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

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA 2022-2024

Adottato con Deliberazione n. del xx gennaio 2022

SOMMARIO

EXECUTIVE SUMMARY 5

PARTE I - IL PTPCT E LA GESTIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO 7

IL PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E LA TRASPARENZA DELL'AZIENDA USL DI BOLOGNA PER IL TRIENNIO 2022-2024 7

OBIETTIVI E SOGGETTI NELL'AMBITO DELLA STRATEGIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 8
Obiettivi 8
Il sistema di governance 8
Il contesto istituzionale e organizzativo 9
I soggetti coinvolti nella strategia di prevenzione della corruzione 9

COORDINAMENTO CON GLI STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE AZIENDALI 14

SISTEMA DI MONITORAGGIO SULL'ATTUAZIONE E SULL'EFFICACIA DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 15

ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO 15
Il contesto internazionale e nazionale alla luce della pandemia 16
Scenario economico-sociale regionale 19
Il mercato del lavoro in Emilia - Romagna 19
Profilo criminologico del territorio regionale 19
Attività di contrasto sociale e amministrativo 19

ANALISI DEL CONTESTO INTERNO 19
L'assetto istituzionale ed organizzativo dell'Azienda USL di Bologna 19
La fotografia del personale operante nell'Azienda USL di Bologna 22
Modifiche organizzative intervenute nel 2021 22
I processi di integrazione e unificazione interaziendale 30
I rapporti con le Università 34
Il sistema delle segnalazioni come ulteriore elemento di conoscenza del contesto 34
La Mappatura dei processi 34

SISTEMA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO 35
La valutazione del rischio 35

PARTE II - TRATTAMENTO DEL RISCHIO: LE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 37

Misure Generali: rendicontazione e programmazione attività 37
Formazione 37
Rotazione 38
Codice di comportamento 41
Dichiarazioni patrimoniali e reddituali della dirigenza e raccolta dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse 42
Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi 43
Patti di integrità 43
Commissioni e conferimento di incarichi in caso di condanna (ART.35 BIS) 44
Pantouflage 44
Rotazione straordinaria 44
Whistleblowing – Segnalazione di condotte illecite 44

Misure specifiche: rendicontazione e programmazione attività 45
Aree di rischio Generali 45
Contratti pubblici 45
Inoltre, a seguito delle modifiche intervenute all'art 29 del D.lgs 50/2016, verrà riattivato il tavolo permanente del Profilo del committente per aggiornare la relativa sezione nella Amministrazione Trasparente. 45
Acquisizione e gestione del personale 45
Provvedimenti ampliativi con effetti economici 46
Gestione delle entrate delle spese e del patrimonio 46

Gestione Donazioni **Errore. Il segnalibro non è definito.**
Aree di rischio specifiche 48
Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni 48
Attività libero professionale e liste di attesa 49
Decessi in ambito intraospedaliero 49
Rapporti con soggetti erogatori – Accordi con il privato accreditato 50

PARTE III - TRASPARENZA E INTEGRITÀ 51

Novità normative del 2021 in materia di trasparenza 51
La trasparenza dell'attività amministrativa e la protezione dei dati personali 51
Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della Trasparenza (RPCT) e la rete dei responsabili di pubblicazione 52
Definizione dei flussi per la pubblicazione dei dati ed individuazione dei responsabili 52
Stato di adempimento degli obblighi di pubblicazione 52
Misure di monitoraggio e di vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza 54
Gestione accesso civico 55
Pubblicazione delle Banche Dati di cui l'Azienda è titolare 56

ALLEGATI 58

SIGLE E ABBREVIAZIONI

AAPP	*Amministrazioni Pubbliche*
ACN	*Accordo Collettivo Nazionale*
ANAC	*Autorità Nazionale Anticorruzione*
AVEC	*Area Vasta Emilia Centro*
Azienda USL	*Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna*
OIV	*Organismo indipendente di valutazione*
PNA	*Piano Nazionale Anticorruzione*
PNRR	*Piano nazionale di ripresa e resilienza*
PTPCT	*Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza*
RASA	*Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante*
RPCT	*Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza*
UIF	*Unità di Informazione Finanziaria*
UPD	*Ufficio per i procedimenti disciplinari*

EXECUTIVE SUMMARY

Il **Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza** (PTPCT) è un documento di natura programmatica, previsto dalla legge 6 novembre 2012, n. 190, che definisce la **strategia di prevenzione della corruzione** della singola amministrazione pubblica, sulla base di un'appropriata ed effettiva analisi dell'organizzazione, mappatura dei processi e valutazione del diverso livello di esposizione al rischio delle attività degli uffici, attraverso l'individuazione e la programmazione di interventi puntuali e specifici volti a prevenire e/o ad incidere sul medesimo rischio corruttivo.

Considerati gli obiettivi che una pubblica amministrazione deve realizzare per perseguire le proprie finalità istituzionali, secondo i principi di buon andamento e imparzialità, il PTPCT è quello **strumento organizzativo utile a prevenire o quantomeno a ridurre il rischio** di uno scostamento dai risultati attesi per effetto di fattori ed influenze interne ed esterne all'Amministrazione, che possono provocare uno sviamento dalle finalità istituzionali dell'ente.

Con il PTPCT l'Amministrazione si pone l'obiettivo di "**gestire i rischi**", attraverso misure organizzative sostenibili ed efficaci finalizzate a favorire il buon andamento e l'imparzialità nella fase decisionale e in generale, nello svolgimento di tutte le attività amministrative.

Il PTPCT costituisce, dunque, un **atto organizzativo fondamentale dell'Amministrazione**, in quanto attraverso la gestione del rischio, che si sviluppa in fasi sequenziali e cicliche secondo la logica del continuo miglioramento, consente di accrescere la conoscenza organizzativa e gestionale dell'Amministrazione e, in virtù del continuo flusso di informazioni, di migliorare i processi decisionali, con l'obiettivo di eliminare/ridurre quei comportamenti che danno luogo a situazioni di cattiva amministrazione, incentivando un agire secondo criteri di semplificazione, efficienza, efficacia ed economicità.

Ed è proprio nell'ottica del miglioramento dei processi decisionali che il legislatore ha ritenuto **necessaria l'integrazione del PTPCT con altri strumenti di programmazione e di valutazione,** primi fra tutti, i documenti di rappresentazione della performance, aventi anch'essi la finalità di migliorare la qualità dei servizi offerti.

L'avvio del programma europeo **Next Generation EU (NGEU)**, strumento temporaneo per una robusta ripresa dell'economia europea all'insegna della transizione ecologica, della digitalizzazione, della competitività, della formazione e dell'inclusione sociale, territoriale e di genere, ha richiesto ad ogni Stato membro la predisposizione di un **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR),** al fine di garantire l'effettivo raggiungimento degli obiettivi indicati a livello europeo.

Il decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, che definisce il quadro normativo nazionale finalizzato a semplificare e agevolare la realizzazione dei traguardi e degli obiettivi stabiliti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, definisce a grandi linee i tre capisaldi che guideranno i cambiamenti nella Pubblica Amministrazione:

- **Digitalizzazione;**
- **Reingegnerizzazione dei processi;**
- **Semplificazione.**

Il legislatore, consapevole del ruolo nevralgico che assumeranno le Amministrazioni pubbliche nella realizzazione degli interventi previsti nel PNRR, con il decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito in Legge n. 113 del 6 agosto 2021, ha definito un *modus operandi* a "rete" teso a garantire il rafforzamento della capacità funzionale delle stesse. In particolare, all'art. 6 del citato decreto-legge ha introdotto uno strumento unico di pianificazione delle amministrazioni pubbliche – il **Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO)** – che, anche in un'ottica di semplificazione degli strumenti programmatici esistenti, dovrebbe determinare una logica integrata di pianificazione rispetto alle scelte fondamentali di sviluppo delle stesse.

Alcuni degli obiettivi strategici previsti nel PIAO – semplificazione e digitalizzazione di procedure, facile accessibilità alle amministrazioni da parte dei cittadini e delle imprese, sia fisica che digitale, una gestione del personale che miri alla valorizzazione professionale e culturale, una piena trasparenza amministrativa – si combinano e si intrecciano con gli obiettivi e le misure di prevenzione della corruzione, con la medesima finalità di guidare le amministrazioni pubbliche al corretto e responsabile utilizzo delle risorse, in linea con gli obiettivi di interesse pubblico e dunque, al miglioramento della propria funzionalità.

La strategia di contrasto della corruzione e delle forme di "cattiva amministrazione" assume dunque sempre maggiore centralità e si rafforza nei suoi connotati "strutturali" di prevenzione amministrativistica, con strumenti integrati e obiettivi strategici condivisi, costituendo fattore di stimolo per il miglioramento dei processi organizzativi.

- STRUTTURA DEL PTPCT

Il PTPCT per il triennio 2022-2024 è strutturato in tre parti, seguendo una logica che aiuta a comprendere in modo efficace e comprensibile l'importanza che riveste il sistema di prevenzione della corruzione nel raggiungimento, nel medio-lungo periodo, di una maggiore consapevolezza civica e di un maggior rispetto del bene comune. Una finalità che è concretamente realizzabile soltanto se si riesce a sviluppare all'interno dell'Amministrazione una responsabilità diffusa e una cultura consapevole della gestione del rischio.

La **prima parte** del Piano illustra, in primo luogo, il capillare sistema "a rete" di soggetti interni ed esterni all'Azienda che collaborano, a diverso titolo e con compiti differenti, alla progettazione, allo svolgimento e all'effettiva realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio corruttivo. In secondo luogo, si descrivono alcune fasi trasversali (monitoraggio e consultazione del Piano) e sequenziali (analisi del contesto esterno e interno, con particolare riguardo alla mappatura dei processi, e valutazione dei rischi) del **processo di gestione del rischio**, il quale rappresenta nell'ambito del processo decisionale delle AAPP, lo strumento centrale e più importante per effettuare scelte consapevoli e per determinare la scala di priorità delle azioni, finalizzate appunto al continuo miglioramento organizzativo e gestionale delle stesse.

La **seconda parte** del Piano è dedicata al **trattamento dei rischi** identificati nella fase di mappatura dei processi e consiste nell'individuazione, programmazione e aggiornamento delle misure calibrate al livello di rischio emerso, analizzato e ponderato. Vengono descritte e aggiornate le misure di prevenzione di carattere generale, quali strumenti di mitigazione dei rischi di tipo trasversale, con alcuni approfondimenti su misure soggettive di imparzialità dei dipendenti (conflitto di interessi, inconferibilità e incompatibilità), sulla rotazione ordinaria del personale, e di carattere specifico, quali strumenti di impatto sui rischi corruttivi riconducibili ad aree di rischio generali e aree di rischio specifiche identificate e collegate al settore sanitario.

La **terza parte**, infine, è incentrata sulla promozione della "**trasparenza**" con indicazione delle attività e degli obiettivi concernenti gli obblighi di pubblicazione e le tipologie di accesso previsti dalla normativa vigente, anche in relazione alla disciplina in materia di protezione dei dati personali.

PARTE I -
IL PTPCT E LA GESTIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO

IL PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E LA TRASPARENZA DELL'AZIENDA USL DI BOLOGNA PER IL TRIENNIO 2022-2024

Con il Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2022-2024, l'Azienda USL prosegue nel percorso di prevenzione della corruzione avviato e sviluppato con i precedenti Piani, tenendo conto, in un'ottica migliorativa, delle risultanze delle attività di monitoraggio e controllo del precedente ciclo di gestione del rischio.
Il presente documento programmatico è stato redatto in conformità al complessivo quadro normativo derivante dalla Legge 6 novembre 2012, n. 190 e sulla base degli obiettivi strategici definiti dalla Direzione Generale e delle indicazioni integrative, dei chiarimenti e degli indirizzi metodologici forniti dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) con propria Delibera n. 1064 del 13 novembre 2019 - Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) 2019 - con particolare riguardo alla metodologia di analisi e gestione del rischio corruttivo. Si è altresì tenuto conto degli approfondimenti "Sanità" contenuti nell'Aggiornamento PNA 2015 (Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015) e nel PNA 2016 (Delibera n. 831 del 3 agosto 2016).

PROCESSO DI ELABORAZIONE DEL PTPCT

Il PTPCT è predisposto dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza coadiuvato dalla propria struttura di supporto - U.O. Anticorruzione e Trasparenza – e con la partecipazione attiva dei soggetti interni ed esterni (Rete della Integrità e della Trasparenza regionale) all'Azienda, coinvolti nella strategia di prevenzione della corruzione.
Coerentemente con la logica sequenziale e ciclica del processo di gestione del rischio, l'analisi delle risultanze delle attività di monitoraggio e controllo costituisce un importante strumento conoscitivo fondamentale nella fase di revisione della mappatura e rivalutazione dei processi e nella conseguente fase di programmazione delle misure di prevenzione della corruzione.
Altrettanto importante durante il processo di formazione del Piano è la fase di "consultazione e comunicazione" che caratterizza ogni fase del processo di gestione del rischio.
Con riferimento alle attività di aggiornamento della mappatura dei processi/attività e della valutazione dei rischi si è rivelato fondamentale il coinvolgimento diretto dei Titolari/Responsabili dei Processi oggetto di analisi, in quanto ha consentito di acquisire utili informazioni sulle modalità di svolgimento degli stessi, sugli eventi rischiosi, sui fattori abilitanti e sulle eventuali criticità presenti.
Al fine di acquisire osservazioni, contributi, suggerimenti anche da soggetti esterni all'Azienda e consentire una maggiore conoscenza e condivisione del contenuto del Piano a tutti i soggetti interni alla stessa, è stata avviata una consultazione pubblica dal 3 al 13 gennaio 2022, mediante avviso pubblicato sul sito internet aziendale, con invito agli stakeholder interni ed esterni di inviare eventuali suggerimenti/osservazioni e/eventuali proposte. Dalla consultazione sono pervenuti i seguenti contributi :…….
Riguardo all'analisi del contesto esterno, oltre alla consultazione pubblica, come sopra evidenziato, rilevante è il contributo della Rete per l'Integrità e la Trasparenza per tutte le Aziende del SSR della Regione Emilia-Romagna per le informazioni utili all'attività di analisi e per comprendere meglio l'impatto che alcune dinamiche esterne possono avere per l'Azienda in termini di potenziale rischio corruttivo.
Con riferimento al processo di elaborazione del PTPCT, in particolare alla fase di aggiornamento della mappatura dei processi, la Direzione Aziendale ha assunto un importante ruolo proattivo per il concreto ed efficace sviluppo della stessa, con la consapevolezza della strategicità di tale strumento per la reingegnerizzazione, semplificazione e digitalizzazione dei processi, obiettivi peraltro previsti dal Legislatore nel PNRR e nel decreto-legge n. 80/2021 recante "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia". A conclusione del lavoro di aggiornamento, il documento

"Registro dei Rischi", è stato oggetto di condivisione con lo Staff Aziendale, al fine di illustrarne le risultanze, frutto di un lavoro che ha coinvolto tutti i Titolari/Responsabili dei Processi e delle Attività mappati. La condivisione del documento di gestione del rischio con tutte le macroarticolazioni aziendali ha decisamente sviluppato all'interno dell'Azienda USL una maggiore consapevolezza dell'importanza della gestione dei rischi, contribuendo in modo significativo ad individuare in modo puntuale i diversi livelli di responsabilità.
A seguito della condivisione del Piano con la Direzione Generale, il RPCT ha trasmesso la proposta definitiva del Piano per la sua adozione entro il termine del 31 gennaio 2022, in conformità a quanto previsto dall'art. 1, comma 8 della L. 190/2012.
Una volta adottato, il PTPCT 2022-2024 viene pubblicato sul sito internet aziendale - www.ausl.bologna.it - nella sezione *Amministrazione trasparente/Altri contenuti-prevenzione della corruzione.*

OBIETTIVI E SOGGETTI NELL'AMBITO DELLA STRATEGIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Obiettivi

La prevenzione e il contrasto della corruzione e di ogni forma di "cattiva amministrazione" costituiscono obiettivi prioritari dell'Azienda USL, in quanto i fenomeni corruttivi e di *mala gestio* rappresentano ostacoli all'efficienza e all'efficacia dell'azione amministrativa, nonché al corretto funzionamento della stessa.
Le linee strategiche in materia di prevenzione del rischio corruttivo messe in campo dall'Azienda Usl si richiamano integralmente alle disposizioni contenute nella legge n.190/2012, così come modificata dal decreto legislativo n. 97/2016, e nei provvedimenti normativi attuativi (decreto legislativo n. 33/2013, in materia di pubblicità e trasparenza; decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, in tema di incompatibilità e inconferibilità degli incarichi; D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, recante "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici").
La nuova disciplina ha anche fornito un definitivo chiarimento sulla natura e sui contenuti del **Piano Nazionale Anticorruzione** (PNA), inquadrandolo come **Atto Generale di Indirizzo** rivolto a tutte le amministrazioni che adottano i propri PTPCT (art. 1, comma 2-bis legge n. 190/2012).
Ai fini della strategia di prevenzione della corruzione, ANAC, nei propri Piani Nazionali, ha più volte precisato che **il fenomeno corruttivo va inteso in senso ampio**, non riconducibile solo allo specifico reato di corruzione e al complesso dei reati contro la pubblica amministrazione, ma anche a situazioni di "maladministration", consistenti in assunzioni 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. A tal scopo, ANAC con il PNA 2019 ha voluto porre l'attenzione sull'importanza di programmare e progettare misure di carattere soggettivo, cioè di carattere comportamentale, proprio perché tali misure concorrono ad evitare una più ampia serie di comportamenti devianti quali, tra gli altri, "*l'adozione di comportamenti contrari a quelli propri di un funzionario pubblico previsti da norme amministrativo-disciplinari anziché penali, fino all'assunzione di decisioni di cattiva amministrazione, cioè di decisioni contrarie all'interesse pubblico perseguito dall'amministrazione, in primo luogo sotto il profilo dell'imparzialità, ma anche sotto il profilo del buon andamento (funzionalità ed economicità)*".
In quest'ottica, il **PTPCT**, quale strumento di programmazione delle misure di prevenzione della corruzione, non deve configurarsi come un mero adempimento burocratico, ma deve essere interpretato come **un'opportunità di cambiamento reale, d'innovazione dei processi organizzativi e di rafforzamento della capacità di prevenzione e contrasto della corruzione**.

Il sistema di governance

In linea con le finalità di prevenzione della corruzione e con quanto previsto dalla normativa anticorruzione e dal Piano Nazionale Anticorruzione, alla gestione del rischio corruttivo concorrono una pluralità di attori, ciascuno nell'ambito dello specifico ruolo ricoperto, con la

consapevolezza che solo una responsabilità diffusa e una cultura cosciente dell'importanza delle politiche preventive della corruzione possono assicurare l'efficacia delle stesse.

Il contesto istituzionale e organizzativo

Le politiche di prevenzione della corruzione e della trasparenza, condivise con la Direzione Aziendale, sono state messe in campo in un contesto istituzionale e organizzativo in grado di favorire azioni condivise e sinergiche e dunque, di effettivo supporto al RPCT.
Il RPCT per l'espletamento delle proprie funzioni si avvale di un'apposita **struttura organizzativa,** ora denominata "Anticorruzione e Trasparenza"[1], e, secondo il principio della "responsabilità diffusa", di una **rete dei Referenti anticorruzione e dei Responsabili di pubblicazione.** Per ogni specifica misura di prevenzione della corruzione il RPCT provvede a costituire appositi Tavoli tecnici di lavoro.
In linea con la cultura della condivisione, al RPCT sono garantite, al di fuori del contesto aziendale, molteplici sedi di confronto e coordinamento sulle politiche di prevenzione e contrasto della corruzione. Nel dettaglio:

- in ambito AVEC, è membro del **Tavolo di lavoro permanente composto da tutti i Responsabili della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza delle Aziende AVEC,** quale sede di continuo scambio informativo e coordinamento delle azioni da intraprendere;
- a livello regionale, è componente del **Tavolo per il coordinamento delle misure in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione delle Aziende e degli Enti del SSR**, quale sede di condivisione delle migliori prassi e di promozione di misure comuni;
- a livello regionale partecipa alla **Rete per l'Integrità e la Trasparenza[2]**, che consente di condividere esperienze e attività di prevenzione, organizzare attività formative comuni.

I soggetti coinvolti nella strategia di prevenzione della corruzione

La strategia di prevenzione della corruzione in ambito aziendale, come già precisato, deve essere il più possibile condivisa e partecipata, ciò in virtù del richiamato principio di "responsabilità diffusa"; sono necessari, infatti, un coinvolgimento e una partecipazione attiva nell'elaborazione, attuazione e monitoraggio delle misure previste nel PTPCT dei seguenti soggetti:

- **Il Direttore Generale**, in qualità di organo di vertice dell'Azienda USL, svolge un ruolo nevralgico e proattivo nella strategia di prevenzione della corruzione. In particolare, è tenuto a:
  - individuare e nominare il RPCT e a garantire che possa svolgere il proprio ruolo con autonomia ed effettività, provvedendo a creare un contesto organizzativo che sia di reale supporto allo stesso (ex art. 1, comma 7 della Legge 190/2012);
  - definire gli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e della trasparenza nella fase di elaborazione del Piano e adottare lo stesso (ex art. 1, comma 8 della Legge 190/2012).
- **Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza** ricopre un ruolo centrale e di coordinamento nella predisposizione e verifica del sistema di prevenzione della corruzione dell'Azienda USL.
  Di seguito i principali compiti del RPCT:
  - predisporre annualmente il PTPCT e, dopo la sua adozione, verifica l'attuazione e l'idoneità delle misure ivi previste;
  - vigilare sull'attuazione delle misure previste nel PTPCT da parte di tutti i destinatari

[1] Le funzioni privacy sono state assegnate, a decorrere dal 1° agosto 2021, alla U.O. Affari Generali e Legali con Deliberazione aziendale n. 267 del 16/07/2021 recante modifiche al Regolamento Organizzativo Aziendale. Le modifiche organizzative rientrano nella più ampia riorganizzazione aziendale avente le finalità, tra le altre, di realizzare una maggiore razionalizzazione dei percorsi organizzativi e un migliore governo dei percorsi attraverso l'accorpamento di funzioni analoghe e maggiori sinergie tra funzioni affini, anche in coerenza con progettualità sovra-aziendali.
[2] In occasione del rinnovo del Tavolo di coordinamento della Rete per l'Integrità e la Trasparenza, i RPCT delle Aziende ed Enti del SSR hanno condiviso di designare quale Referente della categoria "Aziende ed altri Enti Pubblici del SSR" il Dott. Diego Nenci – RPCT dell'AUSL di Modena, con nota prot. n. 73110 del 10/11/2021.

- segnalare all'organo di indirizzo e all'OIV le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza e comunica agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non ne hanno dato corretta attuazione;
- promuovere la trasparenza amministrativa e vigilare sul rispetto degli obblighi di pubblicazione, monitorandone la qualità e la completezza dei documenti, dati e informazioni pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente". Con riferimento alle tipologie di accesso civico previste dal D.lgs. 33/2013, assicurare la gestione delle istanze di accesso civico semplice, nonché delle richieste di riesame riguardanti l'accesso civico generalizzato.
- vigilare sul rispetto della normativa in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi;
- promuovere una corretta e capillare diffusione del Codice di comportamento aziendale monitorandone l'attuazione;
- gestire le segnalazioni su condotte illecite.

L'incarico di RPCT dell'Azienda USL, attualmente ricoperto dalla Dott.ssa Grazia Matarante, Dirigente amministrativo, Direttore della U.O. Anticorruzione e Trasparenza (SC), in Staff al Direttore Generale, è stato conferito con Deliberazione n. 14 del 4 febbraio 2016.
Al fine di garantire che il RPCT possa svolgere il proprio ruolo con autonomia ed effettività, la Direzione Generale, con Deliberazione n. 12 del 29 gennaio 2016, ha costituito una **struttura organizzativa *ad hoc*** a supporto, caratterizzata dalla multi-professionalità delle risorse dedicate. Nel corso del 2021, nell'ambito del percorso di riorganizzazione aziendale, l'Unità Operativa è stata interessata da una razionalizzazione delle funzioni, con trasferimento delle funzioni Privacy all'U.O. "Affari Generali e Legali"[3].

- **I Referenti per la prevenzione della corruzione** ricoprono un importante ruolo di supporto e collaborazione al RPCT, soprattutto in un'organizzazione complessa come l'Azienda USL, svolgendo i seguenti principali compiti:
  - attività informativa nei confronti del RPCT, affinché quest'ultimo abbia tutti i necessari elementi e riscontri sugli aspetti organizzativi e le attività dell'Azienda USL;
  - partecipazione attiva alla mappatura dei processi, valutazione dei rischi e definizione delle misure di prevenzione della corruzione;
  - partecipazione attiva nella predisposizione e attuazione del PTPCT;
  - partecipazione ai gruppi tecnici di lavoro su specifiche tematiche, direttamente o attraverso l'individuazione di funzionari afferenti alle strutture organizzative dalle stesse dirette;
  - elaborazione di relazioni semestrali al fine di assicurare il necessario supporto informativo e conoscitivo al RPCT;
  - collaborazione al monitoraggio periodico sullo stato di attuazione delle misure previste nel PTPCT;
  - collaborazione all'applicazione delle disposizioni in materia di conflitto di interessi;
  - segnalazione di eventuali criticità.

