterne o vantaggi	B	Verifiche periodiche sul corretto approvvigionamento in relazione ai fabbisogni reali e alle programmazioni annuali	Area farmaceutica ospedaliera	Report e relazione

5	Attività di vigilanza e controllo sulle farmacie, ispezioni ordinarie, preventive e straordinarie. Applicazione della procedura" Esercizio dell'attività ispettiva ordinaria, straordinaria e preventiva presso le farmacie convenzionate"	Discrezionalità, difformità, anomalie nell'applicazione della procedura	M	Verifiche periodiche sulla corretta applicazione della procedura	Area farmaceutica territoriale	Report e relazione
6	Vigilanza sulla corretta applicazione del Regolamento recante norme concernenti l'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private." (DPR371/98)	Discrezionalità, difformità, anomalie nell'applicazione della convenzionate	M	Elaborazione di una procedura relativa alla gestione amministrativo-contabile dei costi per assistenza farmaceutica	Area farmaceutica territoriale	Procedura e relazione
7	Controlli ai sensi dell'art. art. 27, comma 5, dell'ACN della medicina generale ed eventuale richiesta di rimborso del farmaco indebitamente prescritto ai sensi dell'art. 1, comma 4, del D.L. 20.06.1996, n. 323, convertito con modificazioni nella L. 08.08.1996, n. 425	Discrezionalità, inosservanza e anomalie nell'applicazione della normativa	M	Verifiche	Dipartimento Farmaceutico	Report e relazione

DISTRETTI/DIPARTIMENTI CURE PRIMARIE AUSL (Parma, Fidenza, Sud Est, Borgotaro)

	PROCESSO/ATTIVITA'	RISCHI	VALUTAZIONE RISCHI	MISURE DI PREVENZIONE	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Assistenza Primaria Verifica dei requisiti per apertura studi medici MMG/PLS	Mancato rispetto norme convenzionali nazionali	B	Monitoraggio a campione per la verifica della documentazione in atti	Dipartimenti Cure Primarie	Report e relazione
2	Assistenza Primaria Controllo Assistenza Domiciliare Integrata	Liquidazione di accessi non eseguiti	M	Verifica annua a campione sulle cartelle e/applicativi informatizzati aziendali	Dipartimenti Cure Primarie	Report e relazione
3	Assistenza Protesica e Integrativa Contributi per cure climatiche o soggiorni terapeutici a invalidi di guerra e per servizio	Assegnazione contributi a cittadini non aventi diritto	B	Verifica e monitoraggio annuo	Dipartimenti Cure Primarie	Report e relazione
4	Assistenza Protesica e Integrativa Erogazione presidi di assistenza protesica, ausili e protesi extra tariffario	Erogazione a cittadini non aventi diritto	M	Periodica formazione e informazione agli operatori addetti	Dipartimenti Cure Primarie	Formazione e relazione
5	Assistenza Protesica e Integrativa Rimborso ai dializzati per trasporto con mezzo proprio	Rimborsi non dovuti o non coerenti con le tipologie e le condizioni previste	B	Monitoraggio annuo a campione al fine della verifica sui requisiti di accesso al rimborso	Dipartimenti Cure Primarie	Report e relazione
6	Assistenza Integrativa Contributi a pazienti oncologiche per sostegno acquisto parrucche	Erogazione contributi non dovuti o non coerenti con le tipologie previste dalla DGR 1341/2019	B	Monitoraggio annuo al fine della verifica sui requisiti di accesso al contributo	Dipartimenti Cure Primarie	Report e relazione
7	Assistenza Protesica e Integrativa Accesso alle strutture ex art. 26 (riabilitative) ubicate fuori provincia	Autorizzazione impropria rispetto a criteri di accesso e requisiti della struttura	B	Verifica autorizzazioni	Dipartimenti Cure Primarie	Report e relazione

8	Assistenza Protesica e Integrativa Erogazione presidi di assistenza protesica, ausili e protesi da tariffario	Erogazione a cittadini non aventi diritto	B	Periodica formazione e informazione agli operatori addetti	Dipartimenti Cure Primarie	Formazione e relazione
9	Salute Donna Rimborso spese per parto a domicilio	Rimborso spese a non aventi diritto	B	Monitoraggio annuo a campione	Dipartimenti Cure Primarie	Report e relazione
10	Salute negli Istituti Penitenziari Gestione contratti di comodato d'uso per svolgimento attività libero professionale presso UU.OO. Salute II.PP.	Non corretta applicazione del Regolamento	B	Rinnovo costante interventi di formazione agli operatori addetti	Dipartimenti Cure Primarie	Formazione e relazione
11	Salute negli Istituti Penitenziari Richiesta copie cartelle e referti	Rilasci non corrispondenti alle richieste	B	Corretta applicazione specifico regolamento a seguito di revisione	Dipartimenti Cure Primarie	Formazione
12	Assistenza Specialistica Territoriale Cataratta	Non corretta gestione liste di attesa	B	Corretta applicazione indicazioni operative	Dipartimenti Cure Primarie	Formazione e relazione
13	Assistenza Specialistica Territoriale Rimborso ticket per prestazioni non usufruite o per pagamento errato	Rimborso improprio	B	Interventi di formazione e informazione agli operatori addetti sui criteri di eleggibilità	Dipartimenti Cure Primarie	Formazione e relazione
14	Sportello Unico Iscrizione al SSN di cittadini italiani	Iscrizione di cittadini non aventi diritto	M	Costanti interventi di formazione agli operatori addetti	Dipartimenti Cure Primarie	Formazione e relazione
15	Sportello Unico Iscrizione al SSN di cittadini extra UE – TU n. 286/1998 e successive modificazioni	Iscrizione di soggetti non aventi diritto	M	Costanti interventi di formazione agli operatori addetti	Dipartimenti Cure Primarie	Formazione e relazione
16	Sportello Unico Iscrizione al SSN di stranieri UE – decreto legislativo n. 30/2007	Iscrizione di soggetti non aventi diritto	M	Costanti interventi di formazione agli operatori addetti	Dipartimenti Cure Primarie	Formazione e relazione

17	Sportello Unico Scelta e revoca MMG/PLS	Indicazioni imprecise o incomplete all'utenza, finalizzate a privilegiare specifici professionisti	M	Rinnovo interventi di formazione agli operatori e verifiche periodiche	Dipartimenti Cure Primarie	Formazione e relazione
18	Sportello Unico Scelta e revoca MMG/PLS per cittadini italiani non residenti (domiciliazione sanitaria)	Indicazioni imprecise o incomplete all'utenza, finalizzate a privilegiare specifici professionisti	M	Rinnovo interventi di formazione agli operatori e verifiche periodiche	Dipartimenti Cure Primarie	Formazione e relazione
19	Sportello Unico Richiesta mantenimento PLS oltre il 14esimo anno di età	Mantenimento della scelta al non avente diritto	B	Formazione agli operatori addetti	Dipartimenti Cure Primarie	Formazione e relazione
20	Sportello Unico Richiesta scelta in deroga MMG/PLS	Autorizzazione scelta in deroga a non avente diritto	M	Formazione e informazione agli operatori addetti	Dipartimenti Cure Primarie	Formazione e relazione
21	Sportello Unico Rimborso spese per dialisi in Paesi extra UE	Rimborsi a soggetti non aventi diritto	B	Monitoraggio annuo 100% sulle autorizzazioni al fine del rispetto dei criteri	Dipartimenti Cure Primarie	Report e relazione
22	Sportello Unico Autorizzazione e liquidazione spese per prestazioni ambulatoriali all'estero	Autorizzazione a cittadini non aventi diritto	B	Monitoraggio annuo 100% sulle autorizzazioni al fine del rispetto dei criteri	Dipartimenti Cure Primarie	Report e relazione
23	Sportello Unico Rimborso prestazioni sanitarie fruite da cittadini italiani in occasione di temporanei soggiorni all'estero	Rimborso a cittadini non aventi diritto	B	Monitoraggio annuo a campione	Dipartimenti Cure Primarie	Report e relazione
24	Sportello Unico Rilascio formulari UE (S1, S2, ecc.)	Rilascio formulari a cittadini non aventi diritto	B	Formazione e informazione agli operatori Monitoraggio annuo a campione	Dipartimenti Cure Primarie	Formazione e relazione

25	Sportello Unico Rilascio modello ex DPR n. 618 per lavoratori in distacco per lavoro in Paesi extra UE senza accordi bilaterali	Rilascio autorizzazione a cittadini non aventi diritto	B	Formazione e informazione agli operatori Monitoraggio annuo a campione	Dipartimenti Cure Primarie	Formazione e relazione
26	Sportello Unico Rilascio attestato di esenzione del pagamento del ticket per invalidità, patologia, ecc.	Rilascio esenzione a cittadini non aventi diritto	B	Formazione e informazione agli operatori Monitoraggio annuo a campione	Dipartimenti Cure Primarie	Formazione e relazione
27	Sportello Unico Inserimento nel registro regionale di certificazioni di malattia rara riconosciute da centri extra Regione	Riconoscimento a non aventi diritto	B	Rinnovo interventi di formazione e informazione al personale sulle norme che regolano le malattie rare e il programma di gestione	Dipartimenti Cure Primarie	Formazione e relazione
28	Sportello Unico Prenotazione per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali attraverso il sistema S14web	Non equità nell'accesso alle prestazioni	M	Formazione e informazione periodica agli operatori Elaborazione linee guida/istruzioni operative aziendali	Dipartimenti Cure Primarie	Formazione, linee guida e relazione

DIPARTIMENTO SANITA' PUBBLICA AUSL

Servizi Veterinari

	PROCESSO/ATTIVITA'	RISCHI	VALUTAZIONE RISCHI	MISURE DI PREVENZIONE	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Controlli Ufficiali Ispezioni e verifiche	Mancato trattamento del rischio e controlli Trasparenza insufficiente	M	Rotazione 20% unità aziendali nei piani di lavoro aziendale Richiesta dichiarazione assenza conflitto interessi Applicazione del piano delle verifiche definite in pianificazione di UO Governo clinico (formazione, addestramento, supervisione, analisi di performance)	Dipartimento Sanità Pubblica Servizi Veterinari	Report e relazione
2	Controlli Ufficiali Audit e campionamenti	Mancato trattamento del rischio e controlli Trasparenza insufficiente	M	Rotazione auditor e applicazione Piano delle verifiche stabilite in pianificazione unità operative	Dipartimento Sanità Pubblica Servizi Veterinari	Report e relazione
3	Controlli Ufficiali Attestazioni sanitarie per qualifica sanitaria e movimentazione animali vivi, morti, su alimenti ad uso umano e zootecnico e sottoprodotti	Mancato trattamento del rischio e controlli Trasparenza insufficiente	M	Formazione continua operatori Rotazione unità aziendali nei piani di lavoro	Dipartimento Sanità Pubblica Servizi Veterinari	Report e relazione

4	Provvedimenti amministrativi conseguenti a controlli ufficiali Imposizioni di misure, Limitazioni, restrizioni/divieti, sospensioni/chiusure, revoche sequestro sanitario	Rischio corruttivo Trasparenza insufficiente	M	Verifiche sull'attuazione delle procedure che regolano emissione provvedimenti amministrativi	Dipartimento Sanità Pubblica Servizi Veterinari	Report e relazione
5	Attività di polizia giudiziaria conseguenti ai controlli ufficiali	Rischio corruttivo Trasparenza insufficiente	M	Verifica periodica della corretta applicazione del codice di procedura penale rispetto agli elementi emersi nel corso delle verifiche periodiche di attività	Dipartimento Sanità Pubblica Servizi Veterinari	Report e relazione
6	Emissione di atti di riconoscimento Riconoscimento di Aziende (Determina RER n. 14738 del 13.11.2013)	Difformità nella applicazione della procedura di gestione dei procedimenti	M	Monitoraggi dei tempi di rilascio Atti per atti di riconoscimento nuovi impianti Verifiche sull'attuazione delle procedure che regolano l'accertamento dei requisiti	Dipartimento Sanità Pubblica Servizi Veterinari	Report e relazione
7	Rilascio pareri e consulenze ad altri enti	Discrezionalità nella valutazione dei requisiti richiesti per il rilascio dei pareri	B	Valutazione parere rilasciato da controllore da parte del RUOD/RSOT/direttore primo dell'invio alla autorità competente	Dipartimento Sanità Pubblica Servizi Veterinari	Report e relazione
8	Registrazioni in banche dati Registrazione di Aziende di produzione primaria che effettuano allevamento di animali presso Banca Dati nazionale Anagrafi Zootecniche	Anomalie nella registrazione in banca dati Conflitti di interesse	B	Controlli sull'appropriatezza della liquidazione dell'indennizzo della Registrazione in Banca Dati	Dipartimento Sanità Pubblica Servizi Veterinari	Report e relazione
9	Attività ambulatoriali	Trasparenza limitata	M	Verifica aventi diritto prestazioni	Dipartimento Sanità Pubblica Servizi Veterinari	Report e relazione

Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione

	PROCESSO/ATTIVITA'	RISCHI	VALUTAZIONE RISCHI	MISURE DI PREVENZIONE	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Controlli Ufficiali Ispezioni e verifiche	Rischio corruttivo Conflitto interessi	M	Rotazione 20% unità aziendali nei piani di lavoro aziendale Richiesta dichiarazione assenza conflitto interessi Governo clinico (formazione, addestramento, supervisione, analisi di performance)	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione	Report e relazione
2	Controlli Ufficiali Audit	Inosservanza linee guida, delibere e normativa specifica	M	Rotazione auditor e applicazione Piano delle verifiche stabilite in pianificazione unità operative	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione	Report e relazione
3	Controlli Ufficiali Campionamento e certificazioni	Rischio corruttivo Conflitto interessi	M	Rotazione del personale Richiesta dichiarazione assenza conflitto interessi alla notifica del Piano di Lavoro Individuale Piano di Governo clinico (formazione, addestramento, supervisione, analisi di performance)	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione	Report e relazione

4	Provvedimenti amministrativi conseguenti a controlli ufficiali Imposizioni di misure, Limitazioni, restrizioni/divieti, sospensioni/chiusure, revoche sequestro sanitario	Rischio corruttivo Conflitto interessi	M	Verifiche sull'attuazione delle procedure che regolano l'accertamento, la contestazione e la notifica di illeciti amministrativi prima della firma del'atto finale	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione	Report e relazione
5	Attività di polizia giudiziaria conseguenti ai controlli ufficiali e segnalazioni/esposto Attività di Polizia giudiziaria (sequestri, indagini, denunce)	Rischio corruttivo Conflitto interessi	M	Verifiche sull'attuazione delle procedure che regolano gli atti di Polizia giudiziaria	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione	Report e relazione
6	Emissione di atti di riconoscimento Riconoscimento di Aziende (Determina RER n. 14738 del 13.11.2013)	Rischio corruttivo Conflitto interessi	M	Monitoraggi dei tempi di rilascio atti per atti di riconoscimento nuovi impianti	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione	Report e relazione
7	Rilascio pareri e consulenze ad altri enti Parere per autorizzazione sanitaria attività di vendita e commercio prodotti fitosanitari	Rischio corruttivo Conflitto interessi	B	Applicazione procedura specifica	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione	Report e relazione
8	Registrazioni in banche dati Registrazione di Aziende di cui alla relativa procedura dettata dalla Determina RER n. 14738 del 13.11.2013)	Anomalie nell'inserimento in banca dati	B	Applicazione della procedura per la registrazione OSA	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione	Report e relazione
9	Vidimazione registri, rilascio, duplicazione documenti, patentini, validazioni Rilascio/rinnovo patentini fitosanitari per titolo o esame	Rischio corruttivo Conflitto interessi Insufficiente trasparenza	M	Applicazione della procedura specifica	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione	Report e relazione

Servizio Igiene e Sanità Pubblica

	PROCESSO/ATTIVITA'	RISCHI	VALUTAZIONE RISCHI	MISURE DI PREVENZIONE	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Commissioni Invalidità Civile/Ciechi Civili/Sordomuti	Esercizio prolungato della responsabilità di un processo in capo ai medesimi operatori Trasparenza insufficiente	A	Monitoraggio trimestrale tempi di attesa per Distretto (già in atto)	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Igiene e Sanità Pubblica	Report e relazione
2	Commissione Patenti Speciali	Continuità di funzione in capo agli stessi operatori Trasparenza insufficiente	A	Applicazione procedura specifica	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Igiene e Sanità Pubblica	Report e relazione
3	Vaccinazioni adulti	Trasparenza insufficiente	B	Applicazione procedura specifica Valutazione trimestrale mantenimento tempi di attesa e presa in carico urgenze	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Igiene e Sanità Pubblica	Report e relazione
4	Attività di vigilanza	Esercizio prolungato della responsabilità di un processo in capo ai medesimi operatori Trasparenza insufficiente	M	Verifica corretta applicazione delle procedure specifiche per tipologia di prestazione (emanate 2017)mediante l'organizzazione di audit interni	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Igiene e Sanità Pubblica	Report e relazione

5	Medicina Sportiva	Esercizio prolungato della responsabilità di un processo in capo ai medesimi operatori Trasparenza insufficiente	M	Monitoraggio tempi di attesa per ambulatorio (trimestrale). Emanazione piano organizzativo e verifica corretta applicazione	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Igiene e Sanità Pubblica	Report e relazione
6	Attività Commissione per le Autorizzazioni a Strutture Sanitarie ex L.R. n. 34/98	Esercizio prolungato della responsabilità di un processo in capo ai medesimi operatori Trasparenza insufficiente Conflitti di interesse	A	Verbalizzazione dell'astensione dei componenti per i quali si ravvisino conflitti d'interesse in relazione alla struttura valutata	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Igiene e Sanità Pubblica	Report e relazione

Servizio Protezione Salute negli Ambienti di Lavoro

	PROCESSO/ATTIVITA'	RISCHI	VALUTAZIONE RISCHI	MISURE DI PREVENZIONE	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Controlli Ufficiali Attività di controllo e vigilanza dei rischi nei luoghi e negli ambienti di lavoro Verifica impianti (UOIA) Campionamenti	Rischio corruttivo Conflitto interessi	A	Controlli eseguiti in coppia variata periodicamente (tranne impianti UOIA) Sottoscrizione di dichiarazione assenza conflitto interessi alla notifica del Piano di Lavoro Individuale Applicazione del piano di Governo Clinico (procedure e supervisione) Verifiche interne periodiche	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Protezione Salute negli Ambienti di Lavoro	Report e relazione

				Programmazione dei controlli e assegnazione agli operatori da parte del Responsabile		
2	Provvedimenti amministrativi conseguenti a controlli ufficiali Accertamento, contestazione e notifica di illeciti amministrativi	Rischio corruttivo Conflitto interessi	M	Controlli eseguiti in coppia variata periodicamente Sottoscrizione di dichiarazione assenza conflitto interessi alla notifica del Piano di Lavoro Individuale Valutazione del verbale di accertamento e contestazione da emanare, da parte del Direttore di Servizio Notifica del verbale da parte del Direttore di Servizio o suo delegato Verifiche interne periodiche	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Protezione Salute negli Ambienti di Lavoro	Report e relazione
3	Attività di polizia giudiziaria conseguenti ai controlli ufficiali Attività di Polizia giudiziaria (sequestri, indagini, denunce)	Rischio corruttivo Conflitto interessi	M	Controlli eseguiti in coppia variata periodicamente Sottoscrizione di dichiarazione assenza conflitto interessi alla notifica del Piano di Lavoro Individuale Applicazione del piano di Governo Clinico (procedure e supervisione) Verifiche interne periodiche	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Protezione Salute negli Ambienti di Lavoro	Report e relazione

4	Gestione segnalazioni, esposti, denunce Segnalazioni e denunce da parte dell'utenza	Rischio corruttivo Conflitto interessi	A	Controlli eseguiti in coppia variata periodicamente (SPSAL -UOIA) Sottoscrizione di dichiarazione assenza conflitto interessi alla notifica del Piano di Lavoro Individuale Applicazione del piano di Governo Clinico (procedure e supervisione) Verifiche interne periodiche Programmazione dei controlli e assegnazione agli operatori da parte del Responsabile	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Protezione Salute negli Ambienti di Lavoro	Report e relazione
5	Rilascio pareri e consulenze ad altri enti Verifica della compatibilità dei progetti nuovi insediamenti industriali, di servizi e di attività lavorative in genere, con le esigenze di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori (supporto tecnico)	Rischio corruttivo Conflitto interessi	A	Sottoscrizione di dichiarazione assenza conflitto interessi alla notifica del Piano di Lavoro Individuale Verifiche interne periodiche	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Protezione Salute negli Ambienti di Lavoro	Report e relazione
6	Attività ambulatoriali rivolte alla persona - Certificazioni monocratiche Certificazione di medicina del lavoro su richiesta del lavoratore o del medico di medicina generale	Rischio corruttivo Conflitto interessi	M	Pluralità degli operatori coinvolti nell'espressione collegiale del parere Sottoscrizione di dichiarazione assenza conflitto interessi alla	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Protezione Salute negli Ambienti di Lavoro	Report e relazione

				notifica del Piano di Lavoro Individuale Applicazione del piano di Governo Clinico (procedure e supervisione)		
7	Gestione e partecipazione a commissioni organismi di controllo Gestione dell'Organismo provinciale sezione permanente degli enti di controllo Commissione Gas Tossici	Conflitto di interessi	M	Pluralità degli operatori coinvolti nell'espressione collegiale del parere Sottoscrizione di dichiarazione assenza conflitto interessi alla notifica del Piano di Lavoro Individuale	Dipartimento Sanità Pubblica Servizio Protezione Salute negli Ambienti di Lavoro	Report e relazione

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE/DIPENDENZE PATOLOGICHE AUSL

	PROCESSO/ATTIVITA'	RISCHI	VALUTAZIONE RISCHI	MISURE DI PREVENZIONE	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Acquisti da parte Unità Operative afferenti al DAI SM-DP a valere su fondo annuale piccole spese per attività riabilitative	Discrezionalità nella richiesta acquisti da parte delle strutture richiedenti Difformità ed anomalie nell'applicazione del pertinente Regolamento aziendale	M	Verifica rispetto regolamento aziendale in collaborazione con il Distretto di Parma Verifica presenza autorizzazione all'acquisto e riscontro in sede di liquidazione fatture fornitori	Dipartimento Salute Mentale	Atto ricognitivo trimestrale con verifica documentazione agli atti
2	Attivazione tirocini di orientamento, formazione. Inserimento ex L.R. 17/2005 e successive modificazioni	Difformità ed anomalie nell'applicazione delle convenzioni sottoscritte con le aziende ospitanti il tirocinio	M	Verifica periodica della corretta applicazione delle convenzioni	Dipartimento Salute Mentale	Monitoraggio periodico andamento tirocinio attraverso i contatti previsti dal percorso di cura dei pazienti Report andamento budget di spesa
3	Percorsi nell'ambito dei Disturbi del Comportamento Alimentare presso la struttura di Parma	Difformità e anomalie nell'applicazione degli accordi contrattuali	M	Verifica periodica della corretta applicazione degli accordi contrattuali	Dipartimento Salute Mentale e Referente Programma DCA	Controllo periodico evoluzione situazione clinica da parte dei sanitari AUSL referenti Monitoraggio andamento budget di spesa

4	Erogazione sussidi ad utenti dei Centri e Servizi di Salute Mentale	Discrezionalità nella valutazione dei criteri di inclusione e delle finalità dell'inserimento	M	Verifica sull'appropriatezza dell'erogazione del sussidio rispetto al progetto terapeutico	Dipartimento Salute Mentale	Monitoraggio periodico nell'ambito dei contatti previsti dal percorso di cura dei pazienti Report andamento budget di spesa
5	Definizione quota di compartecipazione alla spesa per prestazioni del segmento socio sanitario	Discrezionalità nella individuazione delle esenzioni o delle riduzioni degli importi	M	Controllo periodico posizioni, informazione e formazione del personale addetto	Dipartimento Salute Mentale	Monitoraggio periodico posizioni in collaborazione tra referenti sanitari e funzioni amministrative Report andamento budget di spesa
6	Inserimenti in progetti terapeutici	Discrezionalità nella individuazione delle tipologie di inserimento	M	Verifiche periodiche sull'applicazione dei protocolli di valutazione multidisciplinare Proseguimento attività di revisione procedimenti amministrativi ed autorizzativi	Dipartimento Salute Mentale	Monitoraggio periodico evoluzione situazione clinica con valutazione servizio offerto all'utenza Report andamento budget di spesa

UFFICIO LEGALE/ASSICURAZIONI AUSL

	PROCESSO/ATTIVITA'	RISCHI	VALUTAZIONE RISCHI	MISURE DI PREVENZIONE	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Applicazione delle norme contenute nel Programma regionale per la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile e riportate nella procedura aziendale di gestione diretta delle richieste di risarcimento danni	Discrezionalità e anomalie nell'applicazione delle disposizioni	M	Verifica periodica della corretta applicazione delle misure previste nella procedura aziendale	Ufficio Contenzioso per le Assicurazioni e la responsabilità Professionale	Report e relazione
2	Gestione delle richieste risarcitorie relative a responsabilità sanitaria in "ritenzione totale"	Discrezionalità nel proporre accordo transattivo con parte reclamante	M	Verifiche e approvazione atti da parte della Direzione	Ufficio Contenzioso per le Assicurazioni e la responsabilità Professionale	Provvedimenti, report e relazione
3	Gestione sinistri assicurativi con danno all'Ente	Discrezionalità nell'accettare la proposta liquidativa da parte dell'assicuratore	M	Verifiche e approvazione atti da parte della Direzione	Ufficio Contenzioso per le Assicurazioni e la responsabilità Professionale	Provvedimenti, report e relazione
4	Attribuzione incarichi a legali esterni	Discrezionalità nell'affidamento degli incarichi	M	I legali sono individuati in un elenco di professionisti di conosciuta esperienza per ambiti giuridici specifici Criterio della rotazione nell'affidamento degli incarichi	Ufficio Legale Ufficio Assicurazioni	Provvedimenti e relazione

5	Gestione delle richieste risarcitorie in materia di lavoro assunte internamente	Discrezionalità nel proporre accordo transattivo con parte reclamante	M	Verifiche e approvazione atti da parte della Direzione	Ufficio Legale	Provvedimenti e relazione
6	Attività connesse al recupero crediti da parte dell'Ente	Discrezionalità nell'eventuale accoglimento di proposte di rateizzazione	B	Verifica puntuale di ogni aspetto attinente procedura e debitori	Ufficio Legale	Provvedimenti e relazione
7	Concessione patrocinio legale a personale dipendente	Mancata osservanza norme legislative e contrattuali	B	Verifica presupposti ed elementi procedimento di accoglimento in virtù di "Regolamento per il patrocinio legale dei dipendenti"	Ufficio Legale	Provvedimenti, report e relazione

DIPARTIMENTO VALUTAZIONE E CONTROLLO – SERVIZIO CONTROLLO DI GESTIONE AUSL

	PROCESSO/ATTIVITA'	RISCHI	VALUTAZIONE RISCHI	MISURE DI PREVENZIONE	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Elaborazione ed analisi dati attraverso flussi sanitari/amministrativi correnti (SISEPS – NSIS) a supporto dei percorsi di cura e degli interventi di medicina di iniziativa	Errata selezione dei pazienti	B	Controlli incrociati ARA (cognome MMG/PLS - paziente)	Dipartimento Valutazione e Controllo Controllo di Gestione	Report e relazione
2	Determinazione costi/rette utenti (gra.d.a. disabili, hospice, salute mentale)	Errata quantificazione importi per incompletezza delle informazioni	B	Verifica a campione della corretta compilazione della base dati	Dipartimento Valutazione e Controllo Controllo di Gestione	Report e relazione
3	Calcolo incentivi MMG e PLS legati alle attività di appropriatezza prescrittiva farmaceutica, estensione copertura oraria ambulatoriali (reti, gruppi), progetto sole	Determinazione corresponsioni non conformi per incompletezza nelle informazioni delle banche dati interne	B	Verifica a campione della corretta compilazione della base dati	Dipartimento Valutazione e Controllo Controllo di Gestione	Report e relazione
4	Attività di controllo e monitoraggio economico degli accordi di fornitura Degenze con strutture private accreditate	Mancato rispetto delle previsioni contrattuali Riconoscimento economico di prestazioni non correttamente codificate o non avvenute	B	Monitoraggio periodico dell'attività erogata in regime contrattuale	Dipartimento Valutazione e Controllo Controllo di Gestione	Report e relazione
5	Gestione flussi mobilità sanitaria	Non correttezza della richiesta di rimborso per prestazioni sanitarie dovuto al non tempestivo aggiornamento dell'anagrafe assistiti in banca dati	B-	Verifica ritorni informativi per i flussi degenza, specialistica	Dipartimento Valutazione e Controllo Controllo di Gestione	Report e relazione

UFFICIO COMUNICAZIONE AUSL

	PROCESSO/ATTIVITA'	RISCHI	VALUTAZIONE RISCHI	MISURE DI PREVENZIONE	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Redazione e invio comunicati stampa Relazioni con la stampa	Scarso controllo, reputazionale, professionale/immagine	B	Validazione tecnica e successiva approvazione della Direzione	Ufficio Comunicazione	Conservazione evidenze delle azioni specifiche attuate
2	Realizzazione e gestione contenuti informativi sito Internet aziendale, a partire da comunicato stampa o meno con supporto redazionale in affidamento esterno Contenuti informativi portale Intranet aziendale	Scarso controllo, reputazionale, professionale/immagine	B	Controllo e revisione editoriale Maggiore sensibilizzazione e partecipazione del personale coinvolto	Ufficio Comunicazione	Conservazione evidenze delle azioni specifiche attuate
3	Realizzazione di video di varia durata di informazione/educazione alla salute con affidamento esterno	Scarso controllo reputazionale	B	Pieno utilizzo strumenti amministrativi con evidenza pubblica (gara) previsti dalle normative Validazione tecnica dei professionisti coinvolti Maggiore sensibilizzazione e partecipazione del personale coinvolto	Ufficio Comunicazione	Report e relazione
4	Realizzazione e stampa di strumenti grafico-editoriali e prodotti cartacei di informazione sui servizi aziendali ed educazione alla salute, con supporto tipografico in affidamento esterno	Scarso controllo, economico, reputazionale	B	Rotazione fornitori e costanza controlli Validazione tecnica dei professionisti coinvolti	Ufficio Comunicazione	Report e relazione
5	Gestione editoriale pagine aziendali su social media	Scarso controllo, reputazionale, professionale/immagine	B	Maggiori controlli e sensibilizzazione e partecipazione	Ufficio Comunicazione	Report e relazione

DIREZIONE SANITARIA/MEDICA AOU

	PROCESSO/ATTIVITA'	RISCHI	VALUTAZIONE RISCHI	MISURE DI PREVENZIONE	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Informazione scientifica sul farmaco	Mancato rispetto delle modalità di svolgimento dell'attività di informazione, disciplinata nel corso del 2017 in attuazione DGR n.2309/2016	M	Verifiche di rispetto e attuazione del regolamento aziendale approvato nel 2017, in attuazione della DGR n. 2309/2016 recante indirizzi e direttive di informazione scientifica sul farmaco	Direzione Sanitaria in collaborazione con Servizio Farmaceutico	Reportistica e relazione
2	Attività Libero Professionale intramoenia	Mancato rispetto dei volumi di attività	M	Verifica delle reportistiche provenienti dalle strutture aziendali, sui volumi di attività istituzionale e in libera professione	Direzione Sanitaria Servizio Affari Generali	Report e relazione
3	Accesso alle ditte di pompe funebri presso le camere ardenti degli ospedali	Anomalie nelle modalità di attivazione delle imprese e sull'andamento del servizio	M	Verifiche e controlli sull'osservanza del regolamento di Presidio e delle direttive della Direzione medica Verifiche periodiche sul rispetto delle norme contenute nell'at. 18 del Codice di Comportamento da parte di tutti gli operatori Rotazione del personale addetto in base alle possibilità consentite dall'organico a disposizione	Direzione Sanitaria Medicina Preventiva Servizio Anatomia Patologica Direzione Professioni Sanitarie	Report e relazione

				Attuazione e verifica delle indicazioni contenute nella nota regionale del 13 marzo 2018 in materia di vestizione del defunto, con riferimento in particolare alle precise e separate competenze tra personale della struttura sanitaria e impresa di pompe funebri Attuazione DGR n. 1678 del 14 ottobre 2019 di approvazione “Direttiva in materia funebre” (prorogata al 31 ottobre 2021, con DGR n. 1801 del 7 dicembre 2020, l’entrata in vigore della DGR n. 1678/2019)		
4	Controllo liste d’attesa per prestazioni ambulatoriali	Mancato rispetto delle liste d’attesa	M	Controlli quotidiani delle prestazioni sottoposte a monitoraggio regionale con interventi ad hoc nel caso di sforamenti (es. agende di garanzia)	Direzione Sanitaria	Report e relazione
5	Controllo liste di attesa per prestazioni di ricovero	Mancato rispetto delle liste d’attesa	M	Controlli settimanali delle liste di attesa negli incontri di programmazione delle Sale Operatorie e mediante puntuale monitoraggio tramite SIGLA (RER)	Direzione Sanitaria	Report e relazione
6	Valutazione introduzione nell’Ospedale di nuovi dispositivi medici	Parzialità di giudizio nei confronti di aziende produttrici	M	Puntuale valutazione e verifica delle richieste di nuovi DM all’interno del Nucleo Provinciale di Valutazione, che vede	Direzione Sanitaria	Report e relazione

				coinvolte diverse professionalità con specifici ambiti di competenza		
7	Gestione ingresso di specialisti di prodotto all'interno di ambienti sanitari, prevalentemente sale operatorie, per fornire indicazioni tecniche sull'utilizzo di Dispositivi Medici ad elevata complessità	Mancato rispetto delle procedure di acquisizione dei DM secondo le indicazioni aziendali vigenti	M	Redazione di una procedura finalizzata alla regolamentazione degli accessi degli "specialisti" in ambienti sanitari	Direzione Sanitaria	Report e relazione
8	Comitato Etico	Anomalie di funzionamento	M	Collaborazione in sede AVEN, dove ora esiste unico Comitato Etico per tutte le Aziende	Direzione Sanitaria in collaborazione con la Direzione Sanitaria AUSL	Reportistica e relazione
9	Attività di controllo e monitoraggio sulle modalità di svolgimento delle sperimentazioni cliniche autorizzate	Anomalie nelle modalità di effettuazione delle sperimentazioni cliniche	M	Verifiche e controlli	Direzione Sanitaria	Report e relazione

DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE AOU

	PROCESSO/ATTIVITA'	RISCHI	VALUTAZIONE RISCHI	MISURE DI PREVENZIONE	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Sistema Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	Mancata conoscenza ed osservanza delle disposizioni in materia e degli interventi previsti in sede aziendale	B	Azioni di informazione alle equipe assistenziali sulle normative, sul Piano Anticorruzione e sul Codice di Comportamento	Direzione Professioni Sanitarie	Report e relazione
2	Assistenza Integrativa Non Sanitaria (AINS)	Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza	M	La misura prevede la trasmissione del Regolamento Aziendale per la disciplina dell'Assistenza Integrativa Non Sanitaria a tutti i Coordinatori Infermieristici e Tecnici delle U.O., cui segue contestuale azione di riscontro sui processi informativi realizzati da quest'ultimi. In esito alle risultanze delle verifiche conseguono tempestive azioni su eventuali irregolarità e/o scostamenti rispetto alla misura	Direzione Professioni Sanitarie	Report e relazione
3	Allocazione personale presso le UO	Inosservanza regole organizzative interne a garanzia della trasparenza della efficienza ed equità	M	La misura prevede l'assegnazione del personale sulla base del difetto numerico delle risorse umane della singola U.O.	Direzione Professioni Sanitarie	Report e relazione

4	Valutazione del periodo di prova	Inosservanza di norme di leggi e regolamenti che disciplinano i contratti di lavoro	M	La misura consiste in un sistema di remainder tra le interfacce di riferimento del processo (ARU/ Allocazione Risorse/RAD/Coordinatori U.O) finalizzato alla compilazione puntuale delle schede di valutazione (la scheda di valutazione per il personale area Comparto è stata rimodulata sul modello delle Clinical Competence).	Direzione Professioni Sanitarie	Report e relazione
5	Valutazione studenti	Subire pressioni, interne od esterne, volte a influenzare il comportamento del tutor clinico/Coordinatore di U.O.	M	Il processo in essere consiste in un sistema a caduta che prevede monitoraggio e registrazione della valutazione a cura del Coordinatore di U.O.. Tutor Clinico, Tutor Didattico. Al fine di rendere il processo equilibrato, equo, trasparente e scevro di occasioni verrà progressivamente implementato, un più ampio sistema di valutazione (bidirezionale) che contempla la compilazione da parte dello studente di una scheda di valutazione dell'esperienza di tirocinio.	Direzione Professioni Sanitarie	Report e relazione

