

PIANO TRIENNALE di PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 2016 – 2018

(Art. 1, commi 8 e 9 , della L. 6.11.2012 n. 190 recante le disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione)

Deliberazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015

INDICE

PIANO ANTICORRUZIONE

1. premessa.....	1
2. analisi del contesto esterno	2
3. analisi del contesto interno	4
4. iniziative di formazione nel 2015 del personale a rischio, ex art. 1 comma 10 lett. c) legge n. 190/2012....	6
5. risultati del monitoraggio, dei controlli e verifica attuazione delle azioni previste nel ptpc nel 2015	7
6. mappatura delle attività a più elevato rischio di corruzione aziendale e valutazione complessiva del rischio per attività/processo.....	18
7. criteri di rotazione del personale a rischio corruzione	68
8. azioni formative nel 2016 ai sensi dell'art. 1 comma 10 lett.c) legge n.190/2012.....	69
9. obblighi dei direttori di aree tecniche, dipartimenti e uu.oo. aziendali referenti e dei responsabili di procedimento.....	70
10. responsabilità'	72
11. azioni programmate per evitare la discriminazione nei confronti del whistleblower.....	74
12. conclusioni.....	76
13. allegati al presente piano quali parti integranti:.....	76

PREMESSA

La legge 190/2012, art.1, comma 8, impone all'organo di indirizzo politico l'adozione del Piano triennale di prevenzione della corruzione, su proposta del Responsabile anticorruzione, entro il 31 gennaio, di ogni anno per il triennio successivo a scorrimento. L'attività di elaborazione del piano non può essere affidata a soggetti estranei all'amministrazione.

Il presente P.T.P.C. copre il periodo 2016-2018 e viene predisposto tenendo conto anche degli aggiornamenti al P.N.A., trasmessi dall'ANAC, di cui alla Delibera n. 12 del 28 ottobre 2015.

Per la predisposizione del presente piano anticorruzione, alla luce dell'esperienza 2015 e dei citati aggiornamenti dell'ANAC, si sono riverificati i processi/attività ove il relativo rischio di fenomeni corruttivi, anche solo teorico, si annida in concreto dentro l'organizzazione. Il rischio, come è noto, va inteso come la combinazione di due eventi: in primo luogo, la probabilità che un evento accada e che esso sia idoneo a compromettere la realizzazione degli obiettivi dell'organizzazione; in secondo luogo, l'impatto che l'evento provoca sulle finalità dell'organizzazione una volta che esso è accaduto. Ciò assume particolare rilievo nell'amministrazione di una Azienda Sanitaria, che per "mission" deve assicurare precipuamente l'erogazione di servizi sanitari ed assistenziali all'utenza e nella quale, l'organizzazione amministrativo/gestionale, è strumentale/funzionale a garantire eguali condizioni di accesso alle prestazioni ed alla corretta ed efficace erogazione di tutti i servizi ad essa afferenti.

Tuttavia, "organizzazione" significa strumento articolato in processi, a ciascuno snodo dei quali sono preposte delle persone. Dunque, "analisi organizzativa" significa analisi puntuale dei processi di erogazione e di facilitazione e delle modalità di preposizione delle persone ai relativi centri di responsabilità. Bisogna ricordare che la Pubblica Amministrazione, di cui l'Azienda sanitaria è parte integrante, è un'organizzazione di natura ordinamentale necessaria proprio perché le sue funzioni sono normativamente imposte e, pertanto, deve gestire i propri processi di erogazione di servizi e facilitazione di accesso in termini non solo efficaci, ma anche e soprattutto efficienti, economici, incorrotti e quindi integri. Peraltro, il mancato presidio dei rischi organizzativi, determina diseconomie di gestione, che si riflettono sul costo dei servizi erogati.

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

ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

Il Circondario imolese, con una superficie pari a 787 Km², rappresenta un territorio a medio-alta densità abitativa nel contesto regionale, infatti, trattandosi di un'area sufficientemente vasta, il rapporto Popolazione residente/Km² tende ad atomizzarne complessivamente la densità, anche per effetto dei comuni collinari ricchi di insediamenti sparsi. La densità demografica, nel periodo 2008 – 2015, contraddistinto dalla crisi, risulta ugualmente in aumento sia nei centri di pianura, + 6,7 ab./Km² sia in quelli di collina +2,0 ab./Km².

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

L'Azienda offre direttamente occupazione a circa 1.700 dipendenti, ai quali vanno aggiunti i medici a rapporto convenzionale. Complessivamente il personale impiegato, a vario titolo, è pari al 5% circa della forza lavoro complessiva del territorio. Si deve poi considerare l'effetto di volano economico ed occupazionale indotto dall'Azienda USL sul territorio: Al dato riguardante i dipendenti dell'AUSL va, infatti, aggiunto l'indotto generato sulle imprese del territorio, sia in ordine alla rilevante mole di risorse economiche gestite (oltre 200 milioni di euro/anno di sola spesa corrente), che per la crescente quota di attività, sanitarie e non, esternalizzate.

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

Le politiche di intervento definite negli anni, a livello di nuovo Circondario Imolese, ed il coinvolgimento alla programmazione dei cittadini, delle comunità (Comitato consultivo misto, Comitato utenti e familiari della salute mentale) ecc. e dei professionisti, hanno garantito, in momenti di crisi economica, il mantenimento dei servizi essenziali di assistenza in coerenza con i bisogni dei cittadini, attraverso il coinvolgimento del privato sociale. In tal senso, la valutazione - gradimento dei cittadini, come risulta dalle indagini commissionate dall'Azienda sulla qualità percepita per i servizi offerti, è risultata molto alta anche nel 2015.

Sul versante delle relazioni istituzionali, l'Azienda di Imola riconosce il primato delle funzioni di programmazione e controllo strategiche del Nuovo Circondario Imolese, cui compete l'elaborazione delle linee di programmazione sociale e sanitaria e la definizione delle priorità di intervento. L'AUSL ha un ruolo privilegiato per la formulazione dei piani di programmazione integrata con i Comuni, la Scuola e le altre istituzioni presenti sul territorio, mettendo a disposizione competenze e risorse in grado di supportare lo sviluppo delle politiche per l'ambiente,

la ricerca e la didattica con l'Università, i modelli di integrazione sociale e sanitaria.

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

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

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

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

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

L'Azienda AUSL, con nota pubblicata il 9.11.2015, in previsione della redazione del nuovo Piano della Prevenzione della Corruzione e del Programma triennale per la Trasparenza, ha promosso una procedura aperta di partecipazione, finalizzata a raccogliere proposte, osservazioni e/o integrazioni per l'aggiornamento dei piani triennali sopra indicati partendo dai testi in vigore. La consultazione è stata aperta a tutte le OOSS, alle Associazioni rappresentate nel Consiglio Nazionale dei consumatori e utenti e a tutti i soggetti, pubblici e privati interessati alle attività dell'amministrazione, fornendo apposita modulistica da compilare e un congruo termine per la trasmissione delle proposte.

ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

L'AUSL di Imola, nel 2015, ha portato a compimento il proprio assetto organizzativo/dipartimentale, con l'obiettivo principale di rafforzare il proprio sistema di "Governance". I principi ispiratori alla base dell'organizzazione del funzionamento sono:

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

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

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

L'AUSL di Imola, ha attuato il nuovo sistema di valutazione, con l'obiettivo di portarlo a regime nel 2016, attraverso l'applicazione di nuovi strumenti di rendicontazione capaci di apprezzare i diversi livelli di Performance, oltre che di agire sul clima, sulla cultura organizzativa e sullo sviluppo dei sistemi di comunicazione e di relazione con collaboratori, partner e stakeholders sociali.

In particolare, la ricerca di una nuova forma di motivazione basata su un “commitment” interno e sulla valorizzazione del lavoro individuale, rappresenta un valore aggiunto alle sole logiche di scambio retribuzione/prestazione, dando diverso senso e dignità al lavoro. In questo senso l’AUSL di Imola ha investito sulle proprie figure dirigenziali e sulla crescita di una cultura “manageriale” interna che, oltre alle tecniche e agli strumenti di gestione, pone l’attenzione su tematiche come il clima organizzativo, l’assunzione del rischio, gli investimenti emotivi, i valori da condividere ed il rispetto del Codice etico aziendale. Allo stato attuale il sistema di valutazione permette di apprezzare e misurare la Performance organizzativa di tutte le Unità operative, nonché dei rispettivi direttori e responsabili. Per il 2016 è prevista la valutazione di tutti i dirigenti a livello di performance individuale, attraverso un più articolato sistema di valutazione che tiene conto degli obiettivi raggiunti, (anche in materia di prevenzione della corruzione), delle competenze professionali espresse e dei comportamenti organizzativi manifestati.

INIZIATIVE DI FORMAZIONE NEL 2015 DEL PERSONALE A RISCHIO, EX ART. 1 COMMA 10 LETT. C) LEGGE N. 190/2012

Nel corso del 2015, come previsto dall'art. 1 comma 10 lett. c), della legge n. 190/2012, per l'individuazione e la selezione del personale da formare in materia di anticorruzione, in coerenza con quanto previsto dalPTPC aziendale e tenuto conto delle indicazioni regionali sulla uniformità di approccio formativo alle problematiche in esame, si è proceduto con le modalità sotto indicate.

I criteri utilizzati per la selezione sono stati sostanzialmente :

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

Il primo evento formativo, su “ La Prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella P.A.” con particolare attenzione al tema della legalità negli appalti pubblici, organizzato dalla Scuola di specializzazione in Studi sull'Amministrazione pubblica dell'Università di Bologna, è stato realizzato il 10.2.2015, di elevato contenuto tecnico, ha visto la partecipazione dei Responsabili della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza delle Aziende Sanitarie dell'Area Metropolitana, oltre ai Direttori delle UU.OO. del Dipartimento Amministrativo e Tecnico aziendale, n. 12 partecipanti.

Altri due eventi, 30 e 31. 3. 2015. di analogo approfondimento, organizzato dall'Università di Bologna, sono stati allargati ad altri dipendenti amministrativi delle UU.OO. afferenti al DAT, selezionati con i medesimi criteri in relazione alle attività/processi ritenuti a rischio corruzione per complessivi n. 14 partecipanti. Questi eventi formativi, articolati in giornate di 8 ore ciascuna, sono stati realizzati con la partecipazione di Docenti Universitari.

Un ulteriore evento formativo analogo ai precedenti, è stato realizzato nelle giornate del 27 e 28 maggio 2015, dedicato al personale sanitario apicale delle UU.OO. a rischio, che ha visto la partecipazione di n. 6 professionisti.

Un ulteriore e più specifico evento formativo “Trasparenza e appalti di forniture di beni e servizi”, del 15.6.2015, con la partecipazione di docenti universitari, organizzato in sede AVEC (AREA VASTA EMILIA CENTRO coordinamento responsabili anticorruzione e trasparenza) , del cui tavolo fa parte anche l'AUSL di Imola, ha permesso la partecipazione dei direttori delle UU.OO. e di alcuni collaboratori ai processi mappati, n. 6 partecipanti.

Altro specifico evento, “La prevenzione della corruzione nella gestione del personale”, del 29.9.2015, organizzato dall'Università di Bologna, ha visto la partecipazione del Responsabile anticorruzione e del direttore delle Risorse Umane dell'Azienda.

Il 17.12.2015, è stata organizzata dal coordinamento citato dell'AVEC, presso l'AOSP di Ferrara, la "Giornata della Trasparenza", cui ha portato il suo contributo, tra gli altri, un autorevole esponente dell'ANAC. All'evento hanno partecipato n. 10 dipendenti dell'AUSL di Imola .

Infine, si vuole citare l'incontro nazionale con i responsabili di prevenzione della corruzione, organizzato dall'ANAC, svoltosi il 14.7.2015 a Roma , che ha visto la partecipazione del responsabile anticorruzione dell'AUSL di Imola.

RISULTATI DEL MONITORAGGIO, DEI CONTROLLI E VERIFICA ATTUAZIONE DELLE AZIONI PREVISTE NEL PTPC NEL 2015

Il 23 gennaio 2015, dopo avere ottemperato agli obblighi informativi di pubblicazione trasmissione dei dati amministrativi, ai sensi dell'art. 1 comma 32 della legge n. 190/2012, previo invio per pareri e consultazione alle OOSS ed al Comitato Consultivo Misto, ed acquisito parere informale del Collegio Sindacale, con Deliberazione n.10/2015, è stato approvato il PTPC aziendale 2015-2017 unitamente al PTTI.

In data 29.1.2015, gli atti sono stati inoltrati al Dipartimento della Funzione Pubblica ed alla Regione Emilia-Romagna. Successivamente, è stata data informativa ai portatori di interesse su sezione internet "Amministrazione Trasparente", nella logica di una più attenta informazione e di un ascolto proattivo, finalizzato ad acquisire considerazioni e suggerimenti per modifiche ed integrazione dei Piani in corso di implementazione. In tal senso, è stata organizzata apposita riunione con il Comitato Consultivo Misto, per una formale presentazione dei Piani.

Nel corso del 2015, si è ulteriormente intensificata l'attività di coordinamento interaziendale dei responsabili anticorruzione e trasparenza nel tavolo "Trasparenza ed Anticorruzione" dell'AVEC (AREA VASTA EMILIA CENTRO), con riunioni a cadenza mensile (verbali riunioni in atti) per condividere gli aspetti normativi di immediata applicazione, sulle risultanze delle attività svolte e per dare impulso alle rispettive azioni all'interno delle proprie aziende.

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

I risultati delle iniziative di impulso, monitoraggio e controlli effettuati nel corso del 2015, per verificare l'attuazione delle azioni previste nel PTPC da parte dei Direttori/Referenti, già enucleate nelle schede trasmesse dall'ANAC (comunicazione del 25.11.2015) per la relazione obbligatoria in capo al Responsabile anticorruzione (art. 1 comma 14 legge 190/2012), in ottemperanza alle indicazioni previste nella nota di aggiornamento del PNA (Delibera n. 12 del 28.10.2015), si riportano nel presente Piano.

Nel corso del 2015, la mappatura delle attività/processi a rischio e la conseguente attività di prevenzione/contrasto del fenomeno corruttivo, hanno avuto, rispetto al 2014, una più pregnante assimilazione dei contenuti del PTPC da parte dei protagonisti che, unitamente alla citata e proficua attività formativa, ha permesso la realizzazione delle azioni di contrasto previste e la riduzione del rischio corruttivo.