Tabella 1 - I Referenti in materia di prevenzione della corruzione

Nominativo	Servizio
Magri Elena	Servizio Ispettivo
Borsari Morena	Dipartimento Farmaceutico Interaziendale
Campa Rosanna	Servizio Acquisti Metropolitano
Maci Marilia	UO Programmazione e Controllo (SC)
Maccaferri Cristina f.f.	Dipartimento delle Cure Primarie
Descovich Carlo	UO Governo Clinico, Ricerca, Formazione e Sistema Qualità (SC)
Bonadies Aldo	UO Sviluppo Organizzativo e Coordinamento STAFF (SC)

[3] Deliberazione aziendale n. 267 del 16/07/2021 recante modifiche al Regolamento Organizzativo Aziendale

Nominativo	Servizio
Muratori Roberto f.f.[4]	Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
Forni Andrea	UO Libera Professione (SC)
Ghedini Piefrancesco	UO Tecnologie Informatiche e di Comunicazione (SC)
Pelati Cristiano f.f.	Direzione Assistenziale Tecnica e Riabilitativa
Ferro Giovanni f.f.	Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Giuridica del Personale - SUMAGP
Dal Fiume Luca	Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Economica del Personale - SUMAEP
Lelli Luca	Servizio Unico Metropolitano Economato
Fabbri Giuliana [5]	UO Presidio Ospedaliero Unico Aziendale (SC)
Randi Vanda	Servizio Interaziendale Metropolitano Trasfusionale (SC)
Maurizzi Alberto	Dipartimento Attività Amministrative Territoriali e Ospedaliere – DAATO
Melandri Laura	UO Servizi Amministrativi Ospedalieri (SC) – DAATO
Minarini Andrea	UO Medicina Legale e Risk Management (SC)
Minelli Monica	Direzione Attività Socio-Sanitarie (SC)
Pandolfi Paolo	Dipartimento Sanità Pubblica
Pedrazzi Gian Carla	UO Affari Generali e Legali (SC)
Cortelli Pietro	IRCCS Istituto delle Scienze Neurologiche
Protonotari Adalgisa	UO Committenza e Governo dei rapporti con il privato accreditato (SC)
Reggiani Claudia f.f.	Dipartimento Tecnico Patrimoniale
Masini Stefano [6]	Servizio Unico Metropolitano Contabilità e Finanza
Bazzan Emiliano f.f.	UO Prevenzione e Protezione (SC)
Valenti Danila	Dipartimento dell'Integrazione

- **I Responsabili della pubblicazione** collaborano alla formazione e all'attuazione del PTPCT con particolare riferimento alla diffusione e promozione della trasparenza intesa sia come misura di carattere generale che come misura di carattere specifico. Nel dettaglio svolgono i seguenti compiti:
  - curare la pubblicazione di documenti, dati e informazioni (anche sotto l'aspetto qualitativo) nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale e trasmettono semestralmente un documento di monitoraggio sull'adempimento di tali obblighi;
  - partecipare alla definizione delle misure di prevenzione della corruzione, proponendo modalità per rendere più trasparenti e fruibili processi "opachi" emersi durante la fase di individuazione e ponderazione del rischio;
  - fornire ogni informazione utile al RPCT, affinché quest'ultimo abbia tutti i necessari elementi e riscontri utili al corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione;
  - partecipare ai gruppi tecnici di lavoro su specifiche tematiche, direttamente o attraverso l'individuazione di funzionari afferenti alle strutture organizzative dalle stesse dirette.

Tabella 2 - I Responsabili della pubblicazione

Nominativo	Servizio
Bonadies Aldo	UO Sviluppo Organizzativo e Coordinamento STAFF (SC)
Bazzan Emiliano f.f.	UO Prevenzione e Protezione (SC)
Borsari Morena	Dipartimento Farmaceutico Interaziendale
Campa Rosanna	UO Servizio Acquisti Metropolitano (SC)
Pelati Cristiano f.f.	Direzione Assistenziale Tecnica e Riabilitativa
Dal Fiume Luca	Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Economica del Personale - SUMAEP
Maci Marilia f.f.	UO Programmazione e Controllo (SC)
Baroni Raffaella f.f.	UO Sistemi Informativi Aziendali (SC)
Descovich Carlo	UO Governo Clinico, Ricerca, Formazione e Sistema Qualità (SC)
Fabbri Giuliana[7]	UO Presidio Ospedaliero Unico Aziendale (SC)

[4] *Incarico di sostituzione a decorrere dall'1/12/2021*
[5] *Incarico a titolo di supplenza*
[6] *Incarico a tempo determinato legato all'assenza del titolare del posto in aspettativa*

Nominativo	Servizio
Ferro Giovanni	Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Giuridica del Personale - SUMAGP
Campione Ilaria	Distretto Reno, Lavino e Samoggia
Forcione Rossana	UO Amministrativa DSP (SC) – DAATO -
Forni Andrea	UO Libera Professione (SC)
Gambetti Cristina	UO Direzione Amministrativa IRCCS (SC)
Ghedini Pierfrancesco	UO Tecnologie Informatiche e di Comunicazione (SC)
Lelli Luca	Servizio Unico Metropolitano Economato
Dal Rio Stefania	Distretto Pianura OVEST
Masini Stefano[8]	Servizio Unico Metropolitano Contabilità e Finanza
Maurizzi Alberto	Dipartimento Attività Amministrative Territoriali e Ospedaliere- DAATO
Maurizzi Alberto	UO Processi amministrativi socio-sanitari (SC) - DAATO
Melandri Laura	UO Servizi Amministrativi Ospedalieri (SC) - DAATO
Mezzetti Francesca	Distretto Pianura Est
Minarini Andrea	UO Medicina Legale e Risk Management (SC)
Minelli Monica	Direzione Attività Socio-Sanitarie (SC)
Mondini Sandra	Distretto dell'Appennino Bolognese
Pedrazzi Gian Carla	UO Affari Generali e Legali (SC)
Protonotari Adalgisa	UO Committenza e Governo dei rapporti con il private accreditato (SC)
Quargnolo Eno	Distretto San Lazzaro di Savena
Randi Vanda	Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale di Area Metropolitana di Bologna
Reggiani Claudia f.f.[9]	Dipartimento Tecnico Patrimoniale e Patrimonio
Salmaso Rossella	UO Processi amministrativi delle cure primarie (SC) - DAATO
Valenti Danila	Dipartimento dell'Integrazione

- **L'Organismo Indipendente di Valutazione degli Enti e delle Aziende del Servizio sanitario regionale (OIV-SSR) e l'Organismo Aziendale di Supporto (OAS)**
  L'**OIV unico per il SSR** è un organo collegiale composto da tre componenti esterni, dotati di elevata professionalità ed esperienza[10] .L'OIV SSR svolge per le aziende ed enti del Servizio Sanitario Regionale un importante ruolo di coordinamento tra il sistema di gestione della performance e il sistema di prevenzione della corruzione.
  Relativamente ai compiti connessi con il sistema di prevenzione della corruzione, l'OIV garantisce il necessario supporto nel processo di gestione del rischio, come dettagliatamente definito nella Deliberazione OIV SSR n. 4/2016, promuove la trasparenza amministrativa e garantisce unitarietà ed efficacia al sistema di certificazione delle misure di trasparenza e di anticorruzione e al sistema dei controlli interni in tutti gli Enti e le Aziende del Servizio Sanitario Regionale.
  L'**OAS**[11], afferente alla Direzione Strategica Aziendale, garantisce il necessario supporto all'OIV-SSR nell'esercizio delle sue funzioni, assicurando la disponibilità di tutte le informazioni. Accanto alle funzioni correlate al sistema di gestione della *performance,* l'OAS esercita funzioni connesse con il sistema di prevenzione della corruzione[12]. In particolare:
  - garantisce lo svolgimento delle attività relative all'assolvimento degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione, trasparenza e integrità;
  - assicura la gestione procedimentale e documentale relativa alle competenze in materia di PTPCT con riferimento alla sezione dedicata alla trasparenza, codice di comportamento, comunicazioni agli organismi preposti dei dati rilevanti ai fini della prevenzione della corruzione.

[7] *Incarico a titolo di supplenza*
[8] *Incarico a tempo determinato legato all'assenza del titolare del posto in aspettativa*

[10] Regolamento Regionale 1 aprile 2019, n. 2. recante "Regolamento per il funzionamento degli Organismi Indipendenti di Valutazione della Regione Emilia-Romagna e degli Enti del Sistema delle Amministrazioni regionali". Con DGR n. 1709 del 23 novembre 2020 la Regione Emilia-Romagna ha modificato la composizione dell'Organismo Indipendente di Valutazione per gli Enti e le Aziende del Servizio Sanitario Regionale, nominando quale presidente dell'Organismo l'Ing. Raul Ragazzoni.
[11] L'OAS è stato costituito con Delibera n. 292 del 18/12/2014, integrata dalla Delibera n. 22 del 16/01/2015. La composizione è stata rinnovata con Deliberazione n. 20 del 25/01/21.
[12] Delibera Regionale n. 334/2014

- **Il Servizio Ispettivo Metropolitano,** nell'ambito delle sue funzioni, come da Delibera n. 487 del 24/12/2019, collabora con il RPCT nella gestione di istruttorie avviate a seguito di segnalazioni pervenute. In particolare, il RPCT, qualora lo ritenga necessario, richiede la sua attivazione agli organi di vertice. Agli esiti degli accertamenti effettuati, il Servizio Ispettivo Metropolitano provvede a trasmettere i relativi verbali al RPCT e agli organi di vertice.

- **L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD)** dell'Azienda USL è un ufficio a composizione collegiale [13], competente in materia di responsabilità disciplinare del personale del comparto e della dirigenza per le infrazioni punibili con sanzione superiore al rimprovero verbale (ex art. 55-bis, comma 2, D.Lgs. 165/2001). In tutti i casi in cui il procedimento disciplinare attenga ad uno specialista ambulatoriale interno, l'UPD assume una diversa composizione, come previsto dalla Deliberazione n. 460/2019, in conformità a quanto prescritto dall'art. 37 dell'ACN.
  L'UPD deve assicurare piena collaborazione e supporto al RPCT ogni qualvolta quest'ultimo segnala, per l'eventuale attivazione del procedimento disciplinare, i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza e gli eventuali inadempimenti o parziali adempimenti connessi agli obblighi di pubblicazione (art. 1, comma 7 della Legge n. 190/2012 e art. 43, comma 5 del D.Lgs. n. 33/2013).
  L'UPD deve inoltre supportare il RPCT:
  - nelle attività di vigilanza e monitoraggio sulla corretta applicazione del Codice di Comportamento nazionale e aziendale;
  - nell'esame delle segnalazioni di violazione dei codici di comportamento e nella raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate (art. 15 del D.P.R. n. 62/2013 e Delibera CIVIT n. 75 del 2013 "Linee guida in materia di codici di comportamento delle pubbliche amministrazioni").

  Il Codice di Comportamento aziendale approvato con Deliberazione n. 166/2018 prevede inoltre all'art.19, comma 1, lett. b) che l'UPD predisponga una relazione annuale dell'attività disciplinare svolta complessivamente e delle segnalazioni relative a condotte illecite e/o illegali da trasmettere al RPCT.
  Nel 2021 sono stati avviati dall'UPD n. 25 procedimenti disciplinari, di cui 15 ancora in fase istruttoria e 10 procedimenti conclusi con provvedimento. Sono pervenute altre 8 segnalazioni per le quali è in fase di predisposizione la contestazione di addebito.

- **Il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)** verifica e/o compila le informazioni e i dati identificativi della stazione appaltante presso l'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA[14]). Il RPCT verifica periodicamente che il RASA assicuri la corretta gestione dei dati inseriti nell'AUSA e che aggiorni annualmente gli elementi identificativi della stazione appaltante. Anche nel 2021 è stata assicurata la corretta gestione dei dati inseriti nell'AUSA, con aggiornamento degli elementi identificativi della stazione appaltante dovute alla nuova nomina del Direttore Generale.
  La figura del RASA è stata individuata con Delibera n. 327 del 31/12/2013nella persona della Dott.ssa Rosanna Campa. Si dà atto che il RPCT ha verificato la corretta individuazione e abilitazione del RASA aziendale all'utilizzo del relativo profilo utente.
  Il rapporto tra RPCT e RASA è assicurato attraverso continui incontri informativi, dalla misura organizzativa del Profilo del Committente e dal Tavolo Tecnico Permanente sui contratti pubblici.

- **Il soggetto "Gestore" aziendale in materia di antiriciclaggio** ha il compito di comunicare all'UIF[15] dati e informazioni riguardanti operazioni sospette di riciclaggio e finanziamento del terrorismo di cui viene a conoscenza nell'esercizio della propria attività istituzionale. La funzione che esercita è quella di prevenire e contrastare tutte quelle attività di riciclaggio provenienti da azioni illegali che consistono in conversione o trasferimento di beni,

[13] Deliberazione n. 493 del 30/12/2019. La composizione dell'UPD è stata modificata con Deliberazione n. 31 del 28/01/2021.
[14] https://www.anticorruzione.it/portal/public/classic/Servizi/ServiziOnline/AnagrafeUnicaAUSA
[15] https://uif.bancaditalia.it/homepage/index.html?com.dotmarketing.htmlpage.language=102

occultamento o dissimulazione della reale natura, provenienza, ubicazione, disposizione, movimento, proprietà dei beni o dei diritti sui beni, acquisto, detenzione o utilizzazione dei beni di cui si conosce la provenienza criminosa (cfr. art. 2, comma 4, del D.lgs. 21 novembre 2007, n. 231).

L'Azienda USL di Bologna, ai sensi dell'art. 10, commi 4 e 5, del D.lgs. n. 231/2007, ha provveduto a:

- nominare, con Deliberazione n. 293 del 9/11/2016, il "Soggetto Gestore" aziendale nella persona del Dott. Luca Lelli - Direttore del Servizio Unico Metropolitano Economato (SUME). Con Deliberazione n. 457 del 11/12/2019 si è provveduto a prorogare l'incarico per ulteriori cinque anni e a prevedere un coordinamento con il RPCT per garantire la necessaria collaborazione nell'espletamento delle funzioni affidate al Gestore Antiriciclaggio;
- adottare, con Deliberazione n. 313 del 28/09/2017, il "*Regolamento per la gestione delle segnalazioni nelle ipotesi di sospetto di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo*" in modo da assicurare il riconoscimento, da parte dei propri dipendenti, delle fattispecie meritevoli di essere comunicate alla UIF.

Il gestore Antiriciclaggio risulta regolarmente registrato e autorizzato ad accedere all'applicazione INFOSTAT-UIF della Banca d'Italia.

Per il 2021, da quanto dichiarato dal gestore Antiriciclaggio, non sono state trasmesse alla UIF segnalazioni di anomalie.

- **Tutto il personale operante a qualunque titolo all'interno dell'Azienda** partecipa alla definizione, attuazione e osservanza del sistema di prevenzione della corruzione dell'Azienda USL, prestando la propria collaborazione al RPCT e rispettando tutte le prescrizioni contenute nel PTPCT. Tutto il personale è tenuto a conformare il proprio comportamento alle disposizioni contenute nel Codice di Comportamento e a segnalare eventuali situazioni illecite di cui sia venuto a conoscenza nell'esercizio delle proprie funzioni.

COORDINAMENTO CON GLI STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE AZIENDALI

L'Azienda USL, come ogni anno, assicura una stretta integrazione tra i propri processi di programmazione, controllo e valutazione. A tal fine, tra gli obiettivi strategici aziendali 2021 definiti nelle "**Linee Guida Budget 2021**", la Direzione Aziendale ha previsto in materia di prevenzione della corruzione il completamento degli audit misure anticorruttive e la partecipazione del RPCT al Gruppo di lavoro regionale per la revisione delle Linee Guida in materia di donazioni. Il **Master Budget 2021** riprende, conseguentemente, gli obiettivi delle citate Linee Guida, definendo i rispettivi indicatori.

Il necessario legame tra il PTPCT e il **Piano della Performance 2021-2023**, adottato con Deliberazione n. 279 del 30 luglio 2021, anche nel 2021, è stato realizzato grazie ad azioni volte a responsabilizzare maggiormente tutti gli attori coinvolti. Sono state rese operative le misure previste nel PTPCT, individuando per ogni obiettivo/misura anticorruzione specifici indicatori che rendono valutabile il raggiungimento degli stessi. Più precisamente, gli obiettivi richiamati esplicitamente nel Piano della Performance sono:

- adeguamento del Registro Rischi alle Indicazioni contenute nell'Allegato 1 al PNA 2019 e implementazione del SW aziendale;
- monitoraggio delle misure di trattamento del Rischio corruttivo attraverso audit interni documentali e/o in presenza per verificare l'attuazione delle misure previste nel PTPCT;
- completa e corretta implementazione della sezione "Amministrazione Trasparente", mediante assolvimento degli obblighi di pubblicazione in ordine a completezza del contenuto, aggiornamento del dato e formato di pubblicazione.

Le misure di prevenzione della corruzione generali obbligatorie (formazione, rotazione e codice di comportamento) nel Piano Performance costituiscono obiettivi di performance individuali per tutte le figure dirigenziali.

SISTEMA DI MONITORAGGIO SULL'ATTUAZIONE E SULL'EFFICACIA DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Il monitoraggio e il riesame costituiscono una parte fondamentale del processo di gestione del rischio. Le attività di monitoraggio consentono di misurare periodicamente i progressi e gli eventuali scostamenti da quanto programmato e di verificare l'attuazione delle misure e l'effettiva capacità di riduzione del rischio corruttivo. Gli esiti di tali attività forniscono le basi conoscitive, documentate e certe, per poter riesaminare le misure in termini di adeguatezza, individuando i fattori che hanno influito sull' efficacia della singola misura programmata e attuata.
Allo stato attuale, il sistema di monitoraggio e di riesame consta degli strumenti di seguito riportati.

- Relazioni semestrali

Le relazioni semestrali dei Referenti Anticorruzione forniscono al RPCT gli elementi utili a verificare l'idoneità delle misure e il loro stato di attuazione. Uno strumento analogo viene utilizzato per la verifica del corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione da parte dei Responsabili di Pubblicazione.
Tale strumento serve anche a monitorare lo stato di avanzamento degli obiettivi di budget assegnati in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.

- Report

I report consentono un puntuale monitoraggio dell'attuazione e del controllo delle misure programmate attraverso l'estrapolazione di dati dai software e dalle banche dati utilizzati.

- Audit interno

L'Audit interno (documentale e/o in loco) è un processo sistematico, indipendente e documentato, che permette di confermare l'efficacia e l'idoneità delle misure di prevenzione della corruzione messe in atto e di ottenere ogni informazione utile per porre in essere azioni di miglioramento delle misure programmate e attuate.
L'Audit interno costituisce in momento di autoriflessione e autovalutazione per le articolazioni interessate riguardo alle misure e alle buone prassi messe in atto, oltre a rappresentare un'occasione per promuovere interventi di miglioramento.
Questo strumento ha consentito di rilevare il rispetto e l'attuazione delle procedure e delle misure definite, nonché la loro idoneità in termini di effettiva capacità di ridurre il rischio corruttivo.

Gli esiti del monitoraggio sono riportati nella Parte II del presente Piano.

Nel corso del 2022, in ragione delle dimensioni e della complessità dell'Azienda USL, in ossequio al principio della responsabilità diffusa, si provvederà a rivedere l'impostazione del sistema di monitoraggio.
Il sistema di monitoraggio dovrà basarsi su due livelli: un primo livello in capo al Referente Anticorruzione o altro soggetto a ciò delegato e il secondo in capo al RPCT. La revisione avverrà in concomitanza con il completamento del processo di adeguamento del Registro Rischi alle indicazioni del PNA 2019.
Dal 2022, al fine di semplificare le attività di monitoraggio dei Referenti anticorruzione e dei Responsabili di Pubblicazione, verrà avviato un processo di informatizzazione della rendicontazione degli esiti di monitoraggio, attraverso il "Data Base Anticorruzione", secondo modalità che verranno definite dal RPCT.

ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

L'analisi del contesto esterno rappresenta un tassello importante del sistema di gestione del rischio per le implicazioni sulle misure di trattamento, in quanto consente di interpretare i dati socio-economici e criminologici caratterizzanti l'ambiente nel quale l'Azienda si trova ad operare.
L'analisi prende in considerazione la corruzione amministrativa (intesa come abuso del potere pubblico da parte di pubblici ufficiali o incaricati di un pubblico servizio per ottenere vantaggi privati) e la corruzione legislativa (quando uno o più agenti privati prendono il sopravvento sull'esercizio del potere decisionale dell'agente pubblico). In entrambi i casi i decisori pubblici, siano essi politici e legislatori, pubblici ufficiali e funzionari, usano il potere per perseguire interessi economici personali a danno del bene comune. Vi è alla base sempre uno scambio di carattere economico o di utilità tra agente pubblico e terzo.

Il contesto nazionale e internazionale

Per delineare la percezione del fenomeno corruttivo in Italia e in Europa risulta particolarmente significativo quanto emerge dall'Eurobarometro del 2021 [16] elaborato da Transparency International.
In merito alla percezione sistemica della corruzione nel nostro Paese, il 34% degli intervistati ha dichiarato di aver percepito un aumento significativo rispetto ai 12 mesi precedenti.

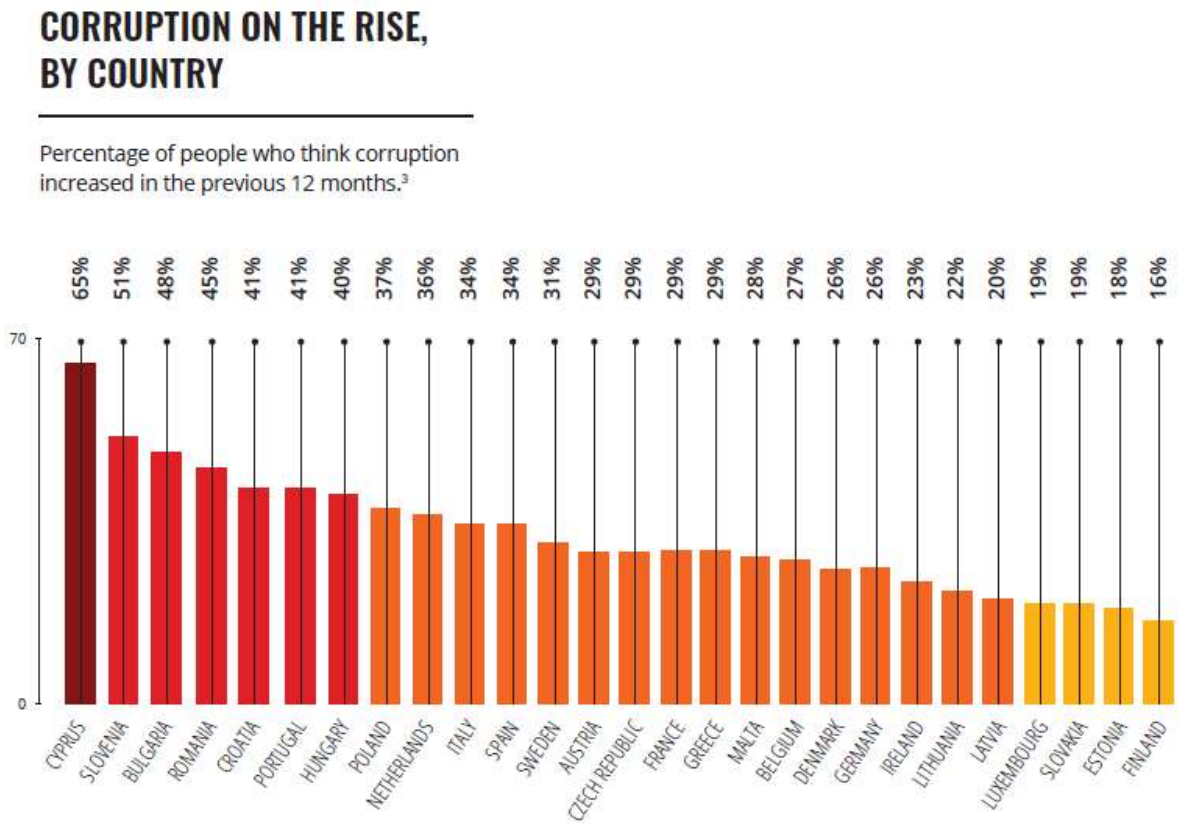
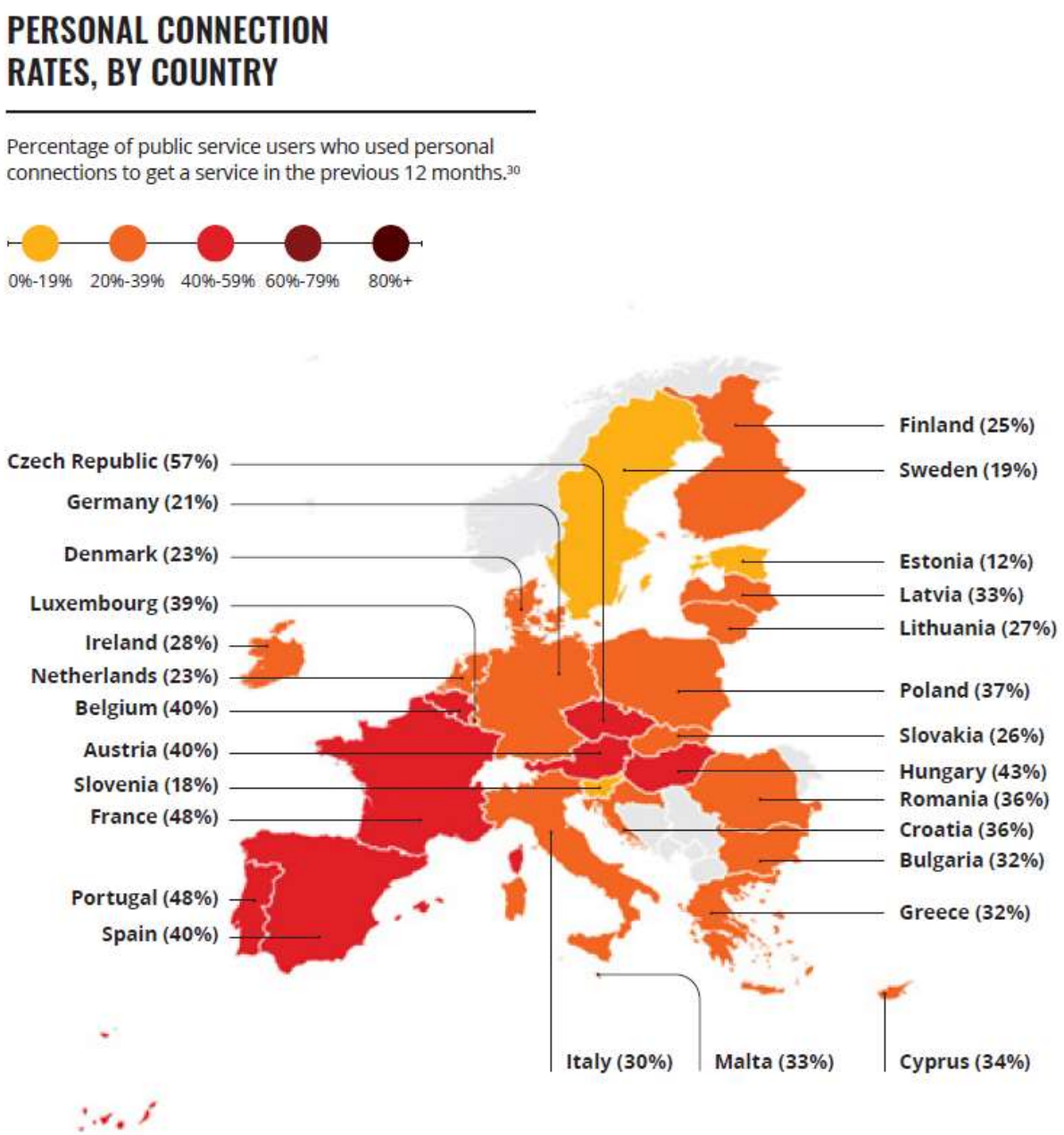


Figura XX – Percentuale degli intervistati che hanno percepito un aumento della corruzione negli ultimi 12 mesi

La percezione degli intervistati italiani nei confronti delle istituzioni, nonché degli organi di governo, denota un clima di sfiducia esteso su più livelli, che tocca diversi ambiti legati soprattutto alla sfera della politica e dell'amministrazione pubblica.