6	Accesso alle ditte di pompe funebri presso le camere ardenti degli ospedali	Anomalie nelle modalità di attivazione delle imprese e sull'andamento del servizio	M	Verifiche e controlli sull'osservanza del regolamento di Presidio e delle direttive della Direzione medica Verifiche periodiche sul rispetto delle norme contenute nell'at. 18 del Codice di Comportamento da parte di tutti gli operatori Rotazione del personale addetto in base alle possibilità consentite dall'organico a disposizione Attuazione e verifica delle indicazioni contenute nella nota regionale del 13 marzo 2018 in materia di vestizione del defunto, con riferimento in particolare alle precise e separate competenze tra personale della struttura sanitaria e impresa di pompe funebri	Direzione Sanitaria Medicina Preventiva Direzione Professioni Sanitarie	Report e relazione

SERVIZIO DI FARMACIA E GOVERNO CLINICO DEL FARMACO AOU

	PROCESSO/ATTIVITA'	RISCHI	VALUTAZIONE RISCHI	MISURE DI PREVENZIONE	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Rapporto con i fornitori (magazzino centralizzato e aziende farmaceutiche e di DM)	Discrezionalità nelle richieste di beni sanitari sulla base sollecitazioni esterne o vantaggi	M	Verifiche periodiche sul corretto approvvigionamento in relazione ai fabbisogni reali e alle programmazioni annuali delle singole UUOO Procedura gestione magazzino farmaceutico	Servizio Farmaceutico	Report e relazione
2	Controllo attività prescrittiva	Favorire l'uso di specifici farmaci sulla base di sollecitazioni esterne o vantaggi	M	Monitoraggi periodici dell'andamento dei consumi per U.O. e sul territorio (specialistica ambulatoriale) Richieste nominali personalizzate (es PT AIFA, Registri, database regionali)	Servizio Farmaceutico	Report e relazione
3	Attività ispettiva degli armadi farmaceutici di reparto	Discrezionalità e difformità, anomalie nell'attività ispettiva	B	Rotazione del personale incaricato delle ispezioni, tracciabilità dei verbali	Servizio Farmaceutico	Verbali, report e relazione

AREA RICERCA E INNOVAZIONE AOU

(con deliberazione n. 61 del 27 gennaio 2021 l'Area è stata riorganizzata in 3 articolazioni:
Ricerca clinica ed epidemiologica, Gestione giuridico amministrativa degli studi, Grant office e valorizzazione dei prodotti della ricerca)

	PROCESSO/ATTIVITA'	RISCHI	VALUTAZIONE RISCHI	MISURE DI PREVENZIONE	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Utilizzo dell'applicativo SIRER per la registrazione, gestione e monitoraggio dei progetti di ricerca	Mancata tracciabilità dell'attività di ricerca	M	Definizione di un asset strategico per assicurare un iter efficiente	Gestione giuridico amministrativa degli studi	Report, corsi e relazione
2	Assicurare la trasparenza negli studi, ai sensi dell'art. 2 decreto legislativo n. 52/2019	Partecipazione a studi realizzati da personale non adeguatamente specializzato o a studi che non hanno seguito l'iter organizzativo	A	Pubblicazione sul sito web aziendale dell'elenco di tutte le sperimentazioni (fase I-IV) attivate, in corso o concluse, e dei Curricula dei soggetti coinvolti nella sperimentazione, nonché i correlati finanziamenti Definizione dei requisiti necessari per garantire che il personale coinvolto nella gestione dei dati e nel coordinamento della ricerca abbia le competenze necessarie (DGR 910/2019 e decreto legislativo n. 52/2019) Adottare una piattaforma informatica comune ("REDCap", University of Vandebilt, USA), per la raccolta degli studi promossi da AOUPR, in ottemperanza alle normative vigenti in tema di sicurezza, riproducibilità, qualità dei sistemi di rilevazione e	Area Ricerca e Innovazione	Evidenza sito web (Grant office) Evidenza di una procedura operativa definita in accordo col Servizio Risorse Umane (Ricerca clinica ed epidemiologica) Evidenza di disponibilità e piena funzionalità della piattaforma REDCap (Ricerca clinica ed epidemiologica)

				raccolta dati ai fini di ricerca scientifica (Regolamento UE 2016/679 GDPR, decreto legislativo n. 52/2019)		
3	Gestione delle pratiche (studi, emendamenti e notifiche)	Mancata tracciabilità dei flussi documentali relativi agli studi	B	Protocollazione e archiviazione di tutte le pratiche, in conformità alla normativa e alle Linee Guida per la gestione documentale della Regione Emilia Romagna	Gestione giuridico amministrativa degli studi	Documentazione, report e relazione
4	Istruttoria integrata tra Segreteria locale del Comitato Etico AVEN e UO Ricerca e Innovazione	Errata/carente documentazione sottoposta alla valutazione del CE e conseguente errata valutazione della stessa	M	Organizzazione di incontri e corsi di formazione Segnalazione problemi al PI per la loro risoluzione prima della seduta del CE Pubblicazione del regolamento e delle Procedure Operative Standard (S.O.P) del CE	Gestione giuridico amministrativa degli studi	Incontri e pubblicazioni
5	Predisposizione di contratti/convenzioni economiche	Discrezionalità nella definizione del budget dello studio e nell'utilizzo dei fondi da parte del responsabile scientifico Utilizzo dei dati dello studio in contrasto con la normativa vigente (GDPR)	A	Utilizzare come modello il "Contratto per la conduzione della sperimentazione clinica dei medicinali" definito dal centro di Coordinamento Nazionale dei Comitati Etici in ottemperanza alla legge n. 3/2018 art. 2, comma 6 Predisposizione dell'atto di designazione a delegato al trattamento dati nell'ambito degli studi e sperimentazioni cliniche	Gestione giuridico amministrativa degli studi	Adozione delibera di approvazione del format

				e di modulistica specifica tramite cui il PI dello studio nomina i suoi collaboratori come autorizzati al trattamento dei dati		
6	Promozione della qualità nella conduzione/realizzazione degli studi	Avvio e conduzione di studi in modo non conforme ai requisiti internazionali di qualità (Good Clinical Practice GCP)	M	Attuazione di audit e monitoraggio clinico degli studi Organizzazione corsi sulle GCP per i professionisti delle Azienda che svolgono o intendono svolgere attività di ricerca	Ricerca clinica ed epidemiologica	Report, corsi e relazione
7	Assicurare la pubblicazione di studi autorizzati	Pubblicazione di studi non autorizzati o mancata pubblicazione di studi con risultati negativi	M	Attuazione di attività di monitoraggio su tutte le pubblicazioni di professionisti di AOU Sollecitare il Responsabile Scientifico locale dello studio per il quale ad 1 anno dalla conclusione non viene reperita la pubblicazione	Gestione giuridico amministrativa degli studi	Report, note trasmesse ai professionisti e relazione annuale
8	Definizione e aggiornamento di Standard Operating Procedure (SOP) e relativo training per i professionisti	Discrezionalità nei comportamenti dei professionisti coinvolti nella ricerca	M	Diffondere sulla intranet e favorire l'implementazione delle procedure mediante eventi formativi/training	Ricerca clinica ed epidemiologica	Procedure e diffusione Relazione
9	Partecipazione ai lavori del Nucleo Provinciale di Valutazione in merito all'uso di tecnologie nell'ambito degli studi	Introduzione di tecnologie non necessarie o molto costose senza una preventiva valutazione di impatto	M	Verifica della congruità delle richiesta di introduzione di tecnologia con quanto riportato nel protocollo scientifico e secondo procedure aziendali	Gestione giuridico amministrativa degli studi	Report e relazione

10	Coinvolgimento attivo dei pazienti e dei cittadini nelle attività di ricerca	Partecipazione dei pazienti a studi che non hanno ottenuto parere favorevole del Comitato Etico	A	Attuazione di incontri con i pazienti per informare sulle attività di ricerca in corso e sull'iter corretto di conduzione Realizzazione di progetti che coinvolgono attivamente rappresentanti delle Associazioni di volontariato, per favorire il coinvolgimento dei pazienti fin dalle fasi iniziali della ricerca (decreto legislativo n. 52/2019, DGR 977/2019)	Ricerca clinica ed epidemiologica	Pubblicazioni, incontri, relazione
11	Diffusione ai media di informazioni scientifiche inerenti attività di ricerca	Comunicazioni distorte ai media in merito alle attività di ricerca in corso e ai risultati degli studi	M	Diffusione ai professionisti delle regole di base di una corretta comunicazione	Ricerca clinica ed epidemiologica	Report e relazione
12	Promuovere l'integrità nella ricerca	Disegnare studi non rigorosi e non rispettare quanto previsto nel protocollo di studio, al fine di attrarre l'attenzione dei direttori editoriali o di compiacere eventuali sponsor	A	Organizzare e attuare corsi in materia di metodologia della ricerca Collaborare con i ricercatori per definire protocolli scientifici metodologicamente corretti e attuare in modo rigoroso l'analisi dei dati e loro interpretazione	Ricerca clinica ed epidemiologica	Corsi e relazione

SERVIZIO FISICA SANITARIA AOU

	PROCESSO/ATTIVITA'	RISCHI	VALUTAZIONE RISCHI	MISURE DI PREVENZIONE	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Gestione e valutazione e delle Tecnologie (HTA): - supporto tecnico agli organi aziendali per l'individuazione delle tecnologie presenti sul mercato al fine di una nuova acquisizione, - stesura della documentazione necessaria all'esperimento delle procedure di acquisizione (capitolati), - valutazione in sede di commissione giudicatrice delle offerte tecniche in fase di gara	Discrezionalità nelle attività e nella redazione della documentazione necessaria (rischi per stesura capitolati e valutazioni in sede di commissione giudicatrice per l'acquisizione di tecnologie e attrezzature per i margini di discrezionalità esistenti e frequente impatto economico elevato; con la centralizzazione acquisti coinvolgimento in commissioni a livello AVEN e IntercentER)	B	Rotazione del personale coinvolto nelle attività	Servizio Fisica Sanitaria	Eseguito dal Direttore del Servizio che di volta in volta individua colleghi diversi Documentazione, report e relazione

SERVIZIO ATTIVITA'GIURIDICO AMMINISTRATIVA AOU

	PROCESSO/ATTIVITA'	RISCHI	VALUTAZIONE RISCHI	MISURE DI PREVENZIONE	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Applicazione delle norme contenute nel Programma regionale per la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile e riportate nella procedura aziendale di gestione diretta delle richieste di risarcimento danni	Discrezionalità e anomalie nell'applicazione delle disposizioni	B	Verifica periodica della corretta applicazione delle misure previste nella procedura aziendale Valutazione e decisione finale assunte a livello collegiale	Servizio Attività Giuridico Amministrativa	Report e relazione
2	Attribuzione incarichi di difesa giudiziaria a legali esterni	L'ampia discrezionalità nell'individuazione può determinare situazioni eccepibili	M	Proposta alla Direzione Generale, cui spetta la decisione in merito all'attribuzione dell'incarico Individuazione dei legali mediante Elenco aziendale di professionisti periodicamente aggiornato, sulla base di conosciuta esperienza per ambiti giuridici di specializzazione	Servizio Attività Giuridico Amministrativa	Provvedimenti, report e relazione
3	Concessione patrocinio legale a personale dipendente	Mancata osservanza norme legislative e contrattuali	B	Verifica presupposti ed elementi procedimento di accoglimento in virtù di "Regolamento per il patrocinio legale dei dipendenti"	Servizio Attività Giuridico Amministrativa	Provvedimenti, report e relazione

UFFICIO COMUNICAZIONE AOU

	PROCESSO/ATTIVITA'	RISCHI	VALUTAZIONE RISCHI	MISURE DI PREVENZIONE	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Cura della sezione web "Amministrazione Trasparente"	Mancati adempimenti	M	Verifiche puntuali degli obblighi di pubblicazione in base alle normative ed alle indicazioni del RPCT	Ufficio Comunicazione	Verifica pubblicazioni
2	Comunicazione esterna	Diffusione di informazioni non immediatamente accessibili al cittadino	B	Pubblicazioni tempestive sul sito web aziendale	Ufficio Comunicazione	Pubblicazioni
3	Rapporti con organi di stampa e TV	Insufficiente trasparenza nelle comunicazioni alla stampa	B	Verifiche periodiche sull'applicazione di provvedimenti e direttive aziendali	Ufficio Comunicazione	Report e relazioni

SERVIZIO RAPPORTI ISTITUZIONALI AOU

	PROCESSO/ATTIVITA'	RISCHI	VALUTAZIONE RISCHI	MISURE DI PREVENZIONE	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Predisposizione degli atti istruttori e dei documenti formali relativi alle intese con l'Università degli Studi di Parma in attuazione dell'Accordo Attuativo Locale	Predisposizione degli atti non aderenti alle fonti legislative e pattizie	B	Verifiche di rispetto normativa	Servizio Rapporti Istituzionali	Report e relazione
2	Gestione amministrativa dei docenti e del personale del Comparto Università che svolge attività assistenziale	Predisposizione degli atti non aderenti alle fonti legislative e pattizie	B	Verifica a campione della documentazione amministrativa	Servizio Rapporti Istituzionali	Report e relazione
3	Gestione annuale dei medici in formazione specialistica e predisposizione degli adempimenti formali per la stipulazione dei contratti di formazione specialistica	Mancata verifica della completezza della documentazione	B	Controlli a campione	Servizio Rapporti Istituzionali	Report e relazione
4	Gestione annuale del repertorio degli incarichi di docenza e tutoriali conferiti ai dirigenti ospedalieri nell'ambito della formazione specialistica dei laureati in Medicina e Chirurgia	Discordanza tra gli Incarichi di docenza acquisiti rispetto alla totalità degli Incarichi effettivamente affidati dall'Università	B	Verifica annuale	Servizio Rapporti Istituzionali	Report e relazione
5	Predisposizione e gestione delle convenzioni con altre Università per lo svolgimento, presso le strutture a direzione ospedaliera, di attività didattiche integrative a favore di medici in formazione specialistica provenienti da altre Università	Istruttoria degli atti non corrispondente alle disposizioni ministeriali (DI 402/2017)	B	Verifiche di conformità e autorizzazioni Direzione	Servizio Rapporti Istituzionali	Report e relazione

ALLEGATO 4

Tabella con alcuni PROCESSI SPECIALI/Rischi/Misure di prevenzione specifiche con riferimento all'EMERGENZA SANITARIA COVID-19 (Piano per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza AUSL/AOU PARMA 2022/2024)

	PROCESSO	RISCHI	VALUTAZIONE RISCHI	MISURE DI PREVENZIONE	UNITA' ORGANIZZATIVA RESPONSABILE	MONITORAGGIO
1	Reclutamento straordinario con forme di lavoro atipico (contratti libero professionali/cococo/incarichi occasionali) in relazione all'emergenza covid-19	Inosservanza regole a garanzia trasparenza e imparzialità	A	Pubblicazione avvisi per il reclutamento Pubblicazione del provvedimento di assegnazione Verifiche documentali requisiti professionali	Dipartimento Risorse Umane - Area Giuridica	Ricognizioni e verifiche periodiche procedure di reclutamento Relazione
2	Liquidazione compensi incarichi cococo attivati per emergenza covid-19	Liquidazione somme non dovute	M	Verifica presenza dati anagrafici in sistema WHRTime Verifica presenza attestazione effettivo svolgimento attività da parte del collaboratore validata dal direttore dell'UO di afferenza	Dipartimento Risorse Umane - Area Economica	Verifiche presenza presupposti liquidazioni Relazione
3	Affidamenti diretti	Riduzione capacità di controllo sui prodotti in acquisto	M	Parere tecnico dei Servizi competenti prima dell'emissione dell'ordine	Dipartimento Tecnico e Logistica - Aree Acquisizione Beni e Servizi/Logistica	Verifiche continue sulla documentazione attinenze le misure indicate Relazione

		Riduzione capacità di controllo sui fornitori Rischi derivanti da pagamenti anticipati		Verifica requisiti fornitori per importi superiori a €. 40.000 Costituzione cauzione		
4	Flussi finanziari a seguito donazioni	Anomalie nell'attribuzione somme alla gestione dell'emergenza covid-19	B	Comunicazioni immediate ai referenti aziendali per la raccolta donazioni e predisposizione atti di accettazione delle somme	Area Economico Finanziaria	Ricognizioni periodiche ravvicinate in ordine ad atti e rendicontazioni donazioni Relazione
5	Affidamenti diretti prodotti farmaceutici	Scelte discrezionali di un prodotto farmaceutico o di un dispositivo medico motivati dall'emergenza	A	Verifiche periodiche e condivisione delle scelte	Dipartimento Farmaceutico interaziendale	Ricognizioni prodotti acquisiti Report e relazione
6	Vaccino - vigilanza	Diffusione di informazioni riservate - privacy	A	Verifiche periodiche del rispetto delle specifiche indicazioni AIFA in merito all'aggiornamento su gestione delle segnalazioni di sospette reazioni avverse a vaccini per covid-19 all'interno della rete nazionale di Farmacovigilanza e procedura aziendale	Dipartimento Farmaceutico interaziendale	Report regolarità segnalazioni Relazione
7	Piano vaccinale anti covid-19	Trasparenza insufficiente Mancato rispetto criteri inseriti nel Piano	M	Piano organizzativo e verifica continua sulla corretta applicazione Monitoraggio periodico tempi di attesa per ambulatorio	Dipartimento Sanità Pubblica	Report verifiche Relazione

8	Certificazioni di quarantena e guarigioni	Trasparenza insufficiente	M	Informatizzazione del processo Monitoraggio tempi di attesa dei certificati	Dipartimento Sanità Pubblica	Report sul funzionamento del sistema informatizzato Relazione
9	Assistenza Primaria Vaccinazioni a domicilio contro covid-19 per over 80 in ADI e ADP	Pazienti ammessi alla vaccinazione in carenza dei requisiti ADI/ADP	B	Verifiche a campione sugli elenchi inviati da MMG con cartelle ADI/ADP	Dipartimenti Cure Primarie	Formazione operatori Relazione
10	Assistenza Primaria Vaccinazioni a domicilio over 80 in condizioni di intrasportabilità e fragilità	Pazienti ammessi alla vaccinazione in carenza dei requisiti anagrafici	M	Verifiche a campione sugli elenchi trasmessi dai MMG	Dipartimenti Cure Primarie	Formazione e Relazione
11	Inserimenti in progetti terapeutici (ambiti socio sanitario e dipendenze patologiche)	Discrezionalità nella individuazione delle tipologie di inserimento, anche con riferimento a motivazioni connesse a emergenza covid-19	M	Oltre alle verifiche periodiche sull'applicazione dei protocolli di valutazione multidisciplinare, anche quelle in ordine ad eventuali rimodulazioni attività causa emergenza covid-19	Dipartimento Salute Mentale/Dipendenze Patologiche	Monitoraggi eventuali rimodulazioni causa emergenza covid-19 per ambiti socio sanitario e dipendenze patologiche Relazione
12	Iter autorizzativo degli studi e raccolta consenso informato durante emergenza covid-19	Attivazione studi durante emergenza covid-19 senza parere del Comitato Etico né autorizzazione della Direzione Generale, e mancato consenso da parte del paziente	A	Attività di monitoraggio periodico delle pubblicazioni Verifica presenza parere del Comitato Etico e dell'autorizzazione all'avvio Audit presso il reparto per la verifica del corretto processo del consenso informato	Innovazione e Ricerca	Report di monitoraggio e Relazione

13	Pubblicazioni obbligatorie ex decreto legislativo n. 33/2013 per le categorie: Interventi Straordinari e di Emergenza ed Erogazioni Liberali connesse in particolare all'emergenza covid-19	Trasparenza insufficiente	M	Interventi Straordinari e di Emergenza: Provvedimenti in ordine ad interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con indicazione costi degli interventi (con indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate) Erogazioni Liberali: Al termine del periodo di emergenza (allo stato fissata per il 30 aprile 2021) Nel periodo prima del termine dell'emergenza pubblicazione report mensili di aggiornamento acquisizione erogazioni liberali	Interventi Straordinari e di Emergenza: Servizi del Dipartimento Tecnico e Logistica Dipartimento Risorse Umane Servizi Affari Generali ICT Innovazione e Ricerca Direzioni Sanitarie Erogazioni Liberali: Servizio Economico Finanziario e Referenti per AUSL e AOU	Verifiche periodiche

ALLEGATO 5

TABELLE ANALISI E VALUTAZIONE RISCHI (rif. Allegati 3 e 4)
Articolate per Unità Organizzativa AUSL/AOU Parma
(Piano per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza AUSL/AOU Parma 2022/2024)

METODO di ANALISI E VALUTAZIONE RISCHI

La **stima del livello di esposizione del rischio** è articolata mediante l'utilizzo di n. **6 indicatori**:

- **livello di interesse "esterno"**: la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio

- **grado di discrezionalità del decisore interno**: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato

- **manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata**: se l'attività è già stata oggetto di eventi corruttivi in passato nell'amministrazione o in realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi

- **opacità del processo decisionale**: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio

- **livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del Piano**: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque risultare in una opacità sul reale grado di rischiosità

- **grado di attuazione delle misure di trattamento**: l'attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi.

La considerazione di ciascuno dei 6 indicatori, per ciascun processo/attività, esita in una **valutazione complessiva**.

La stima di ciascun indicatore e della valutazione complessiva è rappresentata in forma sintetica mediante la seguente scala di 5 elementi:

rischio molto basso	→	**B-**
rischio basso	→	**B**
rischio moderato	→	**M**
rischio alto	→	**A**
rischio molto alto	→	**A+**

PROCESSI/ATTIVITA' SPECIALI/Rischi/Misure di prevenzione specifiche con riferimento all'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA COVID-19 (rif. Allegato 4)

Processo		Rischi	Indicatori di stima del livello di rischio						Valutazione complessiva rischio	Motivazione
			Livello di interesse esterno	Grado di discrezionalità del decisore interno	Manifestazione di eventi corruttivi in passato sul processo	Opacità/ trasparenza del processo decisionale	Livello di collaborazione del responsabile del processo nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del Piano	Grado di attuazione delle misure di trattamento		
1	Dipartimento Risorse Umane Area Giuridica Reclutamento straordinario con forme di lavoro atipico (contratti libero professionali/cococo/incarichi occasionali) in relazione all'emergenza covid-19	Inosservanza regole a garanzia trasparenza e imparzialità	A	A	B-	M	B	M	A	Il rischio delineato alto risulta temperato dalla auspicabile temporaneità di tali procedure, adottate in via eccezionale in un contesto emergenziale e strettamente correlato alla durata dell'emergenza
2	Dipartimento Risorse Umane Area Economica Liquidazione compensi incarichi cococo attivati per emergenza covid-19	Liquidazione somme non dovute	A	B	B-	M	B	B	M	Rischio limitato in quanto risultano ridotti i margini di autonomia dell'ufficio competente
3	Dipartimento Tecnico e delle Tecnologie Aree Acquisizione Beni e Servizi/Logistica Affidamenti diretti	Riduzione capacità di controllo sui prodotti in acquisto Riduzione capacità di controllo sui fornitori Rischi derivanti da pagamenti anticipati	A	M	B-	M	B	B	M	Rispetto l periodo della prima ondata la necessità di emettere ordini diretti si è ridotta, così come le tempistiche non sono stringenti come nel 2020. In tal modo è possibile programmare azioni di controllo mirato delle forniture e dei fornitori, limitando a casi rari il pagamento anticipato.
4	Area Economico Finanziaria Flussi finanziari a seguito donazioni	Anomalie nell'attribuzione somme alla gestione dell'emergenza covid-19	M	B	B-	B	B	B	B	Percorso ben definito che coinvolge più strutture interne
5	Dipartimento Farmaceutico interaziendale Affidamenti diretti prodotti farmaceutici	Scelte discrezionali di un prodotto farmaceutico o di un dispositivo medico motivati dall'emergenza	A	A+	B	M	B	M	A	Rischi elevati nelle scelte, la condivisione tra vari professionisti appare misura utile a limitarli

6	Dipartimento Farmaceutico interaziendale Vaccino – vigilanza	Diffusione di informazioni riservate - privacy	A+	A	B-	M	M	M	A	La gestione delle segnalazioni può rappresentare nel concreto difficoltà
7	Dipartimento Sanità Pubblica Piano vaccinale anti covid-19	Trasparenza insufficiente Mancato rispetto criteri inseriti nel Piano	A+	M	B-	M	B	B	M	Attività con forte presenza di interessi esterni che aumenta il rischio corruttivo, calmierato dalla presenza di procedure e linee guida nazionali e regionali specifiche che limitano la discrezionalità dell'operatore
8	Dipartimento Sanità Pubblica Certificazioni di quarantena e guarigioni	Trasparenza insufficiente	A+	M	B-	M	B	B	M	Attività con forte presenza di interessi esterni che aumenta il rischio corruttivo, calmierato dall'informatizzazione di tutto il processo di stampa e invio certificazioni e limitato nella discrezionalità dell'operatore da procedure e linee guida regionali
9	Dipartimenti Cure Primarie Assistenza Primaria Vaccinazioni a domicilio contro covid-19 per over 80 in ADI e ADP	Pazienti ammessi alla vaccinazione in carenza dei requisiti ADI/ADP	B	B	B-	B	B	B	B	La discrezionalità può incidere sul processo
10	Dipartimenti Cure Primarie Assistenza Primaria Vaccinazioni a domicilio over 80 in condizioni di in trasportabilità e fragilità	Pazienti ammessi alla vaccinazione in carenza dei requisiti anagrafici	M	B	B-	M	B	M	M	La discrezionalità e mancata correttezza può incidere sul processo
11	Dipartimento Salute Mentale/Dipendenze Patologiche Inserimenti in progetti terapeutici (ambiti socio sanitario e dipendenze patologiche)	Discrezionalità nella individuazione delle tipologie di inserimento, anche con riferimento a motivazioni connesse a emergenza covid-19	A	M	B	B	B	M	M	Elevato interesse esterno e numerosità utenti. Controlli evoluzione clinica
12	Ricerca e Innovazione Iter autorizzativo degli studi e raccolta consenso informato durante emergenza covid-19	Attivazione studi durante emergenza covid-19 senza parere del Comitato Etico né autorizzazione della Direzione Generale, e mancato consenso da parte del paziente	A	A	A	M	B	A	A	Il periodo emergenziale può favorire ipotesi di mancato rispetto degli iter autorizzativi degli studi e la non osservanza dei percorsi per l'acquisizione del consenso informato

13	Pubblicazioni obbligatorie ex decreto legislativo n. 33/2013 per le categorie: Interventi Straordinari e di Emergenza ed Erogazioni Liberali connesse in particolare all'emergenza covid-19	Trasparenza insufficiente	A	M	B-	M	B	B	M	Pubblicazioni divenute maggiormente importanti in relazione all'emergenza epidemiologica da covid19 in corso da gennaio 2020 Per Erogazioni Liberali la Regione svolge un coordinamento e fornisce indicazioni per i format di pubblicazione

PROCESSI/ATTIVITA' Rischi/Misure di prevenzione specifiche **(rif. Allegato 3)**

DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE RISORSE UMANE

Processo		Rischi	Indicatori di stima del livello di rischio						Valutazione complessiva rischio	Motivazione
			Livello di interesse esterno	Grado di discrezionalità del decisore interno	Manifestazione di eventi corruttivi in passato sul processo	Opacità/ trasparenza del processo decisionale	Livello di collaborazione del responsabile del processo nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del Piano	Grado di attuazione delle misure di trattamento		
1	Reclutamento personale dipendente, compresi direttori di struttura complessa, collaboratori libero professionali e borsisti attraverso procedure comparative pubbliche (concorsi e selezioni anche da centro per l'impiego)	Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della procedura	A	B	A	B-	B	A	M	Pubblicazione sul sito internet aziendale dello stato di avanzamento di ogni singola procedura
2	Selezioni interne di ogni tipologia	Inosservanza norme a garanzia della trasparenza	A	A	B	A	B-	B	M	Pubblicazione sul sito internet aziendale dello stato di avanzamento di ogni singola procedura
3	Gestione presenze/assenze	Discrezionalità nell'applicazione degli istituti di legge e contrattuali Discrezionalità nel caricamento manuale nei casi in cui è previsto	B	M	B-	B	B	B	B	I caricamenti derivanti da cartellino sono soggetti a controlli su cui si alternano più dipendenti. Nello stesso modo le richieste dei dipendenti di altri benefici sono ricevute e caricate dal personale che si alterna a rotazione. Sono inoltre previste verifiche rispetto alle autocertificazioni presentate
4	Concessione istituti contrattuali e/o previsti da disposizioni normative (aspettative e congedi a vario titolo, permessi, benefici previsti dalla legge n. 104/1992, ecc.)	Accoglimento di istanze di soggetti prive dei requisiti e delle condizioni richieste	M	B-	B	B	B	B	B	Le attività necessarie sono monitorate e supervisionate da parte del responsabile. Sono inoltre previste verifiche rispetto alle autocertificazioni presentate
5	Autorizzazione all'espletamento di incarichi extraistituzionali e occasionali	Accoglimento di istanze di soggetti prive dei requisiti e delle condizioni richieste	A	B	A+	B-	B	A	A	Inserimento degli incarichi autorizzati in PERLA PA e successiva pubblicazione sul sito internet aziendale
6	Controllo autocertificazioni presentate per concorsi, selezioni, benefici e procedimenti vari	Dichiarazioni non rispondenti al vero	A	B	A+	B-	B	A	A	Verifica annuale del 10% delle autocertificazioni presentate nell'arco temporale oggetto del controllo, ai sensi dell'art. 71 del DPR n. 445/2000

7	Progressioni di carriera derivanti da accordi integrativi aziendali	Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, secondo quanto previsto dagli accordi sindacali integrativi	A	B-	B-	B	B	B	B	In sede di accordi aziendali sono definiti i criteri n base ai quali si predispongono le graduatorie da cui deriva l'eventuale progressione. Le graduatorie sono oggetto di deliberazione pubblicata sul sito internet
8	Elaborazione cedolini stipendiali: attribuzione voci accessorie e in base a rendicontazione presenze/assenze	Accoglimento istanze di soggetti prive dei requisiti richiesti Discrezionalità nel riconoscimento delle voci accessorie	A	M	B-	B	B	B	B	I caricamenti derivanti da cartellino sono soggetti a controlli su cui si alternano più dipendenti. Nello stesso modo le richieste dei dipendenti di altri benefici sono ricevute e caricate da personale che si alterna a rotazione. Sono inoltre previsti controlli rispetto alle autocertificazioni presentate
9	Monetizzazione ferie non godute al momento della cessazione	Pagamento in assenza dei requisiti e delle condizioni richieste	A	B	B-	B	B	B	B	Il controllo del cartellino e il conteggio delle spettanze sono effettuati da personale diverso, verificati dal Direttore dell'Ufficio al momento dell'adozione del provvedimento formale di liquidazione che è soggetto a pubblicazione
10	Accesso alla formazione individuale sponsorizzata	Presenza di eventuale conflitto di interessi con soggetti sponsor	A	B	M	B	B-	B-	M	Presenza di un percorso monitorato in entrambe le Aziende che prevede la raccolta dell'autodichiarazione di assenza di conflitto di interesse da parte dei professionisti individuati a partecipare alle iniziative sponsorizzate.
11	Organizzazione eventi ECM formativi da parte di enti convenzionati	Presenza di soggetti sponsor non permessi dalla normativa regionale e non dichiarata al provider	M	M	B-	B	B-	B-	B	Eventuali strutture esterne, di carattere pubblico (es Ordine Medici), previa attivazione di specifiche convenzioni che ne regolamentano il rapporto di collaborazione possono accedere alla funzione di provider. L'accesso alla funzione di provider comporta l'accreditamento ecm a livello regionale degli eventi formativi organizzati dalla struttura esterna convenzionata. Il provider assicura la corretta gestione amministrativa delle pratiche per l'accreditamento. A seguito di un'attenta analisi della documentazione fornita garantisce il rispetto delle norme di conflitto di interesse richiedendo ai responsabili scientifici degli eventi formativi: la richiesta di accreditamento ecm (scheda di progetto, curriculum docenti e responsabile scientifico, strumenti di valutazione e apprendimento), la dichiarazione di assenza di finanziamento da parte di sponsor e di non conflitto di interesse. In coerenza con quanto disposto dalla normativa regionale, l'attività di provider ecm verrà svolta solo per iniziative formative che non abbiano tra le fonti di finanziamento sponsor commerciali (industrie farmaceutiche, di strumenti e presidi) e che abbiano contenuti e obiettivi formativi basati sulle evidenze scientifiche disponibili e sulle linee di indirizzo regionali.