Le azioni di impulso e monitoraggio sono state costanti nel corso dell'anno e hanno riguardato tutte le aree mappate. In particolare (nota del responsabile anticorruzione 8.6.2015) si è proceduto nel Dipartimento Amministrativo e tecnico ed in quello di Salute Pubblica, al monitoraggio del rispetto dei tempi procedurali sul 30% dei medesimi, prevalentemente su quelli ad istanza di parte (autorizzazioni, pareri, concessione sovvenzioni, scelta del contraente, concorsi e prove selettive e accesso civico) relativamente al semestre di competenza. I report pervenuti (in atti) hanno evidenziato un sostanziale rispetto dei tempi procedurali previsti. Si è monitorato il limite alle retribuzioni a carico delle finanze pubbliche, di cui alla legge n.214/2011 con esito negativo. Anche in ambito sanitario si sono disposte verifiche in ordine all'appropriatezza prescrittiva riguardante dirigenti sanitari di diverse UU.OO., (note in atti del 27.5.2015 e 7.10.2015), con riscontri e risultati conformi ai protocolli applicati. Si è dato impulso e assistenza per la definizione della regolamentazione, a livello interdipartimentale, finalizzata a dare trasparenza ai rapporti con gli informatori scientifici del farmaco, con apposita riunione nel Presidio Ospedaliero con i Direttori di Dipartimento, (nota del 15.9.2015 in atti). Si sono implementati il controllo ed il monitoraggio riguardanti la gestione dei ricoveri programmati, con la nomina di un unico referente aziendale per liste di attesa, (nota del 9.10.2015 in atti). Si sono realizzate apposite riunioni con i Dipartimenti sanitari per l'approfondimento della normativa anticorruzione e sull'andamento delle azioni previste, (note del 10.6.2015, 5.10.2015 e 8.10.2015, in atti). Impulso sul controllo e rispetto degli orari dedicati alla libera professione intramuraria, (nota del 10.6.2015 in atti). Per meglio coordinare e monitorare l'insieme degli adempimenti in materia di trasparenza e anticorruzione, si è costituito un gruppo permanente in seno al Dipartimento Amministrativo e Tecnico aziendale allargato al Dipartimento Salute Pubblica, che si riunisce su base bimestrale e verifica le criticità "attuali", (verbali riunioni in atti). Oltre alla reportistica, la verifica sulla realizzazione delle azioni previste nel Piano anticorruzione, viene rappresentata al Responsabile anticorruzione, da parte dei Direttori / Referenti, con apposita Relazione su base annuale, che rimane agli atti del Servizio. Il rendiconto della corretta attuazione delle azioni di prevenzione della corruzione, ovvero degli adempimenti richiesti e realizzati, viene validato dal responsabile anticorruzione e trasmesso all'OAS per la valutazione del raggiungimento degli obiettivi afferenti ai Direttori/Referenti per l'anno di competenza, nella percentuale prevista, ai fini della corresponsione degli incentivi.

Si premette che la rappresentazione delle azioni sotto elencate, previste nel PTPC e realizzate nel 2015, sono contenute nelle Relazioni annuali trasmesse dai Direttori/Referenti e conservate agli atti del responsabile anticorruzione.

Le azioni realizzate, oltre alle quattro macro aree obbligatorie previste dall'art.1, commi 4 e 9, lett. a) e comma 16 della L.190/2012, hanno interessato, in ragione della specifica natura sanitaria dell'azienda ulteriori attività/processi a rischio corruttivo nell'ambito delle Articolazioni Tecniche e UUOO Clinico/assistenziali, con particolare attenzione ai controlli in materia pagamento del ticket , alla gestione delle liste d'attesa, ai rapporti con gli informatori scientifici del farmaco, al corretto esercizio dell'attività libero professionale intramoenia, ai rapporti contrattuali con privati accreditati ed al rispetto della procedura in materia di sperimentazioni cliniche.

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

Autorizzazioni/pareri

Dipartimento Sanità Pubblica e UU.OO. afferenti

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

In tale ambito, la rotazione del personale , ha costituito una delle più importanti azioni poste in essere.

Si è proceduto alla modifica dei membri delle Commissioni/Collegi medici con i seguenti atti:

- Determinazione N. DSP/7 del 23/7/2015 con oggetto: Commissioni di accertamento e valutazione dello stato di disabilità. Aggiornamento;
- Deliberazione N.51 del 23/4/2015 con oggetto: Costituzione della Commissione di esperti di cui alla DGR 564/2000;Determinazione N. DSP/5 del 17/3/2015 con oggetto: Collegio medico finalizzato all'accertamento della idoneità alla mansione, al cambio mansione ed alla dispensa dal servizio dei lavoratori. Aggiornamento;
- Determinazione N. DSP/3 del 16/3/2015 con oggetto: Collegio medico per l'esame dei ricorsi presentati per la determinazione dei requisiti psicofisici per il rilascio del porto d'armi. Aggiornamento;
- Determinazione N. DSP/3 del 16/3/2015 con oggetto : Commissioni di accertamento e valutazione dello stato di disabilità. Aggiornamento

2 . Visite medico-fiscali domiciliari (coinvolti n. 2 medici): E' stata effettuata una riassegnazione degli ambiti territoriali di competenza operativa dei due medici incaricati del servizio (prot. 11064 e 11065 del 30.3.2015).

3. Vigilanza nei luoghi di lavoro (coinvolti n. 2 dirigenti non medici, n. 2 medici. N. 1 infermiere. N. 5 tecnici della prevenzione): La vigilanza sulle imprese è effettuata sempre in coppia; nel

gruppo di operatori addetti alla vigilanza nel comparto metalmeccanico sono stati applicati i criteri di rotazione con l'introduzione di un terzo operatore. Inoltre, in coerenza con i criteri pubblicati nel sito internet, nella sezione "amministrazione trasparente – controlli sulle imprese", è applicata la rotazione delle aziende ispezionate, che prevede, in fase programmatoria, l'esclusione delle aziende ispezionate negli anni precedenti, in un arco temporale di norma triennale nel triennio, fatte salve le evenienze legate a segnalazioni contingenti riportanti pericolo grave e immediato, o a specifiche richieste provenienti dall'Autorità Giudiziaria.

4. Piano amianto (coinvolti n. 1 dirigente non medico e n. 1 tecnico): In corso di esame dei piani di lavoro per rimozione manufatti in cemento-amianto, prosegue l'affiancamento di un operatore all'attuale dirigente di riferimento, al fine di creare un'alternanza rispetto all'attuale situazione.

5. controlli ufficiali in ambito Veterinario (coinvolti n. 7 veterinari): Il piano di lavoro annuale ha previsto per il 2015 la modifica delle attribuzioni di responsabilità territoriale o di impianto soggetto a controllo, che ha coinvolto tutti i dirigenti veterinari della UOC.

Inoltre si realizzato il monitoraggio a campione sulle attività a rischio corruzione, (doc. in atti del Servizio) in tutte le aree del Dipartimento, utilizzando un software di randomizzazione disponibile sul sito della Regione Emilia-Romagna, utilizzando i seguenti criteri:

- vigilanza nei luoghi di lavoro, estrazione del 10% delle pratiche tradizionali, pari a n. 17 unità locali;
- vigilanza nei cantieri edili, estrazione del 10% delle pratiche inerenti l'attività di vigilanza pari a n. 10 cantieri;
- inchieste giudiziarie per infortunio sul lavoro, agibilità e pareri per nuovi insediamenti produttivi, estrazione del 100% delle pratiche, pari a n. 15 rapporti giudiziari;
- certificazioni medico-legali, si è proceduto ad informatizzare la procedura di rilascio della certificazione di idoneità/inidoneità, attraverso la sottoscrizione contestuale del medico e del lavoratore che, una volta prodotta, risulta imm modificabile e tracciabile;
- certificazioni di anti igienicità degli alloggi;
- certificazioni in ambito veterinario, sono stati redatti i modelli "Certificato traces" e scheda vigilanza BSE" al fine di rendere più trasparente e tracciabile l'attività a rischio;
- controlli ufficiali.

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

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

Contratti pubblici per l'affidamento di lavori, forniture e servizi di cui al D.lgs. N. 163/2006

UU.OO.CC. Patrimonio e Tecnologie impiantistiche, Economato e logistica, Tecnologie informatiche di Rete e Ingegneria Clinica.

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

In sede di richiesta di offerta, sono stati inseriti i "Patti di Integrità" contenuti in apposito paragrafo all'interno dell'Autodichiarazione che le imprese interpellate devono presentare.

Detti patti di integrità, sono stati inseriti anche negli ordini definitivi/contratti fino ad Euro 40.000,00, e per l'acquisizione in economia di beni e servizi fino ad Euro 20.000,00, mentre per l'acquisizione di beni e servizi di valore superiore alla soglia comunitaria, poiché l'Azienda USL di Imola, con deliberazione n. 84 del 27.6.2013, ha aderito al Servizio Acquisti Metropolitan SAM, ha delegato tale procedura al medesimo.

Infine, pur tenendo conto delle specifiche competenze professionali del personale afferente, nel 2015 si è proceduto, prima della progettazione, per alcune attività/processi a rischio, ad una rotazione del personale ed in particolare, per quanto riguarda l'U.O.C Patrimonio e Tecnologie impiantistiche, in materia di autorizzazione al subappalto, la rotazione ha riguardato la figura del RUP con n.18 rotazioni sui vari procedimenti di autorizzazione.

La rotazione del personale responsabile delle istruttorie per le gare di acquisto di beni e servizi di propria competenza, ha interessato n. 4 unità dell'U.O.C. Economato e logistica riguardante circa n. 95 procedimenti.

Per quanto riguarda la valutazione delle richieste di "acquisto in esclusiva di apparecchiature biomediche", nel corso del 2015 sono state attivate n. 4 procedure di acquisto, previa specifica motivazione del Direttore dell'Unità Operativa richiedente, verificate tecnicamente dall'U.O. di ingegneria Clinica e dalla Direzione Medica e quindi approvate da apposita Commissione Aziendale Disp. Medici per la loro introduzione in azienda. Verifiche, con la medesima procedura, hanno riguardato le proposte di affidamento di manutenzioni per apparecchiature biomediche, acquisizione in economia di parti di ricambio delle apparecchiature biomediche e pareri tecnici sull'introduzione di nuove apparecchiature a titolo di donazione o comodato d'uso. Tutte le verbalizzazioni relative a questi procedimenti, sono conservate agli atti delle singole UU.OO.

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

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

UOC Risorse Umane

Preliminarmente, in ossequio al quanto previsto dall'art. 6 del DPR n.62/2013 e all'art. 5 del Codice di Comportamento aziendale, previa predisposizione di apposita modulistica, sono a regime l'acquisizione delle informazioni finanziarie per i nuovi assunti e, in sede di rinnovo degli incarichi, anche per i Direttori di Strutture Complesse e semplici a valenza Dipartimentale e la Dichiarazione in merito allo svolgimento di attività professione e/o titolarità di cariche, ex art. 15 comma 1 lett. c) del D.lgs. n. 33/2013.

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

Queste procedure sono analoghe anche per i contratti a tempo determinato, mentre per i rapporti di lavoro autonomo, è inserita apposita clausola di osservanza del Codice di Comportamento aziendale.

Ulteriori controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive (art. 71 DPR 445/2000), in materia di assegno nucleo familiare, hanno riguardato il 5 % sulle domande pervenute (229), con controlli incrociati con l'Agenzia delle entrate, dai quali non è emersa alcuna irregolarità.

Ulteriori controlli a campione hanno riguardato, in percentuale diversa, i rimborsi/indennità liquidate al personale dipendente, ai Direttori ed ai componenti il Collegio sindacale, dai quali non sono emerse irregolarità. I controlli sono stati effettuati da personale di altro servizio rispetto ai dipendenti preposti al calcolo dei rimborsi.

Azioni ed iniziative previste nell'ambito delle attività Ispettive

Le attività ispettive di prevenzione e controllo, sono finalizzate all'accertamento dell'osservanza, da parte del personale dipendente sorteggiato, delle vigenti disposizioni in materia di incompatibilità, di rapporto di lavoro a tempo pieno e a tempo parziale e di corretto svolgimento dell'attività di libera professione intramuraria, nonché in relazione al divieto di cumulo di impieghi e incarichi extraistituzionali.

In tal senso, il 19.6.2015, la Commissione Ispettiva (di cui al verbale n. 5 agli atti del Servizio), per conto del Servizio Ispettivo Unico Metropolitan, di cui l'Azienda USL di Imola fa parte, nell'ambito dei propri compiti ordinari di istituto, ha proceduto alle verifiche dei fascicoli personali di n. 11 dipendenti sorteggiati, di cui n. 4 relativi alla dirigenza professionale n. 2 della dirigenza tecnica, n. 1 della dirigenza amministrativa, n. 2 del personale del ruolo amministrativo, n.2 del ruolo tecnico del comparto, unitamente alla documentazione ed alla copia dei cartellini marcatempo, messi a disposizione dall'Azienda USL di Imola. La disamina si è conclusa senza rilievi sostanziali.

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

Gestione liste di attesa

Nel corso del 2015, posta l'assoluta rilevanza di questa attività a rischio, con caratteristiche di trasversalità afferente a tutte le UU.OO. e nell'intento di garantire all'utenza percorsi di accesso alle cure ed all'assistenza, obiettivi e tracciabili, sono state realizzate azioni concrete, procedure e monitoraggi, diversificate tra i vari Dipartimenti clinico/assistenziali dell'Azienda, i cui dettagli sono rappresentate nelle relazioni in atti. Tuttavia, la più significativa, è stata l'applicazione della procedura (software Lat) cioè la "Gestione del Registro informatizzato Prenotazione Ricoveri Chirurgia", con l'obiettivo di prevenire qualsiasi interferenza nella gestione delle liste di attesa a seguito di proposta di intervento chirurgico in regime ordinario, day surgery, ambulatoriale, per il trattamento delle patologie di competenza delle varie articolazioni ed UU.OO., fatte salve le patologie oncologiche, per le quali è previsto un tempo di attesa massimo per intervento chirurgico pari a 30 gg. dalla data di prenotazione. Sono stati definiti specifici indicatori cui attenersi e una reportistica trimestrale sulla corretta applicazione della procedura. Nel mese di ottobre 2015, la Direzione Sanitaria, in ottemperanza anche delle disposizioni regionali in materia, ha nominato un referente unico aziendale per il coordinamento delle attività inerenti la gestione delle liste di attesa.

Rapporti con gli informatori scientifici del farmaco

Nel 2015, è stata istituita apposita Commissione Interdipartimentale, che ha prodotto un "Protocollo" all'esame dei comitati di dipartimento per la verifica di fattibilità . Le finalità, concordate con il responsabile della prevenzione, sono la razionalizzazione, tracciabilità e trasparenza dei

rapporti con gli informatori scientifici del farmaco, al fine di prevenire condotte che tendono a favorire aziende farmaceutiche rispetto ad altre.

In sede AVEC e nel coordinamento regionale anticorruzione, è stata esaminata la questione del complessivo rapporto con le aziende farmaceutiche, anche in relazione alla sponsorizzazione di eventi formativi facoltativi e, in considerazione delle responsabilità regionali in materia di formazione del personale sanitario, si è in attesa di linee guida in materia, omogenee per tutte le aziende sanitarie. Le stesse problematiche sono state rappresentate dal responsabile anticorruzione nel Convegno dell'ANAC del 14.7.2015, con la richiesta di specifiche disposizioni in sede di predisposizione del nuovo PNA nazionale.

Sperimentazioni Cliniche

Nel corso del 2015, si è data applicazione alla nuova procedura in materia, approvata con deliberazione n. 40 del 4.12.2014, per rendere ancora più trasparente e tracciabile l'attività delle UU.OO. e degli Sperimentatori autorizzati con gli obiettivi di rafforzare la collaborazione con il CEBI (Comitato Etico Bologna Imola), uniformare i comportamenti dei professionisti dell'Azienda e garantire il rispetto delle diverse fasi previste nel percorso autorizzativo in relazione a:

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

La nuova procedura, oltre che agli Studi Osservazionali condotti con il coinvolgimento delle UU.OO. dell'Azienda AUSL di Imola, è stata applicata anche per gli Studi effettuati in collaborazione con le Università di Bologna, Roma ed Istituti di Ricerca Scientifica.

Attività gestione necrofori

Le attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero, è stata monitorata dal Servizio preposto, nel rispetto delle procedure in essere, sia rafforzando gli strumenti di controllo nei confronti degli operatori coinvolti (interni ed esterni), in ordine alla correttezza, legalità ed eticità nella gestione del servizio, sia, soprattutto, procedendo alla realizzazione del secondo step di rotazione del personale, tenuto conto della dotazione organica, riguardante una unità.