[16] https://www.transparency.org/en/gcb/eu/european-union-2021

La percezione della corruzione, come un problema rilevante all'interno degli organi dell'Esecutivo, è superiore alla media europea (percentuale dell' 85% rispetto a quella europea del 62%).
Il 51 % degli intervistati ha dichiarato inoltre che, a livello governativo, l'impegno nelle azioni di contrasto alla corruzione è scarso e i risultati non soddisfacenti (contro una media UE del 49%).
In particolare, riguardo al livello di influenza della corruzione nelle Istituzioni italiane, gli intervistati ritengono che gli organi più colpiti siano i membri del Parlamento (il 32% degli intervistati, contro una media UE del 28%) e le pubbliche amministrazioni legate all'esecutivo (il 27%, contro una media UE del 22%).
Altro valore significativo è rappresentato dal 58% degli intervistati che temono ritorsioni a seguito di denunce di casi di corruzione (contro una media UE del 45%). Questo dato denota la presenza endemica di una percezione di poca efficacia delle iniziative legislative legate al whistleblowing e alla tutela dell'anonimato di coloro che segnalano eventi corruttivi.
Certamente più rassicuranti sono i dati che riguardano i rapporti con i pubblici uffici, l'Italia si colloca, seppur di poco, al di sotto della media europea: il 30% degli intervistati ha dichiarato di aver sfruttato relazioni personali per usufruire di pubblici servizi negli ultimi 12 mesi (contro una media UE del 33%), mentre il 3% ha pagato una tangente per usufruire di pubblici servizi negli ultimi 12 mesi (contro una media UE del 7%). L'indagine ha sottolineato invece come il 6% degli intervistati abbia avuto esperienze di pagamento di tangenti attraverso favori di natura a sfondo sessuale (contro una media UE del 7%).



Relativamente al contesto sanitario, particolarmente esposto durante la pandemia a causa del rapido aumento del fabbisogno di forniture mediche e della semplificazione delle regole di approvvigionamento, di particolare interesse è il rapporto GRECO [17], che invita a valorizzare la **trasparenza,** *quale strumento chiave per eliminare/ridurre i fenomeni corruttivi,* anche attraverso il flusso regolare e costante delle informazioni.

[17] https://www.coe.int/fr/web/greco

In attesa di Contributo regionale aggiornato

Scenario economico-sociale regionale[18]

Il mercato del lavoro in Emilia - Romagna

Profilo criminologico del territorio regionale[19]

Attività di contrasto sociale e amministrativo[20]

La Regione ha istituto la "**Rete per l'Integrità e la Trasparenza**"[21] che, attraverso il raccordo tra i Responsabili della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza delle amministrazioni del territorio emiliano-romagnolo, si propone di concretizzare le strategie regionali di prevenzione e di contrasto e dell'illegalità all'interno dell'amministrazione regionale e delle altre amministrazioni pubbliche. Alla Rete hanno aderito **229 enti,** consentendo ai relativi Responsabili della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza la condivisione delle diverse criticità e la realizzazione di azioni coordinate ed efficaci per il contrasto di fenomeni corruttivi e di cattiva amministrazione.
La Regione dovendo rinnovare per un ulteriore triennio il Tavolo di Coordinamento della Rete per l'Integrità e la Trasparenza" ha chiesto la designazione di un Referente della categoria "Aziende ed altri Enti Pubblici del SSR" e con nota prot 113050 del 10/11/2021, il "Coordinatore del Tavolo Avec e Ausl della Romagna in materia di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza" ed a nome dei colleghi RPCT delle Aziende e degli Enti del SSR, ha designato il dott. Diego Nenci, RPCT dell'Ausl di Modena.
A livello di Area Vasta, nel corso del 2021, è stato costituito un Tavolo tecnico tra Soggetti Gestori Antiriciclaggio, con il mandato di aggiornare gli indicatori di anomalia nonché di elaborare una procedura interaziendale comune agli enti coinvolti circa gli adempimenti affidati dalla legge ai Gestori. Si sta, inoltre, vagliando l'opportunità di acquisire un'eventuale software, di cui sono state visionate apposite demo.

ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

Per il processo di gestione del rischio corruttivo di fondamentale importanza è l'analisi del contesto interno che consente di acquisire tutte le necessarie informazioni per identificare il rischio corruttivo.
Il lavoro di analisi dell'assetto organizzativo interno consente di individuare tutti livelli di responsabilità, gli eventuali profili di complessità organizzativa (considerati questi ultimi fattori rientranti nell'ambito delle opportunità corruttive) e di esaminare lo stato della gestione per processi e per attività, grazie al quale è possibile disporre di elementi informativi sul corretto sviluppo degli stessi.

L'assetto istituzionale ed organizzativo dell'Azienda USL di Bologna

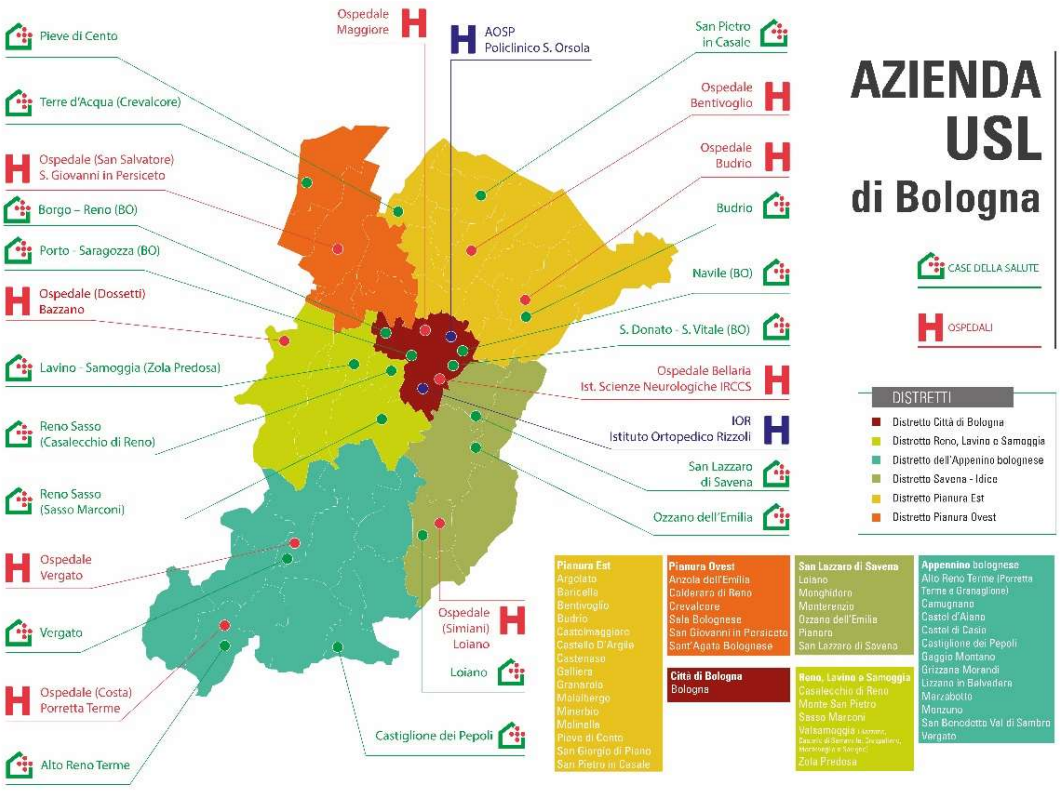
L'**Azienda USL di Bologna**, costituita il 1° gennaio 2004[22], è dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale. Con Decreto del Ministro della Salute del 12 aprile 2011[23], è stato riconosciuto il carattere scientifico dell'**Istituto delle Scienze Neurologiche - IRCCS ISNB**.

[18] *Fonte dei dati: Unioncamere- Ufficio studi*
[19] *Fonte dei dati: estratto da uno studio del Gabinetto del Presidente della Giunta regionale- Settore sicurezza urbana e legalità*
[20] *Fonti dei dati: Gabinetto del Presidente della Giunta regionale- Settore sicurezza urbana e legalità; struttura di coordinamento della Rete per l'integrità e la Trasparenza-Giunta regionale*
[21] *art. 15 della l.r. n. 18 del 2016*
[22] *Legge regionale 20 ottobre 2003, n. 21 recante "Istituzione dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna - modifiche alla legge regionale 12 maggio 1994, n. 19".*
[23] *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 119 del 24.5.2011*

La promozione e la tutela della salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente e presente a vario titolo sul proprio territorio, costituiscono le finalità istituzionali primarie dell'Azienda USL. Oltre a tali finalità, nell'ambito delle scienze neurologiche, l'Azienda Usl persegue finalità di ricerca scientifica, innovazione e didattica, anche in collaborazione con le Università.
L'Azienda USL, conformemente ai principi di organizzazione del SSR, assicura, inoltre, l'integrazione con i servizi sociali e socioassistenziali degli enti locali di pertinenza.
La struttura organizzativa dell'Azienda USL, così come definita nell'Atto aziendale[24] e meglio declinata nel nuovo Regolamento Organizzativo Aziendale (ROA)[25], è finalizzata ad assicurare il pieno governo dei percorsi, la continuità delle cure, l'omogeneizzazione delle procedure e delle modalità operative, anche in un'ottica d'integrazione ospedale-territorio.
Coerentemente con le disposizioni normative nazionali e regionali, l'Azienda si articola in Distretti ed organizzata in Dipartimenti. All'interno dell'Azienda Usl è presente **l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna ISNB**. Lo scopo dell'Istituto è valorizzare gli aspetti innovativi, le potenzialità di sviluppo, le ricadute in termini di miglioramento della ricerca e dell'assistenza, le collaborazioni nazionali e internazionali in ambito neurologico e neurochirurgico dell'adulto e del bambino.
Nello specifico, come illustrato nella Figura 2, l'Azienda è articolata in 6 Distretti, 17 Case della Salute e 9 presidi ospedalieri.

Come si evince dalla figura n. 3, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria - Policlinico S. Orsola e l'Istituto Ortopedico Rizzoli, pur se coinvolti nel processo di integrazione/unificazione interaziendale, rimangono Aziende/Enti a sé stanti con autonoma personalità giuridica.

Figura 3 – Articolazione territoriale in Distretti, Ospedali e Case della Salute dell'Azienda USL di Bologna



L'organizzazione dipartimentale dell'Azienda è così suddivisa:

n. 3 Dipartimenti di Produzione territoriale:

[24] Con Deliberazione n. 427 del 29/12/2020 si è proceduto ad aggiornare l'Atto Aziendale adottato con deliberazione n. 4 del 28/01/2005.
[25] Il Regolamento Organizzativo Aziendale approvato con Deliberazioni n. 161 del 07/07/2005 e n. 325 del 29/12/2005 è stato nel corso del 2021 più volte integrato e modificato.

Dipartimento Cure Primarie;
Dipartimento Salute Mentale-DP;
Dipartimento Sanità Pubblica;

n. 10 Dipartimenti di Produzione Ospedaliera di cui n. 3 a valenza Interaziendale:

Dipartimento Oncologico;
Dipartimento Materno Infantile;
Dipartimento Chirurgie Generali;
Dipartimento Chirurgie Specialistiche;
Dipartimento Medico;
Dipartimento della Riabilitazione;
Dipartimento della diagnostica e dei servizi di supporto;
Dipartimento Interaziendale ad attività integrata di Anatomia Patologica (**DIAP**);
Dipartimento Interaziendale per la Gestione Integrata del Rischio Infettivo (**DIGIRI**);
Dipartimento Emergenza Interaziendale (**DEI**);

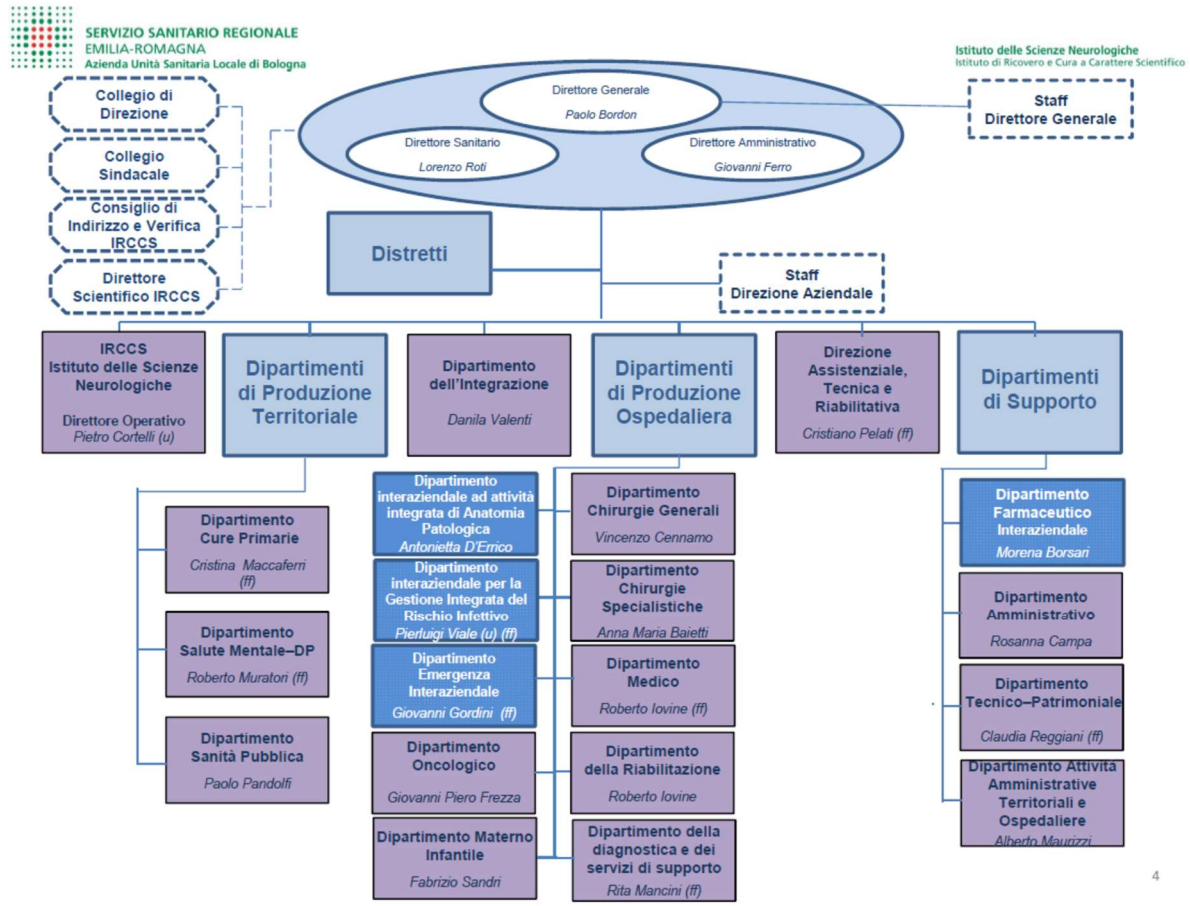
n. 4 Dipartimenti di Supporto:

Dipartimento Farmaceutico Interaziendale;
Dipartimento Amministrativo;
Dipartimento Tecnico-Patrimoniale;
Dipartimento Attività Amministrative Territoriali e Ospedaliere;

Dipartimento dell'Integrazione;

Direzione Assistenziale Tecnica e Riabilitativa (DATeR).

Figura XX - Assetto organizzativo complessivo - ROA



Complessivamente l'Azienda è caratterizzata da un **assetto organizzativo esteso territorialmente e complesso**, con molteplici ambiti di responsabilità e ruoli a cui fanno da cornice i criteri, dichiarati nell'Atto Aziendale, di responsabilizzazione diffusa, di delega dei sistemi di gestione, di valorizzazione dell'autonomia gestionale delle singole articolazioni

organizzative, di autonomia professionale degli operatori e di un generale orientamento alla flessibilità. Ciò si traduce nell'attribuzione e nella delega esplicita di responsabilità, nonché nell'assegnazione di obiettivi, affinché i singoli operatori possano essere coinvolti nella più efficace gestione aziendale e perseguire il raggiungimento degli obiettivi assegnati.

Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna (ISNB)
L'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico "**Istituto delle Scienze Neurologiche di Bologna"** (**ISNB**) [26] persegue, nell'ambito delle scienze neurologiche, finalità di ricerca scientifica, innovazione e didattica, valorizzandone i contenuti di trasferibilità alle attività di assistenza e di cura. L'Istituto assicura inoltre nello stesso ambito, attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.
Molteplici sono le collaborazioni nazionali e internazionali in essere in ambito neurologico e neurochirurgico.
La peculiare collocazione dell'Istituto all'interno di una Azienda territoriale pone l'ISNB in stretto collegamento con l'assistenza clinica e territoriale assicurando la migliore qualità della ricerca, delle cure e della assistenza all'interno di percorsi completi di presa in carico del paziente.
Come tutti gli IRCCS, anche l'ISNB usufruisce di finanziamenti pubblici finalizzati esclusivamente allo sviluppo della ricerca scientifica.
Nel corso del 2021, con Deliberazione n. 422/2021, è stato recepito il regolamento di funzionamento del Consiglio di indirizzo e verifica dell'IRCCS.

La fotografia del personale operante nell'Azienda USL di Bologna

Il personale dipendente in servizio sia a tempo indeterminato che a tempo determinato nell'Azienda USL di Bologna al 31/12/2021 è pari a _____ unità. Il personale Universitario convenzionato, integrato in assistenza è pari a ____. Il personale non strutturato consta di n _liberi professionisti, n_co.co.co. e _____ n. borse di studio.

Modifiche organizzative intervenute nel 2021

Nel corso del 2021, l'assetto organizzativo aziendale è stato interessato da rilevanti modifiche in continuità con il processo di revisione precedentemente avviato.
Il complesso percorso di revisione organizzativa, in conformità alle linee strategiche individuate nell'ambito degli obiettivi di mandato assegnati alla Direzione Generale dalla Regione Emilia-Romagna, è stato realizzato **in tre diverse fasi**:

- **1° fase**
  Ha riguardato la riorganizzazione delle discipline chirurgiche aziendali, anche in considerazione dei processi di integrazione interaziendale. Con Deliberazione n. 231/2021 è stato soppresso il Dipartimento Chirurgico e contestualmente istituiti il Dipartimento Chirurgie Generali e il Dipartimento Chirurgie Specialistiche. Sono stati inoltre riorganizzati i Dipartimenti ospedalieri: Emergenza, Oncologico e Servizi;
- **2° fase**
  Ha riguardato la riorganizzazione dei restanti Dipartimenti di produzione ospedaliera, dei Dipartimenti di produzione territoriale (DCP e DSM-DP) e dei Dipartimenti di Supporto dello STAFF della Direzione Aziendale (DAATO). E' stato inoltre soppresso lo Staff del Direttore Amministrativo e rivisto lo Staff del Direttore Generale.

In particolare, con Deliberazione n. 367/2021, si è proceduto a:

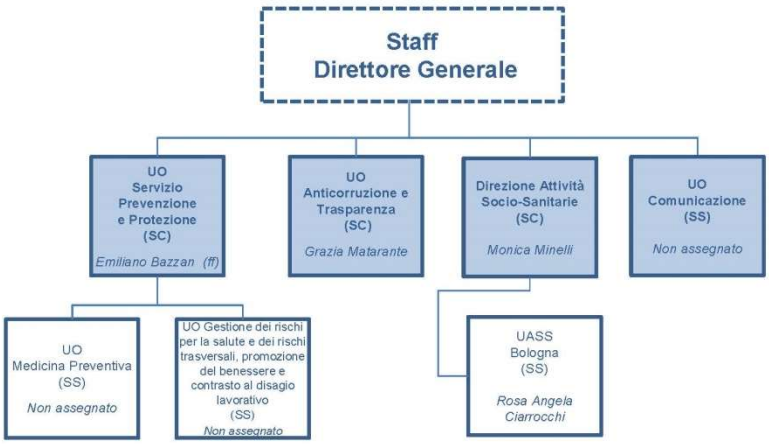
- Ridenominare il Dipartimento Attività Amministrative Territoriali – DAAT in Dipartimento Attività Amministrative Territoriali e Ospedaliere – DAATO con la revisione del precedente assetto organizzativo.

[26] Decreto del Ministero della Salute del 12 aprile 2011 "Riconoscimento del carattere scientifico dell'Asl di Bologna per l'Istituto delle Scienze neurologiche, nella disciplina di Scienze neurologiche".

Figura xx- Dipartimento Attività Amministrative Territoriali e Ospedaliere - DAATO

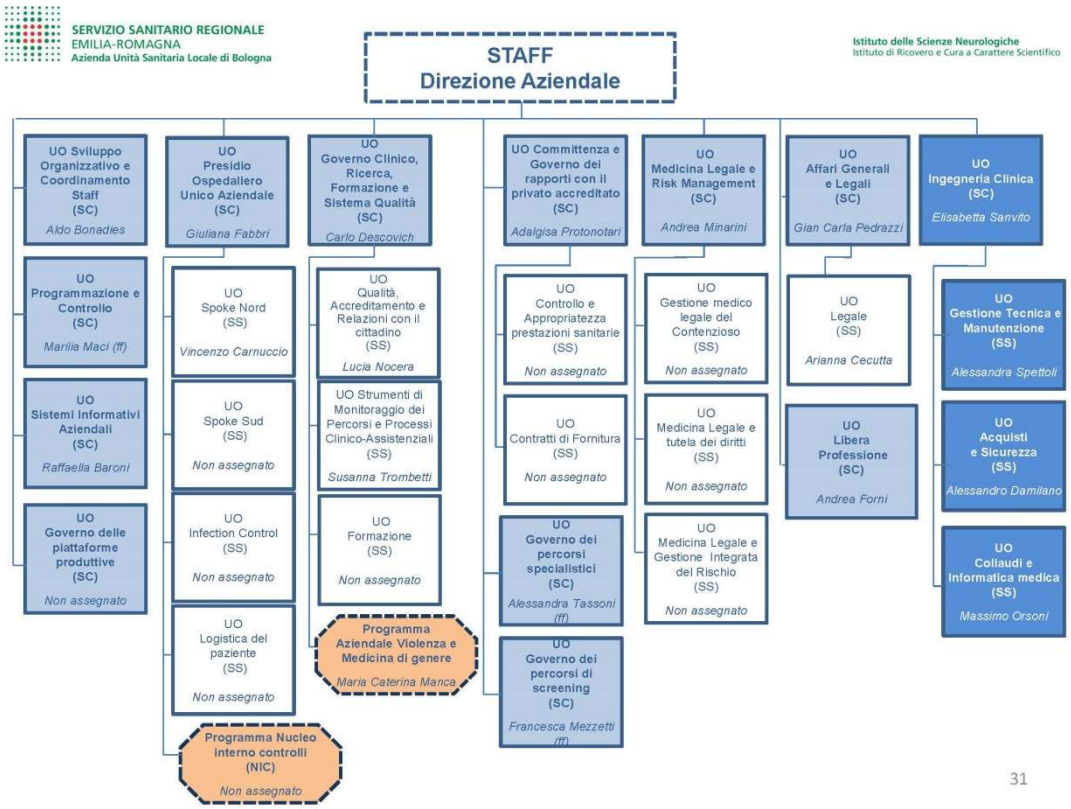
- Riorganizzare lo Staff del Direttore Generale.