										Il provider inoltre si riserva di effettuare controlli a campione sui percorsi formativi per i quali cura le procedure di accreditamento ecm al fine di verificarne il possesso dei requisiti previsti con particolare riferimento a quanto dichiarato in fase di progettazione
12	Individuazione docenti esterni per attività formativa	Discrezionalità di scelta dei docenti in ambito aziendale	M	B-	B-	B-	B-	B-	B	Dal 2018 è attivo un elenco docenti che disciplina le modalità di conferimento degli incarichi di formazione, definisce le procedure di scelta del docente e le fasce di determinazione del compenso. Prima dell'invio della nota di attribuzione dell'incarico per accettazione del docente, i collaboratori dell'unità effettuano un controllo sulla congruità dei compensi
13	Scelta fornitore servizio di formazione (acquisizione di intervento/offerta formativa completo, che prevede progettazione, produzione di materiale didattico ed erogazione dell'attività formativa)	Discrezionalità di scelta delle società che erogano il servizio di formazione in ambito aziendale	A	B	B-	B-	B-	B-	M	L'acquisizione di servizi di formazione da società si tratta di attività marginale per l'unità Formazione e Sviluppo risorse umane. Il servizio si riferisce alla deliberazione n. 582/2018 con la quale è stato approvato il regolamento AVEN contratti sottosoglia per lo svolgimento delle attività connesse all'acquisizione beni e servizi in ambito sovraziendale. Al fine di ridurre il margine di discrezionalità da parte del responsabile scientifico per gli importi superiori a 5.000 euro si richiede una relazione motivante in cui egli deve esplicitare i criteri di scelta, in particolare la comprovata esperienza della società in ambito sanitario, pertinenza dei contenuti (didattici e metodologici), economici in relazione alle caratteristiche del progetto
14	Selezioni interne di conferimento incarichi dirigenziali intermedi e di area comparto	Inosservanza norme di legge, contrattuali e di regolamento che disciplinano le procedure selettive per il conferimento degli incarichi	B	B-	B-	B-	B-	B-	B-	Il rischio è stato identificato basso in quanto il processo interno è normato da regolamenti e bandi pubblici
15	Assegnazione e verifica raggiungimento obiettivi annuali di incentivazione personale area comparto e di risultato dirigenza	Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità, secondo quanto previsto dalla contrattazione integrativa	B-	M	B-	B	B-	B-	B	L'unico rischio che si individua consiste nel margine di discrezionalità nella valutazione del dipendente da parte del proprio responsabile
16	Liquidazione incentivazione area comparto, liquidazione retribuzione di risultato dirigenza	Discrezionalità nella valorizzazione delle quote economiche Discrezionalità nel caricamento manuale in procedura nei casi in cui è previsto	M	B-	B-	B-	B-	B-	B	Il rischio più elevato può essere nell'inserimento di quote incentivanti superiori rispetto a quelle dovute condizionate da interessi esterni, non essendo il caricamento degli importi automatizzato. Il sistema di reportistica tuttavia permette di individuare l'eventuale attribuzione erronea

17	Controllo autocertificazioni presentate per concorsi e selezioni	Dichiarazioni non vere	M	B	B-	B	B	B	B	Le autocertificazioni presentate per inserimento in graduatorie sono verificate a campione per quanto attiene il possesso della laurea in medicina e iscrizione ordini medici mediante controllo sul sito FNOMCEO
18	Elaborazione graduatorie aziendali di medici disponibili per incarichi a tempo determinato nei settori della medicina generale convenzionata	Errato inserimento/collocazione in graduatoria	M	B	B-	B-	B	B	B	Nell'elaborazione delle graduatorie non vi è discrezionalità. I criteri sono unicamente per titoli, oggettivi e stabiliti in un bando regionale. L'acquisizione delle domande e la loro elaborazione è completamente informatizzata mediante impiego di apposito portale on line gestito a livello regionale
19	Copertura ambiti territoriali carenti medici di Assistenza Primaria, Pediatri Libera Scelta, Medici Emergenza Territoriale, Continuità assistenziale	Attribuzione incarico a non avente diritto	B	B	B-	B-	B	B	B	L'attribuzione dell'incarico a tempo indeterminato avviene a seguito di individuazione dell'avente diritto da parte della Regione. L'Azienda si limita al conferimento dello stesso. Viene comunque verificato il possesso della laurea in medicina e la specialità, se richiesta
20	Attribuzione incarichi a tempo determinato di Medicina generale e Pediatri Libera Scelta	Attribuzione incarico a non avente diritto	M	B	B-	B-	B	B	B	L'attribuzione dell'incarico avviene mediante scorrimento di graduatoria, senza discrezionalità
21	Individuazione aventi diritto incarichi a tempo determinato e indeterminato medicina specialistica ambulatoriale e altre professionalità	Errori nell'applicazione dei criteri di priorità previsti dall'ACN in vigore	M	B-	B-	B-	B	B	B	I criteri previsti per l'individuazione dell'avente diritto sono oggettivi e stabiliti dall'ACN. Non vengono fatte valutazioni soggettive
22	Attribuzione incarichi di medicina dei servizi territoriali – Istituti Penitenziari	Attribuzione incarico a non avente diritto	B-	B-	B-	B	B-	B-	B	Procedure consolidate
23	Liquidazione premio di operosità personale specialista ambulatoriale collocato in quiescenza	Liquidazione di competenze non spettanti	M	B	B-	B	B	B	B	Il premio di operosità viene calcolato dall'unità Personale Convenzionato sulla base dello stato di servizio trasmesso dai Distretti competenti. L'elaborazione avviene per mezzo della procedura informatizzata GRU

AREA CONTRATTI PUBBLICI - DIPARTIMENTO TECNICO E DELLE TECNOLOGIE

Fase: PROGRAMMAZIONE

Processo		Rischi	Indicatori di stima del livello di rischio						Valutazione complessiva rischio	Motivazione
			Livello di interesse esterno	Grado di discrezionalità del decisore interno	Manifestazione di eventi corruttivi in passato sul processo	Opacità/ trasparenza del processo decisionale	Livello di collaborazione del responsabile del processo nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del Piano	Grado di attuazione delle misure di trattamento		
1	Analisi e definizione dei fabbisogni contrattuali generali e degli oggetti degli affidamenti	Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/ efficacia/ economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari Intempestiva predisposizione ed approvazione degli strumenti di programmazione	B	A	B-	M	M	M	M	Attenzione alla correttezza nel seguire strategie e priorità stabilite dalla direzione
2	Predisposizione ed adozione della programmazione biennale di acquisizione di forniture e servizi e degli aggiornamenti annuali		B	M	B-	B	B	M	M	Cura nella predisposizione della documentazione oggetto di effettiva decisione aziendale
3	Pubblicazioni e comunicazioni connesse all'adozione della programmazione (profilo committente, tavolo soggetti aggregatori)		B	B	B-	B	B	B	B	Pubblicazioni ordinarie
4	Redazione e aggiornamento programma triennale lavori		B	B	B-	B	B	B	B	Cura e attenzione nella predisposizione della documentazione oggetto di effettiva decisione aziendale

Fase: PROGETTAZIONE

Processo		Rischi	Indicatori di stima del livello di rischio						Valutazione complessiva rischio	Motivazione
			Livello di interesse esterno	Grado di discrezionalità del decisore interno	Manifestazione di eventi corruttivi in passato sul processo	Opacità/ trasparenza del processo decisionale	Livello di collaborazione del responsabile del processo nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del Piano	Grado di attuazione delle misure di trattamento		
1	Valutazione della richiesta di acquisto e verifica sua presenza nella programmazione	Disattendere le previsioni della programmazione procedendo all'affidamento di appalti non programmati Disattendere le previsioni della programmazione non procedendo all'attivazione ed all'affidamento di appalti previsti	B	M	B-	B	B	B-	B	Controllo periodico dell'andamento della programmazione
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	M	B	B-	B	M	A	M	Monitoraggio periodico livelli di adesione alle convenzioni soggetti aggregatori. Esposizione motivazioni sulla scelta della procedura
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 assicurane la terzietà e l'indipendenza	A	A	B-	B	M	M	A	Scelta RUP basata su professionalità, disponibilità effettive, verifiche conflitti di interesse
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	A	M	B-	M	M	M	M	Perseguimento livello di trasparenza nelle indagini di mercato
5	Verifica esclusività/infungibilità tramite avviso esplorativo, valutazione eventuali candidature e definizione della procedura per la	Elusione delle regole che determinano l'esclusività/infungibilià dei beni/servizi finalizzate a favorire specifici fornitori ai	A	A	B-	M	B	B	M	Esiste regolamento per acquisti beni infungibili. Modulistica con dichiarazioni in ordine alla infungibilità

	soddisfazione di quel fabbisogno	quali viene riconosciuta una condizione di esclusività/infungibilità non reale								
6	Individuazione dei componenti il gruppo tecnico incaricato di definire il Capitolato tecnico	Individuazione Componenti Gruppo tecnico in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza 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, 3) Fuga di notizie circa le procedure di gara ancora da pubblicare	A	A	B-	M	M	A	A	Particolare attenzione agli aspetti legati alle professionalità e competenze componenti gruppo tecnico per il capitolato. Inoltre anche sugli aspetti dervianti necessariamente dalla possibile "prossimità" tra componente gruppo e utilizzare finale
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	M	M	B-	M	B	B	M	Percorsi per raccolta fabbisogni
8	Scelta della procedura di aggiudicazione	Elusione regole affidamento appalti mediante improprio utilizzo di sistemi di affidamento o di tipologie contrattuali per favorire un operatore Abuso disposizioni in materia di determinazione valore stimato del contratto al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere Elusione 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.	M	M	B-	M	B	M	M	Inserimento motivazioni nel provvedimento in ordine alla tipologia contrattuale. Verifiche successive su eventuale intensità, dimensione e valore di varianti
9	Predisposizione documentazione di gara con definizione criteri di partecipazione, criteri di aggiudicazione, item di valutazione qualità e	Predisposizione documenti di gara con criteri ammissione finalizzati a restringere i concorrenti; Definizione criteri	A	M	B-	A	A	M	A	Utilizzo modelli standard. Previsione eventuali protocolli di legalità

	definizione importo a base d'appalto	valutazione qualità finalizzati a favorire specifici fornitori o a restringere il mercato 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 Clausole contrattuali vaghe o vessatorie per disincentivare la partecipazione alla gara ovvero per consentire modifiche in fase di esecuzione Fuga di notizie circa le procedure di gara ancora da pubblicare								
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	A	M	B-	M	B	B	M	Come da regolamento acquisti sottosoglia, rotazione fornitori acquisti diretti
11	Accettazione di donazioni di beni mobili o di apparecchiature elettromedicali Accettazioni comodati d’uso	Tentativo del fornitore di fidelizzare l'utente (Professionista /Azienda Sanitaria). Elusione ordinarie procedure di acquisizione. Acquisizione di prodotti dedicati e/o costi di gestione. Fabbisogni indotti non programmati. Conflitti di interesse tra professionista e associazioni	A	M	B-	A	M	A	A	Applicazione procedure aziendali con particolare attenzione agli aspetti che comportano rischi di supposta fidelizzazione col fornitore

Fase: SELEZIONE DEL CONTRAENTE

Processo		Rischi	Indicatori di stima del livello di rischio						Valutazione complessiva rischio	Motivazione
			Livello di interesse esterno	Grado di discrezionalità del decisore interno	Manifestazione di eventi corruttivi in passato sul processo	Opacità/ trasparenza del processo decisionale	Livello di collaborazione del responsabile del processo nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del Piano	Grado di attuazione delle misure di trattamento		
1	Pubblicazioni e comunicazioni connesse all'indizione della gara (profilo committente, piattaforma SATER)	Inadeguata pubblicità	A	M	B-	M	B	B	M	Pubblicazioni nel rispetto delle disosizioni
2	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.	M	B	B-	M	B	B	B	Accessibilità a documentazione gara e motivazione proroghe termini presentazione offerte
3	Valutazione documentazione amministrativa	Azioni e comportamenti tesi a restringere partecipanti alla gara	M	B	B-	B	B	B	B	Sedute verbalizzate e check list documenti
4	Nomina Commissione Giudicatrice	Nomina di Componenti della Commissione giudicatrice in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurane la terzietà e l'indipendenza Ritardo nell'individuazione e nell'indicazione dei nominativi da parte delle Aziende sanitarie interessate	A	A	B-	A	M	M	A	Competenze professionali componenti, dichiarazioni assenza conflitti di interesse, verifiche certificato casellario
5	Valutazione tecnica offerte in caso di aggiudicazione con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa	Azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara Applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione Assenza criteri motivazionali sufficienti a	A	A	B-	A	M	M	A	Correttezza espletamento valutazioni e formule di aggiudicazione applicate

		rendere trasparente l'iter logico seguito nell'attribuzione dei punteggi, nonché valutazione dell'offerta non chiara/ trasparente/ giustificata								
6	Verifica di anomalia delle offerte	Verifica strumentalmente finalizzata ad escludere offerte in realtà congrue o ad ammettere offerte in realtà non congrue o credibili Valutazione non adeguata da parte del RUP se non dotato necessarie competenze tecniche Assenza di adeguata motivazione sulla congruità o non congruità dell'offerta Accettazione giustificazioni di cui non è stata verificata la fondatezza	A	M	B-	M	B	B	M	Verbalizzazione valutazioni offerte anomale
7	Controlli pre aggiudicazione/pre stipula	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	A	A	B-	A	M	B	A	Controlli e verifiche esplicitati, sulla base di documenti possibilmente informatizzati
8	Adozione atto di aggiudicazione	Immotivato ritardo formalizzazione provvedimento di aggiudicazione definitiva, che può indurre l'aggiudicatario a sciogliersi da ogni vincolo o recedere dal contratto	A	M	B-	M	B	B	M	Rischio è l'allungamento dei tempi
9	Pubblicazioni e comunicazioni connesse all'adozione della aggiudicazione definitiva	Violazione regole a tutela della trasparenza procedura al fine di evitare o ritardare proposizione di ricorsi	A	M	B-	M	B	B	M	Possibili anomalie in pubblicazioni e comunicazioni
10	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	A	B	B-	B	B	B	B	Rischio di abusi

		diverso da quello atteso o di concedere un indennizzo all'aggiudicatario o di allungare artificiosamente i tempi di affidamento								

Fase: VERIFICA DELL'AGGIUDICAZIONE E STIPULA DEL CONTRATTO

Processo		Rischi	Indicatori di stima del livello di rischio						Valutazione complessiva rischio	Motivazione
			Livello di interesse esterno	Grado di discrezionalità del decisore interno	Manifestazione di eventi corruttivi in passato sul processo	Opacità/ trasparenza del processo decisionale	Livello di collaborazione del responsabile del processo nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del Piano	Grado di attuazione delle misure di trattamento		
1	Stipula contratto/adesione convenzione e emissione ordinativo di fornitura	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 Adesione alla convenzione con quantitativi/importi non coerenti con il fabbisogno	A	M	B-	M	B	M	M	Riporto fedele delle condizioni di contratto a seguito gara
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	A	M	B-	M	B	B	M	Possibili relazioni tra DCE e impresa affidataria

Fase: ESECUZIONE DEL CONTRATTO

Processo		Rischi	Indicatori di stima del livello di rischio						Valutazione complessiva rischio	Motivazione
			Livello di interesse esterno	Grado di discrezionalità del decisore interno	Manifestazione di eventi corruttivi in passato sul processo	Opacità/ trasparenza del processo decisionale	Livello di collaborazione del responsabile del processo nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del Piano	Grado di attuazione delle misure di trattamento		
1	Autorizzazione al subappalto	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 Mancata effettuazione delle verifiche obbligatorie sul subappaltatore Accordi collusivi tra imprese partecipanti che utilizzano il subappalto	A	A	B-	A	B	M	A	Rischio di mancata osservanza delle specifiche prescrizioni di legge
2	Ammissione delle "varianti"	Abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore (ad esempio, per consentirgli di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire extra guadagni o di dover partecipare ad una nuova gara) Inserimento nuovi prezzi	A	A	B-	A	B	M	A	Possibili abusi nel ricorso alle varianti per motivi collusivi
3	Affiancamenti e sostituzioni in corso di contratto	Affiancamenti e sostituzione di prodotti in corso di contratto finalizzate a favorire uno specifico fornitore	A	A	B-	A	M	M	A	Rischio abusi e collusioni
4	Verifiche in corso di esecuzione del contratto	Mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di	A	A	B-	B	B	B	M	Insufficienti attività di verifica per gli stati di avanzamento e rendicontazione

		penali o la risoluzione del contratto o ingiustificato pagamento anticipato Accettazione materiali in cantiere non conformi al capitolato Accettazione materiali non conformi nelle forniture di beni sanitari Uso non giustificato di materiali fuori contratto								
5	Verifica 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	A	M	B-	A	M	M	A	Rischio di mancate verifiche
6	Apposizione di riserve	Apposizione di riserve generiche a cui consegue una incontrollata lievitazione dei costi.	A	M	B-	M	M	B	M	Mancata specificazione riserve
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 Gestione Collegio Consultivo Tecnico art 6 DL Semplificazione	A	B	B-	B	B	B	B	Valutazione non corretta percorsi per contenziosi
8	Effettuazione dei pagamenti in corso di esecuzione	Pagamenti Indebiti	A	M	B-	M	B	B	M	Pagamenti non idonei in base alle evidenze stati avanzamento e verifiche forniture

Fase: RENDICONTAZIONE DEL CONTRATTO

Processo		Rischi	Indicatori di stima del livello di rischio						Valutazione complessiva rischio	Motivazione
			Livello di interesse esterno	Grado di discrezionalità del decisore interno	Manifestazione di eventi corruttivi in passato sul processo	Opacità/ trasparenza del processo decisionale	Livello di collaborazione del responsabile del processo nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del Piano	Grado di attuazione delle misure di trattamento		
1	Procedimento di nomina del collaudatore (o della commissione di collaudo)	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	A	M	B-	M	B	M	M	Possibili abusi e collusioni
2	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	A	M	B-	M	B	M	M	Certificati di collaudo con anomalie dovute ad interessi privati

Altri processi interni

Processo		Rischi	Indicatori di stima del livello di rischio						Valutazione complessiva rischio	Motivazione
			Livello di interesse esterno	Grado di discrezionalità del decisore interno	Manifestazione di eventi corruttivi in passato sul processo	Opacità/ trasparenza del processo decisionale	Livello di collaborazione del responsabile del processo nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del Piano	Grado di attuazione delle misure di trattamento		
1	Controlli antimafia in procedure di appalto ed esecuzione contratti	Infiltrazioni mafiose	A	M	B-	M	B	M	M	Incompletezza verifiche
2	Gestione inventario beni	Perdita o sottrazione di beni di proprietà delle Aziende	B	B	B-	M	B	B	B	Possibili anomalie nell'attività
3	Gestione beni immobili	Condizioni di acquisto o locazione che facciano prevalere l'interesse della controparte su quello delle Aziende	A	M	B-	M	M	B	M	Mancata evidenza delle caratteristiche degli immobili e valorizzazione
4	Atti di acquisto, vendita, permuta immobili	Approvazione di acquisti, vendite o permuta di immobili non connessi ad esigenze primarie o prioritarie rispetto alle risorse disponibili ed alle esigenze operative aziendali	A	M	B-	M	B	B	M	Ampiezza della discrezionalità
5	Atti di locazione attiva o passiva compresi o non compresi nell'atto di programmazione	Approvazione di acquisizione o di concessione di locali in locazione non connesse ad esigenze primarie o prioritarie rispetto alle risorse disponibili ed alle esigenze operative aziendali	A	A	B-	M	B	B	M	Carente motivazione di inserimento straordinario
6	Rimborsi con cassa economale	Rimborsi di spese non imputabili all'Azienda oppure di spese fittizie	B	M	B-	M	B	M	M	Rimborsi non dovuti a seguito abusi
7	Gestione del materiale in giacenza Magazzino	Scorrette modalità di stoccaggio, conservazione dei beni e rotazione dei prodotti a scorta con	B-	B	B-	B	B	B	B	Rischi deterioramenti materiale per favorire fornitori

		conseguenti deterioramenti e necessità di ripristino scorta e aumento delle quantità ordinate. (Rischio collusione o favoreggiamento fornitore)								
8	Richieste d'ordine d'acquisto per reintegro scorte Magazzino	Richieste di acquisti in quantità sovradimensionate rispetto alle oggettive necessità di ripristino delle scorte. (Rischio collusione/favoreggiamento fornitore)	M	M	B-	B	B	B	B	Sbagliata considerazione fabbisogni
9	Programmazione degli investimenti	Incongrua valutazione delle priorità per ingiusti vantaggi a terzi	A	M	B-	M	B	B	M	Anomale valutazioni in ordine agli effettivi bisogni
10	Affidamento dei servizi manutentivi	Incongrua assegnazione del servizio per favorire ingiusti vantaggi a terzi	A	M	B-	M	B	B	M	Rischi abusi e collusioni
11	Direzione ed esecuzione dei contratti di fornitura di beni e di servizi manutentivi	Incongrua attestazione della corretta esecuzione per favorire ingiusti vantaggi a terzi	A	A	B-	A	B	M	A	Attestazioni esecuzioni non fedeli

DIPARTIMENTO INTERPROVINCIALE ICT (SEDI AUSL/AOU DI PARMA)

Processo		Rischi	Indicatori di stima del livello di rischio						Valutazione complessiva rischio	Motivazione
			Livello di interesse esterno	Grado di discrezionalità del decisore interno	Manifestazione di eventi corruttivi in passato sul processo	Opacità/ trasparenza del processo decisionale	Livello di collaborazione del responsabile del processo nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del Piano	Grado di attuazione delle misure di trattamento		
1	Valutazione acquisizione strumenti, attrezzature informatiche, software, servizi di manutenzione	Incongrue valutazioni per ingiusti vantaggi a terzi	A	M	B-	B	B	B	M	Le misure di prevenzione e linee guida AVEN su appalti limitano l'ambito di discrezionalità
2	Gestione sistemi informatici	Configurazione o amministrazione di sistema per favorire ingiusti vantaggi a terzi	M	M	B-	B	B	B	B	Le verifiche effettuate comportano l'adeguatezza della gestione
3	Individuazione delle priorità in tema di ICT e E-Health al fine di definire gli investimenti prioritari e le azioni strategiche da eseguire	Incongrue valutazioni per ingiusti vantaggi a terzi	A	M	B-	M	B	B	M	Le autorizzazioni e le competenze richieste favoriscono la trasparenza del processo
4	Individuazione delle criticità dei sistemi informatici di competenza manutentiva SIA, dal punto di vista della strategicità, della stabilità e della funzionalità	Incongrue valutazioni per ingiusti vantaggi a terzi	M	B	B-	B	B	B	B	Le verifiche tecniche hanno diversi livelli in base all'organigramma del Servizio
5	Accettazione di strumenti informatici (attrezzature o licenze) derivanti da donazioni con il supporto e le valutazioni degli uffici del servizio	Vincoli ingiusti di manutenzione non programmati e trasparenti Configurazione o amministrazione di sistema per favorire ingiusti vantaggi a terzi	A	M	B-	M	B	B	M	Le verifiche tecniche hanno diversi livelli in base all'organigramma del Servizio
6	Analisi e individuazione del fabbisogno di attrezzature informatiche e redazione, gestione e vigilanza sul piano triennale delle dotazioni strumentali (comma 597 dell'art. 2 della legge n. 244 del 2007)	Incongrue valutazioni per ingiusti vantaggi a terzi	A	M	B-	M	B	B	M	La regolamentazione del processo e le competenze del personale coinvolto favoriscono la responsabilizzazione e la trasparenza dell'attività

7	Macro progettazione dei sistemi informatici e informativi	Incongrue valutazioni per ingiusti vantaggi a terzi	M	B	B-	B	B	B	B	Le verifiche tecniche hanno diversi livelli in base all'organigramma del Servizio

SERVIZIO INTERAZIENDALE ECONOMICO FINANZIARIO E ASPETTI ECONOMICI DELL'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE

Processo		Rischi	Indicatori di stima del livello di rischio						Valutazione complessiva rischio	Motivazione
			Livello di interesse esterno	Grado di discrezionalità del decisore interno	Manifestazione di eventi corruttivi in passato sul processo	Opacità/ trasparenza del processo decisionale	Livello di collaborazione del responsabile del processo nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del Piano	Grado di attuazione delle misure di trattamento		
1	Ciclo di liquidazione	Mancanza di documentazione o documentazione non corretta	B	M	B-	B	B	B	B	Processo segmentato su varie competenze nell'articolazione organizzativa aziendale
2	Rimborsi errati/doppi versamenti ticket	Ticket relativi a prestazioni correttamente eseguite. Errate rilevazioni fiscali sui versamenti	M	M	B-	B	M	B	M	Possibili mancanze di informazioni
3	Procedure solleciti crediti insoluti	Mancata attivazione delle procedure di recupero sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire soggetti particolari	B	B	B-	B	B	B	B	Attive procedure ben definite
4	Circolarizzazione dei crediti e dei debiti	Mancata o errata registrazione in contabilità	B	B	B-	B	B	B	B	Attive procedure ben definite

STRUTTURA INTERAZIENDALE INTERNAL AUDITING

Processo		Rischi	Indicatori di stima del livello di rischio						Valutazione complessiva rischio	Motivazione
			Livello di interesse esterno	Grado di discrezionalità del decisore interno	Manifestazione di eventi corruttivi in passato sul processo	Opacità/ trasparenza del processo decisionale	Livello di collaborazione del responsabile del processo nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del Piano	Grado di attuazione delle misure di trattamento		
1	Percorso Attuativo Certificabilità Bilanci (PAC): monitoraggio azioni di miglioramento	Mancata implementazione delle azioni consigliate	M	A	B	M	M	M	M	Adeguamento PAC in corso con attività di verifica
2	Verifica controlli di primo livello	Inosservanza nell'applicazione dei controlli insiti nei processi	A	A+	M	A	M	M	A	Alta probabilità di rischi se non si attuano i controlli di primo livello
3	Audit dei processi	Percezione dell'audit come adempimento burocratico	B	M	B	A	B	M	M	Percezione dell'audit come ulteriore adempimento burocratico
4	Monitoraggio (follow-up): valutazione dell'applicazione delle misure raccomandate	Mancata o parziale applicazione delle azioni raccomandate	B	A	B	M	B	M	M	Mancata o parziale applicazione delle azioni raccomandate

AREA AFFARI GENERALI AUSL/AOU

Dal 1 marzo 2021 il Servizio non è più interaziendale, articolato ora in unità organizzative a valenza aziendale.
Si mantiene comunque la tabella processi unitaria con efficacia per entrambe le unità organizzative delle 2 Aziende

Processo		Rischi	Indicatori di stima del livello di rischio						Valutazione complessiva rischio	Motivazione
			Livello di interesse esterno	Grado di discrezionalità del decisore interno	Manifestazione di eventi corruttivi in passato sul processo	Opacità/ trasparenza del processo decisionale	Livello di collaborazione del responsabile del processo nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del Piano	Grado di attuazione delle misure di trattamento		
1	Formazione e percorso deliberazioni e determine dirigenziali	Mancata osservanza dei percorsi stabiliti nelle due Aziende e nella pubblicazione sull'albo pretorio on line, ai fini di trasparenza	M	M	B-	B-	B-	B-	B	Scarsa probabilità di realizzazione evento
2	Convenzioni attive e passive con altri Enti del SSN, altri Enti pubblici e con associazioni di volontariato (ed atti conseguenti) per prestazioni di consulenza da parte di personale dipendente (o prestazioni da parte di volontari appartenenti alle associazioni), ai sensi delle disposizioni contrattuali e regolamentari vigenti	Difformità nei singoli percorsi interni delle due Aziende e nelle procedure per la pubblicazione	M	M	B-	B	B	B	M	Percorsi consolidati e verifiche
3	Gestione flussi documentali e procedure di scarto dei documenti	Difformità nei singoli percorsi interni	B-	B	B-	B	M	B	B	Percorsi consolidati e ben organizzati
4	Accreditamento agenzie e cooperative per assistenza integrativa non sanitaria (in AOU)	Difformità nei singoli percorsi interni	M	B	B-	B	B	B	B	Applicazione delle regole oggettive
5	Accreditamento amministrativo personale infermieristico presso Istituti Penitenziari (in AOU)	Difformità nei singoli percorsi interni	M	B	B-	B	B	B	B	Applicazione delle regole oggettive

6	Nido aziendale (solo AOU)	Errori nella procedura di acquisizione delle domande	M	B	B-	B	B	B	B	Scarsa probabilità di realizzazione evento
7	Reportistica sugli incarichi alla Corte dei Conti	Mancata osservanza dei percorsi stabiliti nelle due Aziende	B-	B-	B-	B	B-	B-	B-	Rischio quasi nullo
8	Acquisizione di prestazioni in regime di attività aggiuntiva (solo AOU)	Mancata osservanza dei percorsi stabiliti	B	B-	B-	B	B-	B-	B	Percorsi consolidati e oggettivi in decisioni e attuazione
9	Controllo e liquidazione attività aggiuntiva (solo AOU)	Disomogeneità cronologica nella ripartizione delle somme destinate ai professionisti	M	M	B-	B	B	B	B	Percorso disciplinato senza margini di discrezionalità
10	Acquisizione spazi per libera professione con terzi non accreditati con il SSN e relativi accordi (solo AOU)	Errori procedurali nell'iter autorizzativo	M	M	B-	M	B	B	M	Procedure ben definite e verifiche
11	Ripartizione proventi derivanti dall'attività libero professionale ambulatoriale, strumentale e di ricovero (solo AOU)	Ritardi ed errori nella attribuzione delle somme	M	B	B-	B	B	B	B	Possibili solamente eventuali errori materiali
12	Predisposizione liquidazione fondo di perequazione e fondo 2% (solo AOU)	Difformità procedurali	M	B	B-	B	B-	B	B	Possibili solamente eventuali errori materiali
13	Autorizzazione allo svolgimento della libera professione e modifiche tariffari (solo AOU)	Mancata osservanza dei percorsi stabiliti	M	B	B-	B	B	B	B	Verifiche presupposti di autorizzazione e percorso consolidato

DIREZIONE SANITARIA AUSL

Processo		Rischi	Indicatori di stima del livello di rischio						Valutazione complessiva rischio	Motivazione
			Livello di interesse esterno	Grado di discrezionalità del decisore interno	Manifestazione di eventi corruttivi in passato sul processo	Opacità/ trasparenza del processo decisionale	Livello di collaborazione del responsabile del processo nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del Piano	Grado di attuazione delle misure di trattamento		
1	Attività di controllo e monitoraggio degli accordi di fornitura Degenze con strutture private accreditate	Mancato rispetto delle previsioni contrattuali Riconoscimento economico di prestazioni non correttamente codificate o non avvenute	A	M	B	M	B	B	M	Attività di verifica segmentata su diverse unità organizzative in relazione ad aspetti fornitura ed economici
2	Attività di controllo e monitoraggio degli accordi di fornitura di Prestazioni Specialistiche ambulatoriali con private accreditate	Mancato rispetto delle previsioni contrattuali Riconoscimento economico di prestazioni non correttamente codificate o non avvenute	A	B	B	M	B	B	M	Percorso consolidato delle attività di controllo
3	Gestione mobilità sanitaria	Non correttezza della richiesta di rimborso per prestazioni effettuate	M	B	B-	B	B	B	B	Procedure oggettivamente disciplinate
4	Attività Libero Professionale intramoenia	Mancato rispetto dei volumi di attività	M	B	B-	M	B	B	M	Verifiche periodiche
5	Gestione delle liste d'attesa dei ricoveri ospedalieri	Discrezionalità nell'attribuzione del codice di priorità clinica	A	A	B	M	B	B	M	Monitoraggi frequenti delle direzioni
6	Gestione liste d'attesa specialistica ambulatoriale	Anomalie e discrezionalità nel funzionamento e nella gestione del sistema	A	M	B	M	B	B	M	Monitoraggi frequenti delle direzioni
7	Comitato Etico	Anomalie di funzionamento	M	M	B	M	B	B	M	Verifiche e controlli continui
8	Informazione scientifica sul farmaco	Mancato rispetto delle modalità di svolgimento dell'attività di informazione, disciplinata da regolamento approvato nel 2017 in	M	M	B	M	B	B	M	Percorso disciplinato con responsabilizzazioni diffuse alle varie unità organizzative

		attuazione DGR n.2309/2016								
9	Attività di controllo e monitoraggio sulle modalità di svolgimento delle sperimentazioni cliniche autorizzate svolte all'interno delle Unità Operative dei due ospedali	Verifica delle modalità di effettuazione delle sperimentazioni cliniche presso le Unità Operative ospedaliere	A	A	B	M	B	B	M	Controlli attuati dalla direzione e percorsi definiti
10	Accesso alle ditte di pompe funebri presso le camere ardenti degli ospedali	Anomalie nelle modalità di attivazione delle imprese e sull'andamento del servizio	A	M	B	M	B	B	M	Precisa regolamentazione in essere, sulla base di diverse indicazioni dal livello regionale
11	Sistema Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	Mancata conoscenza ed osservanza delle disposizioni in materia e degli interventi previsti in sede aziendale	B	M	B-	B	B	B	B	Attività di diffusione dei documenti aziendali relativi

DIREZIONE ATTIVITA' SOCIO SANITARIE AUSL

Processo		Rischi	Indicatori di stima del livello di rischio						Valutazione complessiva rischio	Motivazione
			Livello di interesse esterno	Grado di discrezionalità del decisore interno	Manifestazione di eventi corruttivi in passato sul processo	Opacità/ trasparenza del processo decisionale	Livello di collaborazione del responsabile del processo nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del Piano	Grado di attuazione delle misure di trattamento		
1	Gestione flusso informatico on line GRAD "Mercurio"	Anomalie nella rendicontazione verso la Regione in relazione alla competenza della Direzione Attività Socio Sanitarie	B	B	B-	B	B	B	B	Il flusso è regolamentato da indicazioni regionali
2	Inserimento dati FRNA e FNA nel flusso regionale CUP 2000	Anomalie nella rendicontazione verso la Regione, in relazione alla competenza della Direzione Attività Socio Sanitarie	B	B	B-	B	B	B	B	I dati da inserire sono quelli validati dalla Conferenza Socio Sanitaria Territoriale
3	Gestione amministrativa graduatoria provinciale inserimento in posti alta valenza pazienti con gravissime disabilità acquisite	Possibili anomalie in ordine alle valutazioni distrettuali finalizzate alla predisposizione della graduatoria provinciale per l'accesso ai posti di alta valenza	M	B	B-	B	B	B	B	Eventuali interessi di utenti e minima discrezionalità dei professionisti incaricati nella valutazione

PRESIDIO OSPEDALIERO AUSL (Ospedali di Vaio e Borgotaro)

Processo		Rischi	Indicatori di stima del livello di rischio						Valutazione complessiva rischio	Motivazione
			Livello di interesse esterno	Grado di discrezionalità del decisore interno	Manifestazione di eventi corruttivi in passato sul processo	Opacità/ trasparenza del processo decisionale	Livello di collaborazione del responsabile del processo nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del Piano	Grado di attuazione delle misure di trattamento		
1	Gestione delle liste d'attesa dei ricoveri ospedalieri	Discrezionalità nell'attribuzione del codice di priorità clinica	A	A	B	M	B	B	M	Monitoraggi frequenti delle direzioni
2	Accesso alle ditte di pompe funebri presso le camere ardenti degli ospedali	Anomalie nelle modalità di attivazione delle imprese e sull'andamento del servizio	A	M	B	M	B	B	M	Precisa regolamentazione in essere, sulla base di diverse indicazioni dal livello regionale
3	Attività Libero Professionale Attività di controllo e monitoraggio sulla richiesta di prestazioni ad integrazione dell'attività istituzionale in regime di libera professione (prestazioni aggiuntive art.55 ccnl 2000) nei due ospedali	Utilizzo improprio dell'attività libero professionale in regime ALP in sostituzione di quella ordinaria a fini di vantaggio personale o di altri soggetti	M	B	B-	M	B	B	M	Verifiche periodiche
4	Attività Libero Professionale Attività di controllo e monitoraggio sugli oarari di svolgimento dell'attività libero professionale intramuraria svolta in regime ambulatoriale e di ricovero all'interno dei due ospedali	Mancanza di corrispondenza tra le fasce orarie e i giorni di effettuazione dell'attività libero professionale autorizzati dall'Azienda e i periodi in cui l'attività viene effettivamente svolta	M	B	B-	M	B	B	M	Verifiche periodiche
5	Regolamento per l'informazione scientifica del farmaco nei due ospedali: attività di controllo e monitoraggio	Verifica difformità ed eventuali anomalie nell'accesso degli informatori del farmaco presso le Unità Operative ospedaliere	M	M	B	M	B	B	M	Percorso disciplinato con responsabilizzazioni diffuse alle varie unità organizzative
6	Attività di controllo e monitoraggio sulle modalità di svolgimento delle sperimentazioni cliniche autorizzate svolte all'interno delle Unità Operative dei due ospedali	Verifica delle modalità di effettuazione delle sperimentazioni cliniche presso le Unità Operative ospedaliere	A	A	B	M	B	B	M	Controlli attuati dalla direzione e percorsi definiti

7	Regolamento sull'attività di assistenza aggiuntiva non sanitaria svolta all'interno delle Unità Operative dei due ospedali	Attività di controllo e monitoraggio nell'accesso degli operatori delle agenzie autorizzate allo svolgimento di attività aggiuntiva non sanitaria presso le Unità Operative ospedaliere	A	M	B	M	B	B	M	Controlli periodici sull'osservanza della regolamentazione

DIPARTIMENTO ASSISTENZA FARMACEUTICA AUSL/AOU (Ospedaliera e Territoriale)

Processo		Rischi	Indicatori di stima del livello di rischio						Valutazione complessiva rischio	Motivazione
			Livello di interesse esterno	Grado di discrezionalità del decisore interno	Manifestazione di eventi corruttivi in passato sul processo	Opacità/ trasparenza del processo decisionale	Livello di collaborazione del responsabile del processo nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del Piano	Grado di attuazione delle misure di trattamento		
1	Valutazione e validazione richieste farmaci , vaccini, emoderivati, dispositivi medici e altri prodotti farmaceutici per approvvigionamento delle Unità operative ospedaliere, servizi territoriali	Discrezionalità, difformità e anomalie nelle quantità dei prodotti richiesti	B	B	B-	B	B	B	B	Attività standardizzata
2	Attività controllo e monitoraggio prescrittivo	Discrezionalità e diversità di giudizi Abuso dell'autonomia professionale del medico al fine di favorire la diffusione di un particolare farmaco	A	M	B-	B	B	B	M	Interessi esterni elevati ma il processo è trasparente
3	Informazione/ formazione ai medici specialisti ospedalieri e dei servizi territoriali	Discrezionalità, non uniformità nelle informazioni	M	B	B-	B	B	B	B	Formazione e informazioni sono trasparenti e condivise con i responsabili
4	Gestione prodotti non oggetto della logistica centralizzata	Discrezionalità nelle scelte di beni sanitari sulla base di sollecitazioni esterne o vantaggi	A	M	B-	B	B	B	B	Misura di trattamento adeguata: procedura aziendale "Ciclo passivo – acquisto di beni e servizi"
5	Attività di vigilanza e controllo sulle farmacie, ispezioni ordinarie, preventive e straordinarie. Applicazione della procedura" Esercizio dell'attività ispettiva ordinaria, straordinaria e preventiva presso le farmacie convenzionate"	Discrezionalità, difformità, anomalie nell'applicazione della procedura	A	M	B-	B	B	B	M	Procedura aziendale Composizione multidisciplinare della commissione di vigilanza Rotazione componenti
6	Vigilanza sulla corretta applicazione del Regolamento recante norme concernenti l'accordo collettivo nazionale	Discrezionalità, difformità, anomalie nell'applicazione della convenzionate	A	M	B-	B	B	B	M	Controlli contabili eseguiti da ditta esterna Ricette irregolari valutate da commissione Accordo tra Regione e associazioni di categoria su modalità di controllo di quanto dichiarato nelle distinte contabili riepilogative

	per la disciplina dei rapporti con le farmacie pubbliche e private.” (DPR371/98)									
7	Controlli ai sensi dell’art. art. 27, comma 5, dell’ACN della medicina generale ed eventuale richiesta di rimborso del farmaco indebitamente prescritto ai sensi dell’art. 1, comma 4, del D.L. 20.06.1996, n. 323, convertito con modificazioni nella L. 08.08.1996, n. 425	Discrezionalità, inosservanza e anomalie nell’applicazione della normativa	A	B	M	B	B-	B-	M	Report Commissione aziendale multidisciplinare

DISTRETTI/DIPARTIMENTI CURE PRIMARIE AUSL (Parma, Fidenza, Sud Est, Borgotaro)