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

I controlli sulle documentazioni contabili prodotte dai Centri privati accreditati, in relazione alle prestazioni di specialistica ambulatoriale fruite dai cittadini dell'Azienda USL, hanno riguardato la totalità delle prestazioni effettuate, secondo le modalità previste dalla RER, alla quale vengono

inviati i relativi report, (agli atti del Servizio). Sono, altresì, agli atti, le contestazioni inviate ai vari Centri, in esito alle attività di controllo effettuate, prima di procedere alla liquidazione delle fatture.

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

Le azioni poste in essere nel 2015, in ottemperanza anche alla Circolare regionale n. 15/2010, hanno riguardato tutte le posizioni per le quali si è rilevata una non conformità rispetto ai dati, inerenti le posizioni reddituali degli assistiti, messi a disposizione dal MEF.

L'attività di controllo si è articolata secondo il seguente piano di attività:

- Completamento dei controlli, attraverso l'incrocio tra l'anagrafe aziendale ed il file SOGEI inviato dalla Regione, sia delle esenzioni da reddito attribuite (codici E01; E02; E03; E04;) sia delle fasce di reddito auto dichiarate dagli assistiti. In particolare si proceduto a completare le azioni di recupero dei crediti relativi ai ticket e quote ricetta non pagati a fronte di prestazioni eseguite nell'anno 2013, avendo a riferimento la situazione reddituale 2012.
- Espletamento delle attività di controllo relativamente alle esenzioni da reddito attribuite (codici E01; E02; E03; E04) sia delle fasce di reddito auto dichiarate dagli assistiti mediante l'incrocio tra le banche dati aziendali ed il file SOGEI, relativamente alla situazione reddituale 2013.
- Predisposizione delle lettere da inviare ai cittadini per il recupero dei crediti relativi ai ticket e quote ricetta non pagati a fronte di prestazioni eseguite nel 2014.

Relativamente alle prestazioni fruite nell'anno 2013, sono stati recuperati complessivamente Euro 89.081,00 derivanti da controlli su posizioni risultanti non conformi al dato presente in banca dati SOGEI (precisamente sui n. 362 codici fiscali che avevano compilato autocertificazioni relative ad esenzioni, sia sui n. 6931 codici fiscali che avevano compilato autocertificazioni inerenti l'appartenenza ad una determinata fascia di reddito).

Per alcuni assistiti che non hanno risposto alle lettere inviate o non hanno pagato quanto dovuto, saranno avviate le procedure di recupero coattivo del credito.

Le posizioni non conformi, da avviare all'eventuale recupero crediti relativamente a prestazioni fruite nell'anno 2014, sono invece complessivamente n. 8.251 (di cui n. 612 riguardano esenzioni da reddito e n. 7.639 riguardano fasce di reddito. I cittadini possono ovviamente dimostrare la correttezza delle proprie autocertificazioni mediante un confronto presso gli Uffici preposti, producendo a supporto le documentazioni fiscali in loro possesso (denuncia dei redditi, CUD etc..).

Azioni e controlli sull'attività libero professionale intramuraria

Nel 2015, le azioni di prevenzione, controllo e monitoraggio sul corretto esercizio dell'attività libero professionale intramuraria, hanno visto il concorso, per competenze di Servizio, dei Direttori/Referenti della Direzione Medica del Presidio Ospedaliero, dell'U.O.C. Risorse Umane, della Responsabile aziendale della Libera Professione, della Direzione Infermieristica Aziendale e dell'Osservatorio Aziendale in materia di Libera Professione Intramuraria.

Misure organizzative specifiche:

- E' stato consolidato un sistema informatico denominato CUP WEB ALP, che consente ai professionisti di gestire le prestazioni aggiuntive svolte in libera professione, in tempo reale, da una qualsiasi postazione dotata di connessione Internet;
- Piattaforma unica di prenotazione diretta CUP, rendendo uniforme la prenotabilità di tutta la tipologia prestazionale, sia agli sportelli CUP sia attraverso linea telefonica dedicata alla libera professione
- Regolamento, che integra l'Atto Aziendale in materia di libera professione intramuraria, per gli aspetti riguardanti l'attività di supporto alla libera professione, che introduce meccanismi trasparenti di accesso a tale attività e di rotazione del personale del comparto in modo da coinvolgere un maggior numero di dipendenti.

Le azioni di controllo hanno riguardato (a campione) l'orario di esecuzione delle attività direttamente dagli applicativi gestionali, al fine di evidenziare comportamenti non conformi ai regolamenti aziendali oltre che alle norme vigenti in materia.

Per le attività occasionali, svolte in convenzione dalle equipe mediche presso centri non accreditati, il controllo è stato assicurato attraverso la preventiva autorizzazione del Responsabile aziendale della Libera Professione su ogni prestazione da effettuare.

Specifici controlli sono stati effettuati sulla consistenza dei volumi prestazionali erogati da ogni equipe e da ogni professionista, al fine di evitare lo sfioramento dei tetti dal Regolamento aziendale in materia di libera professione.

Tale controllo viene effettuato, precipuamente, dall'Osservatorio aziendale permanente per la libera professione intramuraria, (istituito con Delibera aziendale n. 108 del 16.7.2014), che verifica i volumi di attività libero professionale e del rapporto esistente tra questi ed i volumi erogati in regime istituzionale. Il controllo si estende anche al rispetto dei tempi standard delle prestazioni erogate, che devono essere, al massimo, equivalenti a quelli erogati in regime istituzionale e quantificate nelle autorizzazioni all'esercizio dell'attività. Sono agli atti del Servizio i verbali riguardanti i controlli effettuati nel 2015, da ultimo, quello avvenuto il 29.9.2015, riguardanti i dati dell'anno 2014 e primo semestre 2015.

L'insieme delle azioni e dei controlli, in materia di libera professione intramuraria, è stato completato dall'U.O.C. Risorse Umane: Si è espletato puntuale controllo sulla congruità dei tempi di effettuazione dell'attività libero professionale intramuraria, in relazione alla corrispondenza tra l'attività esercitata e gli onorari erogati e non sono state segnalate difformità o discrasie.

Pertanto, per la valutazione dei rischi, nel 2015, ci si è attenuti agli indicatori di cui alla tabella di valutazione del rischio n.5, allegata al PNA e quantificate nella griglia della mappatura. Tuttavia, per la valutazione complessiva aritmetica del congruo rischio di ogni singola attività/processo mappata, è stato necessario riverificare l'asserito impatto all'interno dell'organizzazione, attraverso le azioni concrete realizzate dai Direttori/Referenti col supporto metodologico fornito loro dal Responsabile Anticorruzione, e rappresentate nelle relazioni annuali acquisite dal medesimo agli atti del Servizio, che costituiscono un riscontro sull'efficacia dell'attività di prevenzione, impulso, monitoraggio e controllo dei fenomeni potenzialmente corruttivi. Pertanto, l'insieme delle azioni svolte nel 2015, costituiscono un utile indicatore endogeno per la conferma del congruo livello del rischio per la singola attività /processo individuato nel presente Piano.

Conferimenti di incarichi extraistituzionali ai dipendenti ex art.53 D.Lgs.165/2001

Nel rispetto della regolamentazione aziendale in materia, approvata con deliberazione n.34 del 31/03/2010 e successivamente aggiornata il 20/01/2014, nel corso del 2015 sono state autorizzate n.76 incarichi extraistituzionali remunerati e n.3 incarichi a titolo gratuito, trasmessi nei termini di legge a Perla PA. Nel corso del 2015 non è pervenuta al servizio nessuna segnalazione sullo svolgimento di incarichi extraistituzionali non autorizzati.

Violazioni e sanzioni accertate nel 2015

Nel 2015, come rappresentato al punto n. 12.B delle schede ANAC, in conseguenza delle attività di controllo e monitoraggio da parte dei Servizi aziendali preposti, previa segnalazione all'A.G., sono stati attivati n. 25 procedimenti disciplinari, per "violazione in materia di libera professione intramuraria" e n. 3 a seguito di avviso di garanzia per n. 3 dirigenti medici. In n. 1 caso si è proceduto al licenziamento del Direttore dell'U.O. coinvolta, per gli altri 27 casi, riguardanti n. 4 dirigenti medici e n. 23 tecnici del servizio, si è sospeso il procedimento in attesa delle decisioni dell'A.G. Le ipotesi di reato contestate sono: 1) peculato d'uso; falso ideologico; abuso d'ufficio, truffa.

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

L'implementazione del presente Piano, alla luce dei riscontri effettuati nel 2015 in materia di gestione del rischio, impatto, azione sull'organizzazione aziendale e delle disposizioni ANAC, di cui alla Deliberazione n. 12 del 28.10.2015, consente una ulteriore razionalizzazione delle attività/processi oggetto della mappatura, della loro afferenza alle aree/organizzative UUOO ed ai Direttori/Referenti, un più incisivo monitoraggio, con la predisposizione nella griglia di una ulteriore colonna che prevede i tempi di monitoraggio e di trasmissione degli esiti al responsabile anticorruzione e una più estesa verifica a campione. Consente, altresì, una complessiva conferma della valutazione del rischio tenuto conto dell'impatto economico, organizzativo e reputazionale, così come declinati nel PNA e nelle citate indicazioni ANAC sull'aggiornamento del medesimo.

Per l'individuazione delle attività a più elevato rischio di corruzione dell'Azienda e della loro valutazione complessiva, si è proceduto nel rispetto delle metodologie emanati dal Dipartimento della Funzione Pubblica, così come previsti dall'art. 1 n.4 della l. 190/2012 del Piano Nazionale Anticorruzione e relativi allegati, in particolare l'allegato n.5, e dalle citate disposizioni ANAC.

Come previsto dagli aggiornamenti del PNA dell'ANAC, per la condivisione della mappatura del rischio e delle conseguenti azioni da realizzarsi nel 2016, si è coinvolta la Direzione Generale dell'Azienda USL ed i Direttori/Referenti delle strutture aziendali interessate, ai sensi dell'integrato art. 16 comma 1 lett. a) 1 ter. del D.Lgs n. 165 del 30.3.2001.

Più concretamente, si sono ulteriormente individuate le aree relative allo svolgimento di attività a rischio di corruzione obbligatorie, denominate "Aree generali", in relazione a quanto previsto dall'art. 1 commi 4 e 9 lett. "a" ed al già citato comma 16 legge 190/2012 e dalla deliberazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015. Si sono, altresì, meglio definiti i controlli e le verifiche in :

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

Pertanto, in relazione a questi criteri, per ogni Area organizzativa e/o UUOO dell'azienda afferente sia alle aree generali che in quelle di rischio specifiche, sono state ritenute ad elevato rischio di

corruzione tutte le attività/processi di seguito riportati e meglio definiti organicamente nelle tabelle che seguono. Per quanto riguarda le “Aree a rischio generale”:

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

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

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

In relazione agli obblighi di monitoraggio, previsti dai commi 522 e 523 della Legge di stabilità 2016, nelle griglie della mappatura delle aree a rischio, si è prevista apposita colonna relativa ai monitoraggi che riguardano anche le attività assistenziali.

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

D.A.T. – U.O.C. Attività di Supporto Servizi Ospedalieri e Territoriali

Direttore/Referente del RPC dr.ssa Maria Teresa Donattini

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

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

ASSOT - Area Servizi territoriali	Convenzioni con Strutture Private Accreditate per acquisto prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale	L'attività dell'U.O. ASSOT riguarda il controllo dell'attività specialistica effettuata presso i centri ccreditati. La volontà è quella di definire una procedura aziendale ad hoc per i controlli che metta in evidenza tutti gli ambiti di controllo e, nel caso il controllo sia effettuato su base campio-naria, ne definisca l'entità e la modalità di estrazione del campione. Su tale punto sono peraltro in corso approfondimenti di livello regionale per la stesura di procedure univoche nelle varie aziende.	Donattini M.Teresa, Montanari Rita; Fattore Roberto	La opportunità di rotazione del personale dedicato a tale attività sarà valutata dopo la redazione della procedura anche in relazione ai reali ambiti di discrezionalità esisistenti in capo agli operatori e dagli esiti delle verifiche/controlli circa il rispetto delle procedure definite.	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report trimestrale sui controlli effettuati
Valutazione del rischio = 2						
ASSOT - Area Servizi territoriali	Autocertificazioni esenzioni ticket status di disoccupazione	Azione di verifica e controllo in ottemperanza alla normativa vigente	Donattini M.Teresa, Cristina Cristiani e tutti gli operatori aziendali secondo funzionigramma	La opportunità di rotazione del personale dedicato a tale attività sarà valutata dopo la redazione della procedura anche in relazione ai reali ambiti di discrezionalità esisistenti in capo agli operatori e dagli esiti delle verifiche/controlli circa il rispetto delle procedure definite.	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report trimestrale sul numero di controlli effettuati.
Valutazione del rischio = 2						
ASSOT - Area Servizi territoriali	Esercizio attività libera professione , prevenzione controllo monitoraggio	Corretta applicazione normativa regolamentare aziendale per il rilascio autorizzazioni . fattivo funzionamento osservatorio aziendale permanente per verifica attività libero professione (Delibera n.108/2014)	Donattini M.Teresa	La opportunità di rotazione del personale dedicato a tale attività sarà valutata dopo la redazione della procedura anche in relazione ai reali ambiti di discrezionalità esisistenti in capo agli operatori e dagli esiti delle verifiche/controlli circa il rispetto delle procedure definite.	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report trimestrale sul numero di controlli effettuati
Valutazione del rischio = 3						

DAT – U.O.C. CONTABILITÀ E FINANZA

Direttore/ Referente del RPC dr.Gianni Gambi

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

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

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

Aree Organizzative	Attività/processo a rischio Corruzione	Azioni/interventi per la riduzione del rischio	Individuazione dei dipendenti e/o responsabili del procedimento destinati a operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, da inserire nei programmi di formazione	Previsione di mobilità del personale esposto nei servizi a rischio corruzione nei prossimi 5 anni	Obblighi dei dirigenti competenti nei confronti del responsabile del piano di prevenzione di informazioni, su base annuale	Obbligo monitoraggio
U.O. Economato e Logistica	Autorizzazione al subappalto per contratti da €. 20.001,00 (I.V.A. esclusa)	Procedure adottate dal Servizio Acquisti Metropolitano	Direttore U.O.C. Economato e Logistica Dr.ssa Ivana Pelliconi	La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia prestazionale dell'assistenza agli utenti, oltre alle normative concorsuali e contrattuali vigenti non rendono prevedibile né auspicabile a priori la mobilità dei professionisti individuati sulle funzioni di rischio	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report trimestrale autorizzazioni subappalto
Valutazione del rischio=2						
U.O. Economato e Logistica	Procedimenti per l'acquisizione di beni e servizi di valore superiore alla soglia comunitaria	Procedure adottate dal Servizio Acquisti Metropolitano	Direttore U.O.C. Economato e Logistica Dott.ssa Ivana Pelliconi	La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia prestazionale dell'assistenza agli utenti, oltre alle normative concorsuali e contrattuali vigenti non rendono prevedibile né auspicabile a priori la mobilità dei professionisti individuati sulle funzioni di rischio	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report trimestrale numero procedimenti
Valutazione del rischio=2						