Figura xx – Staff del Direttore Generale



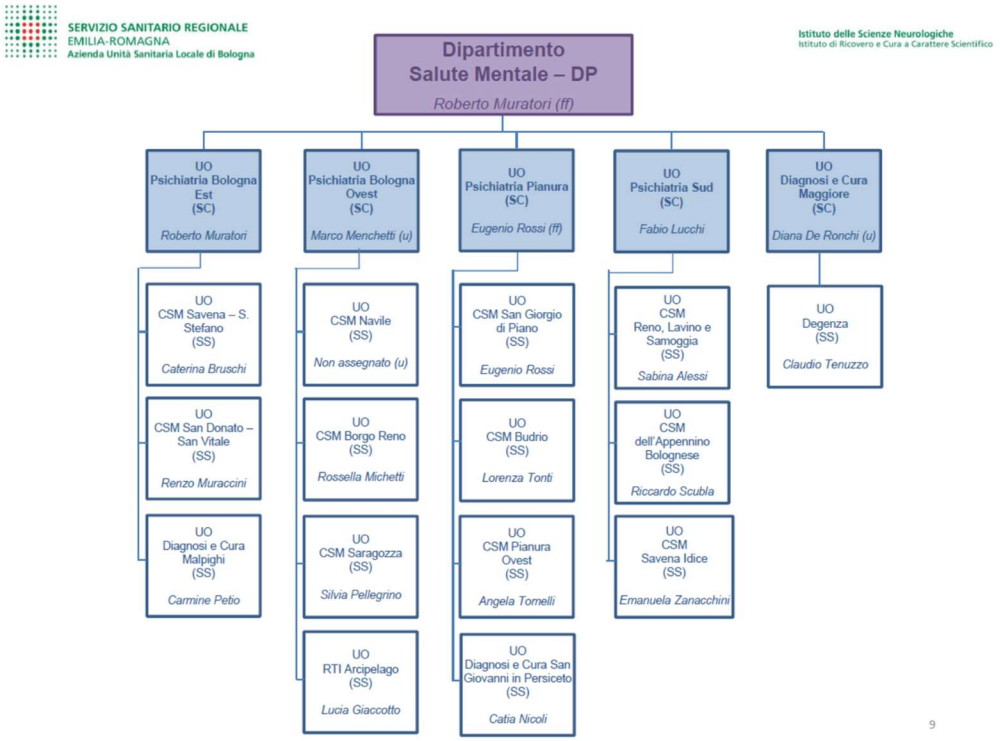
- Riorganizzare lo Staff della Direzione Aziendale.

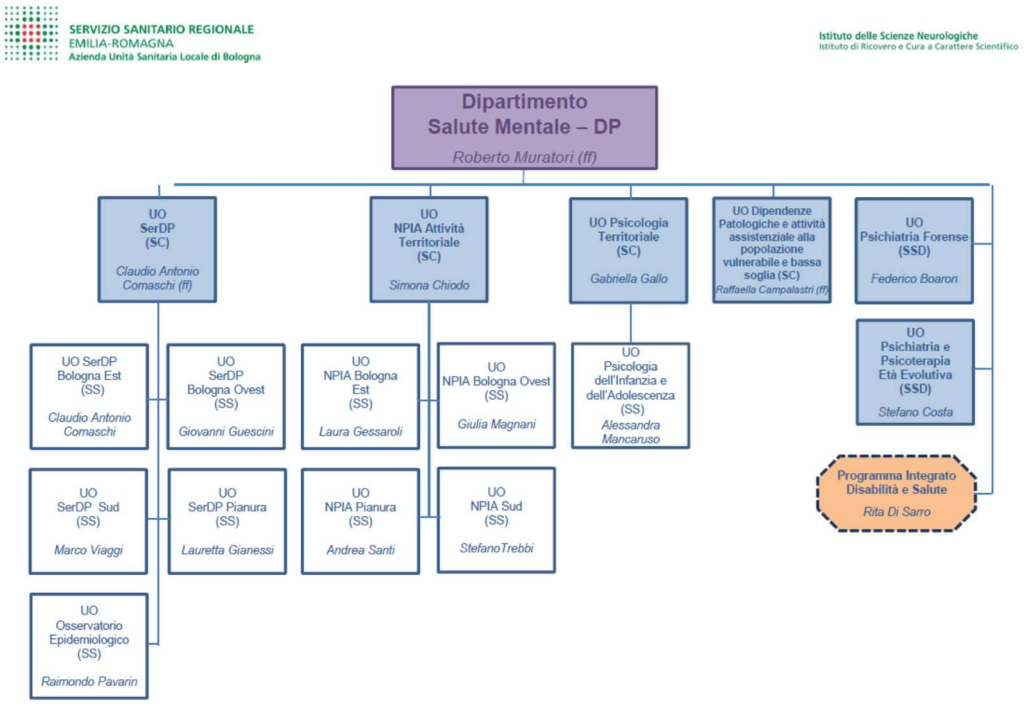
Figura XX – Staff del Direttore Generale



- Riorganizzare il Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche - DSM-DP .

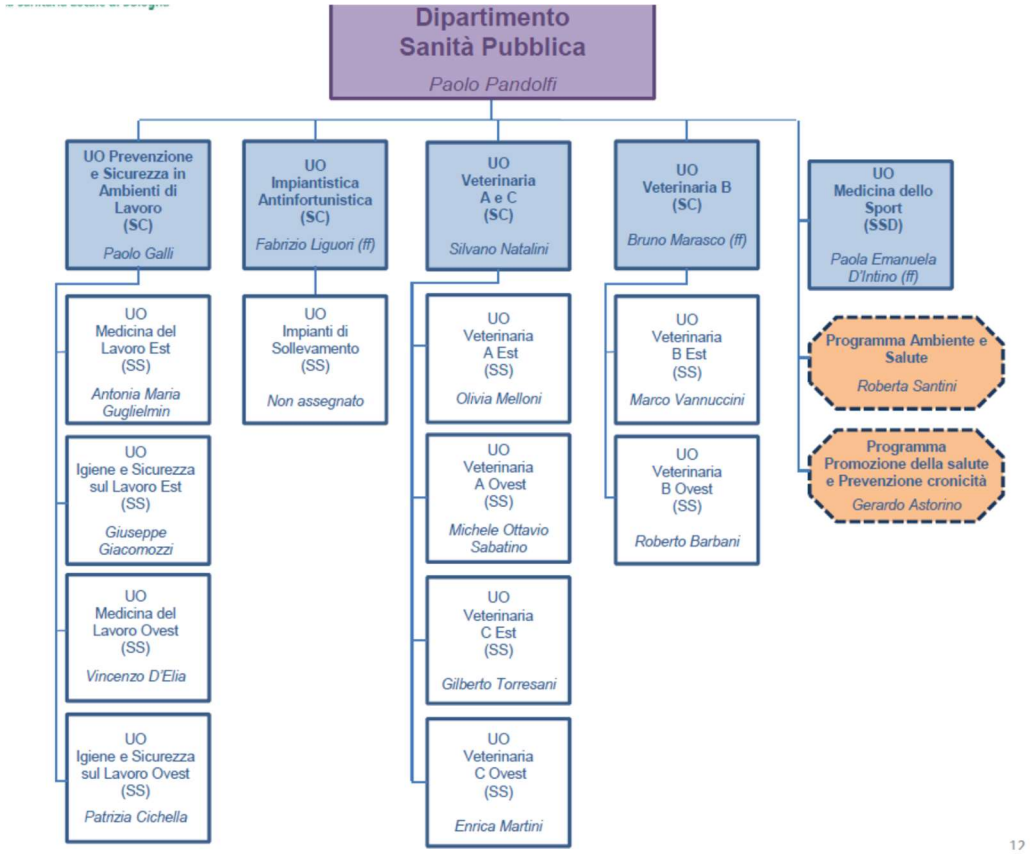
Figura XX– Dipartimento di Salute Mentale - DP

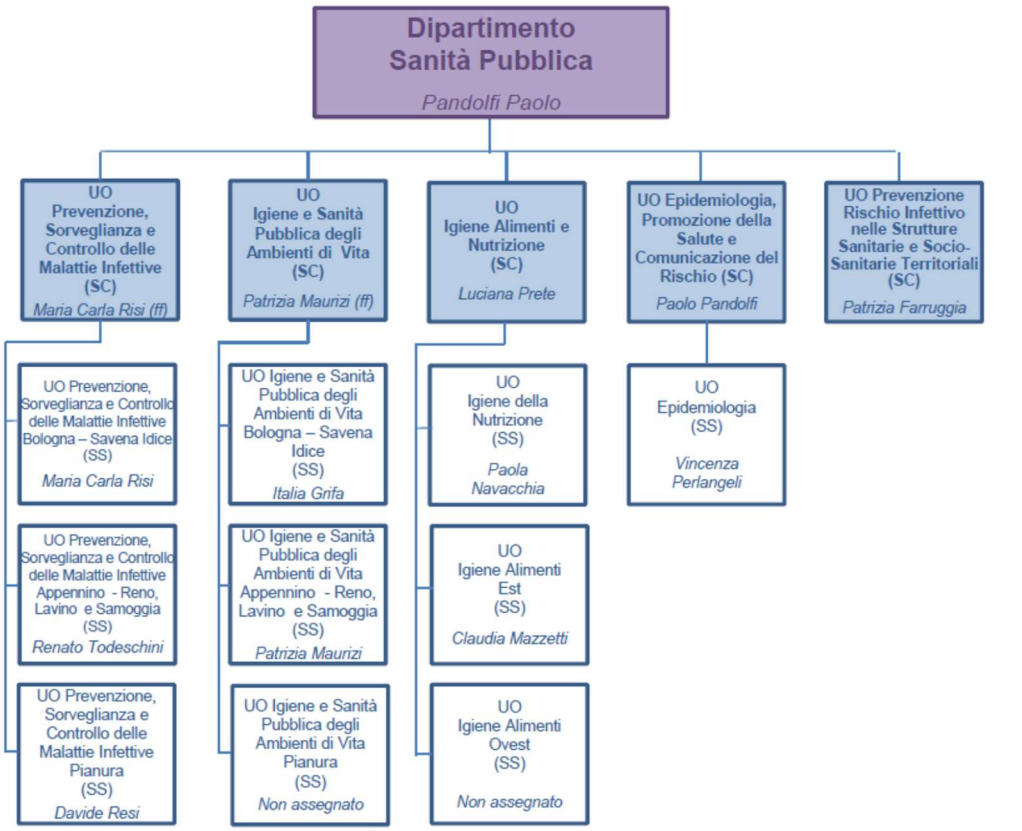

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna
Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
Dipartimento Salute Mentale – DP
Roberto Muratori (ff)
UO Psichiatria Bologna Est (SC)
Roberto Muratori
UO Psichiatria Bologna Ovest (SC)
Marco Menchetti (u)
UO Psichiatria Pianura (SC)
Eugenio Rossi (ff)
UO Psichiatria Sud (SC)
Fabio Lucchi
UO Diagnosi e Cura Maggiore (SC)
Diana De Ronchi (u)
UO CSM Savena – S. Stefano (SS)
Caterina Bruschi
UO CSM San Donato – San Vitale (SS)
Renzo Muraccini
UO Diagnosi e Cura Malpighi (SS)
Carmine Petio
UO CSM Navile (SS)
Non assegnato (u)
UO CSM Borgo Reno (SS)
Rossella Michetti
UO CSM Saragozza (SS)
Silvia Pellegrino
UO RTI Arcipelago (SS)
Lucia Giaccotto
UO CSM San Giorgio di Piano (SS)
Eugenio Rossi
UO CSM Budrio (SS)
Lorenza Tonti
UO CSM Pianura Ovest (SS)
Angela Tomelli
UO Diagnosi e Cura San Giovanni in Persiceto (SS)
Catia Nicoli
UO CSM Reno, Lavino e Samoggia (SS)
Sabina Alessi
UO CSM dell'Appennino Bolognese (SS)
Riccardo Scubla
UO CSM Savena Idice (SS)
Emanuela Zanacchini
UO Degenza (SS)
Claudio Tenuzzo
9


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna
Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
Dipartimento Salute Mentale – DP
Roberto Muratori (ff)
UO SerDP (SC)
Claudio Antonio Comaschi (ff)
UO NPIA Attività Territoriale (SC)
Simona Chiodo
UO Psicologia Territoriale (SC)
Gabriella Gallo
UO Dipendenze Patologiche e attività assistenziale alla popolazione vulnerabile e bassa soglia (SC)
Raffaella Campalastri (ff)
UO Psichiatria Forense (SSD)
Federico Boaron
UO SerDP Bologna Est (SS)
Claudio Antonio Comaschi
UO SerDP Bologna Ovest (SS)
Giovanni Guescini
UO SerDP Sud (SS)
Marco Viaggi
UO SerDP Pianura (SS)
Lauretta Gianessi
UO Osservatorio Epidemiologico (SS)
Raimondo Pavarin
UO NPIA Bologna Est (SS)
Laura Gessaroli
UO NPIA Bologna Ovest (SS)
Giulia Magnani
UO NPIA Pianura (SS)
Andrea Santi
UO NPIA Sud (SS)
StefanoTrebbi
UO Psicologia dell'Infanzia e dell'Adolescenza (SS)
Alessandra Mancaruso
UO Psichiatria e Psicoterapia Età Evolutiva (SSD)
Stefano Costa
Programma Integrato Disabilità e Salute
Rita Di Sarro

- Riorganizzare il Dipartimento di Sanità Pubblica.

Figura XX – Dipartimento di Sanità Pubblica - DSP



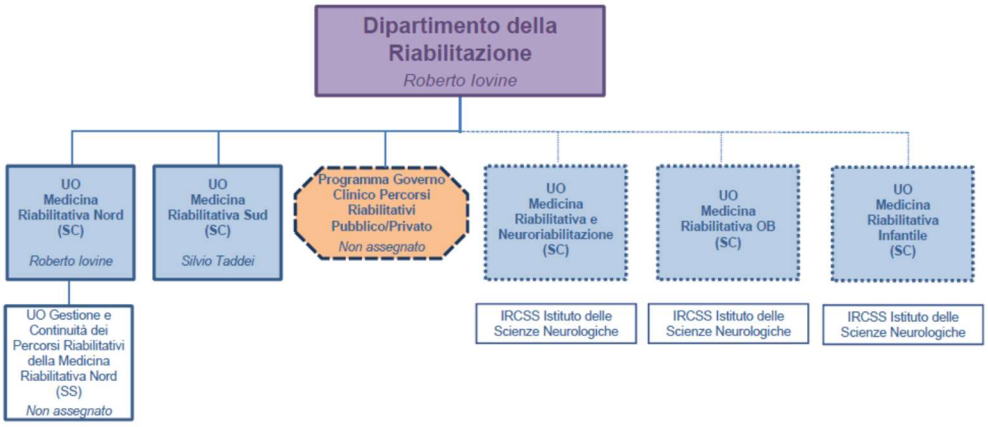


- **3° fase**

La riorganizzazione aziendale in questa fase ha riguardato:

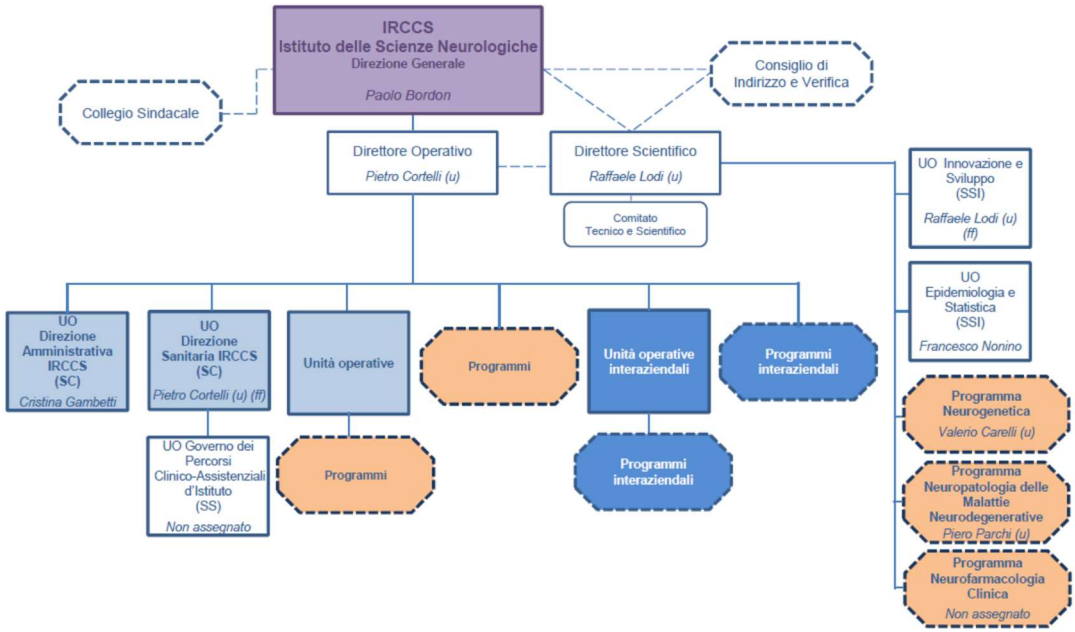
- l'istituzione del nuovo Dipartimento della Riabilitazione

Figura 8 – Dipartimento della Riabilitazione

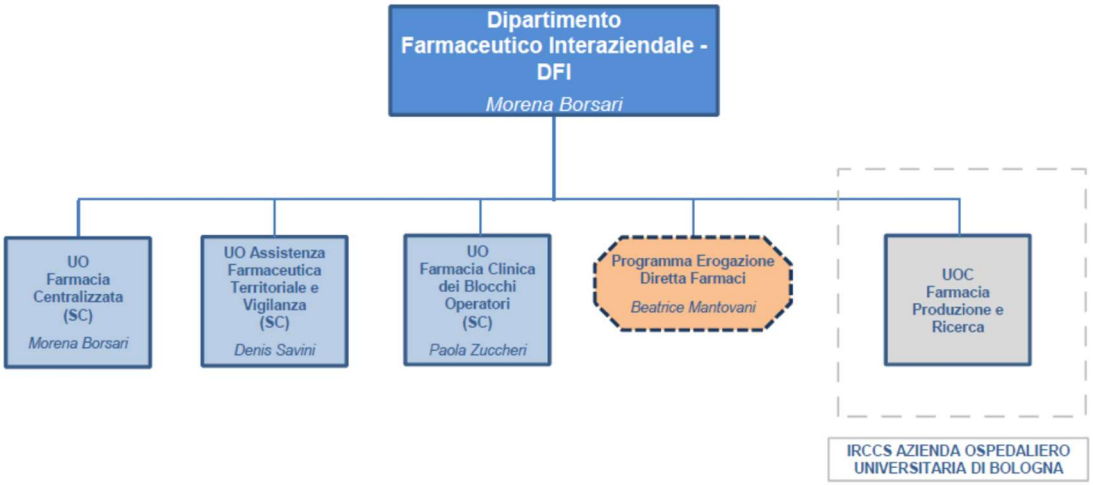


- la definizione dei nuovi assetti dell'IRCCS - Istituto delle Scienze Neurologiche, del Dipartimento Farmaceutico Interaziendale e dei Dipartimenti di produzione ospedaliera.

- **Figura 9 – IRCSS Istituto delle scienze Neurologiche ISNB**



- **Figura XX – Dipartimento Farmaceutico Interaziendale**



- **Figura XX – Dipartimento Oncologico**

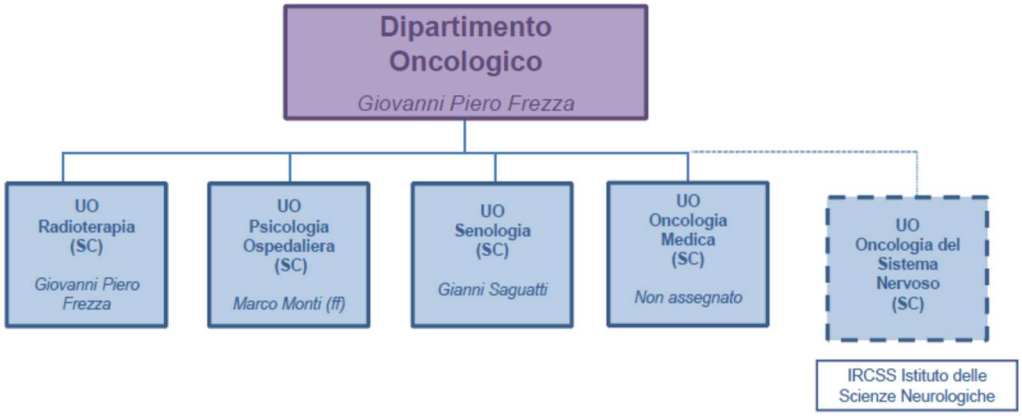
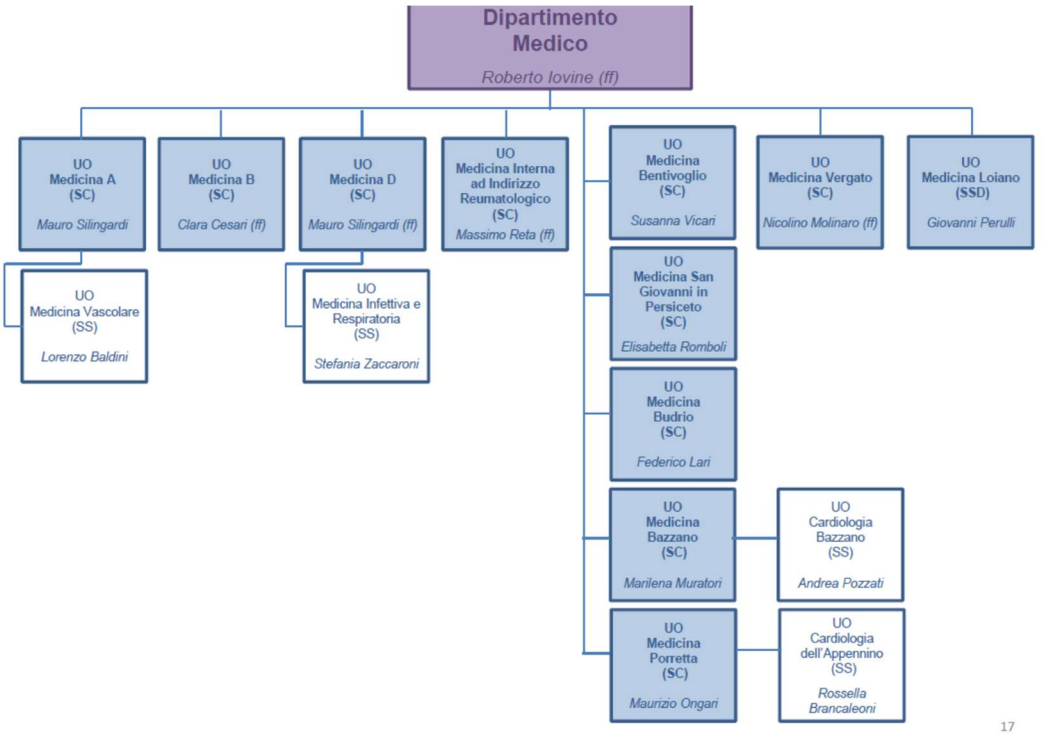