Processo		Rischi	Indicatori di stima del livello di rischio						Valutazione complessiva rischio	Motivazione
			Livello di interesse esterno	Grado di discrezionalità del decisore interno	Manifestazione di eventi corruttivi in passato sul processo	Opacità/ trasparenza del processo decisionale	Livello di collaborazione del responsabile del processo nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del Piano	Grado di attuazione delle misure di trattamento		
1	Assistenza Primaria Verifica dei requisiti per apertura studi medici MMG/PLS	Mancato rispetto norme convenzionali nazionali	B	B	B-	B	B	B	B	Piena aderenza alle norme convenzionali
2	Assistenza Primaria Controllo Assistenza Domiciliare Integrata	Liquidazione di accessi non eseguiti	A	A	M	M	B	M	M	Presenza di discrezionalità
3	Assistenza Protesica e Integrativa Contributi per cure climatiche o soggiorni terapeutici a invalidi di guerra e per servizio	Assegnazione contributi a cittadini non aventi diritto	M	B	B	B	B	B	B	Applicazione oggettiva ella normativa di riferimento
4	Assistenza Protesica e Integrativa Erogazione presidi di assistenza protesica, ausili e protesi extra tariffario	Erogazione a cittadini non aventi diritto	M	B	B	M	B	M	M	Percorso disciplinato ma presente discrezionalità
5	Assistenza Protesica e Integrativa Rimborso ai dializzati per trasporto con mezzo proprio	Rimborsi non dovuti o non coerenti con le tipologie e le condizioni previste	M	B	B-	B	B	B	B	Aderenza alla normativa di riferimento
6	Assistenza Integrativa Contributi a pazienti oncologiche per sostegno acquisto parrucche	Erogazione contributi non dovuti o non coerenti con le tipologie previste dalla DGR 1341/2019	M	B	B-	B	B	B	B	Aderenza alla normativa di riferimento
7	Assistenza Protesica e Integrativa Accesso alle strutture ex art. 26 (riabilitative) ubicate fuori provincia	Autorizzazione impropria rispetto a criteri di accesso e requisiti della struttura	M	B	B-	B	B	B	B	Aderenza alla normativa di riferimento

8	Assistenza Protesica e Integrativa Erogazione presidi di assistenza protesica, ausili e protesi da tariffario	Erogazione a cittadini non aventi diritto	M	B	B-	B	B	B	B	Percorso e modalità consolidate e presidiate
9	Salute Donna Rimborso spese per parto a domicilio	Rimborso spese a non aventi diritto	M	B	B-	B	B	B	B	Percorso e modalità consolidate e presidiate
10	Salute negli Istituti Penitenziari Gestione contratti di comodato d'uso per svolgimento attività libero professionale presso UU.OO. Salute II.PP.	Non corretta applicazione del Regolamento	B	B	B-	B	B	B	B	Aderenza alla normativa di riferimento
11	Salute negli Istituti Penitenziari Richiesta copie cartelle e referti	Rilasci non corrispondenti alle richieste	B	B	B-	B	B	B	B	Aderenza alla normativa di riferimento
12	Assistenza Specialistica Territoriale Cataratta	Non corretta gestione liste di attesa	B	B	B-	B	B	B	B	Verifiche periodiche
13	Assistenza Specialistica Territoriale Rimborso ticket per prestazioni non usufruite o per pagamento errato	Rimborso improprio	B	B	B-	B	B	B	B	Aderenza alla normativa di riferimento
14	Sportello Unico Iscrizione al SSN di cittadini italiani	Iscrizione di cittadini non aventi diritto	A	M	B-	M	B	B	M	Percorsi consolidati ma presenza discrezionalità
15	Sportello Unico Iscrizione al SSN di cittadini extra UE – TU n. 286/1998 e successive modificazioni	Iscrizione di soggetti non aventi diritto	A	M	B-	M	B	B	M	Percorsi consolidati ma presenza discrezionalità
16	Sportello Unico Iscrizione al SSN di stranieri UE – decreto legislativo n. 30/2007	Iscrizione di soggetti non aventi diritto	A	M	B-	M	B	B	M	Percorsi consolidati ma presenza discrezionalità
17	Sportello Unico Scelta e revoca MMG/PLS	Indicazioni imprecise o incomplete all'utenza, finalizzate a privilegiare specifici professionisti	A	M	B-	M	B	B	M	Percorsi consolidati ma presenza discrezionalità

18	Sportello Unico Scelta e revoca MMG/PLS per cittadini italiani non residenti (domiciliazione sanitaria)	Indicazioni imprecise o incomplete all'utenza, finalizzate a privilegiare specifici professionisti	A	M	B-	M	B	B	M	Percorsi consolidati ma presenza discrezionalità
19	Sportello Unico Richiesta mantenimento PLS oltre il 14esimo anno di età	Mantenimento della scelta al non avente diritto	B	B	B-	B	B	B	B	Aderenza alla normativa di riferimento
20	Sportello Unico Richiesta scelta in deroga MMG/PLS	Autorizzazione scelta in deroga a non avente diritto	M	M	B-	M	B	M	M	Percorsi consolidati ma presenza discrezionalità
21	Sportello Unico Rimborso spese per dialisi in Paesi extra UE	Rimborsi a soggetti non aventi diritto	B	B	B-	B	B	B	B	Aderenza alla normativa di riferimento
22	Sportello Unico Autorizzazione e liquidazione spese per prestazioni ambulatoriali all'estero	Autorizzazione a cittadini non aventi diritto	M	B	B-	B	B	B	B	Aderenza alla normativa di riferimento
23	Sportello Unico Rimborso prestazioni sanitarie fruite da cittadini italiani in occasione di temporanei soggiorni all'estero	Rimborso a cittadini non aventi diritto	M	B	B-	B	B	B	B	Aderenza alla normativa di riferimento
24	Sportello Unico Rilascio formulari UE (S1, S2, ecc.)	Rilascio formulari a cittadini non aventi diritto	M	B	B-	B	B	B	B	Attuazione normativa di riferimento
25	Sportello Unico Rilascio modello ex DPR n. 618 per lavoratori in distacco per lavoro in Paesi extra UE senza accordi bilaterali	Rilascio autorizzazione a cittadini non aventi diritto	M	B	B-	B	B	B	B	Attuazione normativa di riferimento
26	Sportello Unico Rilascio attestato di esenzione del pagamento del ticket per invalidità, patologia, ecc.	Rilascio esenzione a cittadini non aventi diritto	B	B	B-	B	B	B	B	Attuazione normativa di riferimento
27	Sportello Unico Inserimento nel registro regionale di certificazioni di malattia rara riconosciute da centri extra Regione	Riconoscimento a non aventi diritto	M	B	B-	B	B	B	B	Aderenza alla normativa di riferimento
28	Sportello Unico Prenotazione per l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali attraverso il sistema S14web	Non equità nell'accesso alle prestazioni	M	M	B-	M	B	B	M	La discrezionalità può incidere sul processo

DIPARTIMENTO SANITA' PUBBLICA AUSL

Servizi Veterinari

Processo		Rischi	Indicatori di stima del livello di rischio						Valutazione complessiva rischio	Motivazione
			Livello di interesse esterno	Grado di discrezionalità del decisore interno	Manifestazione di eventi corruttivi in passato sul processo	Opacità/ trasparenza del processo decisionale	Livello di collaborazione del responsabile del processo nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del Piano	Grado di attuazione delle misure di trattamento		
1	Controlli Ufficiali Ispezioni e verifiche	Mancato trattamento del rischio e controlli Trasparenza insufficiente	A+	M	M	B	B	B	M	Attività con forte presenza di interessi esterni che aumenta il rischio corruttivo, calmierato dalla presenza di procedure specifiche che limitano la discrezionalità dell'operatore
2	Controlli Ufficiali Audit e campionamenti	Mancato trattamento del rischio e controlli Trasparenza insufficiente	A+	M	M	B	B	B	M	Attività con forte presenza di interessi esterni che aumenta il rischio corruttivo, calmierato dalla presenza di procedure specifiche che limitano la discrezionalità dell'operatore
3	Controlli Ufficiali Attestazioni sanitarie per qualifica sanitaria e movimentazione animali vivi, morti, su alimenti ad uso umano e zootecnico e sottoprodotti	Mancato trattamento del rischio e controlli Trasparenza insufficiente	A+	M	M	B	B	B	M	Attività con forte presenza di interessi esterni che aumenta il rischio corruttivo, calmierato dalla presenza di procedure specifiche che limitano la discrezionalità dell'operatore
4	Provvedimenti amministrativi conseguenti a controlli ufficiali Imposizioni di misure, Limitazioni, restrizioni/divieti, sospensioni/chiusure, revoche sequestro sanitario	Rischio corruttivo Trasparenza insufficiente	A+	M	M	B	B	B	M	Attività con forte presenza di interessi esterni che aumenta il rischio corruttivo, calmierato dalla presenza di procedure specifiche che limitano la discrezionalità dell'operatore
5	Attività di polizia giudiziaria conseguenti ai controlli ufficiali	Rischio corruttivo Trasparenza insufficiente	A+	M	M	B	B	B	M	Attività con forte presenza di interessi esterni che aumenta il rischio corruttivo, calmierato dalla presenza di procedure specifiche che limitano la discrezionalità dell'operatore
6	Emissione di atti di riconoscimento Riconoscimento di Aziende (Determina RER n. 14738 del 13.11.2013)	Difformità nella applicazione della procedura di gestione dei procedimenti	A	M	M	B	B	B	M	Attività con forte presenza di interessi esterni che aumenta il rischio corruttivo, calmierato dalla presenza di procedure specifiche che limitano la discrezionalità dell'operatore

7	Rilascio pareri e consulenze ad altri enti	Discrezionalità nella valutazione dei requisiti richiesti per il rilascio dei pareri	M	B	B	B	B	B	B	Attività a basso rischio corruttivo
8	Registrazioni in banche dati Registrazione di Aziende di produzione primaria che effettuano allevamento di animali presso Banca Dati nazionale Anagrafi Zootecniche	Anomalie nella registrazione in banca dati Conflitti di interesse	M	B	B	B	B	B	B	Attività a basso rischio corruttivo
9	Attività ambulatoriali	Trasparenza limitata	A	M	B	B	B	B	M	Verifiche sui presupposti

Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione

Processo		Rischi	Indicatori di stima del livello di rischio						Valutazione complessiva rischio	Motivazione
			Livello di interesse esterno	Grado di discrezionalità del decisore interno	Manifestazione di eventi corruttivi in passato sul processo	Opacità/ trasparenza del processo decisionale	Livello di collaborazione del responsabile del processo nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del Piano	Grado di attuazione delle misure di trattamento		
1	Controlli Ufficiali Ispezioni e verifiche	Rischio corruttivo Conflitto interessi	A+	M	M	B	B	B	M	Attività con forte presenza di interessi esterni che aumenta il rischio corruttivo, calmierato dalla presenza di procedure specifiche che limitano la discrezionalità dell'operatore
2	Controlli Ufficiali Audit	Inosservanza linee guida, delibere e normativa specifica	A+	M	M	B	B	B	M	Attività con forte presenza di interessi esterni che aumenta il rischio corruttivo, calmierato dalla presenza di procedure specifiche che limitano la discrezionalità dell'operatore
3	Controlli Ufficiali Campionamento e certificazioni	Rischio corruttivo Conflitto interessi	A+	M	M	B	B	B	M	Attività con forte presenza di interessi esterni che aumenta il rischio corruttivo, calmierato dalla presenza di procedure specifiche che limitano la discrezionalità dell'operatore

4	Provvedimenti amministrativi conseguenti a controlli ufficiali Imposizioni di misure, Limitazioni, restrizioni/divieti, sospensioni/chiusure, revoche sequestro sanitario	Rischio corruttivo Conflitto interessi	A+	M	M	B	B	B	M	Attività con forte presenza di interessi esterni che aumenta il rischio corruttivo, calmierato dalla presenza di procedure specifiche che limitano la discrezionalità dell'operatore
5	Attività di polizia giudiziaria conseguenti ai controlli ufficiali e segnalazioni/esposto Attività di Polizia giudiziaria (sequestri, indagini, denunce)	Rischio corruttivo Conflitto interessi	A+	M	M	B	B	B	M	Attività con forte presenza di interessi esterni che aumenta il rischio corruttivo, calmierato dalla presenza di procedure specifiche che limitano la discrezionalità dell'operatore
6	Emissione di atti di riconoscimento Riconoscimento di Aziende (Determina RER n. 14738 del 13.11.2013)	Rischio corruttivo Conflitto interessi	A	M	M	B	B	B	M	Attività con forte presenza di interessi esterni che aumenta il rischio corruttivo, calmierato dalla presenza di procedure specifiche che limitano la discrezionalità dell'operatore
7	Rilascio pareri e consulenze ad altri enti Parere per autorizzazione sanitaria attività di vendita e commercio prodotti fitosanitari	Rischio corruttivo Conflitto interessi	M	B	B	B	B	B	B	Attività a basso rischio corruttivo Trasparenza garantita da procedura suap
8	Registrazioni in banche dati Registrazione di Aziende di cui alla relativa procedura dettata dalla Determina RER n. 14738 del 13.11.2013)	Anomalie nell'inserimento in banca dati	M	B	B	B	B	B	B	Attività a basso rischio corruttivo Trasparenza garantita da procedura suap
9	Vidimazione registri, rilascio, duplicazione documenti, patentini, validazioni Rilascio/rinnovo patentini fitosanitari per titolo o esame	Rischio corruttivo Conflitto interessi Insufficiente trasparenza	A	B	B	B	B	B	M	Attività ad alto rischio per interesse esterno ma molto proceduralizzata e pertanto a moderato rischio corruttivo e di opacità azione amministrativo

Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Processo		Rischi	Indicatori di stima del livello di rischio						Valutazione complessiva rischio	Motivazione
			Livello di interesse esterno	Grado di discrezionalità del decisore interno	Manifestazione di eventi corruttivi in passato sul processo	Opacità/ trasparenza del processo decisionale	Livello di collaborazione del responsabile del processo nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del Piano	Grado di attuazione delle misure di trattamento		
1	Commissioni Invalidità Civile/Ciechi Civili/Sordomuti	Esercizio prolungato della responsabilità di un processo in capo ai medesimi operatori Trasparenza insufficiente	A+	A	A	M	B	B	A	Attività ad alto rischio per i forti interessi esterni e la componente discrezionale del processo di valutazione. Buona collaborazione del responsabile e procedura standardizzata limitano il rischio
2	Commissione Patenti Speciali	Continuità di funzione in capo agli stessi operatori Trasparenza insufficiente	A+	A	A	M	B	B	A	Attività ad alto rischio per i forti interessi esterni e la componente discrezionale del processo di valutazione. Buona collaborazione del responsabile, suddivisione distrettuale delle attività di recepimento e procedura standardizzata limitano il rischio
3	Vaccinazioni adulti	Trasparenza insufficiente	A	B	B	B	B	B	B	Inviti a vaccinazione e attività di screening limitano il rischio dovuto ad un forte interesse esterno
4	Attività di vigilanza	Esercizio prolungato della responsabilità di un processo in capo ai medesimi operatori Trasparenza insufficiente	A+	M	M	B	B	B	M	Attività con forte presenza di interessi esterni che aumenta il rischio corruttivo, calmierato dalla presenza di procedure specifiche che limitano la discrezionalità dell'operatore
5	Medicina Sportiva	Esercizio prolungato della responsabilità di un processo in capo ai medesimi operatori Trasparenza insufficiente	A	M	M	B	B	B	M	Attività con forte presenza di interessi esterni che aumenta il rischio corruttivo, calmierato dalla presenza di procedure specifiche che limitano la discrezionalità dell'operatore
6	Attività Commissione per le Autorizzazioni a Strutture Sanitarie ex L.R. n. 34/98	Esercizio prolungato della responsabilità di un processo in capo ai medesimi operatori Trasparenza insufficiente Conflitti di interesse	A+	M	M	M	B	B	A	Attività con forte presenza di interessi esterni che aumenta il rischio corruttivo, Rotazione frequente componenti Commissione ed eterogeneità dei componenti unita a un forte livello di collaborazione del responsabile di processo limitano il rischio

Servizio Protezione Salute negli Ambienti di Lavoro

Processo		Rischi	Indicatori di stima del livello di rischio						Valutazione complessiva rischio	Motivazione
			Livello di interesse esterno	Grado di discrezionalità del decisore interno	Manifestazione di eventi corruttivi in passato sul processo	Opacità/ trasparenza del processo decisionale	Livello di collaborazione del responsabile del processo nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del Piano	Grado di attuazione delle misure di trattamento		
1	Controlli Ufficiali Attività di controllo e vigilanza dei rischi nei luoghi e negli ambienti di lavoro Verifica impianti (UOIA) Campionamenti	Rischio corruttivo Conflitto interessi	A+	M	M	M	B	B	A	Attività ad alto rischio per i forti interessi esterni e la componente discrezionale del processo di valutazione. Buona collaborazione del responsabile e procedura standardizzata limitano il rischio
2	Provvedimenti amministrativi conseguenti a controlli ufficiali Accertamento, contestazione e notifica di illeciti amministrativi	Rischio corruttivo Conflitto interessi	A+	M	M	B	B	B	M	Attività ad alto rischio per i forti interessi esterni che aumenta il rischio corruttivo, calmierato dalla presenza di procedure specifiche che limitano la discrezionalità dell'operatore
3	Attività di polizia giudiziaria conseguenti ai controlli ufficiali Attività di Polizia giudiziaria (sequestri, indagini, denunce)	Rischio corruttivo Conflitto interessi	A+	M	M	B	B	B	M	Attività ad alto rischio per i forti interessi esterni che aumenta il rischio corruttivo, calmierato dalla presenza di procedure specifiche che limitano la discrezionalità dell'operatore
4	Gestione segnalazioni, esposti, denunce Segnalazioni e denunce da parte dell'utenza	Rischio corruttivo Conflitto interessi	A	A	M	M	B	B	A	Attività ad alto rischio per i forti interessi esterni che aumenta il rischio corruttivo, calmierato dalla presenza di un unico canale (pec) per le segnalazioni (limitazioni all'uso delle mail aziendali per segnalazioni ed esposti ai fini di tracciabilità)
5	Rilascio pareri e consulenze ad altri enti Verifica della compatibilità dei progetti nuovi insediamenti industriali, di servizi e di attività lavorative in genere, con le esigenze di tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori (supporto tecnico)	Rischio corruttivo Conflitto interessi	A+	M	M	B	B	B	A	Attività con forte presenza di interessi esterni che aumenta il rischio corruttivo. Forte livello di collaborazione del responsabile di processo limitano il rischio insieme a procedura suap

6	Attività ambulatoriali rivolte alla persona - Certificazioni monocratiche Certificazione di medicina del lavoro su richiesta del lavoratore o del medico di medicina generale	Rischio corruttivo Conflitto interessi	A	M	B-	B	B	B	M	Percorsi interni organizzati
7	Gestione e partecipazione a commissioni organismi di controllo Gestione dell'Organismo provinciale sezione permanente degli enti di controllo Commissione Gas Tossici	Conflitto di interessi	M	M	B-	M	B	B	M	Protocolli di funzionamento

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE/DIPENDENZE PATOLOGICHE AUSL

Processo		Rischi	Indicatori di stima del livello di rischio						Valutazione complessiva rischio	Motivazione
			Livello di interesse esterno	Grado di discrezionalità del decisore interno	Manifestazione di eventi corruttivi in passato sul processo	Opacità/ trasparenza del processo decisionale	Livello di collaborazione del responsabile del processo nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del Piano	Grado di attuazione delle misure di trattamento		
1	Acquisti da parte Unità Operative afferenti al DAI SM-DP a valere su fondo annuale piccole spese per attività riabilitative	Discrezionalità nella richiesta acquisti da parte delle strutture richiedenti Difformità ed anomalie nell'applicazione del pertinente Regolamento aziendale	M	A	B	B	B	M	M	Discrezionalità nella scelta del fornitore esterno per importi di spesa contenuti e soggetti a ricognizione periodica
2	Attivazione tirocini di orientamento, formazione. Inserimento ex L.R. 17/2005 e successive modificazioni	Difformità ed anomalie nell'applicazione delle convenzioni sottoscritte con le aziende ospitanti il tirocinio	M	M	B	B	B	M	M	Discrezionalità nella scelta dell'azienda/ente ospitante
3	Percorsi nell'ambito dei Disturbi del Comportamento Alimentare presso la struttura di Parma	Difformità e anomalie nell'applicazione degli accordi contrattuali	A	M	B	B	B	M	M	Discrezionalità decisore interno a valere su significativi importi di spesa. Verifiche cliniche ed economiche
4	Erogazione sussidi ad utenti dei Centri e Servizi di Salute Mentale	Discrezionalità nella valutazione dei criteri di inclusione e delle finalità dell'inserimento	A	M	B	B	B	M	M	Discrezionalità decisore interno e numerosità beneficiari. Controlli interni periodici
5	Definizione quota di compartecipazione alla spesa per prestazioni del segmento socio sanitario	Discrezionalità nella individuazione delle esenzioni o delle riduzioni degli importi	A	B	B	B	B	M	M	Elevato interesse esterno e numerosità beneficiari. Controlli interni periodici
6	Inserimenti in progetti terapeutici	Discrezionalità nella individuazione delle tipologie di inserimento	A	M	B	B	B	M	M	Elevato interesse esterno e numerosità utenti. Controlli evoluzione clinica

UFFICIO LEGALE/ASSICURAZIONI AUSL

Processo		Rischi	Indicatori di stima del livello di rischio						Valutazione complessiva rischio	Motivazione
			Livello di interesse esterno	Grado di discrezionalità del decisore interno	Manifestazione di eventi corruttivi in passato sul processo	Opacità/ trasparenza del processo decisionale	Livello di collaborazione del responsabile del processo nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del Piano	Grado di attuazione delle misure di trattamento		
1	Applicazione delle norme contenute nel Programma regionale per la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile e riportate nella procedura aziendale di gestione diretta delle richieste di risarcimento danni	Discrezionalità e anomalie nell'applicazione delle disposizioni	M	M	B-	B	B	B	M	Procedure consolidate secondo le disposizioni regionali
2	Gestione delle richieste risarcitorie relative a responsabilità sanitaria in "ritenzione totale"	Discrezionalità nel proporre accordo transattivo con parte reclamante	A	M	B-	M	B	B	M	Attività tecnica fondata su presupposti valutati da organismi multi professionali aziendali o regionali
3	Gestione sinistri assicurativi con danno all'Ente	Discrezionalità nell'accettare la proposta liquidativa da parte dell'assicuratore	A	M	B-	M	B	B	M	Attività tecnica esercitata ad esito di verifica delle condizioni di polizza e solo previo confronto con il servizio interessato dal danno circa la congruità della somma offerta
4	Attribuzione incarichi a legali esterni	Discrezionalità nell'affidamento degli incarichi	A	M	B-	B	B	B	M	Attività di individuazione effettuata previa rispondenza delle competenze richieste a quanto dichiarato nella domanda e verificabile nel curriculum del professionista, nel rispetto anche del principio di rotazione
5	Gestione delle richieste risarcitorie in materia di lavoro assunte internamente	Discrezionalità nel proporre accordo transattivo con parte reclamante	A	M	B-	M	B	B	M	Confronto e verifiche con la Direzione
6	Attività connesse al recupero crediti da parte dell'Ente	Discrezionalità nell'eventuale accoglimento di proposte di rateizzazione	A	B	B-	B	B	B	B	Procedure consolidate
7	Concessione patrocinio legale a personale dipendente	Mancata osservanza norme legislative e contrattuali	M	B	B-	B	B	B	B	Processo disciplinato da norme e contratto

DIPARTIMENTO VALUTAZIONE E CONTROLLO – SERVIZIO CONTROLLO DI GESTIONE AUSL

Processo		Rischi	Indicatori di stima del livello di rischio						Valutazione complessiva rischio	Motivazione
			Livello di interesse esterno	Grado di discrezionalità del decisore interno	Manifestazione di eventi corruttivi in passato sul processo	Opacità/ trasparenza del processo decisionale	Livello di collaborazione del responsabile del processo nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del Piano	Grado di attuazione delle misure di trattamento		
1	Elaborazione ed analisi dati attraverso flussi sanitari/amministrativi correnti (SISEPS – NSIS) a supporto dei percorsi di cura e degli interventi di medicina di iniziativa	Errata selezione dei pazienti	M	B	B-	B-	B-	B-	B	Estrapolazione da banche dati alimentate dalle articolazioni aziendali, con criteri prestabiliti a monte del processo
2	Determinazione costi/rette utenti (gra.d.a. disabili, hospice, salute mentale)	Errata quantificazione importi per incompletezza delle informazioni	M	B	B-	B-	B-	B-	B	Elaborazione dati inseriti da utenti di altre articolazioni aziendali
3	Calcolo incentivi MMG e PLS legati alle attività di appropriatezza prescrittiva farmaceutica, estensione copertura oraria ambulatoriali (reti, gruppi), progetto sole	Determinazione corresponsioni non conformi per incompletezza nelle informazioni delle banche dati interne	M	B	B-	B-	B-	B-	B	Elaborazione dati inseriti da utenti di altre articolazioni aziendali
4	Attività di controllo e monitoraggio economico degli accordi di fornitura Degenze con strutture private accreditate	Mancato rispetto delle previsioni contrattuali Riconoscimento economico di prestazioni non correttamente codificate o non avvenute	M	B	B-	B-	B-	B-	B	Il riconoscimento economico viene effettuato dopo verifica della congruenza tra fatturato e flusso SDO, e con visto tecnico del RUA
5	Gestione flussi mobilità sanitaria	Non correttezza della richiesta di rimborso per prestazioni sanitarie dovuto al non tempestivo aggiornamento dell'anagrafe assistiti in banca dati	B	B	B-	B-	B-	B-	B	Elaborazione dati estrapolati da banche dati aziendali

UFFICIO COMUNICAZIONE AUSL

Processo		Rischi	Indicatori di stima del livello di rischio						Valutazione complessiva rischio	Motivazione
			Livello di interesse esterno	Grado di discrezionalità del decisore interno	Manifestazione di eventi corruttivi in passato sul processo	Opacità/ trasparenza del processo decisionale	Livello di collaborazione del responsabile del processo nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del Piano	Grado di attuazione delle misure di trattamento		
1	Redazione e invio comunicati stampa Relazioni con la stampa	Scarso controllo, reputazionale, professionale/immagine	M	B	B	B	B	B	B	Il processo esita in un prodotto- servizio sottoposto a diretta approvazione della direzione aziendale, dopo vari livelli dirigenziali aziendali di controllo e validazione tecnico amministrativa
2	Realizzazione e gestione contenuti informativi sito Internet aziendale, a partire da comunicato stampa o meno con supporto redazionale in affidamento esterno Contenuti informativi portale Intranet aziendale	Scarso controllo, reputazionale, professionale/immagine	M	B	B	B	B	B	B	Il processo esita in un prodotto- servizio sottoposto a diretta approvazione della direzione aziendale, dopo vari livelli dirigenziali aziendali di controllo e validazione tecnico amministrativa
3	Realizzazione di video di varia durata di informazione/educazione alla salute con affidamento esterno	Scarso controllo reputazionale	M	B	B	B	B	B	B	Il processo esita in un prodotto- servizio sottoposto a diretta approvazione della direzione aziendale, dopo vari livelli dirigenziali aziendali di controllo e validazione tecnico amministrativa. Il fornitore è individuato a seguito di procedura ad evidenza pubblica
4	Realizzazione e stampa di strumenti grafico-editoriali e prodotti cartacei di informazione sui servizi aziendali ed educazione alla salute, con supporto tipografico in affidamento esterno	Scarso controllo, economico, reputazionale	B	B	B	B	B	B	B	Il processo esita in un prodotto- servizio sottoposto a diretta approvazione della direzione aziendale, dopo vari livelli dirigenziali aziendali di controllo e validazione tecnico amministrativa. Il fornitore è individuato a seguito di procedura ad evidenza pubblica
5	Gestione editoriale pagine aziendali su social media	Scarso controllo, reputazionale, professionale/immagine	M	B	B	B	B	B	B	Il processo esita in un prodotto- servizio sottoposto a diretta approvazione della direzione aziendale, dopo vari livelli dirigenziali aziendali di controllo e validazione tecnico amministrativa

DIREZIONE SANITARIA/MEDICA AOU

Processo		Rischi	Indicatori di stima del livello di rischio						Valutazione complessiva rischio	Motivazione
			Livello di interesse esterno	Grado di discrezionalità del decisore interno	Manifestazione di eventi corruttivi in passato sul processo	Opacità/ trasparenza del processo decisionale	Livello di collaborazione del responsabile del processo nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del Piano	Grado di attuazione delle misure di trattamento		
1	Informazione scientifica sul farmaco	Mancato rispetto delle modalità di svolgimento dell'attività di informazione, disciplinata nel corso del 2017 in attuazione DGR n.2309/2016	M	M	B	M	B	B	M	Percorso disciplinato con responsabilizzazioni diffuse alle varie unità organizzative
2	Attività Libero Professionale intramoenia	Mancato rispetto dei volumi di attività	M	B	B-	M	B	B	M	Verifiche periodiche
3	Accesso alle ditte di pompe funebri presso le camere ardenti degli ospedali	Anomalie nelle modalità di attivazione delle imprese e sull'andamento del servizio	A	M	B	M	B	B	M	Precisa regolamentazione in essere, sulla base di diverse indicazioni dal livello regionale
4	Controllo liste d'attesa per prestazioni ambulatoriali	Mancato rispetto delle liste d'attesa	A	M	B	M	B	B	M	Monitoraggi frequenti delle direzioni
5	Controllo liste di attesa per prestazioni di ricovero	Mancato rispetto delle liste d'attesa	A	A	B	M	B	B	M	Monitoraggi frequenti delle direzioni
6	Valutazione introduzione nell'Ospedale di nuovi dispositivi medici	Parzialità di giudizio nei confronti di aziende produttrici	A	M	B	M	B	B	M	Percorso disciplinato con responsabilizzazioni diffuse alle varie unità organizzative
7	Gestione ingresso di specialisti di prodotto all'interno di ambienti sanitari, prevalentemente sale operatorie, per fornire indicazioni tecniche sull'utilizzo di Dispositivi Medici ad elevata complessità	Mancato rispetto delle procedure di acquisizione dei DM secondo le indicazioni aziendali vigenti	A	M	B	M	B	B	M	Percorso disciplinato con responsabilizzazioni diffuse alle varie unità organizzative
8	Comitato Etico	Anomalie di funzionamento	M	M	B	M	B	B	M	Verifiche e controlli continui

9	Attività di controllo e monitoraggio sulle modalità di svolgimento delle sperimentazioni cliniche autorizzate	Anomalie nelle modalità di effettuazione delle sperimentazioni cliniche	A	A	B	M	B	B	M	Controlli attuati dalla direzione e percorsi definiti

DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE AOU

Processo		Rischi	Indicatori di stima del livello di rischio						Valutazione complessiva rischio	Motivazione
			Livello di interesse esterno	Grado di discrezionalità del decisore interno	Manifestazione di eventi corruttivi in passato sul processo	Opacità/ trasparenza del processo decisionale	Livello di collaborazione del responsabile del processo nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del Piano	Grado di attuazione delle misure di trattamento		
1	Sistema Trasparenza e Prevenzione della Corruzione	Mancata conoscenza ed osservanza delle disposizioni in materia e degli interventi previsti in sede aziendale	B	M	B-	B	B	B	B	Attività di diffusione dei documenti aziendali relativi
2	Assistenza Integrativa Non Sanitaria (AINS)	Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza	A	M	B-	M	B	B	M	L'aspetto più rilevante è connesso alle garanzie di trasparenza
3	Allocazione personale presso le UO	Inosservanza regole organizzative interne a garanzia della trasparenza della efficienza ed equità	B	A	B-	M	B	B	M	Di rilievo è l'osservanza di criteri legati alla organizzazione e all'efficienza
4	Valutazione del periodo di prova	Inosservanza di norme di leggi e regolamenti che disciplinano i contratti di lavoro	B	A	B-	M	B	B	M	I percorsi sono consolidati, presenza inevitabile di ambito di discrezionalità
5	Valutazione studenti	Subire pressioni, interne od esterne, volte a influenzare il comportamento del tutor clinico/Coordinatore di U.O.	B	A	B-	M	B	B	M	I percorsi sono consolidati, presenza inevitabile di ambito di discrezionalità
6	Accesso alle ditte di pompe funebri presso le camere ardenti degli ospedali	Anomalie nelle modalità di attivazione delle imprese e sull'andamento del servizio	A	M	B	M	B	B	M	Precisa regolamentazione in essere, sulla base di diverse indicazioni dal livello regionale

SERVIZIO DI FARMACIA E GOVERNO CLINICO DEL FARMACO AOU

Processo		Rischi	Indicatori di stima del livello di rischio						Valutazione complessiva rischio	Motivazione
			Livello di interesse esterno	Grado di discrezionalità del decisore interno	Manifestazione di eventi corruttivi in passato sul processo	Opacità/ trasparenza del processo decisionale	Livello di collaborazione del responsabile del processo nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del Piano	Grado di attuazione delle misure di trattamento		
1	Rapporto con i fornitori (magazzino centralizzato e aziende farmaceutiche e di DM)	Discrezionalità nelle richieste di beni sanitari sulla base sollecitazioni esterne o vantaggi	A	M	A	M	B	B	M	Verifiche periodiche sul corretto approvvigionamento delle singole UO Verifiche inventariali Decisioni in capo a più soggetti all'interno dell'Azienda nonché Commissioni aziendali, di area vasta, regionali
2	Controllo attività prescrittiva	Favorire l'uso di specifici farmaci sulla base di sollecitazioni esterne o vantaggi	A	M	A	M	B	B	M	Monitoraggio periodico andamento consumi per UO nell'ambito del Dipartimento interaziendale Valutazioni da parte del NOP di farmaci off-label extra prontuario Controlli sulle prescrizioni nei registri AIFA Controlli sulle prescrizioni personalizzate nel laboratorio UMACA
3	Attività ispettiva degli armadi farmaceutici di reparto	Discrezionalità e difformità, anomalie nell'attività ispettiva	B	B	B	B	B	B	B	Rotazione dei farmacisti che effettuano le verifiche ispettive Corretta gestione dei beni sanitari nelle UO è normata dalla procedura P108 interaziendale "Gestione clinica dei farmaci"

AREA RICERCA E INNOVAZIONE AOU

Processo		Rischi	Indicatori di stima del livello di rischio						Valutazione complessiva rischio	Motivazione
			Livello di interesse esterno	Grado di discrezionalità del decisore interno	Manifestazione di eventi corruttivi in passato sul processo	Opacità/ trasparenza del processo decisionale	Livello di collaborazione del responsabile del processo nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del Piano	Grado di attuazione delle misure di trattamento		
1	Utilizzo dell'applicativo SIRER per la registrazione, gestione e monitoraggio dei progetti di ricerca	Mancata tracciabilità dell'attività di ricerca	M	B	A	M	M	M	M	L'applicativo in uso garantisce la tracciabilità
2	Assicurare la trasparenza negli studi, ai sensi dell'art. 2 decreto legislativo n. 52/2019	Partecipazione a studi realizzati da personale non adeguatamente specializzato o a studi che non hanno seguito l'iter organizzativo	A	B	A	M	M	A	A	Rischi elevati in ragione del possibile mancato possesso delle competenze necessarie da parte del personale
3	Gestione delle pratiche (studi, emendamenti e notifiche)	Mancata tracciabilità dei flussi documentali relativi agli studi	M	B	B-	M	M	B	B	Percorsi consolidati
4	Istruttoria integrata tra Segreteria locale del Comitato Etico AVEN e UO Ricerca e Innovazione	Errata/carente documentazione sottoposta alla valutazione del CE e conseguente errata valutazione della stessa	M	M	M	M	M	M	M	Verifiche documentazione per completezza istruttorie
5	Predisposizione di contratti/convenzioni economiche	Discrezionalità nella definizione del budget dello studio e nell'utilizzo dei fondi da parte del responsabile scientifico Utilizzo dei dati dello studio in contrasto con la normativa vigente (GDPR)	A+	M	A	M	A	A	A	Elevato il livello di rischio nel possibile utilizzo distorto di dati Ambito discrezionale sulla definizione risorse
6	Promozione della qualità nella conduzione/realizzazione degli studi	Avvio e conduzione di studi in modo non conforme ai requisiti internazionali di qualità (Good Clinical Practice GCP)	M	M	M	M	A	M	M	Verifiche sulla presenza dei requisiti di qualità

7	Assicurare la pubblicazione di studi autorizzati	Pubblicazione di studi non autorizzati o mancata pubblicazione di studi con risultati negativi	A	A	B	B	A	B	M	Rischi possibili legati alla pubblicazione
8	Definizione e aggiornamento di Standard Operating Procedure (SOP) e relativo training per i professionisti	Discrezionalità nei comportamenti dei professionisti coinvolti nella ricerca	B	M	B	B	M	M	M	Monitoraggi dei comportamenti dei professionisti
9	Partecipazione ai lavori del Nucleo Provinciale di Valutazione in merito all'uso di tecnologie nell'ambito degli studi	Introduzione di tecnologie non necessarie o molto costose senza una preventiva valutazione di impatto	A	B	M	A	M	M	M	Attenzione all'utilizzo delle sole tecnologie necessarie
10	Coinvolgimento attivo dei pazienti e dei cittadini nelle attività di ricerca	Partecipazione dei pazienti a studi che non hanno ottenuto parere favorevole del Comitato Etico	A	M	A	M	A	A	A	Rischi legati ad iniziative non autorizzate
11	Diffusione ai media di informazioni scientifiche inerenti attività di ricerca	Comunicazioni distorte ai media in merito alle attività di ricerca in corso e ai risultati degli studi	A	M	M	M	M	M	M	Verifica della correttezza delle comunicazioni all'esterno
12	Promuovere l'integrità nella ricerca	Disegnare studi non rigorosi e non rispettare quanto previsto nel protocollo di studio, al fine di attrarre l'attenzione dei direttori editoriali o di compiacere eventuali sponsor	A	A	A	M	A	M	A	Rischi forti di comportamenti illeciti da parte di professionisti nelle varie fasi dell'attività di ricerca