U.O. Economato e Logistica	Procedimenti per l'acquisizione in economia di beni e servizi da € 20.001 iva esclusa (Regolamento aziendale ai sensi dell'art. 125 D.lgs. 163/06	Procedure adottate dal Servizio Acquisti Metropolitano	Direttore U.O.C. Economato e Logistica Dott.ssa Ivana Pelliconi	La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia prestazionale dell'assistenza agli utenti, oltre alle normative concorsuali e contrattuali vigenti non rendono prevedibile né auspicabile a priori la mobilità dei professionisti individuati sulle funzioni di rischio	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report trimestrale numero procedimenti
Valutazione del rischio=2						
U.O. Economato e Logistica	Procedimenti per l'acquisizione in economia di beni e servizi fino a € 20.000 iva esclusa (Regolamento aziendale ai sensi dell'art. 125 D.lgs. 163/06)	1) Applicazione Regolamento aziendale ai sensi dell'art. 125 D.lgs. 163/06 2) Adesioni convenzioni INTERCENT-ER - CONSIP 3) Massimo utilizzo del Mercato Elettronico CONSIP - INTERCENT-ER	Direttore UOC Economato Logistica- Dott.ssa Ivana Pelliconi - RUP Responsabili Istruttorie: Mazzanti Silvia, Morini Roberta, Sabbioni Lorella, Zuffa Lorena	Si prevede la rotazione di alcuni dipendenti preposti all'istruttoria delle singole procedure	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report trimestrale numero procedimenti
Valutazione del rischio=2						
U.O. Economato e Logistica	Autorizzazione al subappalto per contratti fino a €. 20.000,00 (I.V.A. esclusa)	Applicazione D.lgs. 163/06 e regolamento aziendale ai sensi dell'art. 125	Direttore UOC Economato Logistica Dott.ssa Ivana Pelliconi RUP Responsabili Istruttorie: Morini Roberta, Sabbioni Lorella, Zuffa Lorena	Si prevede la rotazione di alcuni dipendenti preposti all'istruttoria delle singole procedure	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report trimestrale numero procedimenti
Valutazione del rischio=2						

U.O. Economato e Logistica	Cassa Economale	Applicazione Regolamenti, individuazione responsabili	Melandri Daniela Sangiorgi Teresa	Turnazione sul ruolo	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	
Valutazione del rischio=2						
U.O. Economato e Logistica	Acquisti in esclusiva di farmaci, materiale sanitario e attrezzature sanitarie	Verifica obbligatoria congruità acquisti da parte di apposita commissione aziendale preposta. Procedure scritte sulle richieste, sull'esito della valutazione e sull'opportunità dell'esclusiva.	Direttore UOC Economato Logistica Dott.ssa Ivana Pelliconi	La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia prestazionale dell'assistenza agli utenti, oltre alle normative concorsuali e contrattuali vigenti non rendono prevedibile né auspicabile a priori la mobilità dei professionisti individuati sulle funzioni di rischio	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report trimestrale numero acquisti in esclusiva
Valutazione del rischio=2						

AT – U.O.C. RISORSE UMANE - Direttore/ Referente del RPC dr.ssa Paola Gualdrini

Aree Organizzative	Attività/processo a rischio Corruzione	Azioni/interventi per la riduzione del rischio	Individuazione dei dipendenti e/o responsabili del procedimento destinati a operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, da inserire nei programmi di formazione	Previsione di mobilità del personale esposto nei servizi a rischio corruzione nei prossimi 5 anni	Obblighi dei dirigenti competenti nei confronti del responsabile del piano di prevenzione di informazioni, su base annuale	Obbligo monitoraggio
U.O Risorse Umane	procedure di concorso pubblico e di avviso pubblico	Verifica, anche a campione, corretta applicazione procedure realizzate in materia nel 2014; Rotazione e intercambiabilità dei compiti; Doppio livello di controllo interno relativamente al verbale delle operazioni finali; Commissione di sorteggio: componenti esterni all'UORU; proposta alla Direzione Generale di prevedere che nei concorsi la valutazione della prova pratica e orale sia comunicata all'aspirante immediatamente l'esecuzione della stessa e che i criteri di valutazione della prova scritta vengano predeterminati e resi noti agli aspiranti prima dell'espletamento	Gualdrini Mariapaola, Gambetti Sabina, Galli Alessandra; Liverani Cristina; Valvassori Laura, Oriani Marina, Baldisserri Rosella, Ghini Milena, Masi Ambra, Conti Daniela,Alpi Bruna, Costa Carla, Barzagli Rosalba, Cani Anna Maria, Senigalliesi Loretta, Casolini Paola, Gnugnoli Barbara, Corbolini Francesca, Ricci Petitoni Virna, Zanotti Antonella, Gaiani Natascia, Gamberini Oretta, Conti Giuseppe, Gaddoni Antonella, Conti Ornella Nonni Stefania	La specificità delle competenze professionali e delle conoscenze tecniche delle normative concorsuali e contrattuali vigenti, non rendono prevedibile né auspicabile a priori la mobilità degli addetti individuati sulle funzioni a rischio. Si fa riserva di individuare forme di affiancamento del personale delle attività a rischio che possano consentire nel tempo una mobilità interna nei medesimi servizi. Trattandosi di attività comuni a tutte le Aziende Sanitarie dell'AVEC, si fa riserva di adeguarsi a soluzioni condivise, in particolare sulla rotazione degli addetti alle funzioni a rischio.	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report trimestrale numero procedure attivate
Valutazione del rischio= 2						

U.O Risorse Umane	procedure comparative (lavoro autonomo, borse di studio, mobilità, ...)	Verifica, anche a campione, corretta applicazione procedure realizzate in materia nel 2014; Rotazione e intercambiabilità dei compiti; Doppio livello di controllo interno relativamente al verbale delle operazioni finali; Segretario: eventuale proposta di rotazione in AVEC dei segretari; Commissione di sorteggio: componenti esterni all'UORU; Mantenimento regole obbligatorie di sorteggio dei componenti della commissione;			Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report trimestrale numero procedure attivate
Valutazione del rischio= 2						
U.O Risorse Umane	settore assunzioni	Verifica, anche a campione, corretta applicazione procedure realizzate in materia nel 2014; Rotazione e intercambiabilità dei compiti; Doppio livello di controllo interno (verifica sulla autorizzazione della spesa, sul rispetto dei vincoli economici e normativi per l'assunzione, verifica sul possesso dei requisiti dichiarati)				Report trimestrale sulla verifica dei requisiti dichiarati
Valutazione del rischio= 2						

U.O Risorse Umane	Predisposizione e pagamento delle competenze economiche anche differite	Estensione graduale del numero di procedure scritte; Rotazione e intercambiabilità dei compiti; Doppio livello di controllo interno (la attuale procedura di verifica di eventuali errori affidata ad addetto diverso da quello che ha effettuato la variazione può essere utile anche ai fini dell'anticorruzione)			Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report trimestrale numero di pagamenti effettuati
Valutazione del rischio= 2						
U.O Risorse Umane	Rendicontazione presenze/assenze e riconoscimento dei benefici economici correlati	Estensione graduale del numero di procedure scritte; Rotazione e intercambiabilità dei compiti; Doppio livello di controllo interno (controllo a campione della compilazione del cartellino, della documentazione a giustificazione delle assenze e del riconoscimento dei benefici economici correlati, effettuato da altro addetto dell'ufficio)			Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report trimestrale sulle verifiche effettuate
Valutazione del rischio= 2						

U.O Risorse Umane	attività amministrativa libera professione	Controlli a valenza amministrativa; le misure adottate nell'UO sono: Estensione graduale del numero di procedure scritte; Rotazione e intercambiabilità dei compiti; Doppio livello di controllo interno (controlli sulla congruità dei tempi di effettuazione della attività LP; controllo sulla corrispondenza tra attività esercitata ed onorari erogati). I controlli vengono effettuati unitamente a quelli in capo al responsabile della libera professione aziendale e della Direzione medica di Presidio.			Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report trimestrale sul numero di controlli effettuati
Valutazione del rischio= 3						
U.O Risorse Umane	Liquidazione rimborso spese dipendenti e organi aziendali	Verifica a campione sul numero di liquidazioni effettuate in base annua rispetto procedure fondabili in essere	Gambetti Sabina, Corbolini Francesca	La specificità delle competenze professionali e delle conoscenze tecniche delle normative concorsuali e contrattuali vigenti, non rendono prevedibile né auspicabile a priori la mobilità degli addetti individuati sulle funzioni a rischio. Si fa riserva di individuare forme di affiancamento del personale delle attività a rischio che possano consentire nel tempo una mobilità interna nei medesimi servizi.	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report trimestrale sulle verifiche effettuate
Valutazione del rischio= 2						

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

Direttore/ Referente del RPC dr. Alessandro Faiello

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

U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche	Procedimenti di gara per lavori e l'acquisizione di beni e servizi Dichiarazione dei commissari su compatibilità e conflitto di interesse	Procedure scritte; Rotazione dei compiti; Controlli a campione; Formazione personale coinvolto nelle attività a rischio sugli obblighi Dlgs 163/2006 e implicazioni legali connesse, numero di gare, numero di autori. da allegare agli atti	Direttore UOPTI: ing Faiello Domenico Alessandro; Responsabile amministrativo: dott.ssa Bandini Paola; Responsabile unico del procedimento (RUP): Faiello D.A., Ferrari Francesco, Paterna Ignazio, Neri Andrea	Per ogni appalto, in funzione delle competenze tecniche e dei carichi di lavoro, per i RUP si attuerà una rotazione tra i nominativi indicati. Per il Direttore UOPTI e il responsabile amministrativo non è possibile attuare la mobilità considerata la specificità della competenza e l'unicità della professionalità.	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report trimestrale sul numero di autorizzazioni
Valutazione del rischio=2						
U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche	Procedimenti per l'acquisizione in economia (Regolamento Aziendale ai sensi dell'art. 125 D.lgs. 163/06) di lavori, beni, servizi e servizi tecnici	Procedure scritte; Rotazione dei compiti; Controlli a campione; Formazione personale coinvolto nelle attività a rischio sugli obblighi del Dlgs 163/2006 e implicazioni legali connesse	Direttore UOPTI: ing Faiello Domenico Alessandro; Responsabile amm.rativo: dott.ssa Bandini Paola; Responsabile unico del procedimento (RUP): Faiello D.A., Ferrari Francesco, Paterna Ignazio, Neri Andrea	Per ogni appalto, in funzione delle competenze tecniche e dei carichi di lavoro, per i RUP si attuerà una rotazione tra i nominativi indicati. Per il Direttore UOPTI e il responsabile amministrativo non è possibile attuare la mobilità considerata la specificità della competenza e l'unicità della professionalità.	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report trimestrale sul numero di acquisizioni
Valutazione del rischio=2						
U.O. Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche	Redazione Certificato Esecuzione lavori ai sensi del DPR 207/2010	Procedure scritte; Rotazione dei compiti; Controlli a campione	Direttore UOPTI: ing Faiello Domenico Alessandro; Responsabile unico del procedimento (RUP): Faiello D.A., Ferrari Francesco, Paterna Ignazio, Neri Andrea	Per ogni appalto, in funzione delle competenze tecniche e dei carichi di lavoro, per i RUP si attuerà una rotazione tra i nominativi indicati. Per il Direttore UOPTI non è possibile attuare la mobilità considerata la specificità della competenza e l'unicità della professionalità. Ai fini del monitoraggio di dette rotazioni si da atto nella relazione semestrale nella quale verranno indicate le gare e la rotazione dei RUP sulle medesime.	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	
Valutazione del rischio=2						

DAT - U.O.C. TECNICOLOGIE INFORMATICHE E DI RETE - Direttore/ Referente del RPC Ing.Cristian Chiarini

Aree Organizzative	Attività/processo a rischio Corruzione	Azioni/interventi per la riduzione del rischio	Individuazione dei dipendenti e/o responsabili del procedimento destinati a operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, da inserire nei programmi di formazione	Previsione di mobilità del personale esposto nei servizi a rischio corruzione nei prossimi 5 anni	Obblighi dei dirigenti competenti nei confronti del responsabile del piano di prevenzione di informazioni, su base annuale	Obbligo monitoraggio
U.O. Tecnologie Informatiche e di Rete	Predisposizione Capitolati Tecnici per l'acquisizione di nuove software applicativi	Procedura scritta sulla impostazione del documento di capitolato tecnico; Procedure scritte sulla individuazione dei fornitori di sw	U.O. Tecnologie Informatiche e di Rete Nanni Monica Mazzotti Morena Folli Catia	La tipicità della mansioni rende non attuabile la rotazione del personale	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	
Valutazione del rischio=2						
U.O. Tecnologie Informatiche e di Rete	Affidamento di lavori e servizi informatici	Procedure scritte sulle modalità di individuazione dei fornitori	U.O. Tecnologie Informatiche e di Rete Nanni Monica Mazzotti Morena Folli Catia	La tipicità della mansioni rende non attuabile la rotazione del personale	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report trimestrale sul numero affidamenti
Valutazione del rischio=2						
U.O. Tecnologie Informatiche e di Rete	Pareri Tecnici sull'introduzione di materiale informatico all'interno dell'azienda a qualsiasi titolo : donazione / comodato	Documento scritto sulle caratteristiche tecniche del materiale , periodicamente aggiornato - almeno annualmente	U.O. Tecnologie Informatiche e di Rete Nanni Monica Mazzotti Morena Folli Catia	La tipicità della mansioni rende non attuabile la rotazione del personale	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report trimestrale sul numero di pareri tecnici
Valutazione del rischio=2						

ATTIVITÀ AMMINISTRATIVE TRASVERSALI DAT / DIREZIONE GENERALE

Direttore/ Referente del RPC dr. Luigi Infelise

Aree Organizzative	Attività/processo a rischio Corruzione	Azioni/interventi per la riduzione del rischio	Individuazione dei dipendenti e/o responsabili del procedimento destinati a operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, da inserire nei programmi di formazione	Previsione di mobilità del personale esposto nei servizi a rischio corruzione nei prossimi 5 anni	Obblighi dei dirigenti competenti nei confronti del responsabile del piano di prevenzione di informazioni, su base annuale
Direzione Dip. Tecnico e Amministrativo	Autorizzazioni incarichi ex art. 53 D.Lgs. 165/01	Corretta applicazione normativa in essere e pubblicazione dati Perla PA	Attività Amministrative trasversali DAT/Direzione Generale Dr. Luigi Infelise	l'unicità del servizio e del ristretto numero di risorse assegnate, unitamente alle specificità delle competenze professionali , non consentono alcuna rotazione del personale , tenuto conto anche dei compiti assegnati in materia di prevenzione della corruzione	Informativa sulle attività svolte. Segnalazioni difformità
	Valutazione del rischio=2				
Direzione Dip. Tecnico e Amministrativo	SPERIMENTAZIONI CLINICHE / Progetti di innovazione e ricerca (D.Lgs.502/92, D.Lgs.517)	Applicazione procedura, verifica congruità finanziamento case farmaceutiche, rapporti con il Comitato Etico.	Attività Amministrative trasversali DAT/Direzione Generale Dr.Luigi Infelise		Informativa sulle attività svolte. Segnalazioni difformità
	Valutazione del rischio=2				