Figura XX– Dipartimento Medico



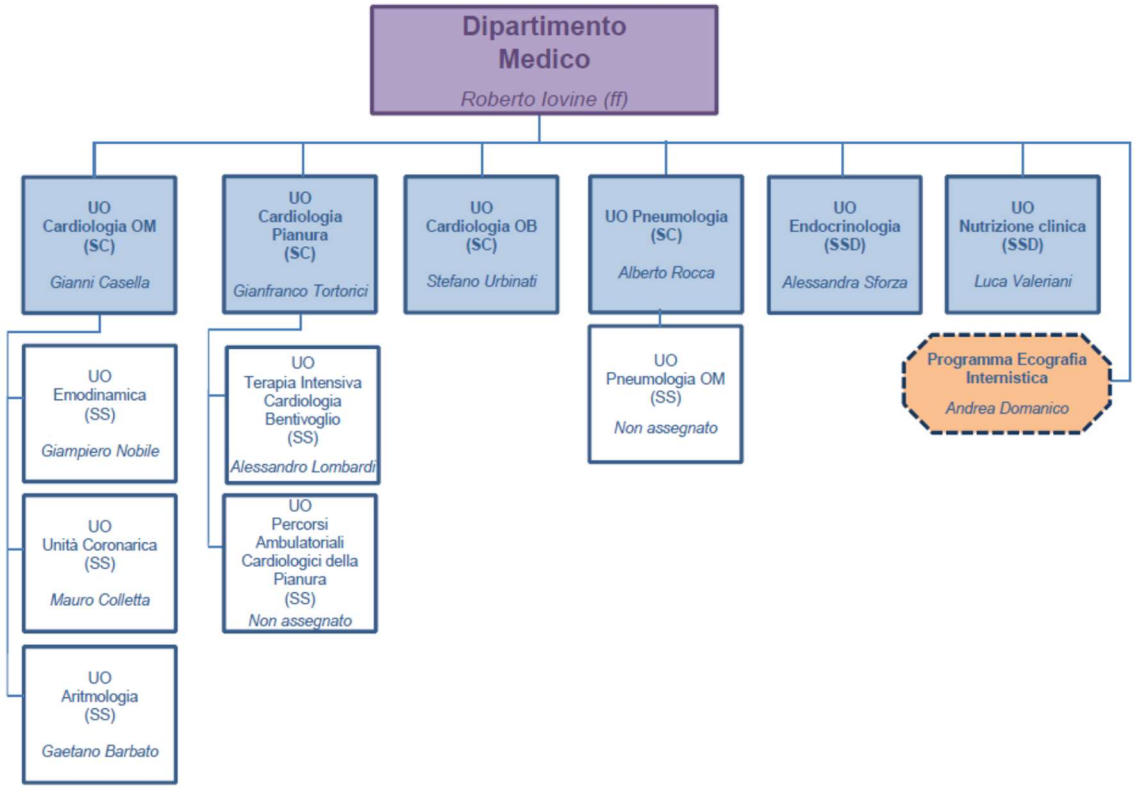
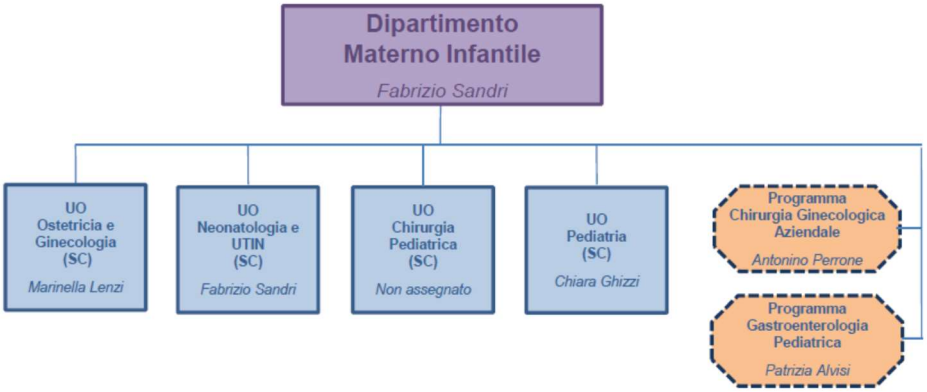


Figura XX – Dipartimento Materno Infantile



I processi di integrazione e unificazione interaziendale

Il tema delle integrazioni ed unificazioni interaziendali ha rappresentato, negli ultimi anni, e rappresenta tutt'oggi, un aspetto fondamentale della pianificazione strategica ed un driver importante per la governance dei servizi sanitari in ambito metropolitano.
Già nel Patto della Salute 2014-2016[27], si evidenziava la necessità di rivedere "*gli assetti organizzativi dei servizi sanitari regionali, individuando dimensioni ottimali delle aziende, al fine di migliorare la qualità e l'efficienza nella gestione dei servizi stessi, in un'ottica di complessiva razionalizzazione e riduzione dei costi, anche attraverso la centralizzazione, tendenzialmente sovraziendale, delle attività di amministrazione generale e di supporto tecnico logistico*". A partire dal 2015, in una prospettiva di applicazione delle disposizioni contenute all'interno del D.M. 2 aprile 2015, n. 70 (Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera)[28] e della D.G.R. ER 2040/2015 ("Riorganizzazione dalla rete ospedaliera secondo gli standard previsti dalla legge 135/2012, dal Patto per la Salute 2014/2016 e dal D.M. Salute 70/2015"), le Aziende dell'area metropolitana di Bologna hanno sviluppato molteplici integrazioni lungo i tre principali ambiti di attività che le caratterizzano:

a) attività amministrative, tecniche e professionali: n. 9 servizi unici metropolitani;
b) servizi di supporto: n. 7 servizi integrati tra più Aziende;
c) attività cliniche, mediante la costituzione 10 reti cliniche integrate: n. 5 di tipologia chirurgica e n. 5 di tipologia clinica.

Le integrazioni realizzate in questi anni, di seguito dettagliatamente rappresentate, si collocano nell'ambito di una più ampia progettualità inerente lo sviluppo della piena integrazione dei servizi tra le Aziende Sanitarie dell'area metropolitana di Bologna. Tali integrazioni sono frutto di uno specifico accordo di programma tra la Regione Emilia-Romagna, l'Alma Mater Studiorum – Università di Bologna e la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana di Bologna (D.G.R. ER n. 743/2017 e n. 841/2017) e del lavoro affidato al Nucleo Tecnico di Progetto.

Di seguito un focus per ciascuno di questi ambiti.

Tab. 6 Processi di integrazione e unificazione interaziendale

a) Attività amministrative, tecniche e professionali

[27] *L'Accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio Sanitario Nazionale.*
[28] *Tra gli obiettivi: la creazione di un sistema basato, da un lato, sull'integrazione tra i servizi ospedalieri, dall'altro, con l'integrazione della rete ospedaliera con la rete dei servizi territoriali.*

Progetto	Ambito attività	Istituto giuridico	Aziende coinvolte	Azienda Capofila
Servizio Acquisti Metropolitano (SAM)	Funzioni amministrative-tecniche	-	AUSL Bologna AOU S. Orsola-Malpighi IOR AUSL Imola	AUSL Bologna
Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Giuridica del Personale (SUMAGP)	Funzioni amministrative-tecniche	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna AOU S. Orsola-Malpighi IOR AUSL Imola	AUSL Bologna
Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Economica del Personale (SUMAEP)	Funzioni amministrative-tecniche	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna AOU S. Orsola-Malpighi IOR AUSL Imola	AUSL Bologna
Servizio Unico Metropolitano Contabilità e Finanza (SUMCF)	Funzioni amministrative-tecniche	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna AOU S. Orsola-Malpighi IOR	AUSL Bologna
Servizio Unico Metropolitano Economato (SUME)	Funzioni amministrative-tecniche	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna IOR	AUSL Bologna
Ingegneria Clinica	Funzioni tecniche	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna IOR	AUSL Bologna
Data Protection Officer (DPO)	Funzioni amministrative-tecniche	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna AOU S. Orsola-Malpighi IOR AUSL Imola	AOU Bologna
Gestione del Patrimonio	Funzioni amministrative-tecniche	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna AOU S.Orsola-Malpighi	AUSL Bologna

Progettazione impianti meccanici e energy manager metropolitano	Funzioni amministrative-tecniche	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna AOU S.Orsola-Malpighi	AUSL Bologna

b) Funzioni cliniche e di supporto.

Progetto	Ambito attività	Istituto giuridico	Aziende coinvolte	Azienda Capofila
Laboratorio Unico Metropolitano (LUM)	Funzioni cliniche/ di supporto	Cessione ramo d'attività	AUSL Bologna AOU S. Orsola-Malpighi IOR AUSL Imola	AUSL Bologna
SIMT A.M.BO.	Funzioni cliniche/ di supporto	Cessione ramo d'attività	AUSL Bologna IOR	AUSL Bologna
Dipartimento ad attività integrata interaziendale di Anatomia Patologica	Funzioni cliniche/ di supporto	-	AUSL Bologna AOU S. Orsola-Malpighi AUSL Imola IOR	-
Dipartimento farmaceutico interaziendale	Funzioni di supporto	-	AUSL Bologna AOU S. Orsola-Malpighi	AUSL Bologna
Dipartimento interaziendale per la gestione del rischio infettivo	Funzioni di supporto	-	AUSL Bologna AOU S. Orsola-Malpighi AUSL Imola IOR	AOU Bologna
Microbiologia Unica	Funzioni cliniche/ di supporto	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna AUSL Imola IOR	AOU Bologna
Banca delle cornee	Funzioni cliniche/ di supporto	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna AUSL Imola	AUSL Bologna

c) Reti cliniche.

Progetto	Ambito attività	Istituto giuridico	Aziende coinvolte	Azienda Capofila
Pneumologia Interventistica	Funzione clinica	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna AOU S. Orsola-Malpighi	AOU Bologna
Medicina Nucleare	Funzione clinica	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna AOU S. Orsola-Malpighi	AOU Bologna
Dermatologia	Funzione clinica	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna AOU S. Orsola-Malpighi	AOU Bologna
Rete infettivologica	Funzione clinica	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna AOU S. Orsola-Malpighi IOR	AOU Bologna
Chirurgia Vascolare	Funzione clinica	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna AOU S. Orsola-Malpighi	AOU Bologna
Neurologia (NEUROMET)	Funzione clinica	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna AOU S. Orsola-Malpighi	AUSL Bologna-IRCCS ISNB
Week Surgery Budrio	Funzione clinica	-	AUSL Bologna AOU S. Orsola-Malpighi	AOU Bologna
Neurochirurgia pediatrica	Funzione clinica	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna AOU S. Orsola-Malpighi	AUSL Bologna-IRCCS ISNB
Oncologia metropolitana	Funzione clinica	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna AUSL Imola	AUSL Imola
Chirurgia metabolica e dell'obesità	Funzione clinica	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna AOU S. Orsola-Malpighi	AOU Bologna

L'approccio condiviso di gestione integrata dei processi, come già programmato nel PTPCT 2021-2023, ha richiesto di ripensare a nuove e diverse modalità di gestione dei rischi corruttivi, secondo criteri di stretta interazione e condivisione tra i RPCT delle Aziende di Area Metropolitana. Resta inteso che, laddove possibile, tali azioni congiunte relative all' analisi, programmazione e monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione, avverrà in un contesto di inalterata responsabilità e autonomia decisionale che la legge anticorruzione chiaramente attribuisce e garantisce alla figura del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza di ciascuna azienda.

Alla luce di quanto sopra, nel corso del 2021, è stato realizzato, in condivisione tra i RPCT di area metropolitana, la mappatura dei processi e delle attività afferenti all'area del reclutamento del personale, successivamente esteso a tutte le aziende sanitarie dell'intero territorio regionale.

I rapporti con le Università

In virtù delle disposizioni normative (D.lgs. n. 517/1999, "Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed Università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n.419"; L.R. 29/2004, "Norme generali sull'organizzazione ed il funzionamento del Servizio sanitario nazionale"), l'Azienda USL di Bologna ha sottoscritto con alcune Università accordi di collaborazione per la didattica, la ricerca e l'assistenza integrata.
Il personale universitario, che opera all'interno delle strutture aziendali per l'assistenza integrata, **consta nell'anno 2021 di circa ……unità.**

Il sistema delle segnalazioni come ulteriore elemento di conoscenza del contesto

L'analisi delle risultanze del sistema di ascolto sia dal punto di vista del cittadino sia dei professionisti e operatori sanitari, costituisce un ulteriore elemento di conoscenza che consente, approfondendo l'analisi del contesto, di accrescere l'impatto organizzativo delle misure di contrasto e prevenzione della corruzione previste nel PTCPT, contribuendo fattivamente al sostegno di una *"cultura organizzativa che si esprime nell'interesse al miglioramento sia del processo che del prodotto fornito"*[29].
L'analisi sulle aree di rischio generali e specifiche viene eseguita anche alla luce delle segnalazioni pervenute all'URP aventi ad oggetto fatti di natura corruttiva, come da procedura P027 AUSLBO – revisione 4 del 2019.

La Mappatura dei processi

La mappatura dei processi, da sempre, è il frutto di un lavoro dinamico che va affinandosi nel tempo e che ha trovato una progressiva implementazione all'interno dei diversi PNA, ultimo dei quali il PNA 2019. L'individuazione dei processi e delle attività che lo compongono ha tenuto conto delle Aree di rischio individuate da ANAC, con particolare riguardo alle Aree tematiche in Sanità.
Nel 2021 è proseguita l'opera di adeguamento del Registro Rischi in conformità alle indicazioni fornite dall'Autorità con l'allegato n. 1 del PNA 2019.
Il Registro Rischi identifica e descrive i processi e le attività di ogni singola articolazione organizzativa aziendale. I processi risultano essere circa 160, suddivisi in circa 630 attività.
Il Registro Rischi è stato costruito, a livello decentrato, con la determinante collaborazione delle strutture aziendali titolari/responsabili dei processi/attività oggetto di analisi e si compone delle seguenti sezioni:

- **Mappatura dei processi/attività.**

La mappatura individua i processi/attività, la loro descrizione con indicazione degli input/output e i diversi livelli di responsabilità.

- **Valutazione dei rischi.**

La valutazione dei rischi individua i fattori abilitanti con analisi e relativa graduazione del rischio corruttivo, unitamente alle relative evidenze documentali.

- **Trattamento del rischio.**

In tale sezione sono individuate le misure generali e specifiche attuate e in programmazione.

- **Monitoraggio.**

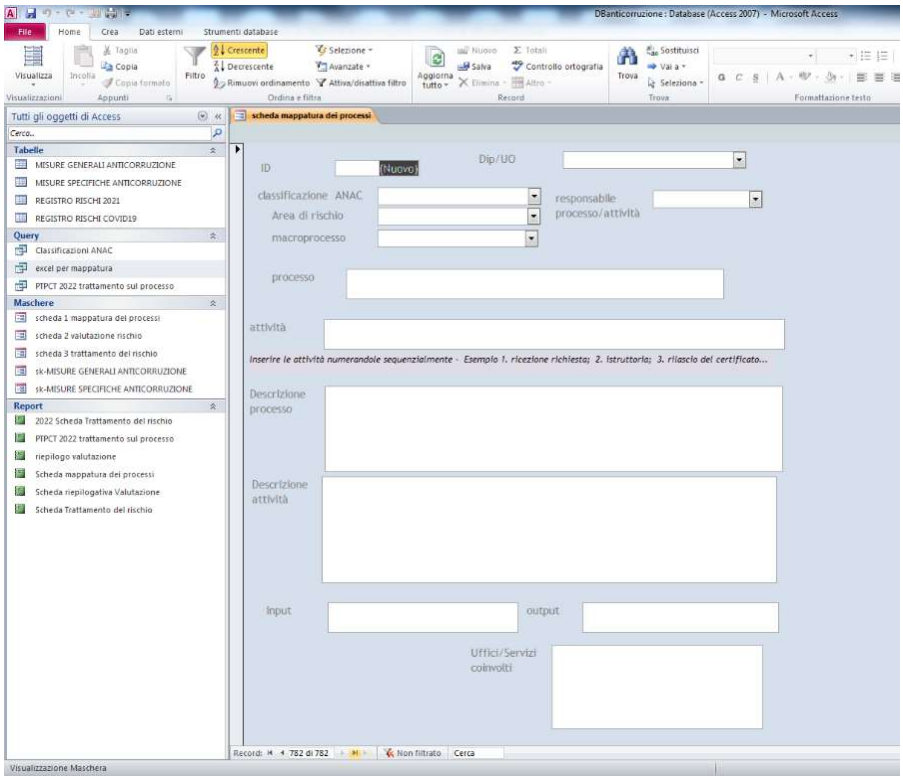
Tale sezione sarà oggetto di sviluppo nel corso del 2022.

L'ingente mole di dati che compongono il "nuovo" Registro Rischi, ha richiesto la realizzazione di un apposito DataBase attraverso l'interfaccia software Access. Al termine del 2021 si è conclusa tutta la mappatura e la valutazione dei processi aziendali, ad esclusione di quelli clinico-assistenziali in programmazione nel prossimo Piano e che terrà conto delle nuove modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie in telemedicina.

[29] *Da "Report segnalazioni 2017 dell'Azienda Usl di Bologna"*

Nel rispetto della programmazione contenuta nel PTPCT 2021-2023, il trattamento del rischio ha riguardato l'intero processo e non le singole attività che lo compongono, anche se sono state individuate misure che hanno comunque tenuto conto delle attività. Il monitoraggio, così come richiesto dal PNA 2019, verrà sviluppato nel corso del 2022.

Figura XX– Scheda di mappatura dei processi/attività



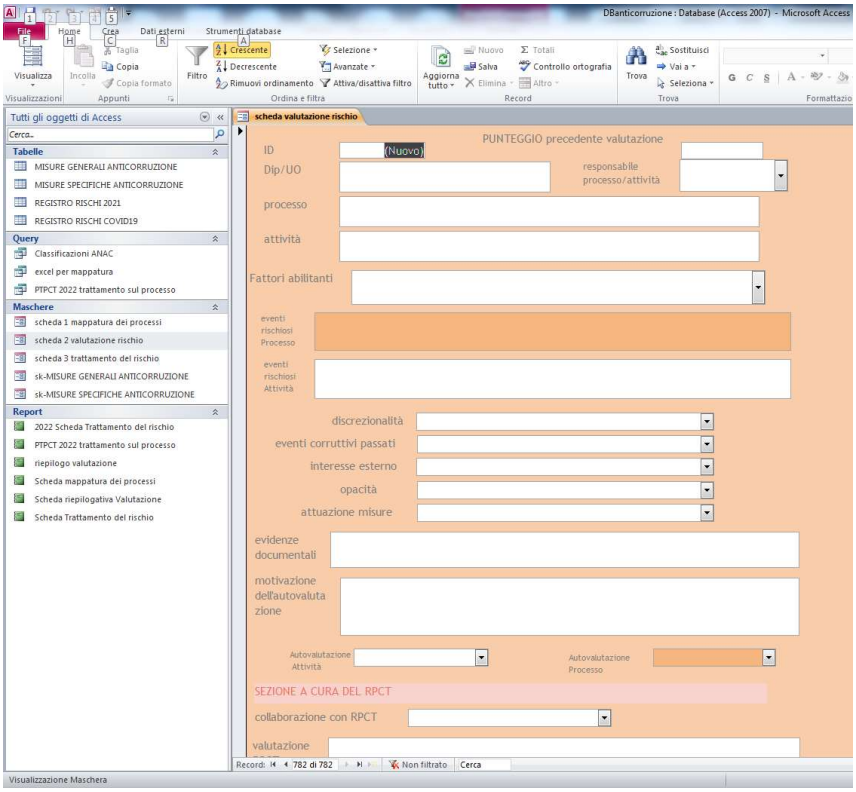
Allegato 2- Registro rischi: Mappatura dei processi e delle attività

SISTEMA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO

La valutazione del rischio

L'analisi del rischio ha il duplice obiettivo di analizzare i fattori abilitanti della corruzione nonché di stimare il livello di esposizione dei processi/attività al rischio corruttivo. Alla luce delle indicazioni fornite con il PNA 2019 e che hanno sancito il definitivo superamento di quanto indicato dall'allegato n.5 del primo PNA, è stato rivisto l'intero processo di valutazione del rischio, passando da un approccio di tipo quantitativo ad uno approccio di tipo qualitativo. Ciò ha reso necessario il coinvolgimento di tutta la rete dei Referenti Anticorruzione nella fase di identificazione ed analisi dei rischi connessi alle attività di propria competenza.

Figura 15 – Scheda di valutazione del rischio



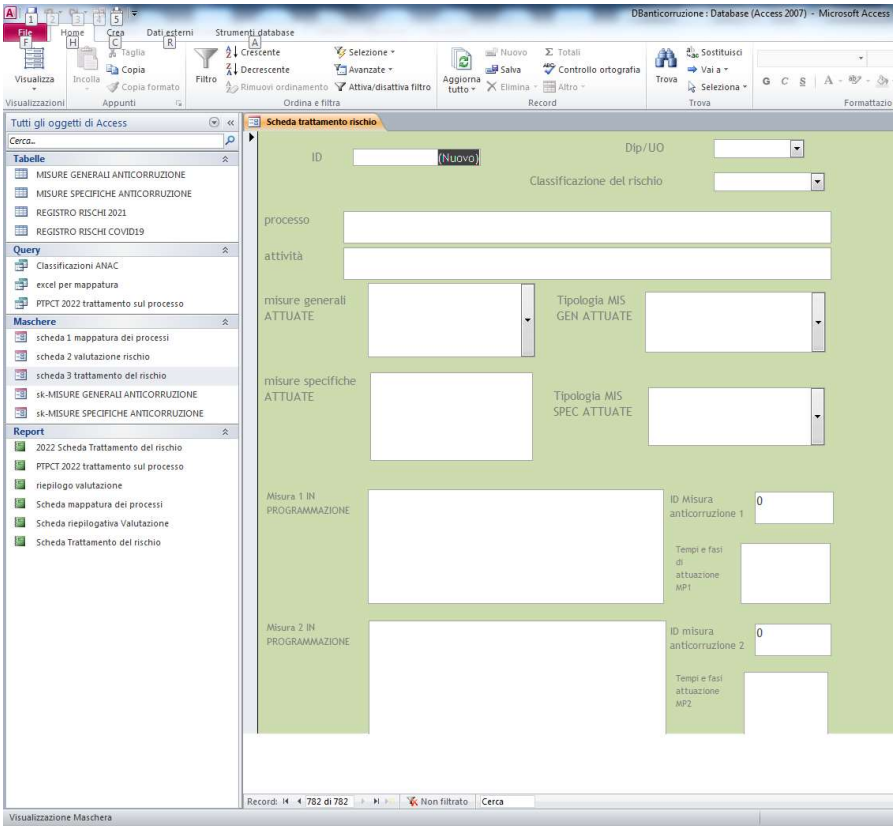
Il metodo di valutazione del rischio proposto per ogni singola attività presuppone la rilevazione di 5 indicatori (livello di interesse esterno, grado di discrezionalità, eventi corruttivi, opacità del processo, grado di attuazione delle misure di prevenzione) che vengono valutati secondo un giudizio di valore ALTO, MEDIO e BASSO. Generalmente il valore più alto attribuito, anche a uno solo dei 5 indicatori, determina il valore complessivo del rischio corruttivo dell'attività. Il Referente Anticorruzione ha, tuttavia, la possibilità di discostarsi da tale automatismo valutativo, motivando adeguatamente le ragioni dello scostamento del giudizio complessivo attribuito. Resta inteso che l'autovalutazione effettuata dal Referente, può essere sempre oggetto di rivalutazione da parte del RPCT, laddove vi siano indicatori (ad esempio, segnalazioni pervenute) che evidenzino la necessità di una diversa classificazione del rischio.
Il nuovo approccio richiede un forte impegno da parte di Referenti Anticorruzione, chiamati ad argomentare il processo logico-valutativo utilizzato per la classificare il rischio di ogni singola attività di tutti i processi di propria afferenza.

Allegato 3 - Registro rischi: Valutazione del rischio corruttivo

PARTE II -
TRATTAMENTO DEL RISCHIO: LE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

La parte II del Piano è dedicata alla descrizione delle misure di carattere generale e specifico adottate.
Nell'allegato 4 "Registro Rischi", sezione dedicata al trattamento, vengono individuate le misure generali e specifiche concretamente attuate e classificate secondo le 11 tipologie definite ANAC nel PNA 2019, con le relative evidenze documentali.

Figura 16 – Scheda di Trattamento del rischio



Nel 2022, si procederà ad aggiornare anche la fase del trattamento per singola attività, con i tempi e gli indicatori di attuazione.

Allegato 4 - Registro rischi: Trattamento del rischio corruttivo

Misure Generali: rendicontazione e programmazione attività

In questo paragrafo vengono indicate tutte le misure di carattere generale, il loro stato di attuazione e le eventuali azioni da attuare per migliorarne l'efficacia.

Formazione

La centralità e strategicità della formazione si è concretizzata con l'attivazione di iniziative formative, alcune delle quali specifiche per gli addetti ai lavori ed altre rivolte ai dipendenti operanti nelle aree ad alto rischio corruttivo.

Rendicontazione
Nel corso del 2021 tutti gli eventi formativi si sono tenuti con modalità online, ciò al fine di assicurare il distanziamento sociale. Considerato che la Giornata della Trasparenza verterà principalmente sulle novità introdotte dal PNRR, è stato condivisa, tra i RPCT di area metropolitana, la necessità di posticipare l'evento nel mese di gennaio 2022, in attesa dell'emanazione dei decreti attuativi.