SERVIZIO FISICA SANITARIA AOU

Processo		Rischi	Indicatori di stima del livello di rischio						Valutazione complessiva rischio	Motivazione
			Livello di interesse esterno	Grado di discrezionalità del decisore interno	Manifestazione di eventi corruttivi in passato sul processo	Opacità/ trasparenza del processo decisionale	Livello di collaborazione del responsabile del processo nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del Piano	Grado di attuazione delle misure di trattamento		
1	Gestione e valutazione e delle Tecnologie (HTA): - supporto tecnico agli organi aziendali per l'individuazione delle tecnologie presenti sul mercato al fine di una nuova acquisizione, - stesura della documentazione necessaria all'esperimento delle procedure di acquisizione (capitolati), - valutazione in sede di commissione giudicatrice delle offerte tecniche in fase di gara	Discrezionalità nelle attività e nella redazione della documentazione necessaria (rischi per stesura capitolati e valutazioni in sede di commissione giudicatrice per l'acquisizione di tecnologie e attrezzature per i margini di discrezionalità esistenti e frequente impatto economico elevato; con la centralizzazione acquisti coinvolgimento in commissioni a livello AVEN e IntercentER)	M	M	B-	M	B	B	M	Valutazioni sui processi di acquisizione presentano rischi legati ai percorsi e ai conflitti di interesse

SERVIZIO ATTIVITA'GIURIDICO AMMINISTRATIVA AOU

Processo		Rischi	Indicatori di stima del livello di rischio						Valutazione complessiva rischio	Motivazione
			Livello di interesse esterno	Grado di discrezionalità del decisore interno	Manifestazione di eventi corruttivi in passato sul processo	Opacità/ trasparenza del processo decisionale	Livello di collaborazione del responsabile del processo nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del Piano	Grado di attuazione delle misure di trattamento		
1	Applicazione delle norme contenute nel Programma regionale per la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile e riportate nella procedura aziendale di gestione diretta delle richieste di risarcimento danni	Discrezionalità e anomalie nell'applicazione delle disposizioni	M	B	B-	B	B	B	B	I livelli di rischio inerenti le fasi valutativa e decisionale della procedura di gestione delle richieste di risarcimento danni sono contemperati da un processo autorizzatorio complesso, regolamentato, oltre che collegiale, esaminato da diversi servizi aziendali e conclusivamente adottato con atto del direttore generale. Nei casi di rilevanza economica superiore, secondo le previsioni delle disposizioni regionali, si prevede il coinvolgimento obbligatorio del Nucleo regionale di Valutazione, il quale rilascia un parere all'Azienda (organismo regionale ER)
2	Attribuzione incarichi di difesa giudiziaria a legali esterni	L'ampia discrezionalità nell'individuazione può determinare situazioni eccepibili	M	M	B-	B	B	B	M	La moderata discrezionalità nella individuazione del legale esterno è calmierata dall'applicazione del criterio di rotazione previsto dal regolamento per gli incarichi vigente e dalla individuazione dei nominativi mediante elenco aziendale periodicamente aggiornato con avviso pubblico inviato agli ordini professionali della Regione ER
3	Concessione patrocinio legale a personale dipendente	Mancata osservanza norme legislative e contrattuali	B	B	B-	B	B	B	B	I livelli di rischio sono contenuti in quanto le decisioni vengono assunte previa verifica dei presupposti e degli elementi disciplinati nel regolamento per il patrocinio legale dei dipendenti

UFFICIO COMUNICAZIONE AOU

Processo		Rischi	Indicatori di stima del livello di rischio						Valutazione complessiva rischio	Motivazione
			Livello di interesse esterno	Grado di discrezionalità del decisore interno	Manifestazione di eventi corruttivi in passato sul processo	Opacità/ trasparenza del processo decisionale	Livello di collaborazione del responsabile del processo nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del Piano	Grado di attuazione delle misure di trattamento		
1	Cura della sezione web "Amministrazione Trasparente"	Mancati adempimenti	A	M	B-	B	B	M	M	Il processo è legato agli adempimenti di pubblicazione e trasparenza indicati nel Piano per la prevenzione della corruzione
2	Comunicazione esterna	Diffusione di informazioni non immediatamente accessibili al cittadino	A	B	B-	B	B	B	B	Il processo è legato alla corretta trasmissione delle informazioni e trasparenza a operatori, cittadinanza e stampa
3	Rapporti con organi di stampa e TV	Insufficiente trasparenza nelle comunicazioni alla stampa	A	B	B-	B	B	B	B	Il processo è legato alla corretta informazione e trasparenza ai mass media

SERVIZIO RAPPORTI ISTITUZIONALI AOU

Processo		Rischi	Indicatori di stima del livello di rischio						Valutazione complessiva rischio	Motivazione
			Livello di interesse esterno	Grado di discrezionalità del decisore interno	Manifestazione di eventi corruttivi in passato sul processo	Opacità/ trasparenza del processo decisionale	Livello di collaborazione del responsabile del processo nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del Piano	Grado di attuazione delle misure di trattamento		
1	Predisposizione degli atti istruttori e dei documenti formali relativi alle intese con l'Università degli Studi di Parma in attuazione dell'Accordo Attuativo Locale	Predisposizione degli atti non aderenti alle fonti legislative e pattizie	M	B-	B-	B	B-	B-	B	Assenza di un processo decisionale discrezionale, unita all'assenza di eventi corruttivi e alla trasparenza sostanziale del processo
2	Gestione amministrativa dei docenti e del personale del Comparto Università che svolge attività assistenziale	Predisposizione degli atti non aderenti alle fonti legislative e pattizie	M	B-	B-	B	B-	B-	B	Assenza di un processo decisionale discrezionale, unita all'assenza di eventi corruttivi e alla trasparenza sostanziale del processo
3	Gestione annuale dei medici in formazione specialistica e predisposizione degli adempimenti formali per la stipulazione dei contratti di formazione specialistica	Mancata verifica della completezza della documentazione	B	B-	B-	B-	B-	B-	B	Bassa rilevanza di interesse per i destinatari del processo e adozione di strumenti di verifica e monitoraggio
4	Gestione annuale del repertorio degli incarichi di docenza e tutoriali conferiti ai dirigenti ospedalieri nell'ambito della formazione specialistica dei laureati in Medicina e Chirurgia	Discordanza tra gli Incarichi di docenza acquisiti rispetto alla totalità degli Incarichi effettivamente affidati dall'Università	B	B-	B-	B-	B	B-	B	Bassa rilevanza di interessi per i destinatari del processo e l'attuazione di misure di trattamento, nonostante il livello di collaborazione non sia sempre costante nell'ambito delle attività oggetto del processo (incarichi di docenza e tutoriali conferiti dall'Università)
5	Predisposizione e gestione delle convenzioni con altre Università per lo svolgimento, presso le strutture a direzione ospedaliera, di attività didattiche integrative a favore di medici in formazione specialistica provenienti da altre Università	Istruttoria degli atti non corrispondente alle disposizioni ministeriali (DI 402/2017)	B	B-	B-	B-	B	B-	B	Nonostante il livello di collaborazione non sia sempre costante nell'ambito delle attività oggetto del processo (convenzioni con Atenei diversi dall'Università di riferimento), l'attuazione di misure di trattamento e l'elevato livello di collaborazione del responsabile del processo determinano complessivamente un rischio basso

ALLEGATO 6

al Piano per la prevenzione della corruzione e la trasparenza AUSL/AOU Parma 2022/2024

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

CODICE DI COMPORTAMENTO

PER IL PERSONALE OPERANTE PRESSO LE AZIENDE SANITARIE AUSL E AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI PARMA

Approvato da Azienda USL Parma
con deliberazione n. 348 del 29 maggio 2018

Approvato da Azienda Ospedaliero Universitaria Parma
con deliberazione n. 401 del 29 maggio 2018

maggio 2018

IL TESTO E' CONFORME ALLO SCHEMA DI RIFERIMENTO DEL CODICE DI COMPORTAMENTO APPROVATO DALLA REGIONE EMILIA ROMAGNA CON DELIBERA GIUNTA REGIONALE N. 96/2018

INDICE

Titolo I: Disposizioni di carattere generale

Art. 1 Natura e finalità del Codice

Art. 2 Ambito di applicazione e definizioni

Titolo II: Principi etici e valori di riferimento

Art. 3 Principi generali

Titolo III: Norme di comportamento

Art. 4 Conflitto di interessi e obbligo di astensione

Art. 5 Regali, compensi e altre utilità

Art. 6 Partecipazione ad associazioni e organizzazioni

Art. 7 Prevenzione della corruzione

Art. 8 Trasparenza e tracciabilità

Art. 9 Comportamento nei rapporti privati

Art. 10 Comportamento in servizio

Art. 11 Comportamento nei rapporti con il pubblico e con i mezzi di informazione

Art. 12 Disposizioni particolari per i dirigenti

Art. 13 Contratti e atti negoziali

Art. 14 Gestione delle liste di attesa e attività libero professionale

Art. 15 Ricerca e sperimentazioni

Art. 16 Sponsorizzazioni e attività formativa

Art. 17 Rapporti con società farmaceutiche e/o ditte produttrici di dispositivi medici

Art. 18 Attività conseguenti al decesso

Titolo IV: Sistema sanzionatorio e di vigilanza

Art. 19 Vigilanza sull'applicazione del Codice

Art. 20 Responsabilità conseguenti alla violazione dei doveri del Codice e Disposizioni Sanzionatorie per i destinatari soggetti al potere disciplinare dell'Azienda

Art. 21 Responsabilità conseguenti alla violazione dei doveri del Codice e Disposizioni Sanzionatorie per gli altri destinatari

Art. 22 Effetti del rispetto del Codice sul sistema di valutazione

Titolo V: Disposizioni finali

Art. 23 Disposizioni finali

Allegato 1) Normativa di riferimento

TITOLO I: DISPOSIZIONI DI CARATTERE GENERALE

Art. 1
Natura e finalità del Codice

1. Il presente Codice di Comportamento (nel seguito indicato come "Codice") definisce i doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità, buona condotta e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico, nonché i valori e i principi etici che i dipendenti e il personale operante a qualunque titolo presso le AZIENDE SANITARIE DI PARMA - AUSL e AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA (in seguito indicate col termine "Aziende") - sono tenuti ad osservare (ai sensi dell'art. 54 del decreto legislativo n.165/2001, dell'art.1 del DPR 62/2013 e dell'art.5 c.1 lett. d) della Legge Regionale n. 9/2017).

2. Le previsioni del Codice integrano quelle previste dal DPR 62/2013 (nel seguito indicato come "Regolamento") sulla base delle indicazioni fornite dall'A.N.AC. per l'adozione dei codici di comportamento negli enti del SSN, tenendo anche conto dell'ordinamento vigente in materia di responsabilità disciplinare, come declinata dai C.C.N.L. delle aree di contrattazione collettiva del personale del S.S.N.

3. Il Codice si pone come strumento a supporto della gestione aziendale fondato su valori etici condivisi, volto all'adozione di procedure e comportamenti finalizzati ad assicurare il miglior soddisfacimento dei bisogni delle comunità di riferimento, a migliorare l'efficienza e l'efficacia delle Aziende e a prevenire attività e comportamenti illegittimi e/o illeciti. Le regole introdotte con il Codice hanno, pertanto, una valenza etica e giuridica.

4. Con il Codice, predisposto in un percorso condiviso con la Regione e con le altre Aziende del S.S.R., si intende inoltre valorizzare l'azione di ogni Azienda (e di coloro che vi operano) in una logica di sistema, che la vede integrata in un assetto erogativo articolato in reti e aree vaste, al fine di assicurare universalismo dell'assistenza, equità di accesso ed appropriatezza delle prestazioni erogate, nel quadro della programmazione sanitaria nazionale e regionale.

5. L'adozione del Codice:

   - risponde al fondamentale concetto di responsabilità sociale delle Aziende, come risultato di un complesso sistema di principi e regole che disciplinano le relazioni tra le aziende sanitarie e tutti i soggetti con i quali intrattengono rapporti di legittimo reciproco interesse (stakeholders);

   - rappresenta una scelta strategica del Servizio Sanitario Regionale, che induce ad affrontare un processo condiviso e articolato in tre momenti:

     a) una prima fase di presa di coscienza e di chiara esplicitazione, diffusione e condivisione dei riferimenti valoriali;

b) una seconda in cui i valori si traducono in prassi operative con essi coerente e regolamentata;
c) una terza di monitoraggio e valutazione dell'adeguatezza delle misure adottate.

6. L'osservanza delle disposizioni contenute nel Codice e nel Regolamento costituisce parte integrante e sostanziale delle obbligazioni contrattuali facenti capo al personale.

7. Il Codice, come previsto dal comma 5 dell'art. 54 del d.lgs. n. 165/2001 è il risultato del coinvolgimento degli stakeholders ed è approvato previa acquisizione del parere dell'OIV-SSR.

Art. 2
Ambito di applicazione e definizioni

1. Il Codice si applica, salvo quanto disposto nei singoli articoli, a tutto il personale che a qualsiasi titolo presta attività lavorativa per le Aziende e nello specifico a:

   a) dipendenti con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e determinato

   b) dipendenti di altre pubbliche amministrazioni in comando, distacco o fuori ruolo

   c) collaboratori e consulenti dell'Azienda con qualsiasi tipologia di contratto e incarico, conferito a qualsiasi titolo

   d) medici e altro personale universitario integrati per l'assistenza

   e) medici di medicina generale (e medici di continuità assistenziale, medici dei servizi territoriali e medici dell'emergenza sanitaria territoriale), pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali interni (medici, veterinari, biologi, chimici, psicologi) per quanto compatibile con le convenzioni vigenti

   f) medici in formazione specialistica, ricercatori a tempo determinato e/o con contratti flessibili, dottorandi, assegnisti di ricerca autorizzati allo svolgimento delle attività assistenziali e tirocinanti

   g) direttore generale, amministrativo e sanitario, scientifico e socio-sanitario ove presenti

   h) personale a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni, servizi o lavori, in conformità con quanto previsto dai Patti di integrità dagli stessi sottoscritti

   i) volontari componenti di associazioni di volontariato, in conformità con quanto previsto dagli accordi dalle stesse sottoscritte.

2. A tal fine, nei provvedimenti di incarico o nei contratti di collaborazione, consulenza o servizio, sono inserite apposite clausole di risoluzione del rapporto di lavoro, di

decadenza o altre disposizioni in caso di violazione degli obblighi derivanti dal presente Codice e/o dal Regolamento, secondo quanto previsto dall'art. 20.

3. Le Società controllate o partecipate dalle Aziende, e i loro dipendenti, nell'applicazione della normativa in materia sono destinatarie del presente Codice in termini di principi ed indirizzi.

4. Nel presente documento, si adottano le seguenti definizioni:

   - "destinatari": tutti i soggetti ricompresi al comma 1 del presente articolo

   - "dipendenti": i destinatari ricompresi nelle lettere a e b del comma 1 del presente articolo; a questi sono assimilati, ai fini dell'applicazione del Codice, anche i destinatari ricompresi nella lettera d

   - "dirigenti": i titolari di un incarico dirigenziale, inclusi quelli conferiti ai sensi dell'art. 15 septies del decreto legislativo n. 502/1992 e s.m.i.

   - "direttori": i destinatari compresi nella lettera g) del comma 1 del presente articolo.

TITOLO II: PRINCIPI ETICI E VALORI DI RIFERIMENTO

Art. 3
Principi generali

1. I principi fondamentali riconosciuti e condivisi dalle Aziende per il perseguimento della mission aziendale e su cui si fondano i comportamenti oggetto del Codice sono, oltre a quelli di diligenza, lealtà, imparzialità, buona condotta e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico, quelli di correttezza, buona fede, onestà, proporzionalità, obiettività, equità e ragionevolezza, indipendenza, efficacia, efficienza e sostenibilità, centralità della persona, non discriminazione, legalità e integrità, trasparenza, riservatezza, valorizzazione del patrimonio professionale, ricerca e orientamento all'innovazione, responsabilità sociale, multidisciplinarietà e integrazione e tutela della sicurezza dei pazienti e dei dipendenti.

2. I destinatari del Codice improntano la propria condotta al rispetto dei principi di cui al presente articolo.

3. I principi maggiormente attinenti alla specificità del contesto del S.S.N. sono declinati come segue:

a) Centralità della persona:

a.1. Le Aziende, in qualità di garanti, nell'ambito di propria competenza, del miglioramento dello stato di salute e della qualità della vita delle persone, orientano la propria gestione alla soddisfazione dell'utente, sviluppando un rapporto di fiducia ed osservando un comportamento improntato alla massima educazione, cortesia, rispetto e disponibilità, avendo quale vocazione, fra le altre, la difesa e la salvaguardia della dignità umana.

a.2. A tal fine le Aziende pongono particolare attenzione alla corretta comunicazione agli utenti sui percorsi e sulle alternative diagnostiche, terapeutiche e/o assistenziali, evidenziando rischi e benefici, fornendo tutte le precisazioni e i chiarimenti necessari, con l'obiettivo di garantire adeguate relazioni tra il personale, il paziente, i suoi familiari e/o il caregiver.

b) Principio di non discriminazione

b.1. Le Aziende contrastano qualsivoglia forma di discriminazione diretta o indiretta, relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, all'origine razziale ed etnica, alla disabilità e alla lingua, sia nelle relazioni con i pazienti e i cittadini-utenti, sia nelle relazioni fra e con i destinatari.

b.2. Le Aziende garantiscono le pari opportunità, la tutela dal mobbing e dalle molestie sessuali e perseguono il benessere organizzativo anche attraverso l'operatività dei Comitati Unici di Garanzia.

c) Legalità e integrità

c.1. Le Aziende conformano la propria azione al rispetto dei principi di legalità e integrità, ponendo in essere le misure necessarie a prevenire la corruzione ed evitare comportamenti illeciti.

c.2. Le Aziende perseguono l'interesse pubblico conformando la propria azione ai doveri di imparzialità, efficienza, economicità e buon andamento, nel rispetto delle leggi, dei contratti e delle direttive, anche tenendo conto dei codici deontologici delle singole professioni.

c.3. Le Aziende assicurano l'assolvimento dei compiti affidati ai destinatari senza condizionamenti dovuti ad interessi privati e personali e senza che vi siano abusi della posizione rivestita per raggiungere indebite utilità, al fine di favorire il più alto grado di fiducia e credibilità.

d) Trasparenza

d.1. Le Aziende improntano la propria attività alla massima trasparenza, dando piena attuazione agli obblighi legislativamente previsti, in modo da favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche, garantendo ai cittadini l'accessibilità totale alle informazioni, ai dati e ai documenti.

d.2. Le Aziende si impegnano ad agire con trasparenza anche attraverso la ricerca del confronto e della partecipazione degli stakeholders, nelle fasi di pianificazione e programmazione, nonché nella rendicontazione degli obiettivi raggiunti e delle risorse impiegate.

e) Riservatezza

e.1. Le Aziende garantiscono nel trattamento delle informazioni il rispetto delle previsioni normative e regolamentari in materia di tutela e protezione dei dati personali, con particolare riguardo ai dati relativi alla salute e alla dignità della persona, e del segreto d'ufficio.

f) Valorizzazione del patrimonio professionale

f.1. L'Azienda riconosce l'importanza del contributo di tutti gli operatori al perseguimento dei fini istituzionali:

- valorizzando la preparazione e competenza professionale

- promuovendo l'attività di formazione e sviluppo professionale attraverso un'attenta rilevazione dei bisogni formativi e mediante l'adozione di iniziative adeguate

- favorendo l'efficacia e la trasparenza delle procedure e dei sistemi di valutazione del personale, riconoscendone l'importanza quali strumenti atti a valorizzare e motivare il personale e a riconoscerne il merito.

g) Ricerca e orientamento all'innovazione

g.1. La ricerca è funzione istituzionale propria delle Aziende, al pari della funzione assistenziale e delle attività di formazione.

g.2. L'attività di ricerca costituisce condizione essenziale per l'innovazione e il miglioramento continuo della qualità dei servizi del S.S.R., consente di promuovere, in modo efficace e appropriato, la qualità dei servizi e delle prestazioni. A tal fine, le Aziende garantiscono lo svolgimento di attività di ricerca obiettiva e indipendente volta alla tutela degli interessi dei cittadini, anche attraverso il potenziamento delle competenze e degli strumenti dedicati.

h) Responsabilità sociale

h.1. Le Aziende promuovono la responsabilità sociale quale principio fondamentale della propria attività e come valore essenziale della gestione organizzativa, in coerenza con la propria funzione sociale, con la tutela dell'ambiente, con la responsabilità verso la comunità locale e le generazioni future.

h.2. Le Aziende promuovono ed assicurano azioni di sostegno nei confronti delle persone più vulnerabili e più esposte al rischio di esclusione sociale e rispetta la diversità culturale al fine di rimuovere ogni forma di emarginazione.

i) Multidisciplinarietà e integrazione

i.1. Le Aziende favoriscono l'approccio multidisciplinare nello svolgimento delle attività anche attraverso l'integrazione dei professionisti e delle discipline coinvolte, tra i servizi sanitari, socio-sanitari e sociali e tra le diverse Aziende e Aree territoriali.

l) Gestione del rischio e tutela della sicurezza

l.1. Le Aziende promuovono e garantiscono nelle proprie strutture la sicurezza dei pazienti e degli operatori, perseguendo il miglioramento della qualità assistenziale anche attraverso la corretta gestione del rischio collegato ai processi di cura ed assistenza.

l.2. Le Aziende, consapevoli dell'importanza di garantire la sicurezza negli ambienti di lavoro, assicurano ai destinatari condizioni di lavoro atte a garantire la tutela della salute e della sicurezza e rispettose della dignità individuale, in attuazione della normativa vigente.

TITOLO III: NORME DI COMPORTAMENTO

Art. 4
Conflitto di interessi e obbligo di astensione

1. Il conflitto di interessi è una condizione in cui il destinatario del Codice è portatore di interessi della propria sfera privata che, anche solo potenzialmente, possono influenzare negativamente e compromettere l'imparzialità e l'indipendenza richieste nelle attività svolte per conto dell'Azienda. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come ad esempio quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici o comunque di voler ricavare utilità propria o di terzi in modo indebito.

2. Il destinatario si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività in situazioni di conflitto di interessi, anche potenziale, e in situazioni che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente, ovvero quando esistano importanti ragioni di convenienza.

3. L'astensione va comunicata per iscritto al soggetto competente individuato al successivo comma 5, anche attraverso modalità informatizzate, e in tempo utile per la trattazione della pratica o lo svolgimento dell'attività, specificando le ragioni. Il responsabile decide sull'astensione, fornendo una risposta scritta tempestiva, anche attraverso modalità informatizzate.

4. Il dipendente fornisce, all'atto della prima assegnazione al servizio e in caso di ogni successivo trasferimento o diverso incarico, e aggiorna annualmente, una dichiarazione avente ad oggetto tutti i rapporti che lo stesso abbia o abbia avuto negli ultimi tre anni, a qualsiasi titolo, con soggetti esterni dai quali possa derivare un conflitto di interessi anche potenziale e/o comunque in qualunque modo retribuiti. Detta dichiarazione specifica per ciascun rapporto tutti gli eventuali emolumenti percepiti e/o benefici goduti, sia direttamente che indirettamente, e inoltre: a) se in prima persona, o suoi parenti o affini entro il secondo grado, il coniuge o il convivente abbiano ancora rapporti finanziari con il soggetto con cui ha avuto i predetti rapporti; b) se siano intercorsi o intercorrano con soggetti che abbiano interessi in attività o decisioni inerenti al servizio, limitatamente alle attività a lui affidate. La dichiarazione, resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, è rilasciata in forma completa, utilizzando il modulo predisposto dalle Aziende, anche attraverso modalità informatizzate. Le previsioni del presente comma si applicano anche ai direttori.

5. La valutazione circa la sussistenza di una situazione di conflitto di interessi spetta:

   - per i dipendenti, al superiore gerarchico

- per il direttore amministrativo, sanitario e socio-sanitario al Direttore Generale

- per il direttore scientifico si rinvia alla normativa nazionale di settore

- per il Direttore Generale al Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare

- per gli altri destinatari, al superiore gerarchico secondo le procedure aziendali.

6. L'adozione delle decisioni conseguenti rispetto alla valutazione di cui al comma precedente avviene secondo le procedure definite dalle Aziende o dalla Regione per il Direttore Generale.

7. Il dipendente non accetta incarichi di collaborazione da soggetti privati che abbiano, o abbiano avuto nel biennio precedente, un interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti all'ufficio di appartenenza.

Art. 5
Regali, compensi e altre utilità

1. I destinatari del Codice, in relazione all'esercizio delle funzioni svolte o attribuite, sia nei rapporti interni che esterni all'Azienda:

   a. non chiedono, né sollecitano, per sé o per altri, regali o altre utilità

   b. non accettano, per sé o per altri, regali o altre utilità, salvo quelli d'uso di modico valore effettuati occasionalmente nell'ambito delle normali relazioni di cortesia o in occasione di festività; in particolare, è consentito di accettare regali di modico valore come espressione di gratitudine del loro operato e come una valutazione positiva dei servizi resi

   c. in ogni caso, non accettano regali o altre forme di utilità che possano creare una situazione di conflitto di interessi, anche solo potenziale o apparente, o influenzare l'indipendenza del loro operato, mettendo a rischio l'immagine e la reputazione aziendale

   d. indipendentemente dalla circostanza che il fatto costituisca reato, non chiedono né accettano, per sé o per altri, regali o altre utilità, neanche di modico valore, a titolo di corrispettivo per compiere o per aver compiuto un atto o un'attività del proprio servizio da soggetti che possano trarne beneficio.

2. Ai fini del presente articolo, per regali o altre utilità di modico valore si intendono quelli di natura occasionale e di valore non superiore a 150 euro per singolo regalo, anche sotto forma di sconto.

3. Per regali o altre utilità, si intendono ad esempio prestazioni o servizi, crediti personali o facilitazioni di pagamento, assistenza e supporti variamente intesi, opportunità di lavoro, spese (pasti, trasporti, viaggi), contributi, partecipazione gratuita a eventi formativi/sportivi/culturali o a manifestazioni fieristiche, eccedenze di fornitura, ecc.

4. In ogni caso è precluso ai destinatari la possibilità di accettare omaggi o utilità sotto forma di somme di denaro o equivalenti (es. assegni, buoni, sconti, carte regalo,….) per qualunque importo, che possono invece essere oggetto di donazione alle Aziende secondo la regolamentazione vigente.

5. I regali e le altre utilità comunque ricevuti fuori dai casi consentiti dal presente articolo devono essere immediatamente consegnati per la restituzione o per essere devoluti a fini istituzionali, secondo i regolamenti aziendali.

Art. 6
Partecipazione ad associazioni e organizzazioni

1. I destinatari del codice, nel rispetto della disciplina vigente del diritto di associazione, non assumono incarichi in associazioni e organizzazioni che possano porli in conflitto di interessi con l'attività svolta all'interno delle Aziende, incluse le associazioni di volontariato e/o senza fini di lucro.

2. Al fine della valutazione del conflitto di interessi, i dipendenti e i direttori comunicano tempestivamente, anche attraverso modalità informatizzate, al proprio superiore gerarchico l'adesione o l'appartenenza ad associazioni od organizzazioni, anche senza fini di lucro, specificando il ruolo ricoperto, i cui ambiti di interessi possano interferire con lo svolgimento dell'attività del servizio di appartenenza, nonché quelle in ambito sanitario, socio sanitario, di ricerca e di tutela della salute. Il presente comma non si applica all'adesione a partiti politici o a sindacati.

3. In ogni caso, per i dipendenti e per i direttori è vietata l'adesione o l'appartenenza ad associazioni o organizzazioni con la previsione di un corrispettivo e/o compenso, ferma restando la possibilità di effettuare attività extraistituzionali secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

4. I destinatari non esercitano pressioni, promettendo vantaggi o prospettando svantaggi di carriera o di altra natura, nei confronti di colleghi e altri operatori o utenti dei servizi con i quali vengano in contatto durante l'attività professionale, al fine di agevolare l'adesione ad associazioni o organizzazioni.

Art. 7
Prevenzione della corruzione

1. I destinatari rispettano le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione ed, in particolare, le prescrizioni e gli obiettivi indicati nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT).

2. Al fine di favorire un efficace e concreto sistema di difesa a contrasto della corruzione, i destinatari sono tenuti a collaborare con il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza (RPCT); in particolare, i dirigenti e gli altri soggetti individuati nel PTPCT partecipano al processo di gestione del rischio di corruzione, contribuiscono alla definizione delle misure e delle azioni indirizzate a prevenire

comportamenti a valenza corruttiva, da inserire nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, e supportano il RPCT nel loro monitoraggio.

3. Fermo restando l'obbligo di denuncia all'Autorità Giudiziaria, i destinatari segnalano al proprio superiore gerarchico e/o al RPCT e/o agli altri soggetti indicati nei regolamenti aziendali eventuali situazioni di illecito nell'amministrazione di cui siano venuti a conoscenza, segnalando anche eventuali criticità nell'applicazione del Codice e possibili miglioramenti dell'organizzazione che consentano di favorire la prevenzione della corruzione.

4. I dipendenti e i direttori coinvolti e il RPCT sono chiamati ad assicurare la tutela dei soggetti che, fuori dai casi di responsabilità per calunnia o diffamazione, denuncino alle Autorità preposte o al RPCT illeciti di cui siano venuti a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, rispetto ai quali verrà prevista specifica tutela nell'ambito dei regolamenti aziendali (tutela del whistleblower). Il RPCT e i direttori prendono in considerazione segnalazioni anonime solo se adeguatamente circostanziate.

Art. 8
Trasparenza e tracciabilità

1. I destinatari del Codice, secondo quanto previsto nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza integrato interaziendale, assicurano l'adempimento degli obblighi di trasparenza previsti in capo alle pubbliche amministrazioni in conformità alle disposizioni normative vigenti, anche prestando la massima collaborazione nell'elaborazione, reperimento e trasmissione dei dati sottoposti all'obbligo di pubblicazione sui siti istituzionali "Amministrazione Trasparente".

2. La tracciabilità dei processi decisionali adottati deve essere, in tutti i casi, garantita attraverso un adeguato supporto documentale ed informatico, che consenta in ogni momento la replicabilità del processo decisionale, assicurando la completezza e l'integrità della documentazione amministrativa e/o sanitaria, con un linguaggio chiaro e comprensibile. Deve essere garantita la conservazione dei documenti acquisiti e prodotti ai fini della rintracciabilità del relativo fascicolo e della documentazione in generale.

3. La tenuta e la conservazione della documentazione amministrativa e/o sanitaria deve avvenire nel rispetto della normativa privacy.

4. I destinatari concorrono a garantire la piena attuazione del diritto di accesso documentale, civico e generalizzato, in ottemperanza alle disposizioni legislative e regolamentari vigenti.

Art. 9
Comportamento nei rapporti privati

Nei rapporti privati, comprese le relazioni extralavorative con pubblici ufficiali nell'esercizio delle loro funzioni, i destinatari del Codice non sfruttano, né menzionano la posizione ricoperta o l'incarico svolto nelle Aziende per ottenere utilità che non gli spettino, e non

assumono nessun altro comportamento che possa pregiudicare gli interessi delle Aziende o nuocere alla loro immagine.

Art. 10
Comportamento in servizio

1. I destinatari del Codice si impegnano a svolgere la propria attività lavorativa, perseguendo l'interesse pubblico e della collettività, nonché del singolo, nel rispetto delle norme, dei regolamenti aziendali e dei principi enunciati dal presente Codice.

2. In particolare:

   - rispettano il segreto d'ufficio e mantengono riservate le notizie e le informazioni apprese nell'ambito dell'attività svolta

   - non divulgano le informazioni relativi ai procedimenti in corso, prima che siano stati ufficialmente deliberati dagli organi competenti, fermo restando i diritti degli interessati al procedimento

   - non ritardano, né adottano, salvo giustificato motivo, comportamenti tali da far ricadere su altri il compimento di attività o l'adozione di decisioni di propria spettanza

   - assicurano nelle relazioni con i colleghi e i terzi la massima collaborazione, nel rispetto delle posizioni e dei ruoli rivestiti, evitando atteggiamenti e comportamenti che possano turbare il necessario clima di serenità e concordia nell'ambito dei servizi

   - si astengono da condotte moleste, anche di tipo sessuale, discriminatorie od offensive dell'altrui dignità

   - si astengono dal rendere pubblico con qualunque mezzo, compresi il web o i social network, i blog o i forum, commenti, informazioni e/o foto/video/audio che possano ledere l'immagine delle Aziende, l'onorabilità dei colleghi, nonché la riservatezza o la dignità delle persone e in particolare dei pazienti

   - mantengono la funzionalità ed il decoro degli ambienti, utilizzano gli oggetti, le attrezzature e gli strumenti esclusivamente per finalità lavorative, e adottano comportamenti volti alla riduzione degli sprechi ed al risparmio energetico

   - utilizzano i mezzi di trasporto delle Aziende soltanto per lo svolgimento dei compiti d'ufficio e/o delle attività affidate, astenendosi dal trasportare terzi, se non per motivi d'ufficio

   - non prestano la propria attività sotto l'effetto di sostanze alcoliche e/o stupefacenti e/o consumano tali sostanze nel corso della prestazione lavorativa.

3. I dipendenti rispettano gli obblighi di servizio con particolare riferimento all'orario di lavoro, applicando correttamente la regolamentazione aziendale prevista per la rilevazione delle presenze e per l'astensione al lavoro. In particolare, all'atto di ingresso o uscita dal

servizio, utilizzano il lettore badge più vicino alla propria sede di lavoro, fatte salve le ipotesi previste nelle regolamentazioni aziendali.

Art. 11
Comportamento nei rapporti con il pubblico e con i mezzi di informazione

1. Il destinatario del Codice si fa riconoscere attraverso l'esposizione, in modo visibile, del cartellino di riconoscimento o altro supporto identificativo secondo i regolamenti vigenti. Negli ambienti di lavoro utilizza le divise di servizio in modo da garantirne l'igiene, la sicurezza e il decoro nel rispetto della dignità professionale e dell'immagine dell'Azienda.

2. Nel rispondere alla corrispondenza, a chiamate telefoniche, ai messaggi di posta elettronica e ad ogni altra forma di messaggistica digitale, il destinatario opera nella maniera più completa e accurata possibile, favorendo la propria identificazione e indirizzando l'interessato ad altro servizio o ufficio, qualora non competente per materia. Fatte salve le norme sul segreto d'ufficio, fornisce le spiegazioni che gli siano richieste in ordine al comportamento proprio e di altri colleghi dei quali ha la responsabilità o il coordinamento. Nelle attività da svolgere e nella trattazione delle pratiche rispetta, salvo diverse esigenze di servizio o diverso ordine di priorità stabilito dall'Azienda, l'ordine cronologico e non rifiuta prestazioni a cui sia tenuto con motivazioni generiche. Rispetta gli appuntamenti con i cittadini e risponde in modo tempestivo ai loro reclami.

3. Salvo il diritto di esprimere valutazioni e diffondere informazioni a tutela dei diritti sindacali, il destinatario si astiene da dichiarazioni pubbliche offensive nei confronti dell'Azienda o lesive dell'immagine della stessa e dei colleghi.

4. Il destinatario rispetta gli standard di qualità e di quantità fissati dalle Aziende anche nelle Carte dei Servizi; opera al fine di assicurare la continuità del servizio e di fornire informazioni sulle modalità di prestazione dei servizi e sui livelli di qualità.

5. I rapporti con gli organi di informazione (stampa, televisione, radio, ecc.) spettano alle Direzioni aziendali che si avvalgono degli uffici competenti, nel rispetto della politica di comunicazione eventualmente definita nei regolamenti dalle Aziende. Nel caso di eventuali contatti diretti da parte degli organi di informazione con i singoli destinatari in relazione alla attività aziendale, gli stessi informano preventivamente gli uffici competenti secondo le disposizioni aziendali.

6. Nei rapporti con gli organi di informazione, particolare attenzione deve essere posta alla tutela della riservatezza e della dignità delle persone e al diritto alla protezione dei dati personali e dei dati relativi alla salute.