UOC SEGRETERIA GENERALE E AFFARI LEGALI

Direttore/ Referente del RPC dr.ssa Sabrina Fiorentini

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

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

Aree Organizzative	Attività/processo a rischio Corruzione	Azioni/interventi per la riduzione del rischio	Individuazione dei dipendenti e/o responsabili del procedimento destinati a operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, da inserire nei programmi di formazione	Previsione di mobilità del personale esposto nei servizi a rischio corruzione nei prossimi 5 anni	Obblighi dei dirigenti competenti nei confronti del responsabile del piano di prevenzione di informazioni, su base annuale	Obbligo monitoraggio
Dipartimento Chirurgico	Rapporti con informatori scientifici del farmaco	Procedure scritte per accesso e incontro col personale delle UU.OO cliniche; tracciabilità incontri; controlli a campione su prescrizioni	<p>Dott.EMILI EMILIO Direttore Dipartimento Chirurgico e Direttore UOC Urologia;</p> <p>Prof.PINNA ANTONIO DANIELE Dir. Chirurgia Generale</p> <p>Dott.ARTUSO STEFANO Direttore UOC Day Surgery- Chirurgia Generale;</p> <p>Dott.BONCI PAOLO Direttore UOC Oculistica;</p> <p>Dott.TASCA IGNAZIO Dir. UOC Otorinolaringoiatria;</p> <p>Dott.VICENZI GUGLIELMO Dir. UOC Ortopedia e T.;</p> <p>Dott.RICCIO PAOLO ANTONINO Resp.SSD Breast Unit";</p> <p>Dott. LINGUERRI ROMANO Resp.programma chirurgia d'urgenza;</p> <p>Dott.TAMPIERI PIER FRANCESCO Resp.Programma U.O. "Traumatologia"</p> <p>Dott.ssa SARAVO LYDIA Resp.Programma Interdipartimentale tra Dipart.Chirurgico e U.O Anestesia denominato Coordinamento Blocco Operatorio.</p> <p>Dr. NANNINI ROBERTO Dir. UOC Anatomia Patologica</p> <p>Dr. ZUCCHINI STEFANO Dir. UOC Ginecologia e Ostet.</p> <p>Dott. IGOR BACCHILEGA Resp. SSiD Day Surgery Polispecialistica</p>	La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia prestazionale dell'assistenza agli utenti, oltre alle normative contrattuali e concorsuali vigenti, non rendono possibile né auspicabile la mobilità dei professionisti così individuati sulle attività di rischio.	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report trimestrale sul numero di incontri con informatori scientifici
	Valutazione del rischio=2					

Dipartimento Chirurgico	Rispetto dei criteri di accesso alle prestazioni e gestione liste di attesa	Applicazione della procedura per la regolamentazione degli accessi e del rispetto delle liste di attesa approvata nel 2014	<p>Dott.EMILI EMILIO Direttore Dipartimento Chirurgico e Direttore UOC Urologia;</p> <p>Prof.PINNA ANTONIO DANIELE Dir. Chirurgia Generale</p> <p>Dott.ARTUSO STEFANO Direttore UOC Day Surgery- Chirurgia Generale;</p> <p>Dott.BONCI PAOLO Direttore UOC Oculistica;</p> <p>Dott.TASCA IGNAZIO Dir. UOC Otorinolaringoiatria;</p> <p>Dott.VICENZI GUGLIELMO Dir. UOC Ortopedia e T.;</p> <p>Dott.RICCIO PAOLO ANTONINO Resp.SSD Breast Unit";</p> <p>Dott. LINGUERRI ROMANO Resp.programma chirurgia d'urgenza;</p> <p>Dott.TAMPIERI PIER FRANCESCO Resp.Programma U.O. "Traumatologia"</p> <p>Dott.ssa SARAVO LYDIA Resp.Programma Interdipartimentale tra Dipart.Chirurgico e U.O Anestesia denominato Coordinamento Blocco Operatorio.</p> <p>Dr. NANNINI ROBERTO Dir. UOC Anatomia Patologica</p> <p>Dr. ZUCCHINI STEFANO Dir. UOC Ginecologia e Ostet.</p> <p>Dott. IGOR BACCHILEGA Resp. SSiD Day Surgery Polispecialistica</p>	La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia prestazionale dell'assistenza agli utenti, oltre alle normative contrattuali e concorsuali vigenti, non rendono possibile né auspicabile la mobilità dei professionisti così individuati sulle attività di rischio.	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report trimestrale sul rispetto delle liste d'attesa
Valutazione del rischio=2						

DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE

Direttore/ Referente del RPC dr. Gianni Rossi

Aree Organizzative	Attività/processo a rischio Corruzione	Azioni/interventi per la riduzione del rischio	Individuazione dei dipendenti e/o responsabili del procedimento destinati a operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, da inserire nei programmi di formazione	Previsione di mobilità del personale esposto nei servizi a rischio corruzione nei prossimi 5 anni	Obblighi dei dirigenti competenti nei confronti del responsabile del piano di prevenzione di informazioni, su base annuale	Obbligo monitoraggio
Dipartimento Emergenza Accettazione	Rapporti con informatori scientifici del farmaco	Procedure scritte per accesso e incontro col personale delle UU.OO cliniche; tracciabilità incontri; controlli a campione su prescrizioni	Dr. ROSSI GIANNI Direttore DEA e Direttore UOC Anestesia e Rianimazione dr.C.ANTENUCCI Direttore UOC cardiologia, dr.ssa G.VESPIGNANI Responsabile SSD Semintensiva dr.ssa P.ZACCHERINI Responsabile SSD Laboratorio Prof.ZOMPATORI MAURIZIO Direttore UOC Radiologia dr.P.FAGGIANI Resp.SSDT Medicina Trasfusionale dr.ssa P.CENNI Direttore S.S.Pronto Soccorso e Med.d'Urgenza	La specificità delle competenze professionali è l'ineludibile garanzia prestazionale dell'assistenza agli utenti, oltre alle normative concorsuali e contrattuali vigenti, non rendono auspicabile la mobilità dei professionisti indicati sulle funzioni a rischio	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report trimestrale sul numero di incontri con informatori
	Valutazione del rischio=2					

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

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

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

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

Aree Organizzative	Attività/processo a rischio Corruzione	Azioni/interventi per la riduzione del rischio	Individuazione dei dipendenti e/o responsabili del procedimento destinati a operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, da inserire nei programmi di formazione	Previsione di mobilità del personale esposto nei servizi a rischio corruzione nei prossimi 5 anni	Obblighi dei dirigenti competenti nei confronti del responsabile del piano di prevenzione di informazioni, su base annuale	Obbligo monitoraggio
Dipartimento Medico-Oncologico	Rapporti con informatori scientifici del farmaco	Definire una procedura scritta per accesso e incontro col personale delle UU.OO cliniche; tracciabilità incontri; controlli a campione su prescrizioni	<p>Dr MAESTRI ANTONIO Direttore Dip.to Medico Oncologico e Direttore UOC Oncologia, Dr VITTORIO CHIOMA Dir. UOC Geriatria eLungodegenza, Dr BRIGNOLA CORRADO Dir.UOC Medicina 1, Prof.CALETTI GIANCARLO Dir.UOC Gastroenterologia, D.ssa FARABEGOLI COSTANZA Dir.UOC Medicina 2, D.ssa MANDREOLI MARCORA Dir. UOC Nefrologia D.ssa MUSSUTO VITTORIA Resp.SSD Neurologia, Dr. PASQUALI STEFANO Resp. SSD AMBI, Dr.LANARI MARCELLO Dir. UOC Pediatria e Nido, Dr.ssa CALABRESE OLGA Dir. UOC Genetica, Dr.MONTERUMISI FRANCO Dir. UOC Medicina Riabilitativa</p>	La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia prestazionale dell'assistenza agli utenti, oltre alle normative contrattuali e concorsuali vigenti, non rendono prevedibile né auspicabile la rotazione dei professionisti individuati sulle funzioni a rischio di corruzione.	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report trimestrale numero incontri con informatori scientifici
Valutazione del rischio=2						

Dipartimento Medico-Oncologico	Criteria di accesso alle prestazioni e gestione liste di attesa	Procedure scritte per la regolamentazione degli accessi e delle liste di attesa	Dr MAESTRI ANTONIO Direttore Dip.to Medico Oncologico e Direttore UOC Oncologia, Dr VITTORIO CHIOMA Dir. UOC Geriatria e Lungodegenza, Dr BRIGNOLA CORRADO Dir.UOC Medicina 1, Prof.CALETTI GIANCARLO Dir.UOC Gastroenterologia, D.ssa FARABEGOLI COSTANZA Dir.UOC Medicina 2, D.ssa MANDREOLI MARCORA Dir. UOC Nefrologia D.ssa MUSSUTO VITTORIA Resp.SSD Neurologia, Dr. PASQUALI STEFANO Resp. SSD AMBI, Dr.LANARI MARCELLO Dir. UOC Pediatria e Nido, Dr.ssa CALABRESE OLGA Dir. UOC Genetica, Dr.MONTERUMISI FRANCO Dir. UOC Medicina Riabilitativa	La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia prestazionale dell'assistenza agli utenti, oltre alle normative contrattuali e concorsuali vigenti, non rendono prevedibile né auspicabile la rotazione dei professionisti individuati sulle funzioni a rischio di corruzione.	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report trimestrale sul rispetto delle liste d'attesa
Valutazione del rischio=2						
UOC Genetica	Rapporti con rappresentanti prodotti diagnostici/reagenti e attrezzature	Procedure scritte per accesso e incontro col personale delle UU.OO cliniche; tracciabilità incontri; controlli a campione su materiali/strumentazioni acquisiti	Dr.ssa CALABRESE OLGA Direttore UOC Genetica	La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia prestazionale dell'assistenza agli utenti, oltre alle normative concorsuali e contrattuali vigenti, non rendono prevedibile né auspicabile a priori la mobilità dei professionisti individuati sulle funzioni di rischio	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report trimestrale sul rispetto delle liste d'attesa
Valutazione del rischio=2						

UOC Prevenzione e Sicurezza ambienti di Lavoro

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

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

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

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

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

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

DIPARTIMENTO SANITA' PUBBLICA – Igiene e Sanità Pubblica

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

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

U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica	Visite medico fiscali domiciliari e ambulatoriali	Procedure scritte; Rotazione dei compiti Controlli a campione;	Direttore UOC ISP Dr. Gabriele Peroni Medici dirigenti: Dr.ssa Cecilia Guizzardi Dr.ssa Serena Lanzarini Dr. Andrea Pizzoli Dr. Roberto Rangoni Dr.ssa Ivana Stefanelli Dr.ssa Angela Ceccarini Dr. Nallbani Franklin Dr. Ozudmina Izukuvu Raphael	La pianificazione settimanale del lavoro prevede la rotazione periodica del personale relativamente alle attività di controllo	Informativa sui controlli a campione svolti: Segnalazioni difformità	Report trimestrale sul numero di visite effettuate
Valutazione del rischio=3						
U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica	certificazioni di idoneità sportiva agonistica (DGR n. 775/2004)	Procedure scritte Controlli a campione	Centro Pubblico Medicina dello Sport: Dr. Andrea Pizzoli Dr. Piervittorio Bardazzi	La specificità delle competenze prof.li e l'ineludibile garanzia prestazionale, oltre alle normative contrattuali e concorsuali vigenti, non rendono prevedibile, né auspicabile a priori, la mobilità dei professionisti Individuati	Informativa sui controlli a campione svolti: Segnalazioni difformità	
Valutazione del rischio=3						
U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica	certificazioni export alimenti in paese extracee	Procedure scritte; Rotazione dei compiti; Istruzione operativa doc. Nr. 1142 - versione 1 del 05/03/2009 "Norme di comportamento per l'operatore addetto al controllo ufficiale in tema di di indipendenza, imparzialità, integrità e riservatezza" Controlli a campione	Responsabile S.S.U. Igiene alimenti e nutrizione Dr. Gabriele Peroni	La specificità delle competenze prof.li e l'ineludibile garanzia prestazionale dei controlli ufficiali, oltre alle normative contrattuali e concorsuali vigenti, non rendono prevedibile, né auspicabile a priori, la mobilità dei professionisti Individuati	Informativa sui controlli a campione svolti: Segnalazioni difformità	Report trimestrale sul numero di certificazioni effettuate
Valutazione del rischio=3						

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

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

DIPARTIMENTO SANITA' PUBBLICA – UOC Igiene Veterinaria

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

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

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

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

DIPARTIMENTO SANITA' PUBBLICA - Medicina Legale

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

DISTRETTO – Dipartimento Cure Primarie - Direttore/ Referente del RPC dr. Vittorio Chioma

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

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

DIREZIONE DELL'ASSISTENZA FARMACEUTICA

Direttore/ Referente del RPC dr.ssa Silvia Gambetti

Aree Organizzative	Attività/processo a rischio Corruzione	Azioni/interventi per la riduzione del rischio	Individuazione dei dipendenti e/o responsabili del procedimento destinati a operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, da inserire nei programmi di formazione	Previsione di mobilità del personale esposto nei servizi a rischio corruzione nei prossimi 5 anni	Obblighi dei dirigenti competenti nei confronti del responsabile del piano di prevenzione di informazioni, su base annuale	Obbligo monitoraggio
UO Direzione Assistenza Farmaceutica	Procedimenti per l'acquisizione in economia di beni fino a € 10.000 IVA esclusa (Regolamento aziendale ai sensi dell'art. 125 D.lgs. 163/06)	Osservanza normative vigenti e regolamento aziendale (deliberazione 125 del 23/11/2006)	Direttore Dott.ssa Sivia Gambetti, Dirigenti Farmacisti: Dott.ssa Bruna Dosi, Dott.ssa Antonella Fadda, Dott.ssa Agnese Raggini, Dott.ssa Elisabetta Rustici, Dott.ssa Stefania Sangiorgi, Dott.ssa Maria Chiara Silvani Amministrativi: Sig.ra Antonella Buttazzi, Sig.ra Maria Cristina Medaglia, Sig.ra Paola Mingoni, Dott.ssa Alessandra Volta	La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia dell'assistenza terapeutica agli utenti, oltre alle normative concorsuali e contrattuali vigenti, non rendono auspicabile la mobilità dei professionisti individuati sulle funzioni di rischio.	Informativa sulle attività svolte; Segnalazioni difformità	Report trimestrale numero procedimenti
	Valutazione del rischio=2					

DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO

Direttore/ Referente del RPC dr.ssa Emanuela Dall'Olmi

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

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

Direzione Medica	Coordinamento interdipartimental e per stesura procedura dei rapporti con informatori scientifici del farmaco	Procedura scritta e controlli a campione sulla tracciabilità degli incontri.	Dall'Olmi Emanuela, Rini Filomena, Zarabini Lucia Adele	la specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia dell'attività organizzativa del presidio Osp , oltre alle normative concorsuali e contrattuali vigenti , non rendono auspicabile né prevedibile la rotazione dei professionisti individuati	Informativa sulle attività svolte; Controlli a campione. Segnalazioni difformità	Report trimestrale controlli a campione tracciabilità incontri con informatori scientifici
	Valutazione del rischio=2					