Di seguito le iniziative formative realizzate:

- 15/01/2021 - 29/01/2021 – iniziativa formativa interna avente ad oggetto: "*La corretta gestione dei dati personali in sanità alla luce della normativa europea*" rivolto principalmente agli operatori sanitari che operano nelle strutture del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche con la finalità di illustrare i rischi generali e specifici dei trattamenti di dati, le misure organizzative, tecniche ed informatiche, nonché le responsabilità e le sanzioni previste dalla normativa vigente;
- 6-7/7/2021 iniziativa formativa interna avente ad oggetto: "*Approfondimenti in materia di Anticorruzione, trasparenza e privacy*" rivolto al personale dell'IRCCS-ISNB;
- 11/11/2020 evento formativo organizzato con il coordinamento AVEC avente ad oggetto: "*Corte dei Conti e responsabilita' erariale in sanita' "*;

Di seguito le iniziative formative specifiche per gli operatori afferenti alla UO Anticorruzione, Trasparenza:

- 26/10/2021 "Sull'onda della semplificazione e della trasparenza" evento organizzato da ANAC;
- 12-19-25 novembre 2021 "Anticorruzione e PNRR tra semplificazione e trasparenza nei processi di digitalizzazione della pubblica amministrazione";
- MOOC "La cultura del progetto a servizio della innovazione didattica" organizzato dal Politecnico di Milano.
- 14/01/2022 "Gionata della Trasparenza della regione Emilia-Romagna".

Programmazione
La formazione, per la sua forte strategicità e centralità, proseguirà in maniera più capillare ed incisiva anche nel triennio 2022-2024.
Le iniziative formative rivolte a tutto il personale aziendale in programmazione saranno:
- iniziative formativo/informative sul PTPCT 2022-2024;
- iniziative formativo/informative sul Codice di Comportamento;
- iniziative formativo/informative sul Regolamento aziendale sull'utilizzo della posta elettronica.

La formazione specifica del RPCT e del personale di supporto si attuerà attraverso la partecipazione ad eventi altamente specialistici sulla prevenzione della corruzione, sulla trasparenza nella PA, e sul documento programmatico PIAO.
Il Piano della Formazione Aziendale prevede iniziative specifiche sulle tematiche Anticorruzione e Trasparenza. Come ogni anno verranno messe in programmazione iniziative formative di Area Vasta.

Rotazione

Con la Determinazione n. 3359 del 14/11/2018 contenente: "Rotazione e misure alternative: Prime indicazioni sulla rotazione e misure alternative per le aree aziendali a maggior rischio con i relativi strumenti di monitoraggio", sono stati individuati i criteri e le modalità per l'applicazione della rotazione e delle misure ad essa alternative per le aree ad elevato rischio di corruzione, di seguito dettagliate:

Tabella 7 - Criteri e le modalità per l'applicazione della rotazione e delle misure ad essa alternative per le aree ad elevato rischio di corruzione

Titolare del processo	Fase	Processo/Funzione	Indicazioni e criteri
SAM	Programmazione	Nomina del RUP	La nomina del RUP deve avvenire nel rispetto delle disposizioni normative e delle indicazioni di ANAC. Nell'individuazione delle figure si tiene conto delle specifiche competenze tecniche richieste, dei titoli di studi adeguati alla complessità e tipologia di intervento e dell'esperienza maturata. Nell'affidamento degli incarichi si tiene altresì conto delle incompatibilità con altre funzioni ad essi assegnate (al fine di non incorrere nei divieti normativamente prescritti); **Rotazione funzionale;** **Alternanza tra i diversi settori merceologici**, tra le **diverse tipologie di affidamento.**
SAM	Selezione del contraente	Nomina della Commissione	**Rotazione funzionale** nelle Commissioni di Gara: la partecipazione alle commissioni di gara viene selezionata attraverso criteri di rotazione del personale, sulla base delle professionalità richieste e compatibilmente con gli altri eventuali ruoli svolti e nel rispetto delle indicazioni normative al fine di garantire **l'alternanza tra chi predispone le caratteristiche tecniche e chi valuta le offerte**. **Alternanza tra i diversi professionisti della stessa branca specialistica**, anche **appartenenti ad altra Azienda di Area Metropolitana e di Area Vasta.**
SAM	Esecuzione del contratto	Nomina del DEC (su indicazione dei Servizi Gestori)	**Rotazione funzionale.** **Alternanza tra i diversi settori merceologici presso le UUOO titolari della gestione del contratto.**
DTP	Programmazione	Redazione del piano degli investimenti e del programma degli acquisti	I contenuti dei documenti predisposti dal Dipartimento Tecnico sono oggetto di negoziazione ed approvazione da parte della Direzione Generale; **Segregazione delle funzioni.**
DTP	Avvio attuazione interventi	Nomina del RUP e relativi collaboratori	La nomina del RUP deve avvenire nel rispetto delle disposizioni normative e delle indicazioni di ANAC. Nell'individuazione delle figure si tiene conto delle specifiche competenze tecniche richieste (settore edilizio, sismico, elettronico, termotecnico) dei titoli di studi adeguati alla complessità e tipologia di intervento e dell'esperienza maturata. Nell'affidamento degli incarichi si tiene altresì conto delle incompatibilità con altre funzione ad essi assegnate (al fine di non incorrere nei divieti normativamente prescritti); **Rotazione funzionale;** **Segregazione delle funzioni;** **Affiancamento di più figure professionali.**
DTP	Selezione del contraente	Nomina della Commissione Aggiudicatrice	I commissari vengono individuati sulla base delle professionalità tecniche richieste e tenendo conto delle preclusioni imposte dalla normativa vigente in materia (Es. i commissari non devono né possono svolgere alcuna funzione relativa alla procedura di cui trattasi); **Rotazione funzionale;** **Segregazione delle funzioni;** **Affiancamento di più figure professionali.**
DTP	Esecuzione del contratto	Nomina del DEC	**Rotazione territoriale e funzionale dei titolari degli incarichi con cadenza biennale.**
DTP	Esecuzione del contratto	Nomina del DL	Il Direttore dei Lavori viene individuato sulla base delle professionalità tecniche richieste e dei tioli di studio adeguati alla complessità e tipologia di intervento. Al DL vengono affiancati collaboratori quali direttori operativi, ispettori di cantiere, coordinatori della sicurezza. Inoltre, l'operato dell'intero ufficio di Direzione dei lavori viene sottoposto al controllo di un organo imparziale quale quello della Commissione di Collaudo; **Rotazione funzionale;** **Segregazione delle funzioni;** **Affiancamento di più figure professionali;** **Supervisione di Organo terzo.**
DTP	Collaudazione	Nomina della Commissione di collaudo	La commissione viene individuata sulla base delle professionalità tecniche richieste e tenendo conto delle preclusioni imposte dalla normativa vigente in materia (Es. il collaudatore non deve né può svolgere alcuna funzione relativa alla procedura di cui trattasi); **Rotazione funzionale;** **Segregazione delle funzioni;** **Affiancamento di più figure professionali (la commissione si compone di almeno 3 figure professionali).**
LP	Gestione del Personale	Incarichi extraistituzionali	**Rotazione funzionale su base triennale** del personale preposto al processo con riorganizzazione degli uffici /settori; **Alternanza del personale unificato proveniente dalle diverse Aziende** (es: funzionario addetto Azienda USL segue professionisti AOSP).
SUMAGP	Reclutamento del Personale	Commissioni di Concorso e procedure paraconcorsuali	Rotazione nelle Commissioni nel rispetto della normativa. Dirigenza: **Segreterie concorsuali:** le segreterie vengono turnate sulle 4 Aziende; **Utilizzo di commissari esterni** (non per il Presidente); **Equa rappresentatività delle Azienda di Area Metropolitana.** Comparto: **Alternanza dei Presidenti tra i dirigenti in organico;** **Alternanza dei commissari tra gli operatori della categoria e del profilo corrispondente a quello messo a concorso**; **Utilizzo di commissari esterni** (non per il Presidente).
SUMAEP	Gestione del Personale	Stipendi	**Chi inserisce le variabili** è persona diversa da chi esegue i controlli, le figure addette sono soggette a cambi e a controlli incrociati.
SUMCF	Gestione dei pagamenti	Eventuale anticipazione e/o cessione dei crediti certificati ad intermediario abilitato.	Rotazione funzionale; Segregazione delle funzioni.
SUMCF	Gestione delle cessioni di credito	Pagamenti di beni e servizi.	Rotazione funzionale; Segregazione delle funzioni.
DSP	Attività ispettiva	Controlli VETERINARIO	Interscambiabilità sul territorio degli operatori della medesima disciplina (A-C-B);

Titolare del processo	Fase	Processo/Funzione	Indicazioni e criteri
			Rotazione quinquennale riferita o al territorio o alla struttura da controllare – Area B; Rotazione territoriale annua pari al 4% del personale in servizio- Area AC; Rotazione periodica degli abbinamenti nelle coppie. Misure alternative: • assegnazione delle responsabilità/attività; • sottoscrizione della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi e incompatibilità; • categorizzazione del rischio e periodicità dei controlli; • formazione specialistica degli operatori che effettuano il controllo ufficiale; • supervisione periodica; • effettuazione di audit; • standardizzazione delle procedure e omogeneizzazione delle metodologie di esercizio delle funzioni; • segregazione delle decisioni.
DSP	Attività ispettiva	Controlli ISP	Rotazione periodica degli abbinamenti all'interno della coppia (degli operatori della stessa UO o di altre UO o Enti locali). Misure alternative: • assegnazione di responsabilità/attività; • sottoscrizione della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi e incompatibilità; • categorizzazione del rischio e periodicità dei controlli; • formazione specialistica degli operatori che effettuano il controllo ufficiale; • supervisione periodica; • effettuazione di audit; • standardizzazione delle procedure e omogeneizzazione delle metodologie di esercizio delle funzioni; • segregazione delle decisioni.
DSP	Attività ispettiva	Controlli PSAL	Rotazione periodica degli abbinamenti all'interno della coppia, ad eccezione delle attività relative all'amianto. Misure alternative: • assegnazione di responsabilità/attività; • sottoscrizione della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi e incompatibilità; • supervisione periodica; • standardizzazione delle procedure e omogeneizzazione delle metodologie di esercizio delle funzioni; • segregazione delle decisioni.
DSP	Attività ispettiva	Verifiche impianti IMPIA	Rotazione del personale con cadenza annuale, biennale, quinquennale a seconda del tipo di verifica da eseguire, ad eccezione delle verifiche sugli impianti di particolare complessità e per quelli che richiedono una specifica competenza. Misure alternative: • assegnazione di responsabilità/attività; • sottoscrizione della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi e incompatibilità; • supervisione periodica; • standardizzazione delle procedure; • segregazione delle decisioni: condivisione procedimentale solo per le verifiche relative agli inconvenienti igienico sanitari.
CSA (Ora CGRPA)	Controllo appropriatezza	Controlli di appropriatezza sul privato accreditato	**Rotazione funzionale, ove possibile, del personale addetto ai controlli**. Misura alternativa: **controllo mediante audit da parte di soggetti esterni.**
MLRM		Nomina commissioni Patenti	**Rotazione funzionale (patenti con seduta monocratica, patenti con seduta collegiale):** tra tutto il personale afferente in possesso dei requisiti necessari per svolgere la funzione.
MLRM		Attività libero professionale per visite idoneità al lavoro e per attività di medico competente	**Rotazione funzionale:** tra tutto il personale afferente in possesso dei requisiti necessari per svolgere la funzione.
POUA-Dipartimento Emergenza		Commissione per la verifica convenzione Elisoccorso Regione Emilia Romagna	**Disposizioni del Direttore Generale nota prot. N. 132287 del 24.11.2016.** **Rotazione funzionale periodica delle figure di responsabile infermieristico e responsabile medico di base dell'Elisoccorso (rappresentanti AUSL di Bologna)**: tra tutto il personale medico e infermieristico in possesso dei requisiti necessari per svolgere la funzione. Raccolta dichiarazioni di assenza conflitto di interessi.
DAAT (Ora DAATO) DSM DASS	Gestione delle spese del Settore Socio-Sanitario	Erogazione sovvenzioni e contributi	**Rotazione Funzionale** su medesimo ufficio, modificando periodicamente la tipologia di attività di afferenza (contributi, sovvenzioni, sussidi…) anche sulla base di progetti a livello Distrettuale; **Rotazione territoriale su Distretti, ove possibile**. **Misure alternative:** • segregazione funzioni; • affiancamento/condivisione di più operatori nel procedimento; • supervisione del procedimento.

Relativamente all'area a rischio "Gestione decessi intraospedalieri", la misura della rotazione e misure alternative è stata realizzata nel rispetto dei criteri della determinazione sopracitata, come previsto nel PTPCT 2019-2021, la cui attuazione viene monitorata sia attraverso informazioni richieste ai responsabili dei processi (POUA-DATeR) sia attraverso audit.

<u>Rendicontazione</u>

- Nel corso del 2021, in occasione dell'attività di monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione che ha interessato la UO Medicina Legale Risk Management, il SUMCF, la UO DASS e l'UO Committenza e Governo Rapporti con il Privato Accreditato, è stata verificata la corretta attuazione della rotazione nell'ambito rispettivamente dei seguenti processi:
    - funzionamento della Commissione Patenti;
    - contabilità e finanza;
    - erogazione sovvenzioni e contributi;
    - controlli di appropriatezza sul privato accreditato.

Programmazione

Alla luce delle risultanze emerse dal nuovo Registro Rischi, nel corso del 2022, si procederà con l'aggiornamento delle disposizioni in tema di rotazione ordinaria e misure alternative, ampliandone l'ambito di applicazione ad ulteriori processi ad alto rischio corruttivo, secondo le ultime indicazioni fornite da ANAC con l'allegato n.2 al PNA 2019. Ai Referenti Anticorruzione coinvolti verrà richiesto di procedere alla stesura di un piano triennale di rotazione, con individuazione non solo del personale soggetto a rotazione, bensì anche delle eventuali figure infungibili e delle misure alternative da attuare.

Misura generale: aggiornamento indicazioni sull'applicazione della rotazione ordinarie e misure alternative				
Stato di attuazione al 1 gennaio 2022	**Step di attuazione**	**Indicatori di attuazione**	**Risultato atteso**	**Responsabile attuazione**
Da attuare	Fase 1: secondo semestre 2021 studio regolamento	Predisposizione bozza regolamento	Elaborazione regolamento aziendale	Direttore AT e referenti anticorruzione coinvolti
Da attuare	Fase 2: secondo semestre approvazione definitiva	Approvazione regolamento	Adozione regolamento aziendale	Direttore AT

Codice di comportamento

L'Azienda USL di Bologna ha adottato con Delibera n. 166 del 29.05.2018, il nuovo Codice di Comportamento sulla base dello schema tipo proposto dalla Regione Emilia-Romagna.
Al fine di dare massima diffusione al nuovo Codice di Comportamento, unitamente alle Aziende Sanitarie di Area Metropolitana, è stato predisposto un Piano di comunicazione per la realizzazione di azioni comunicative specifiche.
Il sito Internet aziendale e le sue funzionalità costituiscono il perno della campagna comunicativa, consentendo al contempo la fruizione dei contenuti anche al di fuori delle sedi aziendali, a beneficio sia dei dipendenti che degli altri stakeholder esterni.

Nel 2022, oltre ad organizzare appositi incontri formativo-informativi su specifici temi, tra cui quello sul corretto utilizzo della web-mail aziendale, proseguirà anche la campagna di comunicazione sugli obblighi del Codice di Comportamento, anche attraverso l'aggiornamento delle istruzioni operative, le faq e gli approfondimenti già pubblicati nell'apposita area di supporto presente nel sito web aziendale.

Dichiarazioni patrimoniali e reddituali della dirigenza e raccolta dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse

Anche nel corso del 2021, attraverso il WHRTIME (SW gestione risorse umane-GRU), è proseguito il deposito, da parte dei dirigenti, delle dichiarazioni reddituali e l'aggiornamento delle dichiarazioni patrimoniali, in adempimento all'art.13 del D.P.R. n. 62/2013 e del Codice di Comportamento aziendale.

Come condiviso dal Tavolo regionale RPCT, nelle Linee Guida per l'applicazione da parte delle Aziende ed Enti del SSR della disciplina dettata dall'art. 18 bis della L.R. n. 43/2001, da quest'anno, è stato previsto l'obbligo per tutti i dipendenti di rendere una nuova dichiarazione in aggiunta alle altre dichiarazioni da rendere ai sensi delle vigenti disposizioni del Codice di Comportamento. La nuova dichiarazione: "PREVENZIONE CONFLITTI INTERESSI ASSEGNAZIONE PERSONALE - Modulo 4 (RT06)", validata dal Gruppo di lavoro unitamente ai RPCT, è stata resa disponibile su WHRTIME a partire dal mese di novembre. Al fine di darne capillare diffusione a tutto il personale è stata pubblicata una specifica notizia sulla intranet aziendale unitamente a pop-up visualizzabili su WHRTIME. E' stato inoltre, effettuato un invio massivo di nota informativa a tutti i Direttori di macro-articolazioni aziendali, con invito a darne massima diffusione a tutto il personale di propria afferenza.

Figura 8 – Dichiarazioni codice di comportamento Aziendale effettuabili da GRU

Codice	Descrizione	Modulo	Destinatari
RT01	Dichiarazione patrimoniale dirigenti	-	Solo dirigenti
RT02	Interessi finanziari e conflitto di interessi	Modulo **1**	Tutto il personale
RT03	Interessi finanziari e conflitto di interessi	Modulo **1 bis**	Solo dirigenti
RT04	Adesione appartenenza associazione organizzazione	Modulo **2**	Tutto il personale
RT05	Obbligo di astensione	Modulo **3**	Tutto il personale
RT06	Prevenzione conflitti interessi assegnazione personale	Modulo **4**	Tutto il personale
.CONF-CCU	Conferma della dichiarazione		

Nella figura sopra riportata sono descritti gli obblighi, la modulistica e i relativi destinatari.
Al deposito delle dichiarazioni sono abilitati i codici relativi a: 01 DIPENDENTI, 04 UNIVERSITARI, 31 LIBERO PROFESSIONISTI.
Per supportare i dirigenti delle diverse articolazioni organizzative nel monitoraggio sul deposito delle dichiarazioni e sulla valutazione delle dichiarazioni rese, è stato predisposto, in collaborazione con l'UO Tecnologie Informatiche e di Comunicazione, un cruscotto che mette a disposizione per ogni tipologia di dichiarazione:

- il dato di sintesi per macroarticolazione;
- il dato di dettaglio a livello di nominativo.

La UO AT trasmette periodicamente ai Direttori il file analitico generato dal cruscotto.
Parallelamente, per rendere più agevole la fase di valutazione da parte dei Direttori, è stato creato un report con i nominativi dei dipendenti che hanno dichiarato situazioni di possibile sussistenza di conflitto di interessi. Il report è frutto dell'integrazione dei dati compilati nel WHRTIME e quelli generati dal cruscotto.
Dalla combinazione dei flussi informativi sopra indicati, è possibile anche analizzare l'esito di azioni di comunicazione specifiche, quali: sollecito via mail, notizia nella intranet e sul portale del dipendente, recall per specifiche professioni e articolazioni organizzative.
Il supporto viene garantito anche ai dipendenti in fase di compilazione e aggiornamento delle dichiarazioni, attraverso canali telefonici, di posta elettronica e di assistenza in remoto.

La percentuale dei dati di raccolta al 31 dicembre 2021 è stata del ……

Programmazione

Misura generale: Aggiornamento area web sul codice di comportamento e di supporto alla compilazione delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi				
Stato di attuazione al 1 gennaio 2022	**Step di attuazione**	**Indicatori di attuazione**	**Risultato atteso**	**Responsabile dell'attuazione**
Da attuare	Primo semestre 2022	Pubblicazione di nuovi contenuti	Aggiornamento dell'area web esistente con nuove "pillole" informative e istruzioni operative in merito alla compilazione del modulo 4 e alla valutazione	AT

Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi

Alla luce degli ultimi orientamenti ANAC contenuti nella delibera n. 447/2019 e in successivi atti, è stato attivato un tavolo di lavoro a livello regionale, avente ad oggetto l'analisi dell'applicabilità della disciplina dettata dal D.Lgs. 39/2013 alle aziende ed enti del SSR.
A conclusione dei lavori è emersa una diffusa preoccupazione in merito alla solidità giuridica dei provvedimenti che dovessero essere adottati dalle Aziende Sanitarie in base alle indicazioni ANAC, laddove quest'ultime presuppongono un'interpretazione estensiva della normativa del D.Lgs. 39/2013. Interpretazione quest'ultima non compatibile rispetto a discipline in grado di incidere negativamente anche sull'elettorato passivo. Alla luce di quanto sopra, le Aziende sanitarie regionali, con il supporto della Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare, hanno ritenuto temporaneamente di non estendere l'applicazione della disciplina alla dirigenza amministrativa, tecnica e professionale, in attesa di una più approfondita interlocuzione sul punto con l'Autorità Anticorruzione. E' stata, infatti, inviata dalla Direzione Generale dell'Assessorato una nota P.G 03/11/2021.1012935.U, con la quale è stata comunicata all'Autorità la posizione delle Aziende sanitarie della Regione Emilia Romagna.
Di contro, come di consueto, si è proceduto alla raccolta della dichiarazione annuale di incompatibilità da parte dei vertici dell'Amministrazione.

Patti di integrità

Rendicontazione

Nel 2021, come da programmazione PTPCT 2021-2023, l'UO Anticorruzione e Trasparenza in collaborazione con l'UO Committenza e Governo Rapporti con il Privato Accr. (SC), ha proceduto a predisporre uno schema tipo di patto di integrità da somministrare alle strutture sanitarie private accreditate convenzionate con l'Azienda Usl di Bologna, così come suggerito nella delibera ANAC n. 1134/2017. Nel corso del 2021 sono stati sottoscritti complessivamente n. 30 patti di integrità al 31.12.2021.

Commissioni e conferimento di incarichi in caso di condanna (ART.35 BIS)

Al momento della nomina dei commissari di commissioni di concorso, ovvero di commissioni di gara, viene richiesta la sottoscrizione di una specifica dichiarazione circa l'insussistenza delle condizioni ostative di cui all'art. 35 bis del D.lgs 165/2001. Tali dichiarazioni sono oggetto di verifica a campione.

Pantouflage

Con riferimento all'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (c.d. pantouflage), in ottemperanza alle modifiche apportate dalla L.190/2012 al D.lgs.165/2001 art.53, si è provveduto ad inserire nei contratti di assunzione del personale la clausola che prevede il divieto per i dipendenti, che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali, di prestare attività lavorativa per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente. È stata pertanto inserita un'apposita clausola all'interno dei contratti di nuova assunzione e di conferimento di incarico dirigenziale, nonché nei moduli di recesso.

Rotazione straordinaria

Come da indicazioni contenute nel PNA 2019, la rotazione straordinaria costituisce una misura di carattere cautelativo da attuarsi nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva (ex art. 16 c. l-quater D.lgs 165/2001).
Detta misura già contenuta nel documento "Rotazione e misure alternative: prime indicazioni sulla rotazione e misure alternative per le aree aziendali a maggior rischio con i relativi strumenti di monitoraggio" (Determinazione n. 3359 del 14/11/2018), nel corso del 2020 ha trovato ulteriore attuazione attraverso la predisposizione di specifiche Linee Guida Aziendali, a tutt'oggi, in attesa di validazione da parte della Direzione Aziendale.

Whistleblowing – Segnalazione di condotte illecite

La segnalazione/denuncia di condotte illecite è di fondamentale importanza nell'ambito della strategia di prevenzione della corruzione, in quanto consente l'emersione di fatti e comportamenti corruttivi.
Il whistleblower (o "sentinella civica") assume un ruolo decisivo e strategico per l'efficacia della lotta alla corruzione, in ragione del fatto che la denuncia alle autorità competenti esterne all'amministrazione o la segnalazione al RPCT dell'amministrazione interessata creano nel medio e lungo termine un ambiente sfavorevole all'assunzione di comportamenti devianti dalla cura dell'interesse generale.
Per promuovere tali comportamenti proattivi l'Amministrazione deve garantire al segnalante un'adeguata tutela della riservatezza sulla propria identità e sul contenuto della segnalazione e dell'annessa documentazione.
Il Software predisposto da ANAC per la ricezione e la gestione delle segnalazioni con maggiori garanzie di anonimato, è disponibile nel sito Internet Aziendale al link https://whistleblowing.ausl.bologna.it/#/receiver/tips.
Nel 2021 non sono pervenute segnalazioni da parte di personale dipendente attraverso l'utilizzo di tale strumento.

Programmazione:

Nel 2022 si procederà ad aggiornare

Misura generale: Aggiornamento protocollo operativo per la gestione segnalazioni Whistleblowing ai sensi della delibera ANAC 469/2021				
Stato di attuazione al 1 gennaio 2022	**Step di attuazione**	**Indicatori di attuazione**	**Risultato atteso**	**Responsabile dell'attuazione**
Da attuare	Secondo semestre 2022	Predisposizione bozza di	Adozione delibera	AT

		aggiornamento attuale protocollo operativo		

Misure specifiche: rendicontazione e programmazione attività

Aree di rischio Generali

Contratti pubblici

Rendicontazione

Nel 2021, a seguito di specifiche indicazioni fornite da ANAC, è stato attivato un Gruppo tecnico di lavoro, a cui hanno partecipato tutte le aziende sanitarie di Area Metropolitana oltre all'AUSL di Ferrara, con il mandato di validare il regolamento sulla gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento contratti pubblici. Il mandato affidato al Gruppo Tecnico è stato poi esteso, su richiesta di tutti i Direttori Amministrativi delle Aziende Sanitarie di Area Metropolitana, alla revisione delle attuali convenzioni che regolano il funzionamento del Servizio Acquisti Metropolitano.