Art. 12
Disposizioni particolari per i dirigenti

1. Ferma restando l'applicazione delle altre disposizioni del Codice, ai dirigenti si applicano le disposizioni dell'articolo 13 del Regolamento nonché quelle del presente articolo. Le

presenti disposizioni si applicano anche ai titolari di Posizione Organizzativa per le strutture prive di personale con qualifica dirigenziale.

2. Il dirigente svolge con diligenza le funzioni ad esso spettanti in base all'atto di conferimento dell'incarico, persegue gli obiettivi assegnati e adotta un comportamento organizzativo adeguato per l'assolvimento dell'incarico.

3. Il dirigente fornisce e aggiorna annualmente le informazioni sulla propria situazione patrimoniale e le dichiarazioni annuali dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche previste dalla legge, secondo le indicazioni impartite dalle Aziende, anche con modalità informatizzate. Nell'ambito della dichiarazione prevista all'art. 4 comma 4, il dirigente, prima di assumere le sue funzioni, comunica altresì all'Azienda le partecipazioni azionarie e gli altri interessi finanziari che possano porlo in conflitto di interessi con la funzione pubblica che svolge e dichiara se ha parenti e affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che ricoprano incarichi politici, o esercitino attività professionali o economiche che li pongano in contatti frequenti con l'ufficio che dovrà dirigere o che siano coinvolti nelle decisioni o nelle attività inerenti all'ufficio.

4. In particolare, i dirigenti, ciascuno per l'ambito di propria competenza e in relazione alla natura dell'incarico ed ai connessi livelli di responsabilità:

   - favoriscono il pieno e motivato coinvolgimento del personale assegnato nel perseguimento degli obiettivi e delle attività aziendali

   - curano il benessere organizzativo, favorendo l'instaurarsi di rapporti cordiali e rispettosi tra i collaboratori, assumono iniziative finalizzate alla circolazione delle informazioni, anche in merito agli obiettivi assegnati alla struttura e alle criticità riscontrate, all'inclusione e alla valorizzazione delle differenze di genere, di età e di condizioni personali. Il dirigente garantisce, altresì, ai propri collaboratori pari opportunità di crescita professionale, assicurando una formazione e un aggiornamento adeguati, promuovendo lo sviluppo delle loro capacità e valorizzandone le competenze e le differenti attitudini e potenzialità

   - vigilano sul rispetto degli obblighi contrattuali e del Codice da parte dei collaboratori, con particolare attenzione alle norme in materia di presenza in servizio, corretta timbratura delle presenze e fruizione dei permessi, utilizzo adeguato dei servizi, materiali, attrezzature, mezzi di trasporto e, in generale, risorse affidategli per ragioni di servizio

   - assicurano che le risorse assegnate siano utilizzate per finalità esclusivamente istituzionali e, in nessun caso, per esigenze personali

   - rispettano le disposizioni vigenti in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e si impegnano, altresì, a provvedere alle relative comunicazioni obbligatorie

- ad integrazione di quanto previsto all'art. 8, promuovono e assicurano l'applicazione delle misure previste dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, e vigilano sulla loro attuazione

- assegnano le attività sulla base di un'equa ripartizione del carico di lavoro, dell'inquadramento contrattuale e degli incarichi di responsabilità organizzativa conferiti, tenendo conto delle capacità, delle attitudini e della professionalità del personale a disposizione, anche in base a criteri di rotazione, ove opportuno e possibile

- valutano il personale assegnato alla struttura cui è preposto con imparzialità e rispettando le indicazioni, i tempi prescritti dall'Azienda e l'obbligo di astensione previsto nei casi di cui al comma 2 dell'art. 4

- intraprendono con tempestività le iniziative necessarie ove vengano a conoscenza di un illecito; attivano e concludono, se competenti, il procedimento disciplinare, ovvero segnalano tempestivamente l'illecito all'autorità disciplinare, prestando ove richiesta la propria collaborazione. Provvedono, nei casi in cui si configuri un illecito penale, amministrativo o contabile a informare senza indugio il proprio superiore gerarchico e a inoltrare tempestiva denuncia/segnalazione all'autorità giudiziaria competente. Nel caso in cui ricevano segnalazioni di un illecito da parte di un dipendente, adottano ogni cautela affinché il segnalante sia tutelato (ai sensi e per gli effetti dell'art. 54 bis del decreto legislativo n. 165/2001)

- si adoperano affinché notizie non rispondenti al vero quanto all'organizzazione, all'attività e ai dipendenti dell'Azienda possano diffondersi.

5. Le indicazioni nel presente articolo si applicano anche ai direttori.

Art. 13
Contratti e atti negoziali

1. Nello svolgimento delle attività propedeutiche ad una gara pubblica, nella conclusione di accordi e negozi, nonché nella stipulazione di contratti e nella fase di esecuzione degli stessi, i dipendenti e i direttori agiscono secondo il principio di imparzialità e di ottenimento del massimo vantaggio per le Aziende nel perseguimento dei fini istituzionali.

2. In particolare i dipendenti e i direttori non possono stipulare contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento o assicurazione con imprese con le quali abbiano stipulato contratti a titolo privato o ricevuto altre utilità nel biennio precedente, ad eccezione di quelli conclusi mediante moduli standard o formulari (art.1342 codice civile).

3. Ciascuna procedura deve essere espletata adottando le più ampie condizioni di concorrenza, pubblicità e trasparenza, nel rispetto della normativa vigente.

4. Nello svolgimento delle attività di cui al comma 1, i dipendenti e i direttori non ricorrono a mediazione di terzi, né corrispondono o promettono ad alcuno utilità a titolo di intermediazione, né per facilitare o aver facilitato la conclusione o l'esecuzione del

contratto. Il presente comma non si applica ai casi in cui l'amministrazione abbia deciso di ricorrere all'attività di intermediazione professionale per esplicite ragioni di maggior vantaggio per l'amministrazione.

5. In caso di procedure di gara pubblica l'aspirante contraente si impegna a rispettare i principi del presente Codice al momento di presentazione della domanda di partecipazione. In ogni caso i contraenti si impegnano espressamente a condividere e rispettare i medesimi principi al momento della stipulazione del contratto e quanto previsto dai Patti di integrità sottoscritti.

Art. 14
Gestione delle liste di attesa e attività libero professionale

1. Le liste di attesa sono gestite con il massimo rigore e secondo criteri di trasparenza rispettando l'ordine cronologico di prenotazione ed i criteri di priorità fissati per l'accesso alle prestazioni, evitando ogni forma di condizionamento derivante dall'attività libero professionale o da altri interessi non istituzionali.

2. L'esercizio dell'attività libero professionale deve essere autorizzata dalle Aziende e svolta nel rispetto delle disposizioni normative e regolamentari in materia. Non deve essere in contrasto con le finalità e le attività istituzionali delle Aziende e deve essere organizzato in modo tale da garantire il prioritario svolgimento e il rispetto dei volumi dell'attività istituzionale, nonché la funzionalità dei servizi.

3. Il destinatario tiene rigorosamente separate l'attività libero professionale da quella istituzionale secondo quanto previsto dalla normativa nazionale, dagli indirizzi e dalle direttive regionali in materia (cfr. in particolare DGR n. 1131/2013 "Linee guida regionali attuative dell'art. 1, comma 4, della Legge n. 120/2007 "Disposizioni in materia di attività libero professionale intramuraria e altre norme in materia sanitaria", come modificato dal decreto legge n. 158/2012); nel suo svolgimento non deve ritardare, intralciare o condizionare l'attività istituzionale, con particolare attenzione al fenomeno dello sviamento dei pazienti verso l'attività libero professionale, propria o altrui, a discapito e/o in sostituzione dello svolgimento dell'attività istituzionale.

4. Le Aziende vigilano sul corretto svolgimento dell'attività libero professionale, in particolare per quanto attiene alla libera scelta dell'assistito, al rispetto del corretto rapporto fra volumi di attività istituzionale e libero professionale e alla corretta e trasparente informazione al paziente.

Art. 15
Ricerca e sperimentazioni

1. Le attività di ricerca e di sperimentazione sono svolte secondo quanto previsto dalla normativa nazionale e regionale e dai regolamenti aziendali, osservando le buone pratiche previste dalla comunità scientifica e garantendo l'assenza di pregiudizi per l'attività assistenziale.

2. Nelle sperimentazioni cliniche e negli studi, che secondo la legge o altra fonte normativa devono essere sottoposti al parere del competente Comitato Etico, oltre al parere positivo del medesimo Comitato è richiesto espresso e motivato nullaosta del direttore generale della struttura sanitaria in cui è condotta l'attività. L'avvio della sperimentazione clinica o dello studio, in assenza del predetto nullaosta, è fonte di responsabilità disciplinare ed è rilevante ai fini della responsabilità civile, amministrativa e contabile dello sperimentatore.

3. Il personale coinvolto conduce l'attività di ricerca e di sperimentazione libero da condizionamenti e pressioni di ogni genere, assicurando la massima tutela dei diritti e della dignità delle persone. Lo svolgimento di tale attività avviene altresì nel rispetto dei seguenti requisiti:

   - completa informativa al paziente in merito alla sperimentazione e/o studio e conseguente acquisizione del consenso informato, ove necessario

   - conformità ai principi della normativa in materia di protezione dei dati personali

   - appropriatezza, veridicità e affidabilità nella progettazione e nella conduzione dello studio (es. raccolta di dati veritieri e loro corretta conservazione nei registri, corretta comunicazione di eventuali eventi avversi, adeguata e veritiera rendicontazione di contributi o finanziamenti ricevuti, pubblicazione dei dati in modo accurato senza alterazione dei risultati)

   - rispondenza ai principi etici e agli standard professionali in tutte le fasi della ricerca scientifica

   - integrità, indipendenza e trasparenza del ricercatore.

4. Il personale coinvolto nell'attività di ricerca/sperimentazione informa le Aziende e il Comitato Etico, secondo le modalità previste dai regolamenti vigenti, di potenziali conflitti di interessi o di eventuali attività o iniziative finalizzate a condizionare la sperimentazione stessa. Assicura la corretta attribuzione e la trasparenza dei finanziamenti ottenuti e della ripartizione degli oneri delle sperimentazioni, come definito dai regolamenti aziendali in materia.

5. I destinatari del presente Codice che detengono brevetti e altre forme di proprietà intellettuale devono prestare particolare attenzione ai potenziali conflitti di interessi che potrebbero derivare rispetto alle attività aziendali svolte e dichiararli alle Aziende per una loro valutazione.

Art. 16
Sponsorizzazioni e attività formativa

1. I destinatari del Codice, in relazione alle iniziative di sponsorizzazione e agli atti di liberalità, osservano le procedure previste nei regolamenti aziendali, attenendosi a principi di trasparenza, imparzialità e pubblicità.

2. La formazione sponsorizzata è ammessa qualora porti ragionevolmente un beneficio all'attività istituzionale svolta e sulla base di proposte non nominative indirizzate alle Aziende, nel rispetto dei regolamenti vigenti; in tale ambito, i dipendenti interessati sono individuati dalle Aziende in relazione al ruolo organizzativo, alle competenze possedute, al bisogno formativo, ecc., secondo criteri d'imparzialità e rotazione. Rientrano nella fattispecie anche le risorse messe a disposizione da chiunque per la sponsorizzazione di convegni, congressi, attività formative da svolgere presso le Aziende.

3. Nell'individuazione dei docenti ai quali affidare le attività formative aziendali, i dipendenti coinvolti nel percorso di assegnazione dei relativi incarichi applicano principi di valutazione delle competenze richieste dal fabbisogno formativo, di imparzialità e trasparenza, nel rispetto delle procedure aziendali.

Art. 17
Rapporti con società farmaceutiche e/o ditte produttrici di dispositivi medici

1. I rapporti con società farmaceutiche e/o ditte produttrici di dispositivi medici sono gestiti secondo quanto previsto dalla normativa nazionale, dagli indirizzi e dalle direttive regionali in materia (cfr. in particolare DGR n. 2309/2016 "Indirizzi e direttive in materia di informazione scientifica sul farmaco nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale") e dai regolamenti aziendali, evitando qualsiasi comportamento volto a favorire indebitamente qualunque soggetto.

2. Nel quadro dell'attività di informazione e presentazione dei medicinali, svolta presso medici o farmacisti, ad integrazione di quanto già previsto all'art. 5, è fatto divieto di ricevere premi, vantaggi pecuniari o in natura, salvo che siano di valore trascurabile e siano comunque collegabili all'attività espletata dal medico o dal farmacista. La quantificazione del predetto valore trascurabile è fissata in un massimo di venti euro annui per società farmaceutica, per ogni singolo medico o farmacista. Eventuale materiale informativo di consultazione scientifica o di lavoro (abbonamenti a riviste, testi, accesso a banche dati, ecc.), per l'attività del medico e del farmacista, può essere ceduto, a titolo gratuito, solo alle direzioni delle Aziende Sanitarie che disporranno in quale modalità renderlo fruibile agli operatori sanitari.

3. Il personale medico che opera per le Aziende è tenuto a prescrivere i farmaci e utilizzare i dispositivi medici secondo le migliori scelte basate su evidenze scientifiche, sicurezza di uso e sostenibilità economica per la cura delle persone sulla base dei prontuari del farmaco regionali e delle loro articolazioni a livello di Area Vasta e nel rispetto di quanto previsto dai regolamenti e dalle procedure operative stabilite a livello aziendale. Parimenti, il personale medico prescrive dispositivi ed ausili secondo le procedure stabilite a livello aziendale.

4. È fatto divieto ai destinatari di promuovere nei confronti degli utenti l'acquisto o comunque l'acquisizione di prodotti e/o materiale sanitario e non, al di fuori di quanto previsto dalle procedure aziendali.

5. I principi sopra indicati si estendono a tutte le tipologie di fornitori e a tutti i destinatari coinvolti.

Art. 18
Attività conseguenti al decesso

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

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

   b. non accettano né richiedono omaggi compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti, in particolare all'interno delle camere mortuarie

   c. non suggeriscono ai parenti del deceduto alcuna specifica impresa di onoranze funebri.

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

TITOLO IV: SISTEMA SANZIONATORIO E DI VIGILANZA

Art. 19
Vigilanza sull'applicazione del Codice

1. Sull'applicazione del presente Codice vigilano:

   a) i **dirigenti** ciascuno per l'ambito di propria competenza e in relazione alla natura dell'incarico ed ai connessi livelli di responsabilità:

      - promuovono la conoscenza del Codice e favorirne il rispetto, anche fornendo consulenza ed assistenza sulla corretta interpretazione e attuazione del medesimo

      - segnalano all'autorità disciplinare o attivano direttamente le azioni disciplinari di competenza conseguenti ad eventuali violazioni del Codice, comunicando le sanzioni comminate all'U.P.D.

   b) l'**Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.)**, il quale oltre alle funzioni disciplinari previste dalla legge, ai fini dell'attuazione del Codice:

      - ne cura l'aggiornamento in collaborazione con il RPCT, anche sulla base degli indirizzi regionali

      - esamina le segnalazioni di violazione dello stesso

      - tiene la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate e le segnala alle Autorità Giudiziarie competenti per i profili di responsabilità contabile, amministrativa, civile e penale e al Servizio competente ai fini della valutazione dell'incarico

      - fornisce consulenza ed assistenza sulla corretta interpretazione e attuazione del Codice

      - invia alle strutture aziendali deputate alla valutazione del personale gli atti decisori in esito a procedimenti disciplinari per gli adempimenti di competenza anche in ordine alla valutazione delle performance e/o dell'incarico conferito

      - predispone una relazione annuale dell'attività disciplinare svolta complessivamente e delle segnalazioni relative a condotte illecite e/o fatti o illegalità nel rispetto della riservatezza da trasmettere al R.P.C.T.

   c) il **Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (R.P.C.T.)**, il quale:

      - cura la diffusione della conoscenza del Codice in ambito aziendale, anche promuovendo idonee iniziative formative

- monitora annualmente il livello di attuazione dello stesso

- riceve le segnalazioni di infrazione del Codice commesse da qualunque destinatario

- cura la pubblicazione sul sito istituzionale dell'Azienda l'esito del monitoraggio annuale secondo le indicazioni fornite dall'ANAC

- utilizza tali dati al fine di proporre eventuali misure volte a correggere i fattori che hanno contribuito a determinare le cattive condotte e in fase di predisposizione del PTPC.

d) il **Servizio personale o altro Servizio aziendale preposto in materia o il fornitore**, il quale:

- consegna copia del Codice al destinatario che lo sottoscrive all'atto del conferimento dell'incarico/assunzione o dalla stipula del contratto. In particolare, i contratti individuali di lavoro aziendali devono contenere il richiamo al dovere di osservanza delle disposizioni del Codice, con precisazione che l'eventuale violazione verrà sanzionata

e) l'**Organismo Indipendente di Valutazione per gli Enti e le Aziende del Servizio Sanitario Regionale (OIV-SSR)**, con il supporto dell'**Organismo Aziendale di Supporto**, il quale:

- fornisce parere obbligatorio sul Codice ai sensi dell'art. 54, comma 5, decreto legislativo n. 165/2001

- verifica il coordinamento tra i contenuti del Codice ed il sistema di misurazione e valutazione della performance.

2. Collaborano altresì all'aggiornamento e al monitoraggio del Codice:

   a. **i destinatari del Codice**

   b. **gli utenti e le Associazioni di cittadini**.

3. Per i dipendenti, il rispetto del Codice ed il corretto esercizio dei doveri di vigilanza sull'attuazione e sul rispetto dello stesso rientrano tra parametri e criteri di valutazione della performance individuale.

Art. 20
Responsabilità conseguenti alla violazione dei doveri del Codice e Disposizioni Sanzionatorie per i destinatari soggetti al potere disciplinare delle Aziende

1. Ferma restando la necessità dell'osservanza dei principi di cui all'art. 3, il presente Codice stabilisce specifici obblighi la cui trasgressione costituisce violazione dei doveri d'ufficio e comporta l'applicazione di sanzioni disciplinari così come previste dalla legge, dai

regolamenti e dai contratti collettivi. Pertanto, quanto riportato nel presente articolo ha valenza ricognitiva e non costitutiva.

2. Il contratto individuale di lavoro prevede il richiamo al dovere di osservanza delle disposizioni del presente Codice, con la precisazione che l'eventuale violazione verrà sanzionata. Nel contratto medesimo il lavoratore dà atto di conoscere il presente Codice, le sue prescrizioni e le conseguenti responsabilità, anche disciplinari, in caso di violazione.

3. Ai fini della determinazione del tipo e dell'entità della sanzione disciplinare concretamente applicabile, la violazione è valutata in ogni singolo caso con riguardo alla gravità del comportamento e all'entità del pregiudizio, anche morale, derivatone al decoro o al prestigio dell'amministrazione di appartenenza.

4. Fermo restando che violazioni gravi o reiterate del Codice comportano l'applicazione della sanzione espulsiva, quest'ultima si applica in particolare nei seguenti casi di violazione del Codice:

   - violazione delle disposizioni concernenti regali, compensi e altre utilità (art. 5 del presente Codice) qualora concorrano la non modicità (da intendersi come valore non superiore a 150 €) del valore del regalo o delle altre utilità e l'immediata correlazione di questi ultimi con il compimento di un atto o di un'attività tipici dell'ufficio

   - nel caso in cui il pubblico dipendente costringa altri dipendenti ad aderire ad associazioni od organizzazioni o eserciti pressioni a tale fine, promettendo vantaggi o prospettando svantaggi di carriera (art. 6, comma 4, del presente Codice)

   - nel caso in cui il pubblico dipendente concluda, per conto delle Aziende, contratti di appalto, fornitura, servizio, finanziamento o assicurazione con imprese con le quali abbia stipulato contratti a titolo privato o ricevuto altre utilità nel biennio precedente, ad eccezione di quelli conclusi mediante moduli standard o formulari (art.1342 codice civile) (art. 13, comma 2, del presente codice)

   - nei casi di recidiva nelle seguenti ipotesi di illecito:

     a) il pubblico dipendente accetti incarichi di collaborazione da soggetti privati che abbiano, o abbiano avuto nel biennio precedente, un interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti all'ufficio di appartenenza (art. 4, comma 7, del presente Codice)

     b) il pubblico dipendente non si sia astenuto dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni in situazioni di conflitto, non meramente potenziale, di interessi con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici (art. 4, commi 1 e 2, del presente Codice)

c) il dirigente responsabile di struttura, che nei limiti delle sue possibilità, non eviti che notizie non rispondenti al vero quanto all'organizzazione, all'attività e ai dipendenti pubblici possano diffondersi (art.12, comma 4 ultimo capoverso).

5. Le sanzioni conservative possono essere applicate in caso di violazione delle disposizioni previste nel Titolo III del presente Codice con conseguente applicazione delle seguenti sanzioni disciplinari, salvo quelle più gravi previste dalla legge, dai regolamenti e dai contratti collettivi (art. 16 com. 3 del Regolamento):

   a) **per il personale del comparto (art. 13 CCNL/2004)**: dal minimo del rimprovero verbale o scritto al massimo della multa di importo pari a quattro ore della retribuzione (comma 4 lett. a,b,c oppure lett. g in caso di violazione di doveri di comportamento non ricompresi specificatamente nelle lettere precedenti, da cui sia derivato disservizio ovvero danno o pericolo all'azienda o ente, agli utenti o terzi); oppure sospensione dal servizio con privazione della retribuzione fino a un massimo di 10 gg in caso di recidiva se la precedente violazione era stata sanzionata con il massimo della multa (comma 5 lett. a) o qualora sia derivato grave danno all'azienda o ente, agli utenti o terzi (comma 5 lett. m); o sospensione dal servizio con privazione della retribuzione da 11 giorni fino ad un massimo di 6 mesi per recidiva nel biennio quando sia stata comminata la sanzione massima oppure in caso di particolare gravità (comma 6 lett. a)

   b) **per la dirigenza (CCNL/2010 integrativo CCNL 17.10.2008 art. 8)**: dal minimo della censura scritta fino alla multa da 200 a 500 € (art. 8 comma 4 lett. a, b, f, h) la sospensione dal servizio con privazione della retribuzione da un minimo di 3 giorni fino ad un massimo di 3 mesi nel caso previsto dall'art. 55 sexies, comma 1 del decreto legislativo n. 165/2001 (art 8, comma 7); la sospensione dal servizio con privazione della retribuzione da un minimo di 3 giorni a 6 mesi, nei casi di recidiva delle mancanze previste o particolare gravità delle mancanze previste al comma 4 (art. 8, comma 8 lett. a) o per le condotte di cui al comma 8 lett. b e segg.

      A fronte del mancato esercizio o della decadenza dell'azione disciplinare, dovuto all'omissione o al ritardo, senza giustificato motivo, degli atti del procedimento disciplinare, inclusa la segnalazione di cui all'art. 55 bis, comma 4, ovvero a valutazioni manifestamente irragionevoli di insussistenza dell'illecito in relazione a condotte aventi oggettiva e palese rilevanza disciplinare, è prevista, per i soggetti responsabili, l'applicazione della sospensione dal servizio fino ad un massimo di 3 mesi, salva la maggior sanzione del licenziamento prevista nei casi di cui all'art 55 quater, comma 1, lettera f-ter) e comma 3 quinquies. (art. 55 sexies, comma 3 del decreto legislativo n. 165/2001)

   c) **per i dipendenti** che violino il Codice con conseguente condanna dell'Amministrazione al risarcimento del danno si applica la sospensione dal servizio con privazione della retribuzione da un minimo di 3 giorni a un massimo di 3 mesi in proporzione dell'entità del risarcimento (art.. 55 sexies, comma 1, decreto legislativo n. 165/2001).

6. In ogni caso l'irrogazione delle sanzioni è consentita solo a seguito di procedimento disciplinare e nel rispetto dei principi di gradualità e proporzionalità delle sanzioni alle effettive circostanze oggettive e soggettive del caso.

7. Restano fermi gli ulteriori obblighi e le conseguenti ipotesi di responsabilità disciplinare dei pubblici dipendenti previsti da norme di legge, di regolamento o dai contratti collettivi, nonché la comminazione del licenziamento senza preavviso per i casi già previsti dalla legge, dai regolamenti e dai contratti collettivi.

7. In ogni caso, costituendo le norme del presente Codice precise obbligazioni contrattuali, nei casi di violazione delle stesse, le Aziende agiscono nei confronti del trasgressore ricorrendo agli strumenti e alle tutele previste dall'ordinamento giuridico, quali, a mero titolo esemplificativo, la risoluzione del contratto e il risarcimento del danno, anche di immagine, derivato alle Aziende dalla condotta lesiva.

Art. 21
Responsabilità conseguenti alla violazione dei doveri del Codice e Disposizioni Sanzionatorie per gli altri destinatari

1. Per i destinatari non soggetti al potere disciplinare dell'Azienda, costituendo le norme del presente Codice precise obbligazioni contrattuali, nei casi di violazione delle stesse, l'Azienda agisce nei confronti del trasgressore ricorrendo agli strumenti e alle tutele previste dall'ordinamento giuridico, quali, a mero titolo esemplificativo, la risoluzione del contratto e il risarcimento del danno, anche di immagine, derivato all'Azienda dalla condotta lesiva.

2. Con specifico riferimento alle varie tipologie di destinatari, si indicano le conseguenze della violazione del Codice:

   a) **per il personale universitario integrato nell'attività assistenziale, ivi compresi i ricercatori a tempo determinato convenzionati**, in caso di violazione degli obblighi previsti dal presente Codice, previa istruttoria, le Aziende trasmettono gli atti all'Università per le valutazioni del caso e l'eventuale attivazione del procedimento disciplinare. Qualora la violazione consista in gravissime mancanze ai doveri d'ufficio, il Direttore Generale previo parere conforme, da esprimere entro ventiquattro ore dalla richiesta al Comitato dei Garanti, può sospendere i professori ed i ricercatori universitari dall'attività assistenziale e disporne l'allontanamento dall'Azienda, dandone immediata comunicazione al Rettore per gli ulteriori provvedimenti di competenza; qualora il Comitato non si esprima nelle ventiquattro ore previste, il parere si intende espresso in senso conforme.

      In esito al procedimento disciplinare condotto dall'Università e in accordo con quest'ultima, le Aziende valutano la risoluzione dal rapporto convenzionale.

   b) **Per i medici in formazione specialistica**, in caso di violazione degli obblighi previsti dal presente Codice, previa istruttoria, le Aziende trasmettono segnalazione al Rettore, al Direttore della Scuola di Specializzazione alla quale risulta iscritto il Medico in Formazione Specialistica ed al Responsabile del Dipartimento Universitario

di riferimento della Scuola di Specializzazione per l'attivazione delle misure di propria competenza. Sulla base della gravità della violazione, previa istruttoria, le Aziende possono disporre l'inibizione temporanea dalla frequenza presso le proprie strutture e, conseguentemente, dall'attività formativa pratica, nelle more delle decisioni dell'Università, in conformità agli accordi esistenti tra Aziende ed Università.

c) **Per i ricercatori a tempo determinato a moderata attività assistenziale, dottorandi ed assegnisti di ricerca autorizzati all'espletamento dell'attività assistenziale**, in caso di violazione degli obblighi previsti dal presente Codice, le Aziende, previa segnalazione all'Università e previa istruttoria, possono disporre la sospensione dell'autorizzazione o la revoca dell'ammissione all'esercizio dell'attività assistenziale con conseguente esclusione. Qualora la violazione concerna uno degli illeciti che comportano l'applicazione delle sanzioni espulsive (licenziamento per giustificato motivo e per giusta causa), il Direttore Sanitario attiverà comunque le procedure previste per l'esclusione dall'attività assistenziale, in conformità agli accordi esistenti tra Aziende ed Università.

d) **per il direttore generale, amministrativo e sanitario, scientifico e sociosanitario ove presenti**, ogni comportamento in contrasto con il presente Codice sarà segnalato alla Regione per il Direttore Generale, al Direttore Generale per il Direttore Sanitario, Amministrativo e Socio-Sanitario, al Ministero della Salute per il Direttore Scientifico e potrà costituire mancato raggiungimento degli obiettivi attribuiti con ogni conseguenza del caso.

e) **per gli altri destinatari del presente Codice non compresi nei punti precedenti** - ossia quanti intrattengono con le Aziende rapporti convenzionali, contrattuali o di collaborazione/consulenza, compresi loro dipendenti, collaboratori, ecc. - ogni comportamento in contrasto con il presente Codice potrà costituire inadempimento sulla base di quanto stabilito nei relativi contratti o convenzioni, con ogni conseguenza del caso.

Art. 22
Effetti del rispetto del Codice sul sistema di valutazione

1. L'attuazione dei doveri e adempimenti previsti nel Codice è ritenuta rilevante nell'ambito della definizione dei criteri di misurazione e valutazione della performance individuale e organizzativa del personale, e della eventuale attribuzione degli incarichi previsti dai CC.NN.LL. e dagli Accordi integrativi aziendali.

2. Per i dipendenti, la violazione del Codice, qualora accertata in ambito disciplinare, assume rilevanza anche ai fini del sistema premiante aziendale e della conseguente erogazione delle voci accessorie correlate, nei casi e con le modalità previste nel sistema di valutazione adottato nell'ambito degli accordi integrativi aziendali.

TITOLO V: DISPOSIZIONI FINALI

Art. 23
Disposizioni finali

1. Il presente Codice entra in vigore dalla data di approvazione con atto deliberativo delle Aziende.

2. Ai sensi dell'art.17, comma 2 del Regolamento, viene data la più ampia diffusione tramite pubblicazione sul sito web istituzionale delle Aziende Sanitarie e sulla rete intranet, nonché tramite e-mail o altra comunicazione a tutti i dipendenti e ai titolari di contratti di consulenza o collaborazione a qualsiasi titolo, anche professionale, di imprese fornitrici di servizi in favore delle Aziende sanitarie.

3. Il presente Codice è parte integrante e sostanziale del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza interaziendale.

ALLEGATO 1) NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Il presente Codice s'inserisce nel più ampio quadro recentemente tracciato nel nostro ordinamento giuridico di seguito riportato:

- Legge 7 agosto 1990 n. 241 "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di accesso ai documenti amministrativi"

- Art. 54 "Codice di Comportamento" del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, così come sostituito dall'art. 1, comma 44, della Legge n. 190/2012

- Decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

- Decreto legislativo 9 aprile 2008 n. 81 "Testo Unico sulla salute e sicurezza sul lavoro"

- Legge 6 novembre 2012, n. 190 recante: "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e la repressione dell'illegalità nella pubblica amministrazione"

- D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165"

- Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 relativo a "Riordino della disciplina riguardante
- gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni"

- Decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 relativo a: "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190"

- Regolamento (UE) 2016/679 sulla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati

- Intesa tra Governo Regioni ed Enti Locali per l'attuazione dell'art. 1, commi 60 e 61, della Legge 2 novembre 2012, n. 190, n. 79 del 24 luglio 2013

- Linee guida in materia di codici di comportamento delle pubbliche amministrazioni (art. 54, comma 5, decreto legislativo n. 165/2001), approvate dalla CIVIT (ora ANAC) con Deliberazione n. 75/2013

- Delibera CIVIT 11/9/2013 n. 72 "Approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione"

- Determinazione ANAC 28/10/2015 n. 12: "Aggiornamento PNA"

- Determinazione ANAC 3/8/2016 n. 831: "Aggiornamento PNA"

- Determinazione ANAC 28/12/2016 n.1309: “Linee guida su accesso civico generalizzato”

- Linee guida per l’adozione dei codici di comportamento negli enti del SSN, approvate con Deliberazione ANAC n. 358 del 29/3/2017

- Legge Regionale 1 giugno 2017 n. 9 “Fusione dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia e dell'Azienda Ospedaliera 'Arcispedale Santa Maria Nuova'. Altre disposizioni di adeguamento degli assetti organizzativi in materia sanitaria”

- Contratti collettivi del comparto sanità e delle aree dirigenziali del SSN

- Accordi collettivi nazionali del personale convenzionato (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti, ecc.)

- Codici deontologici professionali

- Piani aziendali per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza.

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

INFORMATIVA SUL *DIVIETO DI PANTOUFLAGE*
(art. 53, comma 16 ter, decreto legislativo n. 165/2001)
(Piano per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza 2021/2023)

Il sottoscritto _____

in occasione della cessazione dal servizio, dichiara di essere stato informato dall'Amministrazione circa i contenuti dell'art. 53, comma 16 ter, del decreto legislativo n. 165/2001, introdotto dalla legge n. 190/2012 (art. 1, comma 42) sul divieto di pantouflage in caso di successivo impiego o collaborazione professionale presso soggetti od organizzazioni private.

Le norme sono le seguenti:

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

Il divieto opera a far data dalla cessazione del servizio.

Il sottoscritto è altresì informato che l'effettuazione della presente dichiarazione è prevista da una misura specifica contenuta nel Piano per la prevenzione della corruzione e la trasparenza AUSL/AOU Parma.