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

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

SIT – Direzione infermieristica	Partecipazione a commissioni per concorsi interni per progressioni di carriera (progres- sioni verticali ed orizzontali)	Rotazione dei componenti delle commissioni, controllo a campione su incompatibilità	Responsabile procedimento : Davide Carollo operatori esposti: Cavina Rosanna, Nanni Ivana, Gabielli Sabrina, Farolfi Liana, Faccani Daniela, Baldassarri Novella, Ricci Gian Luca, Bedosti Catia	La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia prestazionale dell'assistenza da erogare, oltre alle normative concorsuali e contrattuali vigenti, non rendono prevedibile né auspicabile a priori la mobilità dei professionisti individuati sulle funzioni di rischio	Informativa sui controlli a campione svolti; Segnalazioni difformità	
Valutazione del rischio=2						
SIT - Direzione infermieristica	gestione attività in affidamento esterno (servizi di ristorazione, di pulizia, lavanolo, presidi antidecubito)	Corretta applicazione procedure aziendali ; controlli a campione sulla qualità delle prestazioni rese.	Responsabile procedimento: Davide Carollo operatori esposti: Lanzoni Silvia Bedosti Catia, Bertozzi Lucia,	La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia prestazionale dell'assistenza da erogare, oltre alle normative concorsuali e contrattuali vigenti, non rendono prevedibile né auspicabile a priori la mobilità dei professionisti individuati sulle funzioni di rischio	Informativa sui controlli a campione svolti; Segnalazioni difformità	
Valutazione del rischio=2						
SIT – Direzione infermieristica	Utilizzo a rotazione del personale di supporto per l'attività di libera professione	Controllo e verifica corretta applicazione del regolamento in ma- teria di utilizzo del per- sonale di supporto, controlli a campione dichiarazione di disponibilità.	Responsabile procedimento: Davide Carollo operatori esposti: Lanzoni Silvia Bedosti Catia Bertozzi Lucia	La specificità delle competenze professionali e l'ineludibile garanzia prestazionale dell'assistenza da erogare, oltre alle normative concorsuali e contrattuali vigenti, non rendono prevedibile né auspicabile a priori la mobilità dei professionisti individuati sulle funzioni di rischio	Informativa sui controlli a campione svolti; Segnalazioni difformità	Report trimestrale sulla rotazione del personale di supporto alla libera professione intramuraria
Valutazione del rischio=2						
SIT – Direzione infermieristica	Rapporti con rappresentanti dispositivi assistenziali	Attivazione tenuta registro incontri con i rappresentanti	Davide Carollo	La specificità delle competenze profes- sionali e l'ineludibile garanzia prestazio- nale dell'assistenza da erogare, oltre alle normative concorsuali e contrattuali vigenti, non rendono prevedibile né auspicabile a priori la mobilità dei profes- sionisti individuati sulle funzioni di rischio	Informativa sui controlli a campione svolti sul numero di incontri e rapporto tra questi e il numero di acquisti e la tipologia di beni.	Report trime- strale sul nume- ro di incontri nominativi dei rappresentanti e tipologia di beni.
Valutazione del rischio= 2						

GOVERNO CLINICO

Direttore/ Referente del RPC dr.ssa Lorena Landi

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

CRITERI di ROTAZIONE DEL PERSONALE A RISCHIO CORRUZIONE

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

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

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

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

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

deve dar conto nel P.T.P.C. con adeguata motivazione”;

- d) “l’attuazione della mobilità, specialmente se temporanea, costituisce un utile strumento per realizzare la rotazione tra le figure professionali specifiche e gli enti di più ridotte dimensioni. In quest’ottica, la Conferenza Unificata Stato-Regioni, si impegna a promuovere iniziative di raccordo ed informativa tra gli enti interessati, finalizzate all’attuazione della mobilità, anche temporanea, tra professionalità equivalenti presenti nelle diverse amministrazioni”.

Tuttavia, pur nel rispetto di questi accordi, come già rappresentato nella descrizione delle azioni svolte nel 2015, in alcune “aree a rischio” è stata possibile la rotazione di alcune professionalità sulle istruttorie di procedimenti afferenti alle proprie UU.OO. e, nel caso del Dipartimento di Salute Pubblica, la rotazione ha riguardato tecnici, dirigenti medici e veterinari, sull’ambito territoriale ove si svolgono le attività di vigilanza e controllo.

AZIONI FORMATIVE nel 2016 ai sensi dell’art. 1 comma 10 lett.c) Legge n.190/2012

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

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

I criteri che hanno determinato l’attuale selezione sono sostanzialmente:

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

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

Fase n. 1

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

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

universitari.

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

Fase n. 2

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

DOCENTI: Soggetti inseriti nella fase n.1.

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

Fase n. 3

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

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

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

Infine, alla luce degli avvenimenti formativi realizzati nel corso del 2015, in sede AVEC è previsto lo sviluppo dei rapporti di collaborazione con l'Università di Bologna (SPISA), finalizzati a realizzare percorsi formativi specifici per le "aree generali".

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

L'opportunità di designare referenti del responsabile anticorruzione, fra le diverse aree a rischio così come risultante dalla mappatura effettuata, è prevista dalla Circolare n.1 2013 del DFP, poi ripresa sia nel Piano Anticorruzione Nazionale sia nell'allegato n. 1.

La ratio di individuare i referenti poggia, dunque, fatti salvi gli obblighi normativi attribuiti al responsabile anticorruzione sull'intero meccanismo della prevenzione, sulla necessità di contemperare queste funzioni tenendo conto del carattere molto complesso dell'organizzazione amministrativo/sanitaria aziendale.

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

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

I Direttori/Referenti, i Direttori delle UU.OO del Patrimonio e Tecnologie impiantistiche, Economato e Logistica e ASSOT Area Servizi Territoriali, in relazione a quanto stabilito nel comma 16 (lett. b e c), a decorre dal 31 gennaio 2016, su base semestrale, assolvono agli obblighi informativi previsti dall'art. 1 comma 32 della legge n. 190/2012 e cioè:

Le stazioni appaltanti sono tenute a pubblicare nei propri siti Web istituzionali: la struttura proponente; l'oggetto del bando; l'elenco degli operatori invitati a presentare offerte; l'aggiudicatario; l'importo di aggiudicazione; i tempi di completamento dell'opera, servizio o fornitura; l'importo delle somme liquidate. Come disposto dall'Autorità di vigilanza il termine per l'inoltro dei dati risulta confermato al 31/01/2016 in relazione alle procedure indette nel 2015. L'amministrazione procederà contestualmente alla trasmissione delle informazioni all'Autorità di vigilanza con il tracciato XML acquisito.

I Direttori/Referenti, così come individuati nella mappatura che precede, sono tenuti a:

- 1 Realizzare, nei tempi di validità del presente Piano, le proposte e le soluzioni finalizzate alla gestione e riduzione del rischio corruzione, così come declinate nella terza colonna della mappatura delle attività a rischio. Le soluzioni innovative e l'attuazione delle nuove procedure, così come proposte nella mappatura, verranno concordate con il responsabile anticorruzione e i provvedimenti conseguenti adottati saranno pubblicati nel sito Web aziendale.
- 2 Provvedere, al monitoraggio del 2° semestre del 2015 (entro il 1° trimestre 2016) del rispetto dei tempi previsti dalla legge e dalle disposizioni aziendali per la conclusione dei procedimenti, e alla tempestiva eliminazione delle anomalie, nella percentuale del 30% già effettuata per il primo semestre 2015. A regime, dal 2017, il monitoraggio verrà effettuato su base annuale e riguarderà tutto il 2016 per la medesima tipologia e percentuale di atti, da trasmettere al responsabile della prevenzione entro il 1° trimestre. I risultati del monitoraggio e delle azioni espletate devono essere inseriti e perciò consultabili nel sito web aziendale. In caso di grave e reiterato inadempimento, da parte dei Dir. / Referenti si darà comunicazione, da parte del Responsabile Anticorruzione, all'UPD aziendale in materia, in relazione al mancato rispetto dei termini, secondo quanto previsto nel Codice di comportamento aziendale.
- 3 Informare dell'avvenuto monitoraggio, delle eventuali anomalie registrate riscontrate e delle sanzioni irrogate, il Responsabile della prevenzione della corruzione, adottando le azioni necessarie per eliminarle oppure proponendo, allo stesso, le azioni sopra citate ove non

rientrano nella competenza esclusiva e tassativa dirigenziale.

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

RESPONSABILITA'

Il Responsabile della prevenzione della corruzione risponde nelle ipotesi previste ai sensi dell'art. 1 commi 10,12,13, e 14 della legge 190/2012.

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

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

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

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

Pertanto, con riferimento alle rispettive competenze, costituisce elemento di valutazione della

responsabilità disciplinare dei Direttori/Referenti, dei Direttori delle UU.OO. e dei responsabili di procedimento, la mancata osservanza delle disposizioni contenute nel presente Piano della Prevenzione della Corruzione.

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

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

L'OAS (Organismo Aziendale di Supporto) verifica la corretta applicazione del Piano di prevenzione della corruzione, da parte dei Direttori/Referenti come sopra individuati, ai fini della valutazione della "performance" individuale.

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

In particolare, i Direttori/Referenti dei Dipartimenti Clinico/Assistenziali e i Direttori delle UU.OO. afferenti, assicureranno la corretta gestione delle liste di attesa e dei volumi di attività di libera professione intramuraria, definita in sede di negoziazione di budget.

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

AZIONI PROGRAMMATE PER EVITARE LA DISCRIMINAZIONE NEI CONFRONTI DEL WHISTLEBLOWER

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

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

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

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

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

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

- a) favorire il positivo senso del dovere del dipendente che denuncia l'illecito di cui è venuto conoscenza;
- b) evitare la proliferazione incontrollata (soprattutto anonima che non rientra tra le ipotesi previste dal legislatore), che potrebbe paralizzare la concreta attività dei dirigenti e dei servizi preposti all'accertamento della veridicità della denuncia, per porre in essere i provvedimenti conseguenti.

Pertanto, in ottemperanza alle citate disposizioni ANAC in materia, il soggetto destinatario delle

segnalazioni al fine di evitare la diffusione di notizie delicate, va individuato nel Responsabile anticorruzione che verificherà la fondatezza della segnalazione e l'assunzione delle adeguate iniziative.

Per la tutela del dipendente, è stata inserita, nel sito anticorruzione, apposita modulistica per la segnalazione di condotte illecite, al fine di garantire la necessaria discrezione ed evitare eventuali vessazioni o discriminazioni subite, in conseguenza della segnalazione. Il Responsabile dell'anticorruzione aziendale prende in carico la segnalazione e può chiedere chiarimenti al segnalante e/o ad altri eventuali soggetti coinvolti nella segnalazione. Sulla base di una valutazione dei fatti oggetto della segnalazione, può decidere, in caso di manifesta infondatezza, di archiviare la segnalazione. In caso contrario, valuta a chi inoltrare la segnalazione in relazione ai profili di illiceità riscontrati, ai seguenti soggetti: Alla D.G., all' U.P.D. all'A.G., alla Corte dei Conti, all'ANAC, al C.U.G. (Comitato Unico di Garanzia), il cui Presidente ha facoltà di riferire della situazione di discriminazione all'Ispettorato della Funzione pubblica, se la segnalazione non sia stata già effettuata dal Responsabile dell'anticorruzione. Restano salve le autonome e dirette azioni legali adite dal dipendente nei confronti del responsabile della discriminazione. Tuttavia, stante la complessità della materia, tenuto conto anche di tempi procedurali predefiniti ed alla elaborazione di una piattaforma informatica dedicata per la tutela dei dati e della loro conservazione, in sede AVEC (Area Vasta Emilia Centro) si è concordato che verrà elaborato, entro il 31.3.2016, un apposito atto organizzativo omogeneo da approvare ed applicare in tutte le Aziende Sanitarie afferenti.

Infine, si rileva l'importanza che nel 2015 hanno avuto alcune segnalazioni anonime su fatti illeciti che l'Azienda ha denunciato alla A.G. con conseguenze penali e disciplinari nei confronti di alcuni dipendenti. Pertanto, l'AUSL di Imola, prende in considerazione anche le segnalazioni anonime, ove queste siano adeguatamente circostanziate e rese con dovizia di particolari, ove cioè siano in grado di far emergere fatti e situazioni relazionandoli a contesti lavorativi determinati.

CONCLUSIONI

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

Pertanto, le azioni così come razionalizzate, hanno come finalità prevalente la prevenzione di qualsivoglia comportamento a rilevanza corruttiva.

In tal senso si conferma la necessità di garantire una ulteriore attività di formazione che verrà effettuata nel corso del 2016 e che costituirà il nucleo di consapevolezza che può migliorare l'applicazione compiuta e coerente degli istituti introdotti dalla L. 190/2012. Notevole importanza, anche per il 2016, assume la condivisione delle iniziative in sede AVEC, attraverso il coordinamento e lo scambio di esperienze sui molteplici adempimenti, finalizzata a definire azioni omogenee da parte dei responsabili anticorruzione delle aziende sanitarie dell'Area Vasta. Infine, a livello aziendale viene mantenuto, nell'ambito del Dipartimento Amministrativo e Tecnico, apposito gruppo di lavoro permanente in materia di trasparenza e misure anticorruzione, che supporterà i responsabili anticorruzione e trasparenza per le fasi di impulso, verifica e coordinamento delle molteplici azioni previste.

In attesa del nuovo PNA dell'ANAC, previsto per il 2016, le norme regolamentari del presente Piano, recepiscono dinamicamente le modifiche alla legge 6 novembre 2012 n. 190, in particolare quanto stabilito dall'art.19, comma 15, del D.L.n.90/2014 convertito nella L.n.114/2014 (Trasferimento delle funzioni da DFP all'ANAC), in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione e le disposizioni ANAC di cui alla Delibera n. 12 del 28 ottobre 2015.

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

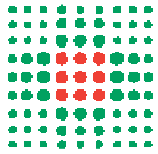
La Direzione Generale dell'AUSL di Imola, entro il 31 gennaio di ogni anno, su proposta del responsabile anticorruzione, approva l'implementazione del P.T.P.C. per il triennio successivo.

Allegati al presente Piano quali parti integranti:

- 1 Piano triennale della Trasparenza;
- 2 Schede ANAC - Relazione del Responsabile Anticorruzione ex art.1, comma 14, L.N. 190/2012 debitamente pubblicate sul sito aziendale in forma originale secondo le disposizioni pervenute con nota del Presidente dell'Autorità del 25.11.2015.

**Il Responsabile
della Prevenzione della corruzione
Dott. Luigi Infelise**

Imola, 18 gennaio 2016



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola

**PROGRAMMA TRIENNALE
PER LA
TRASPARENZA E L'INTEGRITA'
(2016-2018)**

Indice

Introduzione: organizzazione e funzioni dell'AUSL di Imola.....	3
1. Il Programma triennale trasparenza e integrità 2016-2018. Le principali novità.....	5
1.1 Lo stato dell'arte al 31.12.2015.....	7
2. Procedimento di elaborazione e adozione del programma 2016-2018.....	12
2.1 Gli Obiettivi 2016-2018	13
3. Iniziative di comunicazione della trasparenza (svolte nel 2015 e previste nel 2016)....	15
4. Processo di attuazione del Programma Trasparenza.....	17
Responsabilità e competenze	17
4.1 Controllo e monitoraggio	22
4.2 Accesso civico	23
5. Dati ulteriori.....	26

Allegato 1

Allegato 2

Introduzione: organizzazione e funzioni dell'AUSL di Imola

L'Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola, di seguito denominata "Azienda" - che, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 3, comma 1-bis del D.Lgs. n. 229/99, è dotata di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale - è stata costituita con Delibera della Giunta Regionale n. 2450 del 7 giugno 1994.

L'Azienda ha Sede Legale a Imola, in Viale Amendola n. 2.

E' l'ente strumentale attraverso il quale la Regione Emilia Romagna assicura i livelli essenziali e uniformi di assistenza, nell'ambito territoriale del Nuovo Circondario Imolese.

L'ambito aziendale comprende i territori di 10 Comuni: Imola; Castel San Pietro Terme; Dozza; Castel Guelfo; Medicina; Mordano; Casalfiumanese; Borgo Tossignano; Fontanelice; Castel del Rio.

Il territorio aziendale si estende su una superficie di circa 787 Kmq.

L'Azienda fa parte dell'Area Vasta Emilia Centro.

Si riporta la Missione dell'Azienda come declinata nell'atto aziendale approvato con delibera n. 17 del 4 febbraio 2008.

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

L'intervento in urgenza e per acuti è garantito a tutti coloro che si rivolgono alle strutture assistenziali dell'Azienda.