All'esito dei lavori, è stata validata la revisione delle convenzioni e sono in corso di validazione le "Linee Guida individuazione e gestione dei conflitti di interessi nelle procedure d'appalto".

Programmazione:

Nel 2022 verrà introdotta la seguente misura di monitoraggio:

Flussi informativi: comunicazione al RPCT delle proroghe e dei rinnovi su contratti in essere con indicazione delle relative durate e delle motivazioni sottese			
Stato di attuazione al 1 gennaio 2022	**Step di attuazione**	**Indicatori di attuazione**	**Responsabile dell'attuazione**
Da attuare	Primo semestre 2022	Trasmissione reportistica mensile	SAM DTP

A seguito delle modifiche intervenute all'art 29 del D.lgs 50/2016, verranno ripresi i lavori del tavolo permanente "Profilo del committente" per aggiornare la relativa sezione in "Amministrazione Trasparente".

Acquisizione e gestione del personale

Rendicontazione

Nel 2021, è stato costituito un Gruppo Tecnico di lavoro regionale, che ha visto la partecipazione dell'UO Anticorruzione e Trasparenza, del SUMAGP e del SUMAEP, a cui è stato affidato il mandato di procedere all'aggiornamento della mappatura relativa all'Area Acquisizione e Gestione del Personale, secondo le indicazioni contenute nell'allegato n. 1 del PNA 2019.

All'esito dei lavori è stata presentata una mappatura completa delle attività nonché la relativa valutazione dei rischi corruttivi. Tale mappatura costituisce una sezione specifica del "Registro Rischi Aziendale".

Si è inoltre proceduto all'aggiornamento sia del regolamento relativo al conferimento degli incarichi dirigenziali nell'Area Sanità, approvato con delibera n.495 del 23.12.2021, che del regolamento sugli incarichi extraistituzionali, approvato con delibera n…..

Programmazione:

Nel 2022 si procederà con:

Recepimento della mappatura dell'area acquisizione e gestione del personale nel registro rischi aziendale			
Stato di attuazione al 1 gennaio 2022	**Step di attuazione**	**Indicatori di attuazione**	**Responsabile dell'attuazione**
Da attuare	secondo semestre 2022	100% Allineamento della mappatura del DB Aziendale	AT SUMAGP SUMAEP

Provvedimenti ampliativi con effetti economici

Nel corso del 2021 è stato effettuato un Audit documentale sul processo "Accesso di utenti disabili adulti in strutture non accreditate residenziali e semiresidenziali" da cui è emerso il sostanziale rispetto di quanto previsto dal regolamento aziendale di cui alla delibera n. 301/2018.

Gestione delle entrate delle spese e del patrimonio

Nel corso del 2021 è stato avviato un audit documentale relativo al processo di gestione amministrativo-contabile del ciclo passivo da cui è emerso il sostanziale rispetto di quanto previsto dalle procedure aziendali e in particolare della procedura P145AUSLBO.

Atti di Liberalità e Contratti di Sponsorizzazione

Rendicontazione

A seguito dell'adozione della misura di prevenzione: "Linee Guida aziendali Atti di liberalità e contratti di sponsorizzazione" (Deliberazione n. 217 del 12/06/2017), è stato istituito il Registro informatico, costantemente aggiornato dai Titolari/Responsabili dei processi di donazione di somme di denaro, beni mobili e immobili, comodati d'uso, conti visione e sponsorizzazioni.
Il Registro rappresenta lo strumento di monitoraggio per la corretta gestione di tali processi. Per la registrazione dei dati viene utilizzato un file excel in Nextcloud in rete ad accesso limitato ai Titolari/Responsabili dei processi.
Il file excel è composto da schede specifiche per tipologia: donazioni, comodati d'uso gratuito, conto visione e sponsorizzazione per formazione e sponsorizzazioni per FAR e altri progetti.
Il file consente, tramite tabelle pivot o funzione "filtro", di effettuare estrapolazioni dati, oltre che per Dipartimento e per Unità Operativa beneficiaria, anche per soggetto donante/cedente/sponsor; tale sistema permette di effettuare puntuali operazioni di verifica e controllo.
Nel corso del 2021 si è proceduto all'analisi dei dati relativi all'anno 2020. Il monitoraggio ha dato complessivamente esito positivo, grazie alla costante implementazione del Registro a cura dei Titolari/Responsabili dei processi interessati.

In sintesi, per l'anno 2020:

Donazioni registrate n. 549 di cui:

- n. 30 donazioni di beni mobili per un valore complessivo pari a € 349.352,20;
- n. 46 donazioni di beni mobili con vincolo di destinazione Emergenza Covid 19 per un valore complessivo di € 554.748,93;
- n. 53 donazioni di somme di danaro per un totale complessivo pari a € 111.650,53;

- n. 420 donazioni di somme di denaro con vincolo di destinazione Emergenza Covid 19 pari a € 2.835.457,08;

Figura XX: Raffronto 2019-2020 numero di donazioni

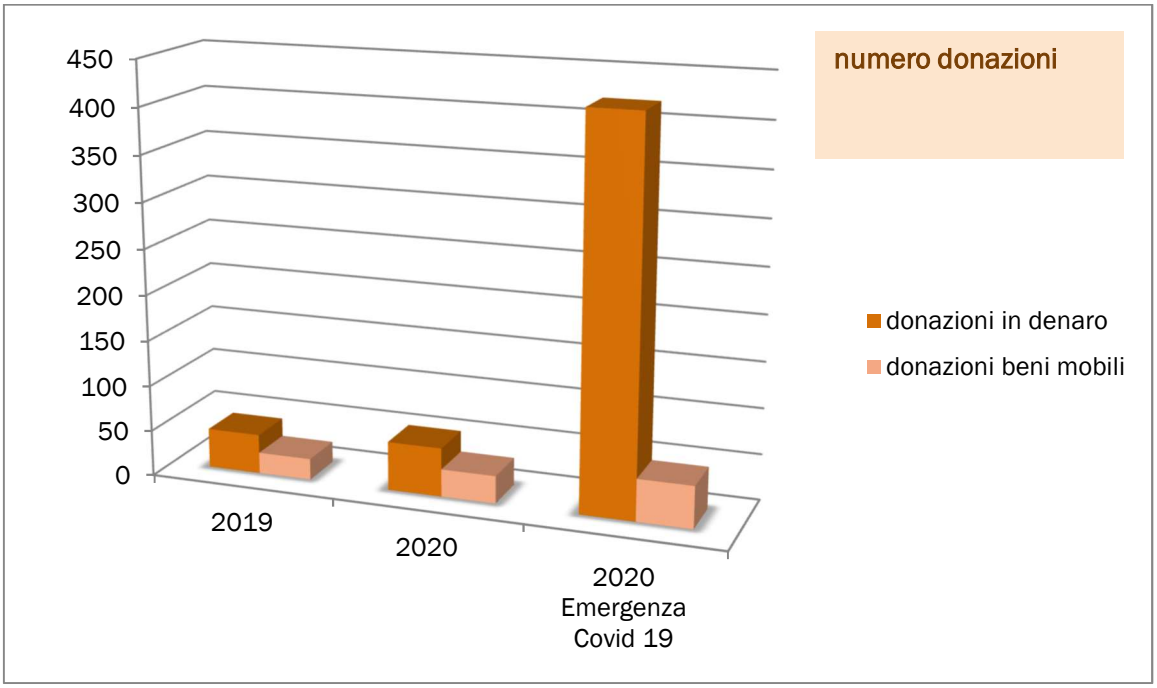
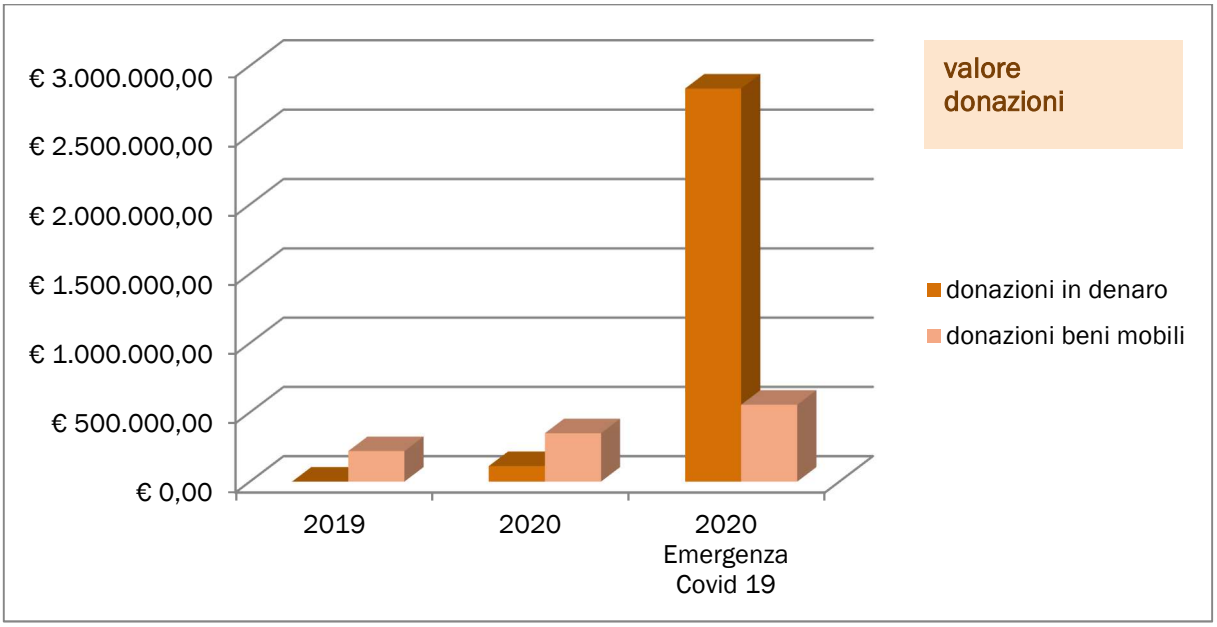


Figura XX: Raffronto 2019 - 2020 valore delle donazioni

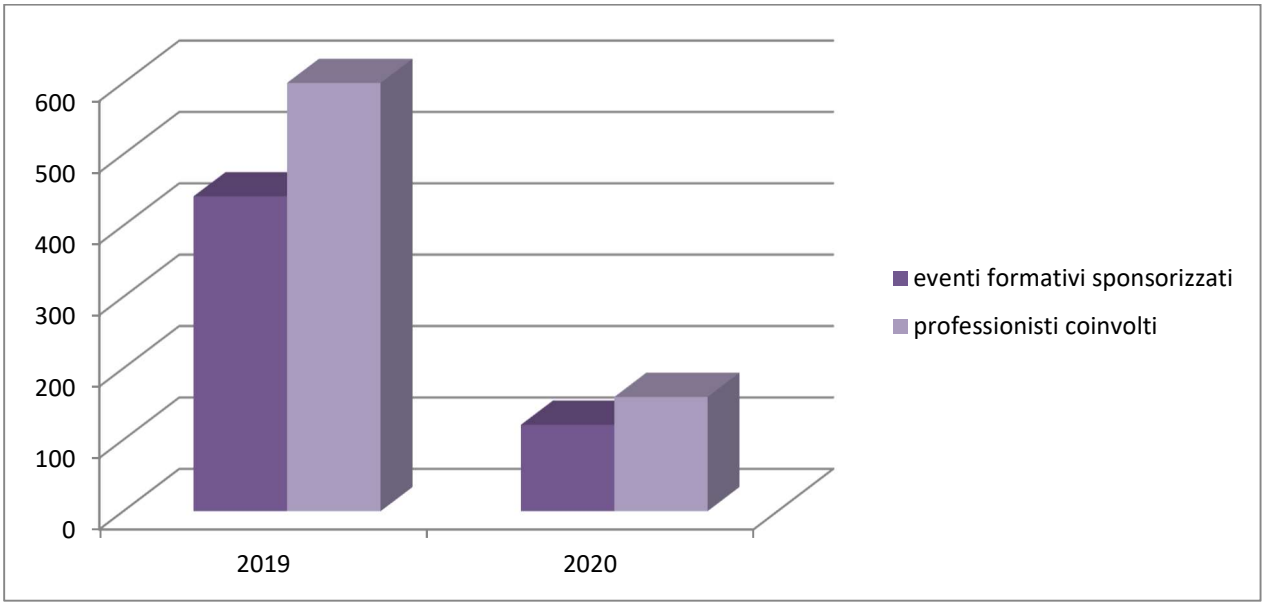


Comodati d'uso registrati n. 4, di cui n. 3 ad oggetto beni immobili e 1 ad oggetto beni mobili;

Conti visione registrati n. 24, di cui n. 3 non attivati per rinuncia/mancato riscontro della UO destinataria, n. 1 per mancata accettazione della ditta proponente e n. 2 riprogrammate per il 2021;

Sponsorizzazioni per formazione registrate n. 121 offerte di formazione sponsorizzata che hanno visto la partecipazione di ca 160 professionisti.

Figura XX: Raffronto 2019 -2020 formazione sponsorizzata



Il raggiungimento dell'obiettivo avente ad oggetto la revisione delle "Linee Guida atti di liberalità e contratti di sponsorizzazione" era subordinato all'approvazione dei presupposti regolamenti regionali e di Area Vasta. Relativamente al regolamento regionale, si precisa che si sono conclusi i lavori del tavolo tecnico sulla formazione sponsorizzata. Lo schema tipo di regolamento è stato validato dal Tavolo di Coordinamento Regionale dei RPCT; tuttavia, ad oggi, la Regione E.R. non ha ancora proceduto alla sua approvazione. In attesa della validazione formale dello schema tipo da parte della Regione, il Coordinatore del Tavolo Tecnico di Lavoro per la predisposizione dello schema tipo, ha suggerito alle Aziende sanitarie di procedere, in virtù della loro autonomia, a recepire le nuove indicazioni contenute nello schema tipo. L'Azienda USL provvederà al loro recepimento in occasione dell'aggiornamento delle Linee Guida aziendali. Relativamente al regolamento sulle donazioni di Area Vasta, non appena sarà approvato, si provvederà al suo recepimento.

Aree di rischio specifiche

Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni

Regolamento informatori scientifici

In ottemperanza a quanto disposto dalla Giunta Regionale Emilia-Romagna, l'AUSL di Bologna con la Delibera n. 2309/2016, ha adottato le "Linee guida aziendali per l'accesso da parte dei professionisti che svolgono attività di informazione tecnico-scientifica di farmaci, dispositivi medici, prodotti dietetici e prodotti per lattanti".
È stato predisposto un apposito applicativo SW, in collaborazione con la UO Tecnologie Informatiche e di Comunicazione e il Dipartimento Farmaceutico.
Il software consente di registrare tutti gli incontri tra informatori e professionisti dell'azienda, dati e informazioni necessari per effettuare un monitoraggio efficace della misura. Il registro è compilato in parte dall'informatore scientifico che richiede l'incontro e in parte dai professionisti che vi hanno partecipato.

Rendicontazione
Il monitoraggio svolto nel 2021 relativamente all'utilizzo del SW per l'attività del 2020, ha evidenziato un uso disomogeneo, in quanto in diversi dipartimenti e unità operative il SW di registrazione degli accessi non è stato utilizzato in modo sistemico.
Gli esiti del monitoraggio hanno pertanto evidenziato la possibilità di ampi margini di miglioramento; tuttavia, la completa attuazione della misura è condizionata dalla futura adozione di un nuovo strumento regionale, come anticipato dalla Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna con nota ns Prot. 44639 del 22/4/2020, ad oggi, non ancora disponibile.

Attività libero professionale e liste di attesa

Rendicontazione
Grazie alla realizzazione e all'utilizzo del SW "CUPWEBALP", l'attività libero professionale viene registrata direttamente dal personale medico.
I dati estrapolati da tale applicativo vengono incrociati con i cartellini orari dei professionisti.
Tali controlli vengono eseguiti con cadenza bimestrale da cinque operatori afferenti all'UO Libera Professione, i quali verificano puntualmente il corretto uso dell'applicativo e il rispetto delle disposizioni sull'esercizio dell'attività libero professionale da parte dei professionisti.
La procedura di controllo confronta informaticamente la lista delle prenotazioni e delle accettazioni prestazioni LP erogate - registrate nel sistema CUP - con la rilevazione delle timbrature presenti nel cartellino del professionista, registrate nell'applicativo aziendale GRU WHR TIME, al fine di poter rilevare le eventuali irregolarità di seguito indicate.

- Effettuazione prestazione ALP in orario istituzionale;
- effettuazione prestazione ALP in concomitanza di condizioni ostative previste dal regolamento ALP (ad es. turni di guardia e pronta disponibilità ordinaria, malattia, infortunio, ferie, astensioni dal servizio per congedi parentali, ecc.);
- marcatura F2 in orario non autorizzato all'ALP;
- marcatura F2 con interruzione orario istituzionale.

A seguito di segnalazione/sospetto di violazione delle norme sul corretto svolgimento dell'attività libero professionale, vengono effettuate in via straordinaria ulteriori verifiche.
Con nota P.G. n 0129730 /2021 è stato condiviso con il RPCT il format dei primi report di monitoraggio nonché le tipologie di anomalie riscontrabili.

Decessi in ambito intraospedaliero

Riorganizzazione delle attività di Camera Mortuaria- Realizzazione di Front-Office in tutte le Camere Mortuarie aziendali

La riorganizzazione delle attività ha previsto quale misura organizzativa la separazione delle attività di gestione e di preparazione delle salme, gestione delle parti anatomiche, attività di donazione cornee, dalle attività di front office. Tale riorganizzazione ha previsto l'istituzione di specifici uffici di Front Office e di accoglienza dei familiari strutturalmente separati dalle Camere Mortuarie.
L'emergenza Covid19 ha accelerato tale riorganizzazione con l'istituzione di Front-Office con personale dedicato in tutte le Camere Mortuarie aziendali.

Rendicontazione
Al fine di uniformare i comportamenti delle imprese di onoranze funebri, è stato redatto il regolamento aziendale avente ad oggetto: "Comportamento delle Imprese di Onoranze funebri all'interno delle Camere Mortuarie", il cui ultimo aggiornamento è avvenuto nel 2021, in occasione del recepimento delle ultime disposizioni anti-covid.
Oltre all'ordinaria attività ispettiva del Nucleo Interni Controlli, afferente alla Direzione di Presidio, in data 27 ottobre 2021 si è svolta un'ulteriore visita di ispezione presso la Camera Mortuaria dell'Ospedale di S. Giovanni in Persiceto, a cui hanno partecipato il RPCT e suoi

collaboratori. Durante il sopralluogo, come da verbale agli atti dell'Azienda Usl, sono stati controllati sia il Registro di Camera Mortuaria che il Registro Vestizione. E' stata inoltre verificata l'attuazione della misura generale della rotazione applicata presso tutte le camere mortuarie.

Accreditamento delle Imprese Funebri operanti nella Regione Emilia-Romagna

La Regione Emilia-Romagna, con D.G.R. 1678 del 14.10.2019 recante: "*Approvazione direttiva della Giunta Regionale, ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. a della L.R. E.R. 29 luglio 2004, n. 19 in materia di riordino dell'esercizio dell'attività funebre e di accreditamento delle imprese funebri operanti nel settore sanitario pubbliche e private*", nel riordino dell'intera materia, ha introdotto l'obbligo dell'accreditamento delle imprese funebri operanti in strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, attraverso la loro registrazione in un apposito portale regionale, quale ulteriore misura di prevenzione della corruzione.

La Regione Emilia-Romagna, con nota ns. Prot. 107214 del 27/10/2021, ha ulteriormente posticipato al 28/02/2022 il termine dell'accreditamento delle Imprese Funebri.

Rapporti con soggetti erogatori – Accordi con il privato accreditato

Rendicontazione

Per quanto attiene il processo di **acquisto di prestazioni da privato accreditato convenzionato**, come previsto dalle procedure aziendali, vengono trasmesse al RPCT e alla Direzione Aziendale relazioni semestrali sull'attività di controllo svolta dalla UO Committenza e Specialistica ambulatoriale, ora ridenominata "UO Committenza e Governo Rapporti con il Privato Accreditato (SC)".

In particolare, nel 2021 sono stati svolti controlli amministrativo-contabili su codifica, appropriatezza organizzativa/setting e di appropriatezza clinica, in ordine ai ricoveri presso Strutture sanitarie private accreditate relativi al primo e semestre 2021; parimenti, è stata garantita l'attività di controllo sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale con particolare riferimento all'incompatibilità di codifica e all'analisi delle prestazioni indotte. Nel corso del 2022 verrà ripristinato il regolare svolgimento dell'attività di controllo che nel secondo semestre non è stato garantito, in quanto, come dichiarato dal Direttore della struttura, il personale afferente la competente UO è stato coinvolto nella campagna vaccinale.

Come riportato nella specifica sezione, si è proceduto alla predisposizione dello schema tipo dei patti di integrità da far sottoscrivere alle strutture private accreditate.

Alla fine del 2021 è stato, inoltre, svolto un audit sul processo di controllo documentale sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale, nonché sul procedimento finalizzato alla stipula dei contratti con il privato accreditato. Dagli esiti dell'audit emerge il sostanziale rispetto di quanto previsto dalle procedure aziendali e in particolare, delle procedure P167AUSLBO e P066AUSLBO.

PARTE III - TRASPARENZA E INTEGRITÀ

Novità normative del 2021 in materia di trasparenza

Molte sono le novità normative che nel 2021 hanno interessato gli obblighi di pubblicazione nella sezione "*Amministrazione Trasparente"*.
Con l'adozione del D.L 31 maggio 2021, n. 77 (convertito con legge 29 luglio 2021, n. 108 – c.d. *Decreto Semplificazioni*), il legislatore ha modificato l'articolo 29, comma 1 del Codice dei Contratti Pubblici, inserendo tra gli obblighi di pubblicazione, oltre a quelli preesistenti e relativi all'affidamento, anche quelli relativi all'esecuzione. Questo intervento normativo andrà dunque ad impattare sulla struttura e sui contenuti del Profilo del Committente.
Inoltre, con la delibera n. 468 del 16/06/2021, l'ANAC ha fornito ulteriori orientamenti interpretativi circa gli obblighi di pubblicazione di cui agli artt. 26 e 27, d.lgs. 33/2013, in materia di atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi e attribuzione di vantaggi economici a persone fisiche ed enti pubblici e privati. In particolare, l'ANAC ribadisce l'assoggettamento agli obblighi di pubblicazione dei provvedimenti volti a sostenere un soggetto sia pubblico che privato, attraverso il riconoscimento di vantaggi economici diretti o indiretti di importo complessivo superiore a mille euro. Per quanto attiene il contesto sanitario, l'Autorità ha specificato che per il SSN, la pubblicazione non è prevista per le prestazioni rientranti nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).
A seguito del lavoro avviato dai RPCT delle Aziende Sanitarie dell'Area Vasta Emilia Centro e della Romagna, a livello regionale, l'interpretazione è stata oggetto di analisi da parte del Tavolo per il coordinamento delle misure in materia di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione delle Aziende e degli Enti del SSR. Lo scopo del lavoro di analisi è stato quello di procedere ad una disamina dell'intera materia, valutando la riconducibilità o meno ai LEA, di tutte le sovvenzioni e contributi riconosciuti dai diversi Enti/Aziende sanitari presenti nel territorio regionale, al fine di assicurare un'applicazione omogenea dell'obbligo di pubblicazione.
Sono state individuate complessivamente 20 tipologie di provvedimenti, di cui 15 oggetto di pubblicazione a far data dal 1° gennaio 2022, e 5 escluse dalla pubblicazione, in quanto ricomprese nei LEA.
A seguito del lavoro svolto, l'OIV ha provveduto ad aggiornare la Griglia sugli adempimenti relativi alla trasparenza ex Delibera ANAC 1310/2016, individuando altresì i termini di effettivo aggiornamento, al fine di assicurare un allineamento all'interno del SSR.
Stante il perdurare dello stato di emergenza Covid-19, anche nel corso del 2021, si è proseguito nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui all'art. 42 del D.lgs 33/2013 "*Obblighi di pubblicazione concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente*". Parimenti, si continua nella pubblicazione inerente l'utilizzo delle liberalità in denaro introitate durante il periodo emergenziale (cfr. art. 99, comma 5, del D.L. 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla L. 24 aprile 2020, n. 27).

La trasparenza dell'attività amministrativa e la protezione dei dati personali

L'Azienda USL di Bologna ha dato attuazione al Regolamento UE 2016/679 (GDPR) secondo una impostazione completamente incentrata sui diritti dell'interessato.
Il concetto di «accountability» nel senso più ampio del termine, quindi del dare conto e del poter dimostrare, sottende e sorregge il delicato rapporto di fiducia al quale Interessato e Titolare devono tendere nel trattamento dei dati personali.
In questo complesso quadro deve trovare sostegno un altro interesse giuridico potenzialmente confliggente con quello della privacy: la trasparenza amministrativa.
Ai fini di un corretto bilanciamento tra Privacy e trasparenza, allineato ai valori del GDPR, la dimensione organizzativa, predisposta dal Titolare del trattamento, costituisce un elemento fondamentale in quanto nel Regolamento Europeo viene ad assumere una valenza primaria nella tutela dei dati personali.