Data _____

Firma _____

ALLEGATO 8

Tabella OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE
(Piano per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza AUSL/AOU Parma 2022/2024)

Area (Macrofamiglie livello 1)	Tipologia documento, dato, informazione (livello 2)	Denominazione e contenuto del singolo obbligo di pubblicazione	Riferimento normativo	Tempi di pubblicazione e di aggiornamento	Competenza e Responsabilità (individuazione ed elaborazione dati, trasmissione per pubblicazione)	Note
Disposizioni generali	Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT)	Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (PTPCT)	art. 10, c. 8, lett. a, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo (entro 30 giorni dall'approvazione del provvedimento)	Responsabile interaziendale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (RPCT)	Adozione entro il 31 gennaio di ogni anno (o diversa data indicata da normative o da ANAC)
	Atti generali	Normative statali e regionali di interesse per l'attività aziendale	art. 12, c. 1, 2, d.lgs n. 33/2013	Tempestivo	Servizi Affari Generali	
		Atto Aziendale Documenti nazionali contenenti direttive generali Atti e programmi di rilevanza aziendale	artt. 12 e 13 d.lgs n.33/2013	Tempestivo	Servizi Affari Generali	

		Codici disciplinari Codice di Comportamento nazionale (DPR n. 62/2013) e aziendale	art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 art. 1, c. 44. legge n. 190/2012 art. 54 d. lgs. n. 165/2001	Tempestivo In base a modifiche normative o aggiornamenti	Dipartimento interaziendale Risorse Umane Uffici Procedimenti Disciplinari RPCT	
Diposizioni generali	Oneri informativi per cittadini e imprese	Scadenzario obblighi amministrativi	art.12. c. 1 bis, d.lgs n. 33/2013	Tempestivo		Non Applicabile Aziende SSN
		Oneri informativi per cittadini e imprese	art. 34 d.lgs n. 33/2013	Dati non più soggetti pubblicazione obbligatoria ai sensi d.lgs n. 97/2016		
	Burocrazia zero	Burocrazia zero	art. 37 d.l. n. 69/2013	Dati non più soggetti pubblicazione obbligatoria ai sensi d.lgs n. 97/2016		
		Attività soggette a controllo	art. 37 d.l. n. 69/2013	Dati non più soggetti pubblicazione obbligatoria ai sensi d.lgs n. 97/2016		
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Si veda incarichi amministrativi di vertice nella sezione Personale	art. 13, c. 1, lett. a, d.lgs. n. 33/2013	Non attinente alle Aziende Sanitarie		Non Applicabile Aziende SSN
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	art.47 c.1 d.lgs. n.33/2013	Tempestivo		Non Applicabile Aziende SSN

	Rendiconti gruppi consiliari	Rendiconti e atti degli organi di controllo	art.28 c.1 d.lgs. n.33/2013	Tempestivo		Non Applicabile Aziende SSN
	Articolazione degli uffici	Dati e documenti di Organizzazione aziendale, con indicazione di strutture, servizi, uffici, relative competenze e responsabili	art. 13, c. 1, lett. b, c, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Uffici Comunicazione Dipartimento interaziendale Risorse Umane	
	Telefono e posta elettronica	Numeri di telefono e caselle di posta elettronica per articolazione organizzativa Elenco caselle attive di Posta Elettronica Certificata	art. 13, c. 1, lett. d, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Dipartimento interprovinciale ICT (sedi AUSL e AOU Parma) Uffici Comunicazione	
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Estremi atto conferimento incarico Curriculum dell'incaricato Compensi con evidenza componenti variabili o legate al risultato Oggetto e durata dell'incarico Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitti di interesse	art. 15, c. 1, 2, art.10, c. 8 lett. d, d.lgs. n. 33/2013 art. 53, comma 14, d.lgs. n. 165/2001	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico (e comunque prima dei pagamenti) I dati devono permanere per 3 anni successivi alla cessazione dell'incarico	Dipartimento interaziendale Risorse Umane Servizio interaziendale Affari Generali (per riepiloghi e trasmissione documentazione) Tutte le unità organizzative che propongono e trattano incarichi di consulenza e collaborazione	Ogni Struttura o Servizio aziendale proponente atti di conferimento incarichi a consulenti o collaboratori deve trasmettere il fascicolo completo delle informazioni indicate, compreso il curriculum anche in formato digitale, omettendo i dati sensibili e quelli personali non pertinenti Banca Dati PERLAPA art. 9 bis dlgs n. 33/2013

		Patrocinio Legale esterno (avvisi ed elenchi legali esterni)				Vanno inseriti membri Commissioni concorsuali, Collegi sindacali e OAS
		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione Pubblica)	art. 15, c. 1, 2, art.10, c. 8 lett. d, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, comma 14, d.lgs. n. 165/2001	Entro 30 giorni dall'invio	Dipartimento interaziendale Risorse Umane	Banca Dati PERLAPA art. 9 bis dlgs n. 33/2013 Vanno inseriti membri Commissioni concorsuali, Collegi sindacali e OAS
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Estremi atto conferimento incarico Curriculum Compenso (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato) Dichiarazione di assenza inconferibilità (entro 30 giorni dal provvedimento di nomina) Dichiarazione di assenza di incompatibilità (dichiarazione annuale) Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti Dichiarazioni patrimonio e reddito	artt. 14 e 15, c. 1, 2, art. 41, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 art. 20, c. 1 e 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Dipartimento interaziendale Risorse Umane	Riguarda i Direttori Generale, Sanitario, Amministrativo, Attività socio sanitarie (per Direttore Generale le pubblicazioni principali avvengono sul sito web della Regione, in quanto titolare del potere di nomina) Dichiarazioni patrimonio e reddito da acquisire al sistema GRU, senza successiva pubblicazione (l'aspetto della pubblicazione è sospeso di fatto a livello nazionale, in attesa decreto ministeriale che attui statuizioni Corte Costituzionale con sentenza 20/2019)

		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici (Non applicabile Aziende SSR) Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti (Non applicabile Aziende SSR) Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica (Non applicabile Aziende SSR)				Con riferimento all'applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 vedi Nota DG Cura della Persona, Salute e Welfare ad ANAC prot. n. 1012935 del 3 novembre 2021
	Titolari di incarichi dirigenziali Dirigenti cessati	Per ciascun titolare di incarico: Estremi atto conferimento incarico, con indicazione durata Curriculum, redatto in conformità al vigente modello europeo Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato), compresa l'attività libero professionale in regime di intramoenia	artt. 15 e 41 d.lgs. n. 33/2013		Dipartimento interaziendale Risorse Umane	Riguarda i dirigenti di ogni ruolo. Per la dirigenza sanitaria il riferimento è l'art. 41 del decreto legislativo n. 33/2013 Rispetto a precedenti diverse indicazioni, sono da ritenersi non applicabili o sospesi per le Aziende SSR i seguenti punti (e quindi non soggetti a pubblicazione): importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi

		Le tabelle compensi dirigenti devono anche ricomprendere, in posizione iniziale, i dati sui compensi dei Direttori Generale, Sanitario, Amministrativo				spettanti dichiarazioni di patrimonio e reddito e loro variazioni (allo stato sospese sia le acquisizioni che le pubblicazioni, in attesa decreto ministeriale che attui statuizioni Corte Costituzionale con sentenza 20/2019)) dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità e incompatibilità dell'incarico ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica dati dirigenti cessati (non applicabile Aziende SSR) NB: le tabelle/elenchi generali con i dati sugli incarichi dirigenziali (dipartimento, struttura complessa e struttura semplice) sono da aggiornarsi e pubblicarsi semestralmente NB. I curricula in pubblicazione, come ogni altro documento, non devono contenere dati personali. L'oscuramento dei dati deve essere effettuato direttamente dall'interessato che fornisce il curriculum

		Procedure conferimento incarichi	art. 41, c. 2, d.lgs. n.33/2013	Tempestivo	Dipartimento interaziendale Risorse Umane	Riguarda tutti i dirigenti con incarichi di Responsabile di Dipartimento, Distretto, Presidio Ospedaliero, Struttura Complessa, Struttura Semplice
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	art. 47, c. 1, d.lgs. n.33/2013	Entro 30 giorni dalla ricezione del provvedimento	RPCT Dipartimento interaziendale Risorse Umane	
	Incarichi di Funzione (ex Posizioni Organizzative)	Elenco Incarichi di Funzione (ex Posizioni Organizzative) Curricula dei titolari degli incarichi, redatti in conformità al vigente modello europeo	art. 14, c. 1 quinquies, d.lgs. n. 33/2013	Entro 30 giorni dalla data del provvedimento di nomina	Dipartimento interaziendale Risorse Umane	NB. I curricula in pubblicazione non devono contenere dati personali. L'oscuramento dei dati deve essere effettuato direttamente dall'interessato che fornisce il curriculum
	Dotazione organica	Conto annuale del personale (art. 60, comma 2, d.lgs. n. 165/2001), con evidenza di: dotazione organica costo personale a tempo indeterminato, articolato per aree professionali	art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Annuale (entro 30 giorni dalla certificazione da parte del Collegio Sindacale)	Dipartimento interaziendale Risorse Umane	Banca Dati SICO (art. 9 bis All. B) sia per dotazione organica che per costo personale a tempo indeterminato

	Personale non a tempo indeterminato	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle) Costo complessivo del personale non a tempo indeterminato	art. 17, c. 1 e 2, d.lgs. n. 33/2013	Tabelle annuali del personale Pubblicazione trimestrale per i costi Entro 30 giorni dalla certificazione del Conto annuale da parte del Collegio Sindacale	Dipartimento interaziendale Risorse Umane	Banca Dati PERLAPA e SICO (art. 9 bis All. B)
	Tassi di assenza	Tassi di assenza del personale, suddiviso per strutture	art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tabelle trimestrali	Dipartimento interaziendale Risorse Umane	
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti	Elenco incarichi conferiti o autorizzati a dipendenti, con indicazione di durata e compenso	art. 18 d.lgs. n. 33/2013 e art. 53 d.lgs. n. 165/2001	Entro 30 giorni dal provvedimento di autorizzazione	Dipartimento interaziendale Risorse Umane	Banca Dati PERLAPA (art. 9 bis All. B)
	Contrattazione collettiva	Riferimenti per accedere alla consultazione dei contratti collettivi nazionali (link ARAN)	art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Dipartimento interaziendale Risorse Umane	Banca Dati SICO e ARAN-CNEL (art. 9 bis All. B)
	Contrattazione integrativa	Accordi integrativi di natura economica, con relazione illustrativa e tecnico finanziaria, e tutti gli altri accordi stipulati a livello aziendale Costi contratti integrativi (annuale)	art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, comma 4, d.lgs. n.150/2009	Entro 30 giorni dalla certificazione del Conto annuale da parte del Collegio Sindacale	Dipartimento interaziendale Risorse Umane	Banca Dati SICO e ARAN-CNEL (art. 9 bis All. B)

	OIV Organismo di Valutazione regionale per le Aziende del SSR (art.6 L.R. n.26/2013 e DGR n. 334/2014)	Composizione OIV e OAS aziendali Curricula Compensi (per OIV collegamento alla pagina web regionale)	art. 10, c. 8, lett. c, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Organismi Aziendali di Supporto (OAS) Dipartimento interaziendale Risorse Umane	Per OIV collegamento alla pagina web regionale
Bandi di concorso	Bandi di concorso	Bandi e Avvisi per Reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale	Art. 19 d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo (entro 5 giorni dalla pubblicazione del bando)	Dipartimento interaziendale Risorse Umane	
		Criteri di valutazione delle Commissioni di concorso e selezione Tracce di tutte le prove e le graduatorie finali, aggiornate con l'eventuale scorrimento	Art. 1 , comma 145, legge n. 160/2019	Tempestivo (entro 30 giorni dalla conclusione del procedimento concorsuale)	Dipartimento interaziendale Risorse Umane	
Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Delibera CIVIT n. 104/2010	Tempestivo	OAS/OIV	Aggiornato con DGR n. 819/2021
	Piano della Performance	Piano della performance	art. 10 d.lgs. n.150/2009	Tempestivo	Dipartimento Valutazione e Controllo AUSL Programmazione e Controllo di Gestione AOU	

	Relazione sulla Performance	Relazioni di verifica performance (rendicontazioni e verifiche del Piano delle azioni e del Documento di Budget)	art. 10 d.lgs. n.150/2009	Tempestivo	Dipartimento Valutazione e Controllo AUSL Programmazione e Controllo di Gestione AOU	Da ricomprendere gli indicatori ex comma 522 legge stabilità 2016 (annualmente entro il 30 giugno) Vedi anche in Servizi Erogati
	Ammontare complessivo dei premi	Importi complessivi risorse destinate alla performance del personale, distinti per aree contrattuali (fondi contrattuali) Importi complessivi effettivamente distribuiti a titolo di incentivi e risultato legati alla performance	art. 20 d.lgs. n. 33/2013	Annuale	Dipartimento interaziendale Risorse Umane	
	Dati relativi ai premi	Criteri definiti nel sistema performance per trattamento accessorio Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dar conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi Indicazione grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti che per i dipendenti comparto	art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Annuale	Dipartimento interaziendale Risorse Umane	

	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo	art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Dati non più soggetti pubblicazione obbligatoria ai sensi d.lgs n. 97/2016	Direzioni Sanitarie URP	
Enti controllati	Enti pubblici vigilati	Elenco e dati informativi vari	art. 22 d.lgs. n. 33/2013			Non presenti
	Società partecipate	Elenco delle società di cui l'Amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati finanziari regolamentati italiani o di altri Paesi dell'Unione Europea, e loro controllate Per ciascuna delle Società: Ragione sociale Misure di Partecipazione Durata della Partecipazione	art. 22, c. 1, lett. b, c. 2, 3, d.lgs. n. 33/2013	Annuale (entro 30 giugno di ciascun anno) Per i provvedimenti di costituzione di società, di acquisto e gestione delle partecipazioni (ultimi 3 punti): Tempestivo	Servizio interaziendale Economico Finanziario	Banca Dati SIQuEL e Patrimonio PA (art. 9 bis All B) Le pubblicazioni delle varie tipologie di provvedimenti indicati negli ultimi tre punti non sono applicabili per le società ex art. 9 bis del decreto legislativo n. 502/1992

		Onere complessivo gravante per l'anno sul bilancio Rappresentanti dell'Azienda e trattamento economico Incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico Risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito web dell'ente) Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito web dell'ente) Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate Provvedimenti di costituzione di società, di acquisto di partecipazioni, di gestione delle partecipazioni Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici. Annuali e pluriennali, sul complesso				

		delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate Provvedimenti con cui le società in controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento				
	Enti di diritto privato controllati	Elenco e dati informativi vari	art. 22 d.lgs. n. 33/2013			Non presenti
	Rappresentazione grafica	Rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e le società partecipate	art. 22 d.lgs. n. 33/2013	Annuale (entro 30 giugno di ciascun anno)	Servizio interaziendale Economico Finanziario	

Attività e procedimenti	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Dati non più soggetti pubblicazione obbligatoria ai sensi d.lgs n. 97/2016		
	Tipologie di procedimento	Elenco procedimenti, con indicazione per ciascuno di essi di: breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili unità organizzative responsabili dell'istruttoria l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale,	art. 35 d.lgs. n. 33/2013	Annuale (entro 30 giorni da eventuali variazioni)	Servizi Affari Generali Servizi del Dipartimento interaziendale Risorse Umane Servizio interaziendale Economico Finanziario Servizi del Dipartimento interaziendale Tecnico e Logistica Servizio interaziendale Internal Auditing Dipartimento valutazione e Controllo AUSL Programmazione e Controllo di Gestione AOU	Schema/tabella contenente le informazioni, a cura di ciascun Servizio o Dipartimento indicati, per i procedimenti di rispettiva competenza

		con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardino termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio assenso dell'amministrazione strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli			Servizi Affari Legali e Assicurativi AUSL e AOU Uffici Comunicazione AUSL e AOU Direzione Sanitaria AOU Direzione Sanitaria AUSL Servizi Farmaceutici AUSL e AOU Dipartimento Sanità Pubblica AUSL Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche AUSL Dipartimenti Cure Primarie AUSL Servizi di Staff AUSL e AOU	

		link di accesso al servizio on line, ove sia disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione modalità per l'effettuazione dei pagamenti, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria nome del soggetto cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale Per i procedimenti ad istanza di parte: atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac simili per le autocertificazioni uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze				

	Monitoraggio tempi procedimentali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedimentali	Art. 24, comma 2, legge n. 190/2012	Dati non più soggetti pubblicazione obbligatoria ai sensi d.lgs n. 97/2016		
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Informazioni sulle modalità di acquisizione d'ufficio dei dati e per lo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività, volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	art. 35, c. 3, lett. c, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo (entro 30 giorni da eventuali variazioni)	Servizi del Dipartimento interaziendale Risorse Umane Servizio interaziendale Economico Finanziario Servizi del Dipartimento interaziendale Tecnico e Logistica Uffici Comunicazione Servizio ICT	
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo-politico	Elenchi deliberazioni delle Direzioni aziendali	art. 23 d.lgs. n. 33/2013	Semestrale	Servizi Affari Generali	Tabella con indicati numero atto, oggetto, data adozione e proponente Vedi nota OIV 6855401 del 10 settembre 2019 con la quale si è formalizzata la linea condivisa nel tavolo regionale RPCT di interpretare la voce

						“Provvedimenti organi indirizzo politico” in modo estensivo anche con riferimento ai provvedimenti del Direttore Generale, allo scopo di favorire una migliore accessibilità da parte dei cittadini ad informazioni il più possibile omogenee e consistenti
	Provvedimenti dirigenti	Elenchi delle determine dirigenziali	art. 23 d.lgs. n. 33/2013	Semestrale	Servizio interaziendale Affari Generali	Tabella con indicati numero atto, oggetto, data approvazione e Servizio o struttura Competente
Bandi di gara e contratti	Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	Dati previsti dall’art. 1, comma 32 legge n. 190/2012: Codice Identificativo Gara (CIG) Struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte, numero degli offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell’opera, servizio o fornitura, importo delle somme liquidate	art. 1, comma 32, legge n. 190/2012	Tempestivo (entro 30 giorni dai provvedimenti) Annuale le tabelle del punto 3	Servizi del Dipartimento interaziendale Tecnico e Logistica	Banche Dati BDAP, BDNCP, Servizio Contratti Pubblici (art. 9 bis All. B)

		Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relativi all'anno precedente				

	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Profilo del committente Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali Avvisi di preinformazione Delibera a contrarre o atto equivalente Avvisi e bandi (varie norme d.lgs. n.50/2016): Avviso Avviso di indagini di mercato Avviso di formazione elenco operatori economici e pubblicazione elenco Bandi ed avvisi Avviso periodico indicativo Avviso relativo all'esito della procedura Avviso di aggiudicazione Bando di concessione Avviso in merito alla modifica dell'ordine di importanza dei criteri Avviso costituzione del privilegio Avviso sui risultati della procedura di affidamento Elenchi dei verbali delle commissioni di gara Avvisi sistemi di qualificazione	art. 37, comma 1, d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, comma 1, d.lgs. n. 50/2016 Art. 1, comma 505, legge n. 208/2015	Tempestivo	Servizi del Dipartimento interaziendale Tecnico e Logistica	Banche Dati BDAP, BDNCP, Servizio Contratti Pubblici (art. 9 bis All. B) Nota Bene in "Profilo del committente" è inserita anche specifica voce denominata: *"Pubblicazione dati in materia di responsabilità professionale ai sensi della legge n. 24/2017"*

		Affidamenti: gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici Informazioni ulteriori: contributi e resoconti degli incontri con portatori di interessi unitamente ai progetti di fattibilità di grandi opere e ai documenti predisposti dalla stazione appaltante Provvedimenti di esclusione e di ammissione (entro 2 giorni dalla loro adozione) Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti Testo integrale di tutti i contratti d'acquisto di beni e servizi di importo unitario stimato superiore a 1 milione di euro in esecuzione del programma biennale e suoi aggiornamenti Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione				

Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Normative, documenti, atti e regolamenti che stabiliscono criteri e modalità per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone, enti pubblici e privati	art. 26 d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Servizi Affari Generali Tutti i Servizi e le Strutture che dispongono in materia:	
	Atti di concessione	Tabelle, e singoli Provvedimenti, riportanti i dati di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone, enti pubblici e privati, di importo superiore a 1.000 euro (tipologia benefici senza controprestazione)	artt. 26 e 27 d.lgs. n. 33/2013	Annuale per le tabelle aggregate sui beneficiari persone fisiche Tempestivo per i provvedimenti che riconoscono benefici, contributi, erogazioni a imprese ed enti pubblici e privati	Aree Affari Generali Tutti i Servizi e le Strutture che dispongono in materia: Direzione Attività Socio Sanitarie AUSL Distretti AUSL Dipartimenti Cure Primarie AUSL Dipartimento Sanità Pubblica AUSL Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche AUSL	*ANAC con delibera n. 468 del 16 giugno 2021 ha fornito ulteriori orientamenti in materia. Per la sanità il criterio da utilizzarsi è la pubblicazioni di sovvenzioni e contributi non inseriti nei LEA.* Provvedimenti di singola erogazione (pubblicazione atti adottati) Le tabelle aggregate devono indicare: tipologia erogazione soggetto beneficiario (esclusi dati identificativi delle persone fisiche in relazione a stato di salute e disagio economico sociale) importo del vantaggio

						economico corrisposto (singolo o annuale) (superiore a 1.000 euro) norma/provvedimento di riferimento (titolo o motivazioni) alla base dell'attribuzione riferimento ufficio/funzionario Di seguito la casistica (non esaustiva): Distretti/Cure Primarie - rimborsi ricoveri all'estero - contributi economici a minori - rimborso parti a domicilio - parrucche pazienti oncologici - rimborsi prestazioni diverse (ausili…) - assegni di cura anziani (se non erogati dai Comuni) - assegni di cura disabili e gravi disabilità (se non erogati dai Comuni) Dipartimento Salute Mentale/Dipendenze - sussidi di sostentamento a pazienti psichiatrici - contributi spese per tirocini di avviamento

						al lavoro Dipartimento Sanità Pubblica - indennizzi ex legge n. 210/1992 - indennità abbattimento animali malattie infette per risarcimento. Tutte le Strutture/Servizi e Affari Generali AUSL/AOU - singoli provvedimenti che prevedono erogazioni rispondenti alle condizioni normative (es. contributi ad organizzazioni, associazioni…) - ogni altro atto che dovesse nel tempo aggiungersi, non contemplato nella casistica che precede
	Borse di Studio	Elenco Borse di Studio (con le informazioni utili ad identificare i soggetti e gli elementi essenziali riferiti all'incarico)	artt. 26 e 27 d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Dipartimento Risorse Umane	(In precedenza collocate in Consulenti e Collaboratori)
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Bilanci di previsione e di esercizio in forma integrale, con allegati Tabella con dati relativi ai bilanci di previsione e	art. 29 d.lgs. n. 33/2013 legge n. 208/2015, art. 1, comma 522	Bilanci entro 30 giorni dall'approvazione (regionale) Tabelle annuali	Servizio interaziendale Economico Finanziario	Banca Dati BDAP (art. 9 bis All. B)

		d'esercizio in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con ricorso a rappresentazioni grafiche Dati relativi alle entrate e alla spesa di cui ai bilanci preventivi e d'esercizio in formato tabellare				
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 18 bis d.lgs. n. 118/2011	Non Applicabile alle Aziende SSN		
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Elenco immobili in proprietà o disponibilità o detenuti con informazioni identificative	art. 30 d.lgs. n. 33/2013	Annuale	Servizi del Dipartimento interaziendale Tecnico e Logistica	Banca Dati Patrimonio PA (art. 9 bis All.B)
	Canoni di locazione o affitto versati o percepiti	Elenco immobili e canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	art. 30 d.lgs. n. 33/2013	Annuale	Servizi del Dipartimento interaziendale Tecnico e Logistica	
Controlli e rilievi sull'Amm.ne	Organismo di Valutazione regionale per le Aziende del SSR (art.6 L.R. n.26/2013 e DGR n. 334/2014)	Composizione OIV e OAS aziendali Curricula Compensi	art. 10, c. 8, lett. c, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Organismi Aziendali di Supporto (OAS) Dipartimento interaziendale Risorse Umane	Per OIV collegamento alla pagina web regionale
		Attestazioni sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	art. 14 d.lgs. n. 150/2009	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC	OAS/OIV RPCT	

		Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla performance	art. 14 d.lgs. n. 150/2009	Non Applicabile Aziende SSR		
		Relazione dell'OIV sul funzionamento complessiva del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni	art. 14 d.lgs. n. 150/2009	Tempestivo (entro 30 giorni dalla trasmissione da parte di OIV)	RPCT/OAS/OIV	
		Altri atti degli OIV	art. 14 d.lgs. n. 150/2009	Tempestivo (entro 30 giorni dalla trasmissione da parte di OIV)	RPCT/OAS/OIV	
	Organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio d'esercizio	Art. 31 d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo (entro 30 giorni dalla relazione)	Servizio interaziendale Economico Finanziario	
	Corte dei Conti	Rilievi della Corte dei Conti ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Art. 31 d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo (entro 30 giorni dalla comunicazione del rilievo)	Direzione Amministrativa Servizio interaziendale Economico Finanziario	
	Carta dei servizi e standard di qualità	Carte dei Servizi (aziendali o per Struttura)	art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Uffici Comunicazione URP	

Servizi erogati	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni o concessionari di servizi pubblici al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio Sentenza di definizione del giudizio Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Art. 1 e 4 del d.lgs. n. 198/2009	Tempestivo (entro 30 giorni dalla notifica del ricorso)	Uffici Legali	
	Costi contabilizzati	Tabella Costi Contabilizzati servizi all'utenza	art. 32, c. 2, lett. A d.lgs. n. 33/2013	Annuale	Dipartimento Valutazione e Controllo AUSL Programmazione e Controllo di Gestione AOU	Tabella dati aggregati di costo, articolati nei tre livelli di assistenza (AUSL) ovvero per sistema organizzativo (AOU)
	Liste di attesa	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna prestazione erogata (specialistica ambulatoriale e degenze)	art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Annuale	Direzioni Sanitarie AUSL/AOU Ufficio Specialistica Ambulatoriale e Tempi d'attesa AUSL Presidio Ospedaliero AUSL	Per mezzo di link al sistema TDAER per specialistica ambulatoriale Documentazione specifica per liste attesa ricoveri
	Servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto	art. 7, comma 3, d.lgs. n. 82/2005 modificato dal d.lgs. n. 179/2016	Tempestivo	Servizi ICT	

		alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete				
Pagamenti dell'Amm.ne	Dati sui pagamenti	Dati sui pagamenti	Art. 4 bis d. l.vo n. 33/2013			Non applicabile alle Aziende SSN
	Dati sui pagamenti del Servizio Sanitario Nazionale	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	art. 41 d.lgs. n. 33/2013	Semestrale	Servizio interaziendale Economico Finanziario	Anche mediante link a soldipubblici.gov.it (ex art. 4bis)
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore annuale di tempestività dei pagamenti per acquisti di beni, servizi, forniture Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti per tutti i pagamenti indistintamente Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici (annuale)	art. 33 d.lgs. n. 33/2013	Annuale (entro il mese successivo) Trimestrale (entro il mese successivo) Annuale	Servizio interaziendale Economico Finanziario	
	IBAN e pagamenti informatici	Informazioni per i pagamenti con l'utilizzo di	art. 36 d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Servizio interaziendale Economico Finanziario	

		tecnologie informatiche				
Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Informazioni relative ai Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi	art. 38 d.lgs. n. 33/2013	Non Applicabile alle Aziende SSN		
	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche Banca Dati Opere Pubbliche	art. 38 d.lgs. n. 33/2013 art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Tempestivo (entro 30 giorni dall'approvazione del Bilancio)	Servizi del Dipartimento interaziendale Tecnico e Logistica	
	Tempi, indicatori e costi di realizzazione delle opere pubbliche	Tempi, indicatori e costi di realizzazione delle opere pubbliche	art. 38 d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Servizi del Dipartimento interaziendale Tecnico e Logistica	
Pianificazione e governo del territorio	Pianificazione e governo del territorio	Atti di governo del territorio e documentazione relativa (urbanistica)	art. 39 d.lgs. n. 33/2013	Non Applicabile alle Aziende SSN		
Informazioni Ambientali	Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali relative a: Stato dell'ambiente Fattori inquinanti	art. 40 d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Servizi del Dipartimento interaziendale Tecnico e Logistica Servizi del Dipartimento Sanità Pubblica AUSL	Nota OIV 598476 del 16 luglio 2019 ad ANAC indica: gli enti sanitari della Regione Emilia Romagna, per adempiere all'obbligo, strutturano la macrofamiglia "Informazioni ambientali" in una unica voce in cui inserire tutte le

		Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto Relazioni sull'attuazione della legislazione Stato della salute e della sicurezza umana Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio			Mobility manager	informazioni ai sensi dell'art. 40 del decreto legislativo n. 33/2013. Nello specifico, tenuto anche conto delle tipologie di informazioni ambientali che le Aziende e gli Enti detengono in relazione alle proprie finalità istituzionali: le AUSL inseriscono la o le relazioni annuali del Dipartimento Sanità Pubblica, il link ad ARPAE e al Ministero dell'Ambiente Le Aziende Ospedaliere inseriscono il link alla AUSL territoriale di riferimento, link ad ARPAE e al Ministero dell'Ambiente Tutti gli Enti inseriscono ogni ulteriore informazione o documentazione disponibile secondo quanto previsto dal decreto legislativo n. 195/2005
Strutture sanitarie private accreditate	Strutture sanitarie private accreditate	Elenco strutture sanitarie private accreditate	art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Annuale (entro il 31 marzo anno successivo)	Direzione Sanitaria AUSL Direzione Sanitaria AOU Distretti AUSL Programmazione e controllo AUSL	

					Aree Affari Generali	
		Accordi con le strutture sanitarie private accreditate	art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Annuale	Direzione Sanitaria AUSL Direzione Sanitaria AOU Distretti AUSL Aree Affari Generali	
Interventi straordinari e di emergenza	Interventi straordinari e di emergenza	Disposizioni nazionali e regionali emanate Provvedimenti in ordine ad interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con indicazione costi degli interventi (con indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate)	art. 42 d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Servizi del Dipartimento Tecnico e Logistica Dipartimento Risorse Umane Servizi Affari Generali ICT Innovazione e Ricerca Direzioni Sanitarie	Pubblicazioni in particolare in relazione all'emergenza epidemiologica da covid19 in corso da gennaio 2020 (vedi anche nota RER n.599043 del 15 settembre 2020 con riferimento all'emergenza covid-19 e Decreto del Presidente in qualità di soggetto attuatore n. 51 del 9 aprile 2021)
		Erogazioni Liberali	art. 42 d.lgs. n. 33/2013 art. 99, comma 5, decreto legge n. 18/2020, convertito con legge n. 27/2020	Al termine del periodo di emergenza (allo stato fissata per il 30 aprile 2021) Nel periodo prima del termine dell'emergenza pubblicazione report mensili di aggiornamento acquisizione erogazioni liberali	Servizio Economico Finanziario e Referenti per AUSL e AOU	Si tratta delle erogazioni liberali a sostegno dell'emergenza epidemiologica da covid19. La Regione svolge un coordinamento e fornisce indicazioni per i format di pubblicazione (vedi anche nota RER n.599043 del 15 settembre 2020 con riferimento all'emergenza

						covid-19)
Altri Contenuti	Prevenzione della corruzione	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e la trasparenza (PTPC)	art. 10, comma 8, legge n. 190/2012	Annuale (entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento)	RPCT	
		Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)	art. 10, comma 8, legge n. 190/2012	Tempestivo (entro 30 giorni dal provvedimento di nomina)	RPCT	
		Relazione RPCT recante i risultati dell'attività svolta	art. 1, comma 14, legge n. 190/2012	Annuale	RPCT	
		Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	art. 1, comma 3, legge n. 190/2012	Tempestivo (entro 30 giorni dalla comunicazione e 30 giorni dal provvedimento di adeguamento)	RPCT	
	Accesso Civico	Accesso Civico "semplice": Nome del responsabile, recapiti, modulistica	art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	RPCT	
		Accesso Civico "generalizzato": Regolamento interaziendale (competenza diffusa di	art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	RPCT	Il Regolamento è allegato al Piano per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza

		trattazione accessi)				
		Registro degli accessi	Linee Guida A.N.AC. (del. 1306/2016) e Circolare n. 2/2017 Funzione Pubblica	Semestrale	Servizio Trasparenza e Integrità Aree Affari Generali (una volta disponibile gestione applicativo gestione flussi documentali)	
	Accessibilità e catalogo dei dati, metadati e banche dati	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Art. 53, comma 1 bis, d.lgs. n.82/2005, modificato da art. 43 d.lgs. n.179/2016	Annuale	Servizi ICT	
		Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati	Art. 53, comma 1 bis, d.lgs. n.82/2005	Annuale	Servizi ICT	
		Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici (entro 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	Art. 9, comma 7, d.l. n.179/2012 convertito con modificazioni con legge n.221/2012	Annuale	Servizi ICT	
	DATI ULTERIORI Statistiche di accesso	Statistiche degli accessi alla sezione Amministrazione Trasparente		Annuale	Uffici Comunicazione	

	DATI ULTERIORI Relazione Sicurezza Cure	Relazione annuale ex legge n. 24/2017 sulla sicurezza delle cure	Art. 2, comma 5, legge n. 24/2017	Annuale	Governo Clinico AUSL/AOU Medicina Legale AUSL/AOU	Vedi anche nota RER Servizio Assistenza Ospedaliera n. 179935 del 14 marzo 2018
	DATI ULTERIORI Elenco Progetti di Investimento Pubblico (art. 11, comma 2 quater, legge n. 3/2003)	Elenco progetti di investimento pubblico deve comprendere: CUP (codice Unico di Progetto) Importo totale del finanziamento Fonti finanziarie Data di avvio del progetto Stato di attuazione finanziaria e procedurale	Art. 41 decreto legge "semplificazione" n. 76/2020 convertito con legge n. 120/2020	Annuale (in prima attuazione entro il 31 marzo 2021, successivamente entro il 28 febbraio)	Servizio Attività Tecniche (elaborazione e coordinamento) Ingegneria Clinica ICT Servizio Acquisizione Beni Servizio Logistica Innovazione e Ricerca AOU Direzioni Sanitarie AUSL/AOU	Si tratta di nuove pubblicazioni attinenti: Lavori Acquisizione Tecnologie Progetti Ricerca Riguardano tutti i progetti con spese in conto capitale Modello tipo di tabella da pubblicare definita a livello regionale (vedi anche nota OIV n. 99560 del 5 febbraio 2021)
	DATI ULTERIORI Attività assistenziali e loro qualità	Esiti monitoraggio annuale	art. 1, comma 522, legge n. 208/2015 (legge stabilità 2016)	Annuale	Direzione Sanitaria AUSL Direzione Sanitaria AOU Dipartimento Valutazione e Controllo AUSL Programmazione e Controllo di Gestione AOU	Pubblicazione da effettuarsi entro il 30 giugno di ogni anno (dati dal SIVER regionale)

	DATI ULTERIORI Sperimentazioni cliniche farmaci	Dati e informazioni sulle sperimentazioni cliniche dei farmaci	Legge n. 3/2018, art. 1 comma 2b Decreto legislativo n. 52/2019 (artt. 2 e 6)	Trimestrale (entro la fine del mese successivo al trimestre considerato)	UO Ricerca e Innovazione AOU Direzione Sanitaria AUSL	Nota OIV 915511 del 17 dicembre 2019 ad oggetto " Linee guida su informazioni da pubblicare in Amministrazione Trasparente in materia di sperimentazioni cliniche, ai sensi dell'art. 2 del decreto legislativo n. 52/2019 (prima applicazione avvenuta entro il 31 gennaio per le sperimentazioni attive al 31 dicembre 2019)
	DATI ULTERIORI Attività Libero professionale	Piani, dati, informazioni sull'attività libero professionale			Direzioni Sanitarie, di Presidio, Affari Generali	
	DATI ULTERIORI Incontri di informazione e formazione	Materiale utilizzato negli incontri				
	Dati di diversa natura	Dati, informazioni e documenti che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare	Art. 4, comma 3, decreto legislativo n. 33/2013	Periodico	Tutte le Unità Organizzative	Dati la cui pubblicazione è rimessa alle valutazioni delle Aziende

NB.
Si ricorda l'attenzione da riporre nelle ipotesi in cui documenti e dati da pubblicare contengano DATI PERSONALI.
Da osservarsi le norme in materia di Privacy i sensi del Regolamento UE 2016/679 e del Codice (decreto legislativo n. 196/2003, modificato dal decreto legislativo n. 101/2018).
Si assuma la regola che nessun dato personale deve essere contenuto nei file di documenti/informazioni da pubblicarsi: da omettersi, oscurare o cancellare prima della pubblicazione, ad opera della unità organizzativa che procede.
Fatti salvi i casi specifici in cui dati personali possono permanere in quanto indispensabili alla finalità della pubblicazione.
Da escludersi in tutti i casi i dati particolari, sensibili, salute.

ALLEGATO 9

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

PIANO PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E LA TRASPARENZA AUSL/AOU PARMA 2022/2024

REGOLAMENTO PER L'ATTUAZIONE DELL'ACCESSO CIVICO "GENERALIZZATO"

(art. 5, comma 2, d.l.vo n. 33/2013 come modificato dal d.l.vo n. 97/2016)

L'accesso Civico definito "generalizzato" o "ampliato" costituisce l'innovazione di maggiore rilievo apportata dal decreto legislativo n. 97/2016, ed è quella che motiva la denominazione di F.O.I.A. (Freedom Of Information Act) data all'intervento legislativo.

Ad oggi sono tre le forme di accesso a dati, documenti, informazioni della pubblica amministrazione:

- accesso "documentale" (artt. 22 e seguenti legge n. 241/1990)
- accesso civico "semplice" (a dati, documenti, informazioni da pubblicarsi in Amministrazione Trasparente - art. 5 decreto n. 33)
- accesso civico "generalizzato" o "ampliato" (art. 5, comma 2, decreto n. 33 come modificato dal decreto n. 97).

Definizione

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

"Allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al

dibattito pubblico, chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'art. 5 bis (esclusioni e limiti all'accesso civico)".

Si tratta di un diritto di accesso non condizionato dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti ed avente ad oggetto tutti i dati e i documenti e informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli per i quali è stabilito un obbligo di pubblicazione.

Istanza

- l'esercizio del diritto non è sottoposto ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente

- l'istanza non richiede motivazione

- l'istanza deve identificare i dati, i documenti e le informazioni

- l'istanza deve contenere i dati di individuazione del richiedente, anche mediante copia di documento di identità
  L'identificazione del richiedente è indispensabile ai fini di una corretta gestione delle domande, e va dunque intesa come condizione di ricevibilità della richiesta.

- l'istanza deve contenere i recapiti precisi cui indirizzare le risposte e le informazioni
- l'istanza può essere trasmessa per posta ordinaria o per via telematica.