L'Azienda Sanitaria di Imola vuole:

- *tutelare l'interesse di Salute, mediante interventi di informazione sanitaria e prevenzione primaria, tesi a incidere positivamente sugli stili di vita e sui comportamenti a rischio;*
- *offrire i servizi e le prestazioni di assistenza di base, tendendo continuativamente all'eccellenza;*
- *offrire cura e assistenza in urgenza e per acuti, tendendo continuativamente all'eccellenza;*
- *posizionarsi nelle reti integrate di servizi, in collaborazione con i Centri migliori in ambito regionale, per l'Alta Specialità.*

L'Azienda Sanitaria di Imola realizza il governo e la gestione dell'offerta sanitaria, secondo i principi di universalità, equità, appropriatezza ed evidenza dell'efficacia, e realizza il governo economico dei finanziamenti dei cittadini, perseguendo l'allocazione ottimale delle risorse assegnate, secondo principi di efficienza ed economicità.

Per il perseguimento dei suoi scopi, l'Azienda Sanitaria di Imola agisce come un sistema cognitivo, evolutivo e dinamico, grazie alla pratica continua:

- *della integrazione e valorizzazione delle sue molteplici professionalità interne;*
- *della in-formazione sanitaria socialmente diffusa;*
- *della ricerca e dell'innovazione;*
- *della formazione e dell'aggiornamento.*

L'atto aziendale citato, già prevede e valorizza i principi della partecipazione e della trasparenza sviluppati nell'art. 6.

Sono organi dell'Azienda: il Direttore Generale; il Collegio di Direzione; il Collegio Sindacale.

Il Direttore Generale è nominato dalla Regione ed è l'organo di governo, al quale spetta la responsabilità complessiva della gestione e la rappresentanza legale dell'Azienda.

Per l'esercizio delle sue funzioni, il Direttore Generale si avvale del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo.

L'assetto organizzativo / funzionale è stato dettagliato nel regolamento attuativo dell'atto aziendale, approvato con deliberazione n. 4 del 14/01/2009 (a sua volta modificato / integrato con ulteriori provvedimenti).

L'organigramma è pubblicato nel sito aziendale: www.ausl.imola.bo.it Amministrazione Trasparente, al pari delle deliberazioni e degli atti sopra richiamati.

1. Il Programma triennale trasparenza e integrità 2016-2018.

Le principali novità

Il Programma triennale trasparenza e integrità 2016-2018 rappresenta lo sviluppo dei precedenti atti di programmazione dell'Azienda in materia di trasparenza.

Il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014-2016, ha rappresentato il primo documento di programmazione in materia di trasparenza per l'Azienda.

Il decreto 33/2013, infatti, all'art. 11, ha definito con chiarezza l'ambito soggettivo di applicazione includendo tra i destinatari della normativa in questione anche le aziende sanitarie locali (tramite il richiamo all'art. 1, comma 2 del D.Lgs. 165/2001 e tramite l'art. 41 del decreto).

Il Programma 2014-2016, è stato redatto in coerenza con la previsione di cui all'art.10 del D.Lgs. 33 sulla base delle linee guida CIVIT (ora ANAC), in particolare n. 50 del 4.7.2013 e n. 2/2012.

Il Programma 2014-2016, facente parte del Piano di Prevenzione della Corruzione 2013 – 2016 (ai sensi dell'art. 10, comma 2, D. Lgs. 33/2013) è stato approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 2 del 31 gennaio 2014 e pubblicato nell'apposita sezione dell'Amministrazione Trasparente.

Lo stato di attuazione degli obblighi di trasparenza alla data del 31.12.2013 risultava sommariamente descritto nell'Allegato n. 1 al PTTI 2014-2016.

Il citato allegato n. 1, nonché l'Allegato n. 2 al primo PTTI descrivevano gli obiettivi in materia di trasparenza per l'anno 2014 e per il triennio.

E' seguito poi il Programma triennale per la trasparenza e integrità 2015-2017, redatto al pari del precedente, sulla base delle richiamate linee guida CIVIT – ora ANAC, riportando, ai sensi del citato art. 10 del D. Lgs. 33, le misure, i modi e le iniziative volti all'attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, ivi comprese le misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi, nonché le misure di monitoraggio e vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza, aspetti già tutti declinati nel primo PTTI.

Il Programma 2015-2017 facente parte del Piano di Prevenzione della Corruzione aggiornato, approvato con deliberazione n. 10 del 28.1.2015, ha registrato importanti novità rispetto al primo Programma, in primis la messa a punto di diversi obblighi di pubblicazione, resa

possibile da pronunciamenti dell'ANAC, da linee guida regionali, da approfondimenti e confronti con i dirigenti aziendali responsabili delle pubblicazioni e con i Responsabili Prevenzione Corruzione e Responsabili Trasparenza delle aziende sanitarie dell'Area vasta Emilia Centro. In particolare sono stati definiti gli ambiti e/o i contenuti degli obblighi di pubblicazioni disciplinati dagli artt. 14 (“*Obblighi di pubblicazione concernenti i componenti degli organi di indirizzo politico*”) 15 (“*Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi dirigenziali e di collaborazione e consulenza*”), 41 (“*Trasparenza del servizio sanitario nazionale*”)

Inoltre nel PTTI 2015-2017 sono state declinate le tempistiche degli aggiornamenti delle pubblicazioni (adempimento previsto quale obiettivo di trasparenza 2014 nell'Allegato n. 2 al PTTI 2014-2016). I Responsabili delle pubblicazioni, tenendo conto della frequenza dell'aggiornamento prestabilita dalla CIVIT nella più volte citata delibera 50/2013 (annuale, semestrale, trimestrale, tempestivo), hanno declinato i tempi degli aggiornamenti anche in relazione alle caratteristiche dei singoli adempimenti. L'allegato 1 al PTTI 2015-2017 riporta nella colonna “Aggiornamento” a integrazione della frequenza prestabilita dall'ANAC il dettaglio dei tempi di aggiornamento definiti a livello aziendale, di particolare utilità specie per l'aggiornamento “tempestivo”.

Il Programma 2016-2018 ha come punto di partenza quello che nei Programmi precedenti rappresentava il punto di arrivo e cioè l'attuazione di tutti gli obblighi di pubblicazione previsti dal D. Lgs. 33/2013.

Il Programma si pone, per l'anno 2016, quale momento di consolidazione e rafforzamento del risultato raggiunto.

A questo proposito si richiama il “Primo rapporto sullo stato di attuazione delle azioni adottate dalla sanità pubblica in materia di trasparenza ed integrità” pubblicato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas) in collaborazione con Libera.

Nell'analisi dei tassi di adempimento al momento della rilevazione (luglio 2015) l'Azienda USL di Imola è collocata al 2° posto (a parità con altre tre Aziende) con 23 criteri soddisfatti su 24 e 95.8% di adempimento.

Con il presente Programma viene confermata l'architettura del sistema, delineata nei Programmi precedenti.

La pianificazione nel dettaglio di interventi migliorativi sotto il profilo della qualità e della semplicità dell'informazione, viene rinviata al prossimo aggiornamento.

Occorre infatti richiamare la legge 7 agosto 2015 n. 124 che delega il Governo ad adottare entro 6 mesi decreti legislativi recanti disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 33 /2013 (art. 7).

La legge delega contempla molteplici ambiti di modifica, sia sotto il profilo soggettivo (art. 7, comma 1, lett. a), sia sotto il profilo dell'oggetto della pubblicazione.

Pertanto la futura programmazione aziendale potrà/dovrà essere rivista in relazione ai contenuti dei preannunciati interventi normativi.

1.1 Lo stato dell'arte al 31.12.2015

Obiettivi di trasparenza.

Il primo PTTI (2014-2016) aveva individuato quale obiettivo strategico dell'Azienda, in primis, il proseguimento della progressiva attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalle norme, per arrivare nel triennio al pieno adempimento sotto i diversi profili della completezza delle informazioni pubblicate, della qualità dei dati e dell'aggiornamento.

Quanto sopra per una molteplicità di fattori e di considerazioni; la complessità e l'ampiezza degli obblighi di trasparenza, il principio dell'invarianza finanziaria e la conseguente assenza di risorse aggiuntive (anche di personale) da dedicare all'attuazione delle norme, gli indirizzi interpretativi attesi e pervenuti nel tempo, le esigenze di confronto anche interaziendale per garantire omogeneità e quindi un sistema "confrontabile" e più facilmente leggibile per l'utenza, perseguendo in tal modo una finalità di trasparenza sostanziale e non solo formale.

L'Allegato 1 al primo PTTI descrive sommariamente lo stato di realizzazione degli obblighi di trasparenza alla data del 31.12.2013 e declina la realizzazione dell'obiettivo per gli anni successivi con indicazione della tempistica di realizzazione di ciascun obbligo di pubblicazione precisamente individuato (30 aprile e 30 ottobre di ogni anno), obiettivo per i dirigenti interessati.

Il Programma 2015-2017, riprende il precedente, dà conto dello stato di realizzazione alla data del 31.12.2014 (secondo le previsioni del Programma precedente) e calendarizza nel corso del 2015 gli obblighi di pubblicazione da realizzare ex novo per portare a compimento il processo di attuazione del decreto legislativo 33/2013.

Lo stato di realizzazione alla data del 31.12.2015 è sommariamente descritto all'allegato 1 del presente programma (colonna stato di avanzamento) ed evidenzia nel complesso il sostanziale rispetto da parte dell'azienda degli obiettivi definiti nei propri precedenti atti di programmazione.

Ulteriore conferma è data dal report sopra richiamato pubblicato da Agenas che colloca l'Azienda Usl di Imola tra le prime Aziende Sanitarie a livello nazionale quanto a percentuali di adempimento in materia di trasparenza.

Controlli.

La realizzazione degli adempimenti di cui sopra (elencati nell'allegato 1 al primo PTTI ed al PTTI aggiornato) è stata oggetto di autoverifica periodica da parte dei Responsabili della Pubblicazione e di controllo da parte del Responsabile della Trasparenza, con il supporto dell'UO Tecnologie Informatiche e di rete per la parte dei formati, secondo le modalità descritte nel Programma stesso "Controllo e monitoraggio" come risulta dalle note prot. n. 18568 del 29.5.2015 e prot. n. 39829 del 26.11.2015 rispettivamente per il controllo al 30 aprile 2015 e al 31 ottobre 2015.

Inoltre nell'Amministrazione Trasparente – Disposizioni generali- Attestazioni OIV- sono pubblicati gli atti relativi al procedimento di verifica attivato dall'ANAC con deliberazione n. 148/2014 relativamente allo stato di attuazione, al 31.12.2014, di una serie di obblighi di pubblicazione individuati dalla citata delibera.

L'esito della verifica non ha riscontrato criticità come risulta dal documento di attestazione dell'OIV prot. PG/2015/39988 del 23.1.2015 e relativi allegati.

Aggiornamento dei dati.

Si rinvia a quanto sopra precisato.

Misure organizzative.

I precedenti PTTI (ed anche il presente) all'Allegato 1 individuano per ciascun obbligo di pubblicazione il /i Responsabile/i della pubblicazione e i responsabili della produzione e/o trasmissione del dato.

E' già stata sottolineata la coerenza di tale soluzione con il sistema organizzativo decentrato adottato dall'Azienda; ai sensi dell'art. 43 del D. Lgs. 33/2013 e dell'art.6 L.241/90 ogni direttore/dirigente è responsabile delle pubblicazioni previste dalla normativa per i procedimenti di competenza degli uffici afferenti al direttore/dirigente medesimo. E' un sistema che garantisce l'affidabilità e qualità dei dati poiché l'individuazione e la selezione è messa in capo al servizio competente per materia, conoscitore dei processi/procedimenti a cui si riferisce l'adempimento della pubblicazione. E' inoltre la soluzione più funzionale dal

punto di vista organizzativo, consentendo di distribuire gli oneri in assenza di risorse ulteriori dedicate.

Il presente Programma conferma tale soluzione e contiene anche integrazioni/modifiche nell'individuazione dei Responsabili della pubblicazione di alcuni obblighi.

Nel corso del 2015 su iniziativa del Responsabile della trasparenza che ha coordinato la rilevazione, i Direttori/Dirigenti responsabili della pubblicazione hanno inoltre aggiornato l'individuazione degli operatori incaricati della pubblicazione, da abilitare per l'accesso al sito, specificando la corrispondenza delle singole abilitazioni con le sotto-sezioni (o parti delle stesse) accessibili.

La rilevazione (mail del Responsabile trasparenza del 6.5.2015) è stata utilizzata dall'UOTIR per le relative abilitazioni.

Il PTTI risponde a quanto previsto anche dalla recente Determinazione ANAC n. 12 del 28.10.2015 (Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione) ai sensi della quale devono essere previsti gli obblighi di comunicazione/pubblicazione ricadenti sui singoli uffici e le responsabilità dei dirigenti preposti (cfr. allegato 1 al PTTI e successivo punto 4 nella parte dedicata alle responsabilità).

Formazione.

Nel corso del 2015, con particolare riferimento alle tematiche in tema di trasparenza e attuazione del D. Lgs. 33/2013, sono stati realizzati due momenti formativi, concertati nell'ambito del Tavolo AVEC Trasparenza e Prevenzione Corruzione:

- il 15 giugno 2015 presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli "Trasparenza e appalti di fornitura di beni e di servizi" a cui hanno partecipato n. 14 operatori coinvolti nel processo di attuazione del D. 33 a vario titolo;
- il 23 settembre 2015 presso l'Azienda USL di Bologna "Trasparenza, open data, siti web" a cui hanno partecipato n. 18 operatori coinvolti nel processo di attuazione del D. 33 a vario titolo.

Giornata della trasparenza

La Giornata della trasparenza è stata organizzata in modo unitario dalle Aziende dell'area Vasta Emilia Centro (IOR, Azienda Ospedaliera S. Orsola, AUSL di Bologna, AUSL di Ferrara, Azienda ospedaliera universitaria S. Anna di Ferrara, oltre all'Azienda USL di Imola) il giorno 17 dicembre 2015 (vd. sezione "Altri contenuti – Dati ulteriori – Giornate Trasparenza").

Dati ulteriori

Sulla base ed in applicazione dei criteri definiti già nel primo PTTI 2014-2016 per l'individuazione di dati ulteriori da pubblicare rispetto a quelli obbligatori ex lege, gli uffici aziendali nel tempo hanno pubblicato dati ritenuti particolarmente significativi. Al riguardo si richiama in particolare il Bilancio di missione, strumento di rendiconto sociale finalizzato a rendere trasparente l'azienda sanitaria rispetto ai propri assistiti ed alla comunità di riferimento.

Sono pubblicati i lavori della Giornata della trasparenza del 5 dicembre 2014 ed i contenuti essenziali della Giornata della Trasparenza del 17 dicembre 2105.

Non sono pervenute da parte degli stakeholders proposte di pubblicazione di ulteriori dati.

Struttura del sito.

La struttura dell'Amministrazione trasparente è stata mantenuta nel corso del 2015, non essendo intervenute modifiche a livello centrale (come avvenne nel 2014).

Privacy

La deliberazione del Garante per la protezione dei dati personali del 15 maggio – pubblicata in GU n. 134 del 12.6.2014 - “Linee guida in materia di trattamento di dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati” è stata oggetto di approfondimenti già nel corso del 2014, anche tramite specifica iniziativa formativa.

In ottemperanza alla deliberazione, è stato pubblicato nell'Amministrazione trasparente l>alert generale nel testo riportato nelle Linee guida (Informativa che i dati personali pubblicati sono riutilizzabili solo alle condizioni previste dalla normativa vigente sul riuso dei dati pubblici – direttiva comunitaria 2003/98/CE e d. lgs. 36/2006 di recepimento della stessa- in termini compatibili per gli scopi per i quali sono stati raccolti e registrati e nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali”).