Ai sensi dell'art. 25 del GDPR, il Titolare del trattamento è tenuto a porre in essere «misure tecniche e organizzative adeguate per garantire che siano trattati per impostazione predefinita solo i dati necessari per ogni specifica finalità del trattamento»; inoltre, spetta al Titolare mettere *«in atto misure tecniche e organizzative adeguate, quali la pseudonimizzazione, volta ad attuare in modo efficace i principi di protezione dei dati, quali la minimizzazione…»*.
Ed è attraverso la realizzazione di tali misure, che la complessità del bilanciamento, tra il diritto di accesso e conoscibilità e quello di tutela della privacy, può trovare una efficace semplificazione.
Alla luce di quanto sopra, tutta l'attività di pubblicazione per finalità di trasparenza avviene nel rispetto dei principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti nel Regolamento europeo.
Nel 2021 con Deliberazione n. 240 del 02/07/2021 è stata designata la dr.ssa Federica Filippini quale DPO interaziendale, in sostituzione della dott.ssa Federica Banorri.
Al fine della più ampia conoscenza, diffusione e fruizione della documentazione relativa alla protezione dei dati personali e al corretto trattamento dei dati, l'Azienda dispone di una sezione intranet specifica, aggiornata e implementata periodicamente.
Con Deliberazione n. 267 del 16.07.2021, a seguito del riordino dell'assetto organizzativo aziendale, le funzioni Privacy sono state trasferite dalla UO Anticorruzione Trasparenza e Privacy (SC) alla UO Affari Generali e Legali (SC).

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della Trasparenza (RPCT) e la rete dei responsabili di pubblicazione

Il RPCT è il soggetto preposto in Azienda all'applicazione delle disposizioni normative in materia di trasparenza di cui al D.lgs. n. 33/2013, così come modificato dal D.lgs. 97/2016.
Il RPCT, nell'esercizio delle proprie funzioni, si avvale della collaborazione di una rete di Responsabili di Pubblicazione , come già precedentemente precisato.
Il RPCT, nell'esercizio del ruolo di regia, di coordinamento e di monitoraggio sull'effettiva pubblicazione dei dati, documenti e informazioni di cui al D.lgs. 33/2013 e s.m.i, non si sostituisce agli uffici nell'elaborazione, nella trasmissione e nella pubblicazione dei medesimi.
Ai Dirigenti/Responsabili delle strutture competenti per materia, dunque, è affidato il compito di individuare, elaborare, validare, aggiornare, trasmettere e pubblicare i dati di loro competenza sul sito internet aziendale, nelle sezioni concordate, all'interno dell'area denominata "Amministrazione Trasparente", coerentemente a quanto previsto all'art. 43 del D.lgs. 33/2013.

Definizione dei flussi per la pubblicazione dei dati ed individuazione dei responsabili

Ai sensi di quanto previsto dall'art. 10 del D.lgs. n. 33/2013 e s.m.i., i flussi per la pubblicazione dei dati e l'individuazione dei Responsabili di Pubblicazione sono rappresentati nella tabella allegata al presente Piano (Allegato 5 – Elenco degli obblighi di pubblicazione).
Nella tabella di cui sopra, sono indicati sia gli obblighi di pubblicazione introdotti dal D.lgs. n. 97/2016, sia gli obblighi di pubblicazione che, in virtù del citato decreto legislativo, non sono più oggetto di pubblicazione obbligatoria, oltre all'indicazione degli obblighi, che seppur vigenti, non sono applicabili al contesto sanitario o non presenti nella fattispecie.
Le responsabilità, infine, sono indicate con riferimento alla struttura competente, la cui titolarità è definita nell'organigramma (ROA), pubblicato nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente".
Preme infine rilevare come un ulteriore strumento strategico nella gestione dei flussi informativi tra Responsabili di Pubblicazione e RPCT sia costituito dalle relazioni semestrali, di cui si tratterà in seguito.

Stato di adempimento degli obblighi di pubblicazione

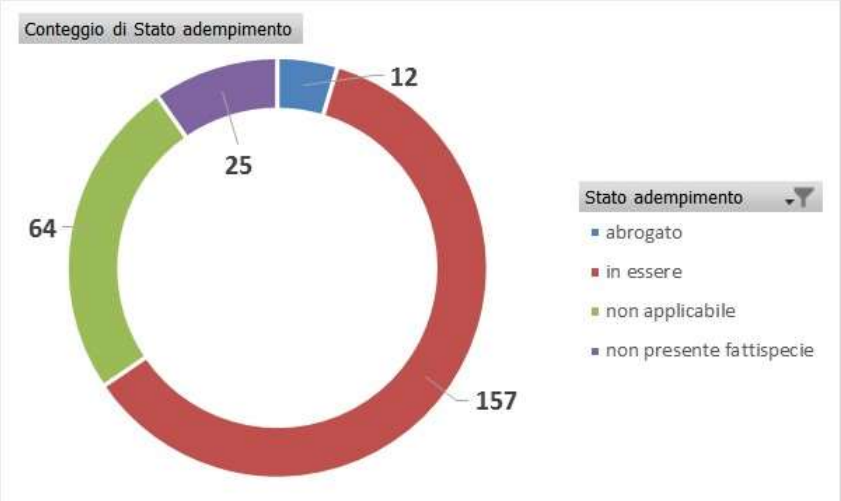
La tabella, sopra descritta e allegata al presente Piano (cfr Allegato 5), costituisce solo una "vista" di uno strumento dinamico e dai contenuti più articolati messo a disposizione dei Responsabili di pubblicazione. Tale strumento, denominato "Elenco ricognitivo degli obblighi di pubblicazione", tempestivamente aggiornato e periodicamente pubblicato nella Intranet

aziendale, individua tutti gli obblighi di pubblicazione ad oggi vigenti con indicazione, per ogni obbligo:

- del/dei Responsabili di pubblicazione competenti, del luogo di pubblicazione delle informazioni/dati/documenti da pubblicare;
- delle modalità di pubblicazione (tabelle, organigrammi, link ipertestuali, ecc.);
- dell'indicazione degli strumenti interpretativi dell'obbligo di pubblicazione, se presenti.

L'adozione dell'Elenco consente ad ogni Responsabile di pubblicazione di individuare immediatamente ed autonomamente i propri obblighi di pubblicazione, di disporre di opportune indicazioni e suggerimenti relativi alle modalità di adempimento dell'obbligo, in aggiunta alla possibilità di consultare il link ipertestuale che rimanda alla pagina in cui deve essere pubblicata l'informazione e/o dati e/o documenti indicati nella mappa ricognitiva.
Nel corso del 2021, la riorganizzazione aziendale ha comportato l'aggiornamento tempestivo e puntuale dei Responsabili di pubblicazione, dedicando appositi incontri per la ridefinizione dei singoli obblighi di pubblicazione di propria competenza, nonché di chiarimenti in merito alle attività svolte.
Sono **157** gli obblighi "in essere" su un totale di 258 obblighi mappati, e **36** i Responsabili di pubblicazione che collaborano alla implementazione ed aggiornamento dell'area Amministrazione Trasparente [30], avvalendosi di una rete di redattori che provvedono in autonomia alla predisposizione e pubblicazione di dati, documenti ed informazioni, coordinati in queste fasi dallo staff della UO AT.

Figura XX – Obblighi di pubblicazione secondo lo stato di adempimento



L'Elenco costituisce anche il riferimento per la redazione delle relazioni di cui si tratterà al punto successivo.
Per quanto riguarda i documenti, i dati e le informazioni, oggetto di pubblicazione obbligatoria, si evidenzia che, come previsto dalle indicazioni pervenute dall'OIV regionale, l'Azienda USL di Bologna provvede, attraverso l'UO Tecnologie Informatiche e di Comunicazione, ad eseguire due volte l'anno un back-up completo sulla sezione Amministrazione Trasparente a garanzia di quanto pubblicato.
Inoltre, ad integrazione dell'Elenco ricognitivo degli obblighi di pubblicazione, è stato predisposto, un decalogo contenente alcune indicazioni metodologiche per consentire ai Responsabili di pubblicazione di garantire un più elevato standard qualitativo dei dati, informazioni e documenti da pubblicare. A titolo esemplificativo, tutte le informazioni, dati e documenti oggetto di pubblicazione dovranno indicare la data di pubblicazione/aggiornamento (tali informazioni sono indicate direttamente dal sistema), il soggetto che ha pubblicato, e nel caso di un documento a contenuto tecnico, dovrà essere predisposta un'apposita legenda contenente le indicazioni che agevolano la comprensione anche ad un lettore "profano".

[30] https://www.ausl.bologna.it/amministrazione-trasparente

L'Elenco ricognitivo degli obblighi di pubblicazione unitamente alla relazione di monitoraggio semestrale e gli audit interni periodicamente svolti, costituiscono i principali strumenti a garanzia del corretto flusso informativo tra Responsabili di pubblicazione e il RPCT.
Nel corso del 2021, è stata svolta una classificazione delle modalità standardizzate di adempimento degli obblighi di pubblicazione. In particolare, sono state individuate 9 modalità:

- Pubblicazione di file (formato pdf/a, csv, odt);
- Pubblicazione di file e link;
- Pubblicazione di link;
- Pubblicazione di categorie specifiche;
- Pubblicazione di schede;
- Pubblicazione attraverso pagine web specifiche;
- Pubblicazione attraverso il sistema documentale;
- Pubblicazione di file e pagine web in formati tabellari.

Di seguito le ulteriori azioni specifiche realizzate nel corso del 2021:

- **Interventi straordinari e di emergenza**: con la proroga dello stato di emergenza fino al 31 marzo 2022 (D.L. n. 221/2021), vengono mantenuti gli obblighi di pubblicazione previsti dal DPCM n. 42/2020 e dalle disposizioni della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna, di cui alla nota prot. 95181 del 24/09/2020.
- **Sovvenzioni, contributi e sussidi**: come sopra già ampiamente illustrato, si è provveduto ad un confronto a livello regionale in merito alle interpretazioni contenute nella Delibera ANAC n. 468 del 16/06/2021.
- **Elenco dei progetti d'investimento pubblico**: all'inizio del 2021 si è iniziato a dar corso allo studio sull'adempimento dell'obbligo, garantito con la pubblicazione nella sezione "altri contenuti" dell'Amministrazione Trasparente, entro il 31.03.2021 in fase di prima pubblicazione ed entro il 28 febbraio per gli anni successivi.

In merito alla rendicontazione sulla formazione in materia di trasparenza, si rimanda all'apposita sezione.

Misure di monitoraggio e di vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza

Per monitorare lo stato di attuazione del PTPCT - Sezione Trasparenza e Integrità 2021/2023, i Responsabili di pubblicazione, per gli ambiti di rispettiva competenza, trasmettono al RPCT, con cadenza semestrale (31 maggio e 30 novembre), una relazione attestante i risultati delle attività svolte e dello stato di attuazione delle misure adottate, con l'indicazione degli eventuali scostamenti rispetto a quanto prescritto dal Piano. Le date di monitoraggio di cui sopra saranno applicate da parte di tutte gli Enti/Aziende sanitarie di area Metropolitana con riferimento a tutte le strutture unificate, al fine di applicare metodologie e tempistiche omogenee tra tutte Enti/Aziende Sanitarie coinvolte.
Il monitoraggio viene effettuato attraverso un'analisi puntuale delle pubblicazioni nel sito web aziendale, verificando in forma omogenea ed estesa il corretto adempimento degli obblighi.
Attraverso queste relazioni, i Responsabili di pubblicazione attestano, per ogni obbligo di pubblicazione di propria competenza:

- lo stato di aggiornamento;
- la completezza del dato pubblicato;
- il formato utilizzato per la pubblicazione.

In una logica di miglioramento continuo, i Responsabili di pubblicazione evidenziano, in occasione del monitoraggio, eventuali criticità rilevate nell'attuazione dell'adempimento, con riferimento alla disponibilità e rintracciabilità delle informazioni; riferimenti temporali nella pubblicazione; modalità di adempimento previste; qualità delle informazioni e dei documenti (struttura dei report, set minimo di informazioni previste, formati); eventuali modifiche organizzative intervenute rispetto a quanto riportato nella mappa ricognitiva degli obblighi.

Sempre in una logica di miglioramento, alla luce dall'analisi delle relazioni di monitoraggio pervenute successivamente al 31 maggio, l'UO AT effettua le opportune verifiche, i cui esiti vengono comunicati ai Responsabili di pubblicazione, in occasione della richiesta della successiva relazione di monitoraggio del 30 novembre. Parimenti, gli esiti del monitoraggio avviato a novembre costituiscono la base di partenza per le verifiche previste al 31 maggio, garantendo così un ciclo continuo di monitoraggio in grado di dare evidenza della storicizzazione dei precedenti.

Figura xx – Relazioni semestrali sullo stato di adempimento degli obblighi di trasparenza. Scheda tipo di rilevazione

OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE OGGETTO DEL MONITORAGGIO (fonte Mappa degli obblighi di pubblicazione)					Esiti del 1° monitoraggio 2021 a cura del Responsabile di Pubblicazione					2° monitoraggio 2021 a cura del Responsabile di Pubblicazione				
Macrofamiglie sotto-sezione livello 1	Tipologie di dati sotto-sezione livello 2	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Stato adempimento	Valutazioni e rilievi del RPCT	COMPLETEZZA DEL CONTENUTO (indicare %)	AGGIORNAMENTO DEL DATO	FORMATO APERTO (riscontro)	Osservazioni rispetto a quanto evidenziato dal RPCT	Valutazioni e rilievi del RPCT	COMPLETEZZA DEL CONTENUTO (indicare la %)	AGGIORNAMENTO DEL DATO	FORMATO APERTO (riscontro)	Osservazioni rispetto a quanto evidenziato dal RPCT

Attestazioni OIV

Nel 2021, come ogni anno, l'OIV ha rilasciato le attestazioni sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione[31], rispetto a: luogo di pubblicazione, completezza, aggiornamento e tipologia del formato di ciascun documento, con l'obiettivo di "*individuare misure organizzative che assicurino il regolare funzionamento dei flussi informativi per la pubblicazione dei dati in Amministrazione Trasparente*".

In particolare, le macrofamiglie di obblighi oggetto di attestazione sono state le seguenti: performance, bilanci, beni immobili e gestione patrimonio, controlli e rilievi sull'amministrazione, bandi di gara e contratti ed interventi straordinari e di emergenza.

Gli esiti del monitoraggio sono risultati più che positivi con valutazione superiore alla media regionale.

Gestione accesso civico

Alla luce del D.lgs 97/2016, l'Azienda USL di Bologna, nel corso del 2017 ha predisposto le Linee Guida in materia di accesso civico semplice e generalizzato, adottate con Deliberazione n. 16 del 29/01/2018.

L'Azienda USL, vista la necessità di recepire le raccomandazioni di cui alla Circolare n. 1/2019 della Funzione Pubblica, con Delibera n. 456 del 09.12.2019 ha aggiornato le preesistenti Linee guida aziendali.

Nel corso del 2021, sono state approvate con Deliberazione n. 435 del 24/11/2021 le nuove Linee Guida Aziendali per l'esercizio del diritto di Accesso documentale, Civico Semplice e Civico Generalizzato, con il duplice obiettivo di fornire una disciplina organica e coordinata delle tre tipologie di accesso, come suggerito peraltro dall'ANAC con Delibera n. 1309 del 28 dicembre 2016. Le nuove Linee Guida recepiscono le innovazioni normative introdotte nelle materie che interessano tale disciplina (procedimento amministrativo, accesso alla documentazione sanitaria, accesso agli atti e riservatezza nell'ambito dei contratti pubblici, tutela della protezione dei dati personali, informatizzazione e digitalizzazione della Pubblica Amministrazione). Con l'adozione delle nuove Linee Guida si è provveduto a semplificare anche il quadro regolamentare presente in Azienda, abrogando le precedenti Linee Guida in materia di accesso ai documenti amministrativi e alla documentazione sanitaria, adottate rispettivamente con Deliberazione n. 144 del 30/07/2008, e con Deliberazione n. 456 del 9/12/2019.

[31] *Indicazioni fornite nella Delibera ANAC n. 294 del 2021, come previsto da ex art.14, c 4, lett. g) del D.lgs. n. 150/2009*

Nel 2022, sul sito istituzionale dell'Azienda USL si provvederà a creare una nuova sezione dedicata alle tre tipologie di Accesso, con l'obiettivo di fornire ogni informazione utile sulla corretta gestione delle istanze, compresa tutta la modulistica a supporto.

Registro degli accessi presso l'Azienda Usl di Bologna

A seguito dell'adozione delle delibere dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), n. 1309 e 1310 del 28.12.2016 e dalla Circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 2 del 30.05.2017 "*Attuazione delle norme sull'accesso civico generalizzato (c.d. "Foia")*", le Pubbliche Amministrazioni sono tenute alla pubblicazione del Registro degli accessi, comprensivo di tutte e tre le forme di accesso (accesso civico semplice, accesso civico generalizzato e accesso documentale).

Il Registro degli accessi rappresenta uno dei più importanti strumenti per garantire la trasparenza dell'attività amministrativa e si pone l'obiettivo di perseguire una pluralità di scopi, ovvero:

- semplificare la gestione delle richieste e le connesse attività istruttorie;
- favorire l'armonizzazione delle decisioni su richieste di accesso identiche o simili;
- agevolare i cittadini nella consultazione delle richieste già presentate;
- monitorare l'andamento delle richieste di accesso e la trattazione delle stesse da parte del responsabile del procedimento.

Il Registro viene periodicamente pubblicato attraverso apposita reportistica online prodotta dal sistema informatico di gestione dei procedimenti amministrativi (GIPI). Questo sistema permette di semplificare ai Responsabili dei procedimenti la compilazione del Registro degli Accessi e, attraverso un sistema di notifiche di avviso allertare sulla scadenza dei termini di conclusione del procedimento, consentendo un miglior monitoraggio del rispetto dei termini procedimentali e conseguentemente un miglioramento nella gestione delle istanze di accesso.
Le prospettive di miglioramento si orientano soprattutto a prevenire gli errori al momento della protocollazione della richiesta d'accesso e al momento della protocollazione in uscita.
Nel corso del 2021, sono pervenute 231 istanze di accesso documentale, 28 di accesso civico generalizzato (di cui i principali ambiti sono la sanità pubblica e i contratti pubblici), 2 istanze di accesso civico semplice e una di riesame di accesso civico.
La verifica ed analisi del Registro degli Accessi 2021 ha evidenziato n. 111 richieste di accesso con anomalie. In particolare, le criticità emerse con più frequenza riguardano le motivazioni da descrivere in modo sintetico, in molti casi assenti. Dall'analisi emerge inoltre il mancato rispetto dei tempi procedimentali nel riscontro delle istanze. Alla luce dei risultati emersi, nel 2022 verrà inviata una nota da parte del RPCT ai responsabili dell'Accesso che non hanno dato corretto adempimento alla normativa di settore, con diffida ad attenersi alle disposizioni normative e regolamentari in essere.

Pubblicazione delle Banche Dati di cui l'Azienda è titolare[32]

Visto l'art. 9 bis del D.lgs 33/2013, grazie alla collaborazione con i Responsabili di pubblicazione, a seguito di puntuali verifiche effettuate sui tracciati ed interfacce aziendali, per garantire l'effettiva corrispondenza tra obblighi di pubblicazione e adempimento conseguente, si è proceduto, laddove possibile, all'assolvimento degli obblighi attraverso i link alle banche dati esistenti.

[32] *ai sensi dell'art. 9bis, D.Lgs. 33/2013*

Figura 22 – Le banche dati previste nell'allegato B articolo 9 bis

	Banche Dati	Amministrazione che detiene le banche dati	Norma istitutiva della Banca Dati	Obblighi previsti dal D.Lgs. 33/2013 e s.m.i.
1	PerlaPA	PCM-DFP	Art.36, co. 3 e 53 del D.Lgs. 165/2001; Art. 1, co. 39 della L. 190/2012;	Art. 15 Titolari di incarichi di collaborazione e consulenza Art. 17 Personale non a tempo indeterminato Art. 18 Incarichi conferiti ai dipendenti pubblici
2	SICO - Sistema conoscitivo del personale dipendente delle PPAA	MEF - RGS (IGOP)	Art. 40 bis, co. 3 e 58-62 del D.Lgs. 165/2001	Art. 16, c. 1-2 dotazione organica e costo personale a tempo indeterminato Art. 17, c. 1-2 dati relativi al personale non a tempo indeterminato Art. 21, c. 1 sulla contrattazione collettiva - c. 2 sulla contrattazione collettiva integrativa
3	Archivio contratti del settore pubblico	ARAN - CNEL	Art. 40 bis, co. 5 e 47, CO. 8 del D.Lgs. 165/2001	Art. 21, c. 1 sulla contrattazione collettiva - c. 2 sulla contrattazione collettiva integrativa
4	Patrimonio della PA	MEF - DT	Art. 2, co. 222 legge n.191/2000 Art. 17 co. 3-4 del DL 90/2014 convertito in L. 114/2014	Art. 22, c. 1 - 2 società, enti pubblici ed enti di diritto privato partecipati da PPAA in cui nominano propri rappresentanti negli organi di governo Art. 30 beni immobili posseduti o
5	SiQuEL	Corte dei Conti	Art. 1, co. 166-167, della legge n. 266 del 2005	Art. 22. co 1 e 2 società, enti pubblici ed enti di diritto privato partecipati da PPAA in cui nominano propri rappresentanti negli organi di governo
6	BDAP - Banca Dati PPAA	MEF - RGS	Art. 13 L. 196/2009 Decreto Min. Tesoro, Economia e Finanze n. 23411/2010 D. Lgs 229/2011 D. Lgs 228/2011	Art. 29, c. 1 bilanci preventivi e consuntivi PPAA Art. 37, c. 1, lettera a), b), c) informazioni su procedure per affidamento e esecuzione dei lavori Art. 38, pubblicità dei processi di pianificazione, realizzazione e valutazione delle opere pubbliche
7	BDNCP - Banca Dati Nazionale Contratti Pubblici	ANAC	Art.62-bis del D.Lgs. 82/2005 Art. 6-bis del D.Lgs. 163/2006	Art. 37, c. 1, lettera a), b), c) informazioni su procedure per affidamento e esecuzione dei lavori
8	Servizio Contratti Pubblici	MIT	Art. 66, co. 7, 122, co. 5 e 128, co. 11 del D. legs n. 163/2008	Art. 37, c. 1, lettera a), b), c) informazioni su procedure per affidamento e esecuzione dei lavori
9	Bilanci delle Aziende Sanitarie	RER		Art. 29, c. 1 bilanci preventivi e consuntivi PPAA

ALLEGATI

Allegato 1 - Relazione annuale del RPCT - Anno 2021 - Scheda ANAC

Allegato 2- Registro dei Rischi: Mappatura dei processi e delle attività

Allegato 3- Registro dei Rischi: Valutazione del rischio corruttivo

Allegato 4 - Registro dei Rischi: Trattamento del rischio corruttivo

Allegato 5- Sezione Amministrazione Trasparente – Elenco degli obblighi di pubblicazione

Allegato 6 - Legenda Acronimi Articolazioni Aziendali

codice	UO
AGL	UO Affari Generali e Legali (SC)
AT	UO Anticorruzione, Trasparenza
CGRPA	UO Committenza e governo dei rapporti col privato accreditato
CRC	UO Comunicazione e relazioni con il cittadino (SS)
DAATO	Dipartimento Attività Amministrative Territoriali e Ospedaliere
DASS	Direzione Attività Socio-Sanitarie - DASS (SC)
DATER	Direzione assistenziale tecnica riabilitativa
DCP	Dipartimento Cure Primarie
DSM-DP	Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche
DSTAB	Distretto dell'Appennino Bolognese
DSTCB	Distretto Città di Bologna
DSTPE	Distretto Pianura EST
DSTPO	Distretto Pianura OVEST
DSTRLS	Distretto Reno, Lavino e Samoggia
DSTSLS	Distretto di San Lazzaro di Savena
DFAR	Dipartimento Farmaceutico Interaziendale
DSP	Dipartimento sanità Pubblica/UO Amministrativa DSP (SC)
DTP	Dipartimento Tecnico Patrimoniale
GCRFSQ	UO Governo Clinico, Ricerca, Formazione e Sistema Qualità (SC)
GPS	UO Governo dei Percorsi Specialistici
ICL	UO Ingegneria Clinica (SC)
ISNB	UOC Direzione Amministrativa IRCCS
LP	UO Libera Professione (SC)
MLRM	UO Medicina Legale e Risk Management (SC)
PACP	UO Processi Amministrativi Cure Primarie (SC)
PASS	UO Processi Amministrativi Socio-Sanitari (SC)
POUA	UO Presidio Ospedaliero Unico Aziendale (SC)
PeC	UO Programmazione e Controllo (SC)
PeP	UO Prevenzione e Protezione (SC)
SAM	UO Servizio Acquisti Metropolitano (SC)
SAO	UO Servizi Amministrativi Ospedalieri (SC)
SIMT	UO Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale di Area Metropolitana di Bologna (SC)
SIA	UO Sistemi Informativi Aziendali (SC)
SOCS	UO Sviluppo Organizzativo e Coordinamento Staff (SC)
SUMAEP	Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Economica del Personale (SC)
SUMAGP	Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Giuridica del Personale (SC)
SUMCF	Servizio Unico Metropolitano Contabilità e Finanza
SUME	Servizio Unico Metropolitano Economato
TIC	UO Tecnologie Informatiche e di Comunicazione (SC)