Presentazione

- *all'unità organizzativa (Struttura, Servizio, Ufficio, di area amministrativa, tecnica o sanitaria) che detiene i dati, le informazioni o i documenti*
- *agli Uffici Relazioni col Pubblico aziendali*

Competenze

- Ogni unità organizzativa di entrambe le Aziende (di area amministrativa, tecnica o sanitaria) che detiene dati, informazioni, documenti che sono oggetto di accesso civico "generalizzato" è tenuta ad assicurare il procedimento di accesso

- Qualora le richieste di accesso siano rivolte ad Uffici Relazioni col Pubblico, questi dovranno necessariamente rivolgersi alle unità organizzative competenti che possiedono dati e documenti, tenendo conto che ciò non comporta differimento di termini per le risposte. La risposta può essere fornita direttamente dagli URP, una volta ottenute le informazioni dall'unità organizzativa competente, ovvero dalla unità organizzativa stessa

- Sui rispettivi siti web istituzionali, e collegamenti esistenti nelle sezioni "Amministrazione Trasparente", sono rinvenibili, per i potenziali richiedenti l'accesso civico, le denominazioni e i riferimenti delle unità organizzative delle Aziende, nonché gli Uffici URP, al fine di individuare i detentori di dati, documenti e informazioni

- Ogni istanza deve essere protocollata dall'URP o dall'unità organizzativa destinataria

- Qualora l'istanza sia rivolta in modo improprio all'unità organizzativa non competente, in quanto non detentrice dei dati o delle informazioni, l'unità destinataria è tenuta ad inoltrare l'istanza stessa all'articolazione aziendale

competente in base agli assetti organizzativi vigenti; ciò non comporta differimenti di termini per le risposte

- Nei casi in cui venga presentata una domanda di accesso per un numero manifestamente irragionevole di documenti od informazioni, imponendo un carico di lavoro oggettivamente eccessivo tale da paralizzare, in modo sostanziale, il buon funzionamento dell'amministrazione, è possibile procedere a "ponderare" l'interesse dell'accesso con il carico di lavoro necessario, al fine di salvaguardare l'interesse del buon andamento dell'amministrazione

Risposta

- il procedimento di accesso civico deve concludersi con provvedimento espresso e motivato nel termine di 30 giorni dalla presentazione dell'istanza, con comunicazione al richiedente ed agli eventuali controinteressati

- il rilascio di dati o documenti in formato elettronico o cartaceo è gratuito, salvo il rimborso del costo effettivamente sostenuto e documentato per la riproduzione su supporti materiali, **determinato sulla base dei costi indicati nei regolamenti aziendali per l'accesso documentale ex legge n. 241/1990**

- la risposta negativa, o parzialmente tale, deve contenere congrua e completa motivazione

- **nel ricevimento della richiesta e nella trattazione dell'accesso ogni unità organizzativa è tenuta ad instaurare un "dialogo cooperativo" con il richiedente, al fine di comprendere al meglio l'istanza e chiarire ogni aspetto di competenza dell'amministrazione**

Registro degli accessi

- **ogni unità organizzativa deve istituire e tenere un registro, cartaceo od informatizzato, siglato dal rispettivo responsabile, nel quale annotare le richieste di accesso pervenute e le conseguenti risposte fornite**

- **con periodicità semestrale (30 giugno e 31 dicembre), ciascuna unità organizzativa che ha trattato accessi nel periodo di riferimento è tenuta a trasmettere copia del registro, unitamente a tutta la documentazione completa dei singoli accessi all'Ufficio del Responsabile per la prevenzione della corruzione e la trasparenza (RPCT)**

- **l'Ufficio RPCT provvede ad elaborare un unico Registro aziendale (uno per AUSL e uno per AOU), contenente i campi essenziali indicati anche dalle linee guida A.N.AC., da pubblicarsi semestralmente sulle sezioni web "Amministrazione Trasparente" (in Altri Contenuti/Accesso Civico)**

- **i sistemi di gestione del protocollo e dei flussi documentali in uso presso le due Aziende hanno programmato ampliamenti che consentiranno, quando attivati, la gestione informatizzata per fascicoli; ciò consentirà la trattazione digitale da parte di ciascuna unità organizzativa anche degli accessi civici "generalizzati", con l'effetto di realizzare a sistema il registro degli accessi.**

Esclusioni e limiti

L'accesso è escluso nei casi di:
- segreto di Stato

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

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

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

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

Particolarità:

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

Controinteressati

Con riferimento alla tutela degli interessi in ambito privato, il decreto n. 97 introduce e disciplina l'ipotesi di controinteressati all'accesso stesso (comma 5 e seguenti dell'art. 5 del decreto n. 33 modificato).
Gli aspetti procedurali da osservarsi da ogni unità organizzativa che cura l'accesso richiesto:

- individuazione controinteressati

- invio agli stessi di copia della richiesta di accesso, mediante posta raccomandata con avviso di ricevimento o per via telematica, se consentito dai contro interessati

- entro 10 giorni dal ricevimento della comunicazione, i controinteressati possono presentare motivata opposizione alla richiesta di accesso, anche in via telematica
- i 10 giorni sospendono il termine generale di conclusione del procedimento fissato in 30 giorni

- il procedimento di accesso civico deve concludersi con provvedimento espresso e motivato nel termine di 30 giorni dalla presentazione dell'istanza, con comunicazione al richiedente ed agli eventuali controinteressati

- in caso di accoglimento si provvede a trasmettere al richiedente i dati o i documenti richiesti

- in caso di accoglimento della richiesta e in presenza di opposizione di controinteressati, si dà prima comunicazione ai controinteressati e dopo 15 giorni (dalla ricezione della comunicazione da parte del controinteressato) si trasmettono dati e documenti al richiedente

- rifiuto, limitazione o differimento dell'accesso vanno motivati

Richiesta di riesame

In caso di diniego totale o parziale dell'accesso, ed in caso di mancata risposta, da parte dell'unità organizzativa destinataria della richiesta di accesso, il richiedente può avanzare richiesta di riesame al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, che decide con provvedimento motivato entro il termine di 20 giorni.

Se l’accesso è stato negato in ragione della tutela degli interessi riferiti alla protezione di dati personali, il Responsabile consulta il Garante per la protezione dei dati personali, che si pronuncia entro 10 giorni dalla richiesta (con sospensione del termine dei 20 giorni per rispondere al richiedente il riesame)

Il richiedente può far ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale avverso i provvedimenti dell’unità organizzativa o, in caso di richiesta di riesame, del Responsabile anticorruzione e trasparenza.

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

Rinvio

Per ogni aspetto non disciplinato dalle presenti indicazioni, si fa rinvio alle norme in materia del decreto legislativo n. 97/2016, alle Linee Guida A.N.AC. approvate con deliberazione 1309 del 28 dicembre 2016, pubblicata in G.U. n. 7 del 10 gennaio 2017, **alla Circolare n. 2 del 30 maggio 2017 del Dipartimento Funzione Pubblica pubblicata sulla G.U. n. 162 del 13 luglio 2017.**

ALLEGATO 10

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

CONTESTO ESTERNO

Piano per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza
AUSL/AOU PARMA 2022/2024

Il presente documento è finalizzato a descrizione ed analisi del Contesto Esterno.

E' articolato in n. 2 capitoli di descrizione:

- **Misure sanitarie e finanziarie per fronteggiare l'emergenza coronavirus - livello nazionale** (da Documento 20 dicembre 2021 Ufficio Studi Sanità welfare della Camera dei Deputati)

- **Contesto Economico e Quadro Criminologico regionale**
  (fornito dalla Rete regionale Emilia Romagna Trasparenza e Integrità)

Misure sanitarie e finanziarie per fronteggiare l'emergenza coronavirus - livello nazionale (estratto da Documento 20 dicembre 2021 Ufficio Studi Sanità welfare della Camera dei Deputati)

In Italia, gli effetti pandemici dovuti al **nuovo coronavirus Sars-CoV-2** hanno provocato un'emergenza sanitaria per COVID-19 cui è stata data risposta immediata con una serie di misure urgenti fin dalla dichiarazione dello stato di emergenza del 31 gennaio 2020. Sono stati adottati diversi Decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri e ordinanze regionali e del Ministero della salute per determinare un contenimento degli effetti epidemiologici, che si è tradotto in prima battuta in **misure di sorveglianza sanitaria speciale** (cd. quarantena con sorveglianza attiva) e divieto di spostamento soprattutto per i soggetti con sintomi.

Contestualmente, sono stati emanati ed approvati una serie di decreti legge per mettere in campo misure urgenti che, sotto il profilo sanitario, hanno disposto un consistente **incremento del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard** (+1.410 milioni di euro per il 2020 stabilito dal decreto cd. Cura Italia), impegnando le Regioni e le province autonome a redigere programmi operativi per utilizzare ed amministrare tali risorse incrementali, con monitoraggio congiunto del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle finanze.

Inoltre, tramite il **Fondo per le emergenze nazionali** (rifinanziato dal successivo decreto legge cd. Rilancio), il decreto Cura Italia ha finanziato l'acquisto di impianti ed attrezzature specificamente diretti alla cura dei pazienti COVID-19, come gli impianti di ventilazione

assistita nei reparti di terapia intensiva, ed ha disposto la requisizione di presidi sanitari e di beni mobili e immobili, anche alberghieri. In particolare, le risorse del Fondo per le emergenze sono state utilizzate dal Dipartimento della protezione civile e dal Commissario straordinario per l'emergenza per gli acquisti di dispositivi medici, dei dispositivi di protezione individuale (come le mascherine) e di quanto necessario per contrastare ed affrontare la crisi epidemiologica, considerate anche le deroghe relative alle caratteristiche, alle procedure di acquisto e di pagamento di tali dispositivi.

Si è disposto l'immediato potenziamento dei **reparti ospedalieri di terapia intensiva**, soprattutto nelle regioni più colpite, diramando linee di indirizzo assistenziali specificamente individuate dal Ministero della salute per i pazienti affetti da COVID-19. Nella prima fase emergenziale è stata prevista la rapida attivazione di **aree sanitarie temporanee**, sia all'interno che all'esterno di strutture, pubbliche o private, di ricovero, cura, accoglienza ed assistenza, senza tutti i requisiti di accreditamento per la durata del periodo dello stato di emergenza (previsto fino al 31 luglio, poi prorogato fino al 15 ottobre 2020, quindi al 31 gennaio 2021, nuovamente prorogato al 31 aprile 2021, quindi al 31 luglio 2021 e in ultimo al 31 dicembre 2021 dall'art. 1 del decreto legge n. 105 del 2021).

Il decreto-legge cd. Liquidità, ha previsto peraltro procedure semplificate per le pratiche relative alle **attrezzature medico-radiologiche**, velocizzando le procedure amministrative a carico delle strutture sanitarie necessarie allo svolgimento di nuove pratiche mediche per l'utilizzo di attrezzature radiologiche, in particolare da parte delle strutture sanitarie ed aree temporanee di emergenza. Con riferimento all'**assistenza ospedaliera**, è stato attivato un modello di cooperazione interregionale coordinato a livello nazionale, con il coinvolgimento delle strutture pubbliche e private accreditate con redistribuzione del personale, come medici e infermieri, da concentrare nei reparti di terapia intensiva e subintensiva, grazie a un percorso formativo rapido e qualificante per il supporto respiratorio. In particolare, le regioni sono state chiamate ad attivare specifiche **Centrali operative regionali**, dotate di apposito personale e di apparecchiature per il telemonitoraggio e la telemedicina, con funzioni di raccordo fra i servizi territoriali e il sistema di emergenza-urgenza, allo scopo di garantire il coordinamento delle attività sanitarie e sociosanitarie territoriali, così come implementate nei piani regionali. In linea con tali misure, è stata inoltre potenziata l'assistenza domiciliare integrata - ADI, con la finalità di intensificare le prestazioni domiciliari, diminuendo il ricorso a forme di assistenza e cura istituzionalizzate (lunghe degenze e ricoveri in RSA).

Il DL. Rilancio ha inoltre previsto, già dal 2020, il potenziamento e la **riorganizzazione della rete dell'assistenza territoriale**, oltre che il potenziamento della rete ospedaliera, in particolare dei reparti di pneumologia e virologia, mediante incremento del monte ore della specialistica ambulatoriale convenzionata, e dei Pronto soccorso. Le regioni sono state impegnate ad istituire, fino alla fine del periodo emergenziale, Unità speciali di **continuità assistenziale** per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 senza necessità di ricovero ospedaliero. Idonee risorse sono state destinate anche per gli **incrementi tariffari** da destinare agli enti e alle aziende accreditate con il Servizio sanitario per il riconoscimento della specifica funzione assistenziale per i pazienti COVID-19.

Inoltre, per garantire maggiore supporto ai sistemi sanitari regionali è stata autorizzata l'istituzione, presso il Dipartimento della protezione civile, di unità composte da personale sanitario (medici e infermieri) e socio sanitario (OSS), reclutato su base volontaria attraverso appositi bandi.

Sotto il **profilo finanziario**, sono state previste dal decreto Rilancio alcune deroghe rispetto alla normativa vigente in materia di erogazione del **finanziamento statale del Servizio Sanitario** (incrementato di **ulteriori 1.410 milioni di euro nel 2020**) e di pagamento dei

debiti commerciali degli enti operanti in esso, in attesa dell'adozione delle delibere annuali di riparto regionale. Il decreto Cura Italia ha peraltro previsto a favore delle regioni, per tutto il periodo dello stato di emergenza sanitaria, il rilascio di apposite coperture assicurative per l'acquisto di beni inerenti la gestione della crisi epidemiologica. Il decreto-legge cd. Liquidità ha disposto un credito d'imposta a favore delle imprese per la sanificazione degli ambienti di lavoro, l'acquisto di mascherine chirurgiche e dei dispositivi di protezione individuale, esteso dal decreto Cura Italia anche agli enti non commerciali, compresi gli enti del Terzo settore.

Per limitare l'affluenza di pazienti presso gli ambulatori specialistici in considerazione della necessità di ridurre il rischio di infezione COVID-19, il DL. Rilancio ha previsto la **proroga del rinnovo dei piani terapeutici** in scadenza per specifiche patologie respiratorie e per prodotti funzionali all'**ospedalizzazione a domicilio**, oltre che una semplificazione della **distribuzione dei farmaci** nel canale delle farmacie convenzionate e delle procedure di rinnovo delle **prescrizioni mediche dei farmaci essenziali** e per le malattie croniche, rimborsati dal Sistema sanitario nazionale.

Norme speciali sono state approvate con il decreto Liquidità per la sperimentazione clinica e per l'**uso compassionevole dei farmaci in fase di sperimentazione** (per i quali sono stati neutralizzati gli effetti fiscali ai fini IVA per la loro cessione) riferite a pazienti affetti da infezione COVID-19, con la finalità di migliorare la capacità di coordinamento e di analisi delle evidenze scientifiche disponibili limitatamente al periodo di durata dello stato di emergenza.

PS. Lo stato di emergenza è stato ulteriormente prorogato al 31 marzo 2022 in forza del decreto legge 24 dicembre 2021 n. 221 (art. 1, comma 1).

Contesto Economico Regionale 2021

(fornito dalla Rete regionale Trasparenza e Integrità)

Prospettive economiche globali

Il quadro di ipotesi che emerge dagli “Scenari” di Prometeia è quello di una veloce fuoriuscita dalla crisi pandemica con un prodotto mondiale che recupera i livelli del 2019 nel corso del 2021.
Sono forti le differenze nell’evoluzione della congiuntura: in particolare alla forza dell’economia cinese, che mostra un notevole ritmo di espansione nel 2021, e di quella americana in forte ripresa, si contrappone una leggermente minore dinamicità dell’attività nell’Unione europea. Il commercio mondiale, crollato nel 2020, si sta riprendendo nel 2021 con il rimbalzo dell’attività, che proseguirà nel 2022. La forza della ripresa ha generato una spinta inflazionistica che dalle materie prime e dai trasporti (noli internazionali in particolare) è giunta ai prezzi al consumo, giudicata per ora temporanea dalle banche centrali che manterranno una politica accomodante. Un aumento dei tassi sul dollaro potrebbe peggiorare le condizioni del credito per l’economia mondiale e ne soffrirebbero maggiormente i paesi più esposti sul fronte debitorio, alcuni dell’Unione, e in particolare gli emergenti non produttori di materie prime. Anche in Italia la ripresa si rafforza.

Pil e conto economico in Italia

Per quest'anno si prevede una ripresa del prodotto interno lordo al +6,5 per cento sostenuta dal contenimento della pandemia grazie al progredire della vaccinazione.
Ne deriva che il Pil nazionale in termini reali nel 2021 risulterà inferiore del 6,6 per cento rispetto a quello del 2009 e di ben 12,4 punti percentuali rispetto al livello del 2007. La ripresa sarà però più contenuta nel 2022 (+3,8 per cento), anche se permetterà comunque a fine anno di recuperare il livello del Pil del 2019 antecedente alla pandemia.
La ripresa del Pil nel 2021 sarà ben superiore a quella dei maggiori paesi dell'area dell'euro e nel biennio 2021-2022 leggermente superiore a quella francese.

Il contesto economico in Emilia - Romagna

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

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

Gli effetti della recessione passata sul tenore di vita resteranno evidenti. Nel 2021 i consumi privati aggregati risulteranno inferiori del 4,9 per cento rispetto a quelli del picco del 2011, e il dato complessivo cela un ulteriore aumento della diseguaglianza, derivante dall'asimmetria degli effetti dei blocchi dell'attività sui settori e della caduta del reddito disponibile su specifiche categorie lavorative e settori sociali.

Gli investimenti fissi lordi grazie alla ripresa dell'attività produttiva e ai massicci interventi pubblici registreranno un vero "boom" nel 2021 (+18,2 per cento), che trainerà la ripresa e recupererà più che pienamente i livelli di accumulazione precedenti alla pandemia.
Nel caso di un'evoluzione controllata della crisi sanitaria, la ripresa nel 2022 sarà meno rapida, ma ancora decisamente sostenuta dagli investimenti (+8,9 per cento), grazie anche ai massicci interventi pubblici.

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

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

La formazione del valore aggiunto: i settori

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

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

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

Gli effetti negativi dello shock da coronavirus si sono fatti sentire più a lungo e duramente nel settore dei servizi. Tanto che nel 2021 la ripresa del valore aggiunto settoriale sarà solo decisamente parziale (+4,2 per cento) e la più contenuta rispetto agli altri macrosettori, data la maggiore difficoltà ad affrontare gli effetti della pandemia nella prima metà dell'anno in corso e la contenuta ripresa della domanda delle famiglie. Purtroppo, il modello non ci permette di osservare in dettaglio i macrosettori dei servizi, alcuni dei quali hanno ben resistito e sono in forte ripresa, mentre altri hanno sofferto duramente e tarderanno a risollevarsi. Con la ripresa dei consumi, la tendenza positiva dovrebbe mantenere il suo ritmo di crescita anche nel 2022 (+4,2 per cento), al contrario di quanto avverrà per gli altri settori. Il valore aggiunto dei servizi dovrebbe recuperare quasi esattamente i livelli del 2019 solo alla fine del 2022, mentre al termine dell'anno corrente dovrebbe risultare inferiore dell'1,3 per cento rispetto al precedente massimo antecedente la crisi finanziaria e toccato nel 2008, soprattutto per effetto della compressione dei consumi e dell'aumento della diseguaglianza.

Il mercato del lavoro

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

In dettaglio, nel 2021 nonostante la ripresa dell'attività e le riaperture possibili, le forze di lavoro cresceranno moderatamente (+0,7 per cento), ma nel 2022 il loro l'aumento dovrebbe rapidamente compensare quasi del tutto (+2,0 per cento) il calo subito nel 2020. Il tasso di attività, calcolato come quota sulla popolazione presente totale, migliorerà solo

marginalmente nel 2021 al 47,5 per cento e si riprenderà più decisamente nel 2022 al 48,4 per cento, giungendo un decimo di punto al di sotto del livello del 2019.

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

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

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

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

(fornito dalla Rete regionale Trasparenza e Integrità)

Premessa

Diverse indagini condotte negli ultimi trent'anni dalle forze investigative hanno portato alla luce la presenza delle mafie fuori dalle zone di origine[1], rivelando così, contrariamente a un'idea diffusa e consolidata nell'immaginario collettivo, la forte capacità di adattamento di queste organizzazioni criminali anche nei territori generalmente ritenuti immuni dal fenomeno mafioso.

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

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

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

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

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

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

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

Oltre alle politiche regionali specificatamente dedicate alla promozione della legalità e che almeno da un decennio caratterizzano l'azione della Regione Emilia-Romagna, altre attività volte a prevenire e contrastare le mafie e il malaffare realizzate da numerosi enti del territorio dimostrerebbero infatti il contrario. D'altra parte, nessuna sottovalutazione del problema sembrerebbe esserci stata da parte della società civile, considerati gli straordinari sviluppi registrati in questi anni dal fronte dell'antimafia civile, il quale ha visto attivamente e progressivamente coinvolte numerose associazioni del territorio regionale fino a diventare fra i più attivi nel panorama italiano. Allo stesso modo, non si può neppure negare che l'opinione pubblica oggi si dimostri disattenta, inconsapevole o, peggio ancora, indifferente di fronte a tale problema. Già nel 2012, quindi molto prima che le forze investigative portassero a compimento l'operazione "Aemilia", due cittadini su tre non avevano nessuna difficoltà ad ammettere la presenza delle mafie nella nostra regione e quattro su dieci nel proprio comune, indicando la 'ndrangheta e la camorra fra le organizzazioni più attive[2].

[2] È quanto emerso da una ricca e articolata indagine demoscopica condotta nel 2012 nell'ambito delle attività del Settore sicurezza urbana e legalità della Regione Emilia-Romagna, la quale ha rappresentato per diverso tempo l'unica esperienza di ricerca condotta nel nostro paese sulla percezione e rappresentazione sociale delle mafie. A distanza di molti anni e dopo le note vicende che recentemente hanno visto la nostra regione al centro di alcune importanti indagini giudiziarie per mafia, oggi varrebbe la pena riproporre un'indagine simile, non solo per comprendere come è mutato l'atteggiamento collettivo rispetto ai

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

Rimandando agli approfondimenti realizzati nel corso degli ultimi vent'anni sugli sviluppi della criminalità organizzata in Emilia-Romagna[3], attraverso l'analisi dei dati riguardanti i reati rilevati dalle forze di polizia, in questa sezione della relazione si intende dare conto, in modo sintetico, della presenza, dell'intensità e degli sviluppi nella nostra regione di alcune attività e traffici criminali. Come si vedrà meglio dopo, si tratta di attività caratterizzate da una certa complessità, realizzate - proprio per questa loro peculiarità - attraverso l'associazione di persone che perseguono uno scopo criminale comune.

In particolare, qui saranno esaminati: i reati di associazione a delinquere semplice e mafiosa; gli omicidi di mafia; le estorsioni[4]; i danneggiamenti e gli attentati dinamitardi e incendiari[5]; i reati di produzione, traffico e spaccio di stupefacenti[6]; lo sfruttamento e il favoreggiamento della prostituzione[7]; i furti e le rapine organizzate[8]; i reati di ricettazione[9]; le truffe, le frodi e i reati di contraffazione[10]; il riciclaggio e l'impiego di denaro illecito[11]; l'usura[12].

---

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

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

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

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

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

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

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

La tabella 1 riporta il numero di persone denunciate o arrestate tra il 2010 e il 2019 perché sospettate di aver commesso questi reati per dieci reati dello stesso tipo con autore noto denunciati nel medesimo periodo di tempo[13].

A conferma di quanto si diceva prima, ciascuna fattispecie criminale presa in considerazione presenta un carattere inequivocabilmente associativo, visto che il rapporto che si riscontra fra il numero degli autori e quello dei delitti denunciati è regolarmente a favore dei primi[14].
Il quadro che emerge per la nostra regione si può riassumere nel modo seguente: per dieci reati dello stesso tipo denunciati nel periodo preso in esame, nel caso dell'associazione a delinquere sono state denunciate 87 persone, 30 nel caso degli omicidi di mafia, 17 nel caso delle estorsioni, 15 nel caso dei danneggiamenti e degli attentati dinamitardi e incendiari, 19 nel caso dei reati riguardanti gli stupefacenti, 27 nel caso dello sfruttamento della prostituzione, 21 nel caso dei furti e delle rapine organizzate, 15 nel caso della ricettazione, 14 nel caso delle truffe, delle frodi e della contraffazione, 24 nel caso dell'usura e 27 nel caso del riciclaggio (v. tabella 1).

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

Di ciascuno di questi reati, nelle sezioni successive della presente relazione si esamineranno gli sviluppi e il peso che hanno avuto nella nostra regione e nelle sue province in un arco temporale di dieci anni: dal 2010 al 2019, che corrisponde al periodo più recente per cui i dati sono disponibili[15].

---

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

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

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

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

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

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

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

TABELLA 1:
Numero di persone denunciate o arrestate dalle forze di polizia ogni dieci reati denunciati con autore noto in Emilia-Romagna, in Italia e nel Nord-Est. Distinzione per alcune fattispecie delittuose. Periodo 2010-2019

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

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

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

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

Come si può osservare, nel decennio esaminato in Emilia-Romagna sono stati denunciati complessivamente quasi 180 mila delitti associativi, corrispondenti a circa il 7% di quelli denunciati nell'intera Penisola e a oltre il 43% di quelli denunciati nel Nord-Est[16].

Prestando attenzione alla loro composizione numerica, si può notare innanzitutto che le *truffe, le frodi e la contraffazione* costituiscono i reati più diffusi fra tutti quelli esaminati: con quasi 115 mila casi denunciati, di cui circa il 95% sono costituiti da truffe e frodi (comprese quelle informatiche), essi infatti assorbono oltre due terzi della massa delle denunce qui esaminate. Decisamente meno frequenti, ma comunque rilevanti sul piano numerico, sono poi i reati che riguardano gli *stupefacenti* e la *ricettazione*: per quanto riguarda i primi, nel periodo considerato in regione ne sono stati denunciati quasi 26 mila, in gran parte riguardanti lo spaccio, mentre di reati riguardanti la ricettazione ne sono stati denunciati quasi 18 mila.

Ancora meno frequenti sono i *furti e le rapine organizzate*, che infatti ammontano a oltre 6.000 denunce, e le *estorsioni*, il cui ammontare è pari a quasi 6 mila casi. I *danneggiamenti e gli attentati dinamitardi e incendiari* sono circa 3.700, i reati di *sfruttamento e favoreggiamento della prostituzione* oltre mille, i reati riguardanti il *riciclaggio e l'usura* quasi 1.400, di cui più di 1.000 riguardanti il riciclaggio e l'impiego di denaro illecito. I casi di *associazione a delinquere*, infine, sono poco più di 300, di cui solo 4 di tipo mafioso. (Per completezza, si segnala un solo caso di *omicidio per motivi di mafia*, consumatosi nella provincia di Parma nel 2010; questo omicidio rappresenta l'unico di stampo mafioso consumatosi nel Nord-Est).

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

TABELLA 2:
Reati denunciati dalle forze di polizia all'autorità giudiziaria in Emilia-Romagna, in Italia e nel Nord-Est. Periodo 2010-2019 (nr. complessivo dei reati denunciati; tasso di variazione medio annuale; tasso di delittuosità medio per 100.000 abitanti).

	EMILIA-ROMAGNA			ITALIA			NORD-EST		
	Totale delitti denunciati	medio annuale media	Tasso su 100 mila ab.	Totale delitti denunciati	medio annuale media	Tasso su 100 mila ab.	Totale delitti denunciati	medio annuale media	Tasso su 100 mila ab.
Truffe, frodi e contraffazione	114.171	7,9	258,1	1.533.289	8,2	254,5	274.894	9,8	237,1
Stupefacenti	25.841	2,4	58,4	355.472	2,1	59,0	58.959	2,4	50,8
Ricettazione e contrabbando	17.913	-3,5	40,5	230.420	-4,2	38,3	37.242	-3,8	32,1
Furti e rapine organizzate	6.106	-5,1	13,8	82.014	-6,9	13,6	11.334	-4,4	9,8
Estorsioni	5.768	11,4	13,0	80.529	5,2	13,4	11.538	9,3	10,0
Danneggiamenti, attentati	3.743	-2,1	8,5	95.934	-2,5	15,9	8.066	-2,3	7,0
Sfruttamento della prostituzione	1.072	-9,8	2,4	10.523	-11,4	1,7	2.166	-9,0	1,9
Riciclaggio	1.008	12,0	2,3	17.033	4,1	2,8	2.532	8,9	2,2
Usura	369	17,1	0,8	3.466	-5,5	0,6	635	4,7	0,5
Associazione a delinquere	321	5,3	0,7	8.370	-4,0	1,4	1.059	-3,1	0,9
Omicidi di mafia	1	-100,0	0,0	469	-4,7	0,1	1	-100,0	0,0
Totale delitti associativi	**176.313**	**5,0**	**398,6**	**2.417.519**	**4,8**	**401,3**	**408.426**	**6,4**	**352,2**

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

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

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

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

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

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

- ✓ nella provincia di *Piacenza* sono cresciute oltre la media regionale i reati di riciclaggio, le estorsioni, le truffe, le frodi e la contraffazione, i reati riguardanti gli stupefacenti, lo sfruttamento della prostituzione, i furti e le rapine organizzate e i danneggiamenti e gli attentati dinamitardi e incendiari (va fatto notare che riguardo a questi ultimi tre gruppi di

reati, la tendenza della provincia è stata opposta a quella della regione: mentre infatti in regione questi reati sono diminuiti, qui sono aumentati sensibilmente);

- ✓ la provincia di *Parma* ha avuto una crescita superiore alla media della regione rispetto ai reati di usura, di riciclaggio, a quelli riguardanti gli stupefacenti e, in controtendenza rispetto a quanto è avvenuto in generale nella regione, ai reati di sfruttamento della prostituzione e ai danneggiamenti;
- ✓ la provincia di *Reggio Emilia* ha registrato una crescita superiore alla media regionale riguardo ai reati di riciclaggio, alle estorsioni e alle truffe, alle frodi e alla contraffazione; in controtendenza rispetto a quanto si è registrato in generale in regione, in questa provincia sono cresciuti anche i reati di sfruttamento della prostituzione e i danneggiamenti;
- ✓ la provincia di *Modena* ha avuto una crescita più elevata di quella media regionale rispetto ai reati di riciclaggio e alle estorsioni; diversamente dall'andamento regionale, in questa provincia sono aumentati anche i furti e le rapine organizzate e i reati di ricettazione e di contrabbando;
- ✓ nella provincia di *Bologna* si sono registrati valori superiori alla media regionale per i reati riguardanti il riciclaggio e le estorsioni;
- ✓ nella provincia di *Ferrara* sono cresciuti in misura superiore alla media le estorsioni, le truffe e i reati riguardanti gli stupefacenti; in controtendenza all'andamento medio della regione, in questa provincia sono cresciuti anche i furti e le rapine organizzate e i danneggiamenti;
- ✓ la provincia di *Ravenna* registra valori superiori alla media della regione relativamente ai reati di riciclaggio, alle estorsioni e a quelli che riguardano gli stupefacenti; diversamente di quanto si è registrato a livello regionale, in questa provincia è cresciuto anche il reato di sfruttamento e favoreggiamento della prostituzione;
- ✓ la provincia di *Forlì-Cesena* registra valori superiori alla media della regione relativamente ai reati di riciclaggio, alle estorsioni e al reato di associazione a delinquere;
- ✓ la provincia di *Rimini* registra valori superiori alla media regionale riguardo ai reati di riciclaggio e, contrariamente alla tendenza media della regione, ai danneggiamenti e agli attentati dinamitardi e incendiari.

TABELLA 3:
Andamento dei reati denunciati dalle forze di polizia all'autorità giudiziaria nelle province dell'Emilia-Romagna. Periodo 2010-2019 (tasso di variazione medio annuale)

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

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

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

Come si può osservare ancora nella tabella 2, l'Emilia-Romagna detiene tassi di delittuosità superiori alla media italiana per quanto riguarda le truffe, le frodi e la contraffazione (258,1 *vs* 254,5 ogni 100 mila abitanti), i reati di ricettazione e di contrabbando (40,5 *vs* 38,3) e i reati di sfruttamento e favoreggiamento della prostituzione (2,4 *vs* 1,7 ogni 100 mila abitanti). Tassi inferiori a quelli dell'Italia, la nostra regione li registra invece in relazione ai danneggiamenti e agli attentati dinamitardi e incendiari (8,5 *vs* 15,9 ogni 100 mila abitanti), al reato di associazione a delinquere (0,7 *vs* 1,4), ai reati riguardanti gli stupefacenti (58,4 *vs* 59), al riciclaggio e impiego di denaro illecito (2,3 *vs* 2,8 ogni 100 mila abitanti) e alle estorsioni (13 *vs* 13,4 ogni 100 mila abitanti). Per tutti gli altri reati, i tassi della nostra regione sono sostanzialmente in linea con quelli italiani (furti e rapine organizzate: circa 14 ogni 100 mila abitanti; usura: meno di 1 ogni 100 mila abitanti; omicidi di mafia: quasi 0 ogni 100 mila abitanti).

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

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

TABELLA 4:
Incidenza dei reati denunciati dalle forze di polizia nelle province dell'Emilia-Romagna. Periodo 2010-2019 (tassi medi del periodo su 100.000 residenti)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nella sfera delle attività criminali economiche-finanziarie ricadono i reati di riciclaggio, di usura, le truffe, le frodi e i reati di contraffazione. Queste attività criminali tendono a essere

più diffuse nei territori economicamente e finanziariamente più attivi e coinvolgono una rete di soggetti afferenti spesso al mondo delle professioni non necessariamente strutturati all'interno delle organizzazioni, ma per le quali offrono prestazioni specialistiche: i cosiddetti colletti bianchi.

Come si può osservare nella tabella, il valore dell'indice che attesta il controllo del territorio da parte delle organizzazioni criminali nella nostra regione è decisamente sotto la media dell'Italia, ma risulta più alta della media della ripartizione territoriale del Nord-Est. Il tasso di delittuosità per questo tipo di attività criminale per la nostra regione è di 22,2 ogni 100 mila abitanti, quello dell'Italia di 30,8 mentre quello del Nord-Est di 17,9 ogni 100 mila abitanti.

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

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

TABELLA 5:
Presenza della criminalità organizzata nelle province dell'Emilia-Romagna secondo gli indici di *"Power Syndacate"*, *"Enterprise Syndacate"* e delle attività criminali economiche-finanziarie. Periodo 2010-2019 (tassi medi del periodo su 100 mila residenti; indice di variazione media annuale del periodo; indice di variazione del biennio 2018-2019)

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

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

AUSL PARMA gennaio 2022 **ALLEGATO 11**

GLI ORGANI DELL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI PARMA

DIRETTORE GENERALE

Collegio Sindacale

Collegio di Direzione

Comitato di indirizzo

GLI ORGANISMI COLLEGIALI

Comitato dei garanti

Organismo Aziendale di Supporto

Comitato Unico di Garanzia

Comitato Consultivo Misto

Direzione Strategica
Staff DG
DIRETTORE GENERALE
S.C. «ATTIVITA' GIURIDICO AMMINISTRATIVA»
UFFICIO STAMPA E COMUNICAZIONE*
UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO*
S.C. «RAPPORTI ISTITUZIONALI»
DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE
DIRETTORE SANITARIO
DIRETTORE AMMINISTRATIVO
S.C. «PREVENZIONE PROTEZIONE AZ»
MEDICO COMPETENTE*
S.C. INTERAZIENDALE «TRASPARENZA/INTEGRITA' E INTEGRAZIONE PROCESSI»
DIREZIONE SANITARIA
SERVIZIO FISICA SANITARIA
SERVIZIO MEDICINA PREVENTIVA IGIENE OSPEDALIERA E SICUREZZA IGIENICO-SANITARIA
Linee DS
Staff DS
S.S.D «GOVERNO CLINICO, GESTIONE DEL RISCHIO E COORD. QUALITA' E ACCREDITAMENTO»
S.C. «RICERCA E INNOVAZIONE»
S.S. «MEDICINA LEGALE»*
Staff DA
Line DA
S.C. INTERAZIENDALE «INTERNAL AUDITING»*
S.C. INTERAZIENDALE «AFFARI GENERALI»
DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE «RISORSE UMANE»
S.C. INTERAZIENDALE «Area giuridica»
S.C. INTERAZIENDALE «Formazione e sviluppo risorse umane»
S.C. INTERAZIENDALE «Area economica»
DIPARTIMENTO INTERPROVINCIALE «INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGY»
S.C. «Servizio informativo aziendale» AOUPR
S.C. «Sistemi informativi, telecomunicazione» AUSL PC
S.C. «Servizio risorse informatiche e telematiche» AUSL PR
DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE «TECNICO E LOGISTICA»
S.C. «servizio interaziendale logistica e gestione amministrativa lavori pubblici»
S.C. «servizio interaziendale acquisizione beni»
S.C. «servizio interaziendale esecuzione contratti fornitura beni»
S.C. «Servizio interaziendale attività tecniche»
S.S.D «Servizio interaziendale di ingegneria clinica»
S.C. INTERAZIENDALE «SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO»
S.C. INTERAZ. «Servizio Economico Finanziario Aspetti Economici Acc.»
S.C. INTERAZ. «Gestione amministrativa prestazioni sanitarie ed acc., pianif. e gest. Prog. accogl.»
DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE «PROGRAMMAZIONE, VALUTAZIONE E CONTROLLO
PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE AOUPR
SVILUPPO E INTEGRAZIONE SERVIZI SANITARI AUSL PR
SERVIZIO CONTROLLO DI GESTIONE AUSL PR
DIPARTIMENTI AD ATTIVITA' INTEGRATA
MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA
CHIRURGICO GENERALE E SPECIALISTICO
CARDIO-TORACO-VASCOLARE
TESTA-COLLO
MEDICO GERIATRICO RIABILITATIVO
MATERNO INFANTILE
DIAGNOSTICO
DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA PROVINCIALE INTERAZIENDALE
DIPARTIMENTO FARMACEUTICO INTERAZIENDALE PER LA PROVINCIA DI PARMA

DIPARTIMENTI AD ATTIVITA' INTEGRATA

- MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA
- CHIRURGICO GENERALE E SPECIALISTICO
- CARDIO-TORACO-VASCOLARE
- TESTA-COLLO
- DIAGNOSTICO
- MEDICO GERIATRICO RIABILITATIVO
- MATERNO INFANTILE

DIPARTIMENTI INTERAZIENDALI DI AREA SANITARIA

- DIPARTIMENTO EMERGENZA-URGENZA PROVINCIALE INTERAZIENDALE
- DIPARTIMENTO FARMACEUTICO INTERAZIENDALE PER LA PROVINCIA DI PARMA