Nel corso del 2015, come previsto nel PTTI 2015-2017, è stata verificata la conformità rispetto alle prescrizioni del Garante nelle materie di seguito elencate (oggetto di specifiche indicazioni nella stessa deliberazione del garante):

- compensi (9.c delibera) – artt. 15,18 e 41 D. Lgs.33- in quanto sono pubblicati unicamente i dati relativi ai compensi delle categorie di personale previste dal D. 33. Non sono pubblicati documenti contabili/ cedolini stipendiali o dati eccedenti quali le coordinate bancarie.

- provvedimenti amministrativi (9.d delibera) – art. 23- in quanto sono pubblicate unicamente le informazioni previste dall'art. 23 (scheda di sintesi riportante oggetto/contenuto del provvedimento, spesa eventuale prevista ed estremi dei principali documenti contenuti nel fascicolo del procedimento). Nella sezione di cui all'art.23, l'atto non è pubblicato e ciò vale anche per i provvedimenti finali adottati all'esito dell'espletamento di concorsi o di prove selettive;

-atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici (9.e delibera) e albo dei beneficiari (9.e.i delibera) –artt 26 e 27- in quanto per tutte le erogazioni di benefici collegate a motivi di salute e/o a situazioni di disagio economico-sociale, la pubblicazione è effettuata omettendo qualsiasi riferimento a dati personali.

Per quanto riguarda i curricula professionali (9. a delibera) –artt. 15, art.41 e art. 10 comma 8- la pubblicazione è riferita alle sole categorie di personale previste dalle citate disposizioni legislative.

Nei contenuti l'indicazione data è di riportare informazioni attinenti al percorso di studio e professionale con esclusione di tutti i dati eccedenti rispetto a tali informazioni, e per questo motivo non pertinenti, quali recapiti personali, codice fiscale, stato civile e simili. Con riferimento al personale dipendente rientrante nell'ambito di applicazione di cui ai citati articoli, al fine di agevolare il corretto assolvimento dell'obbligo, gli uffici competenti hanno diffuso il modello standard da utilizzare (redatto sulla base del modello europeo).

Tavolo Area Vasta Emilia Centro.

Nel dicembre 2013, per iniziativa dei Direttori generali delle Aziende sanitarie delle province di Bologna e Ferrara, è stato istituito un Tavolo permanente costituito dai Responsabili della Trasparenza e dai Responsabili della Prevenzione della Corruzione di tutte le Aziende afferenti all'Area Vasta.

Nel 2015 si sono realizzati numerosi incontri, nel corso dei quali sono stati affrontati molteplici argomenti (documentati dai verbali), realizzati scambi informativi, è stata pianificata la formazione per tutte le aziende, è stata organizzata la Giornata della Trasparenza unica di AVEC; è stato attivato inoltre un canale di confronto con la Regione Emilia Romagna.

Gruppo di lavoro aziendale

Nell'anno 2015 è stato attivato un gruppo di lavoro per favorire e supportare a livello aziendale il processo di attuazione degli adempimenti, assicurando altresì il coordinamento tra

tutti gli “attori” del sistema (Responsabili della pubblicazione e della produzione dei dati, operatori incaricati della pubblicazione, Responsabile della trasparenza, Direttore Unità Operativa tecnologie Informatiche e di rete, Responsabile Comunicazione/Informazione).

Il coordinamento del Gruppo in materia di trasparenza è stato affidato al Responsabile della Trasparenza e del Gruppo fanno parte il Responsabile Comunicazione/Informazione, il Direttore dell’UOTIR, il Responsabile Prevenzione corruzione ed i dirigenti più coinvolti negli adempimenti ex D. 33/2013 e precisamente il Direttore U.O. Risorse Umane, il Direttore U.O. ASSOT (anche quale riferimento per l’ambito sanitario), il Direttore U.O. Contabilità e Finanza, il Direttore Economato e L. , il Direttore Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche, il Direttore Sanità Pubblica, prevedendo altresì, in relazione agli argomenti trattati, la partecipazione anche di altri dirigenti aziendali, in particolare Programmazione e Controllo Direzionale e Formazione.

Il Gruppo si è insediato il 13.01.2015 ed ha lavorato nel corso del 2015 specie in occasione della pianificazione dei controlli alle scadenze predefinite dal Programma.

Ha costituito momento di confronto e di approfondimento su contenuti/modalità degli obblighi di pubblicazione da cui sono scaturite proposte utili nel contesto generale di attuazione e miglioramento della trasparenza. A titolo esemplificativo si è convenuto di dare atto nei provvedimenti (deliberazioni e determinazioni dirigenziali) della pubblicazione del provvedimento stesso o della pubblicazione di informazioni contenute nel provvedimento, a seconda di quanto previsto dal D. Lgs. 33 /2013. Al riguardo sono state concordate le diverse formule da utilizzare nei testi dei provvedimenti. Quanto sopra sia per correttezza e trasparenza, sia per assicurare l’adempimento.

2. Procedimento di elaborazione e adozione del programma 2016-2018

L’elaborazione dei contenuti del programma è la risultanza della collaborazione e del diretto coinvolgimento della dirigenza aziendale – in particolare dei Dirigenti più avanti individuati come Responsabili della pubblicazione - in forma di incontri con il Responsabile Trasparenza, corrispondenza e mail. In particolare la bozza del Programma e l’allegato 1 è stato aggiornato dal Responsabile della Trasparenza con il contributo e la validazione (per l’allegato 1) dei dirigenti Responsabili della pubblicazione (mail del 9.12.2015, nota prot. 42232 del 18.12.2015 e relativi riscontri agli atti).

Il Programma è stato redatto dal Responsabile della Trasparenza (Direttore U.O. Segreteria Generale e Affari Legali) nominato con deliberazione n. 105 del 07.08.2013, coadiuvato – per le parti di competenza - dal Responsabile della Comunicazione/Informazione.

Il Programma è stato trasmesso in bozza al coordinatore dell'OAS con mail del 30.12.2015.

E' stato presentato al Collegio Sindacale in data 15.1.2015.

E' stata inoltre attivata una consultazione pubblica – attraverso informazione nel sito aziendale e attraverso i social network- per raccogliere proposte/integrazioni e osservazioni per l'aggiornamento del PTTI (oltre che del PTCP). La procedura di partecipazione è stata aperta a tutte le organizzazioni sindacali, alle associazioni rappresentate nel consiglio nazionale dei consumatori e utenti e comunque a tutti i soggetti, pubblici e privati, interessati alle attività svolte dall'Azienda. E' stato altresì pubblicato un modulo già predisposto e compilabile on line per facilitare la presentazione delle osservazioni/proposte.

Entro il termine indicato nell'avviso (25 novembre 2015) non sono pervenute comunicazioni.

Il programma – costituente parte del Piano di Prevenzione della Corruzione come previsto dal PNA 2015- è approvato con deliberazione del Direttore Generale e pubblicato entro il 31 gennaio 2015.

2.1 Gli Obiettivi 2016-2018

Obiettivi di trasparenza.

Come anticipato al punto 1, obiettivo primario dell'Azienda nel triennio 2013-2015 (dalla data di entrata in vigore del D. Lgs. 2013), è stata la progressiva e completa attuazione degli obblighi di pubblicazione elencati nelle norme.

Nel triennio 2016-2018 l'obiettivo comune e di base è rappresentato dal consolidamento del risultato raggiunto tramite il mantenimento delle pubblicazioni in attuazione degli obblighi previsti dal D. Lgs. 33, con particolare riferimento all'aggiornamento dei dati secondo le competenze e le tempistiche declinate nell'allegato 1 al Programma.

La realizzazione dell'adempimento sopra descritto costituirà altresì obiettivo per i dirigenti competenti – Responsabili delle pubblicazioni individuati nell'allegato 1.

Misure organizzative.

Tavolo AVEC. Al fine di assicurare omogeneità al sistema e favorire gli approfondimenti sui vari adempimenti, è confermata l'importanza della partecipazione al Tavolo AVEC costituito

dai Responsabili della Prevenzione Corruzione e dai Responsabili della Trasparenza, con il coinvolgimento, in relazione alle tematiche trattate, della dirigenza aziendale interessata.

Gruppo di lavoro aziendale. E' confermato altresì il Gruppo di lavoro attivato nel 2015 per favorire e supportare a livello aziendale il processo di attuazione degli adempimenti, assicurando altresì il coordinamento tra tutti gli "attori" del sistema (Responsabili della pubblicazione e della produzione dei dati, operatori incaricati della pubblicazione, Responsabile della trasparenza, Direttore Unità Operativa tecnologie Informatiche e di rete, Responsabile Comunicazione/Informazione).

Formazione.

Anche per il 2016 si prevede di mettere in campo iniziative formative in base ai bisogni che emergeranno in corso d'anno e in stretto raccordo con le altre Aziende dell'Area Vasta Emilia Centro nell'ambito del citato Tavolo Trasparenza Prevenzione Corruzione.

Informatizzazione

All'U.O. Tecnologie Informatiche è stato affidato il compito di verificare la possibilità (e l'opportunità in termini di costi e benefici) di estrarre, per le sezioni più corpose, i dati da pubblicare direttamente dagli applicativi aziendali.

Nel corso del 2016 sarà attivata la nuova piattaforma per la gestione e dematerializzazione della documentazione amministrativa (BABEL), già in uso presso l'Azienda USL di Bologna e che sarà progressivamente estesa alle aziende sanitarie dell'AVEC.

In tale ambito potranno essere individuate e sviluppate soluzioni utili ai fini della semplificazione ed informatizzazione dei flussi di dati/informazioni/atti oggetto di pubblicazione. Anche in tale contesto saranno presenti i dirigenti aziendali competenti e cioè la dirigenza dell'U.O. tecnologie informatiche e di rete e il Responsabile Trasparenza che riveste al contempo il ruolo di coordinatore (unitamente al dirigente TIR) dell'attuazione del progetto BABEL all'interno dell'Azienda.

La nuova piattaforma, nella parte relativa ai flussi di delibere e determine dirigenziali contiene già apposita sezione per la redazione, contestualmente alla stesura del provvedimento, della scheda di sintesi di cui all'art. 23 D. Lgs. 33/2013.

L'UO TIR è incaricata di realizzare il collegamento con il sito intranet – Amministrazione Trasparente – Sezione provvedimenti, affinché la citata scheda di sintesi sia automaticamente pubblicata intervenuta l'adozione del relativo provvedimento.

L'adempimento sopra descritto costituirà obiettivo dell'UOTIR.

Privacy

Anche in materia di privacy è prevista l'attivazione di un tavolo AVEC.

In tale contesto, potranno essere approfonditi altri aspetti della deliberazione del Garante per la protezione dei dati personali del 15 maggio – pubblicata in GU n. 134 del 12.6.2014- oltre a quanto già realizzato nel corso del 2014-2015.

Gli obiettivi per i Dirigenti.

Gli obiettivi (ripresi con modifiche dal PTTI 2014-2016) sono elencati nell'allegato 2, con dettaglio del contenuto, dei tempi di realizzazione, degli indicatori e delle competenze. L'obiettivo "Adempimento obblighi di pubblicazione" è definito sulla base di quanto declinato all'Allegato 1, anche con riferimento alla tempistica degli aggiornamenti.

L'obiettivo "Informatizzazione pubblicazione scheda ex art. 23" è precedentemente stato descritto.

Come già chiarito, si rinvia ai prossimi aggiornamenti (2017-2018) la pianificazione nel dettaglio di ulteriori obiettivi (in particolare interventi migliorativi sotto il profilo della qualità e della semplicità dell'informazione).

Occorre infatti richiamare la legge 7 agosto 2015 n. 124 che delega il Governo ad adottare entro 6 mesi decreti legislativi recanti disposizioni integrative e correttive del decreto legislativo 33 /2013 (art. 7).

La futura programmazione aziendale potrà/dovrà essere rivista in relazione ai contenuti dei preannunciati interventi normativi.

3. Iniziative di comunicazione della trasparenza (svolte nel 2015 e previste nel 2016).

Dopo una fase di consultazione, in seguito all'approvazione del PTTI 2014-2016 il Programma è stato pubblicato nella sezione Amministrazione Trasparente, ed è stata data ampia diffusione di tale pubblicazione, nonché della pubblicazione del Piano Anticorruzione e del Piano della Performance, tramite lettera della direzione generale (prot. n. 11319 del 31.03.2015) inviata ad una vasta mailing di portatori di interesse (Organizzazioni Sindacali,

Comitati degli Utenti, Consulte del Volontariato, Ordini ed Albi professionali, Organizzazioni di tutela dei diritti ed Associazioni dei consumatori, ecc...), che venivano contestualmente invitati a trasmettere considerazioni e suggerimenti utili al presente aggiornamento.

Il documento è stato inoltre pubblicato sulla intranet aziendale per favorirne la diffusione e la lettura tra tutti i dipendenti aziendali.

Unitamente al Piano triennale prevenzione corruzione e al Piano della performance è stato presentato al CCM il 6 maggio 2015.

Fin dalla pubblicazione della sezione Amministrazione Trasparente è stato inserito nella pagina iniziale un breve questionario anonimo di valutazione della sezione stessa, volto a raccogliere i feed back dei cittadini singoli o associati. In circa due anni non sono però pervenute segnalazioni di sorta, a differenza di quanto accaduto per il questionario di valutazione del sito istituzionale nella sua struttura generale, che rileva 9 risposte nel 2015 contenenti suggerimenti di miglioramento in particolare riguardanti le informazioni di servizio ai cittadini (mappe, orari, modalità di accesso, ecc..). Il questionario resterà comunque attivo anche nei prossimi anni.

Per quanto concerne l'accesso alla sezione Amministrazione Trasparente, il 2015 segna un deciso decremento sul 2014 con 6247 da ip univoco (al 17 dicembre 2015), contro gli 8950 dell'anno 2014.

Il 17 dicembre 2015 si è infine tenuta a Ferrara la 2° Giornata della Trasparenza organizzata dalle Aziende sanitarie dell'Area Vasta Emilia Centro (Azienda Usl di Imola, Azienda Usl di Bologna, Azienda Ospedaliera di Bologna Sant'Orsola Malpighi, Istituto Ortopedico Rizzoli, Azienda USL Ferrara e Azienda Ospedaliero universitaria di Ferrara). Aperta a cittadini ed operatori, l'incontro ha visto la partecipazione, tra gli altri, oltre delle Direzioni Generali di alcune Aziende e del Prefetto di Ferrara, anche della prof.ssa Nicotra Ida Angela (Componente del Consiglio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione), del Dr. Broccoli Lorenzo (Direttore Generale Organizzazione, Personale, Sistemi Informativi e Telematica/Responsabile della Prevenzione della Corruzione della Regione Emilia Romagna), del Dr. Frassoldati Antonio (Direttore U.O. di Oncologia del Dipartimento ad Attività Integrata Medico Specialistico – AOU Ferrara) e del dr. Brunetti Massimo (Illuminiamo la salute – Gruppo LIBERA).

Il percorso di diffusione del Piano della Trasparenza e di sensibilizzazione di operatori e cittadini rispetto ad una cultura della Trasparenza e dell'Integrità proseguirà nel corso del 2016 secondo le modalità già sperimentate.

Si è già descritta al punto 2 la fase di predisposizione del Programma 2016-2018. Il presente Piano, dopo l'approvazione con deliberazione, sarà poi pubblicato sulla sezione Amministrazione Trasparente del sito e tale pubblicazione sarà evidenziata con specifica comunicazione della direzione generale ai portatori di interesse individuati, e tramite gli ulteriori strumenti di comunicazione (social network, mass media ed organizzazione di Giornate della Trasparenza), nonché, per una più capillare diffusione tra i dipendenti aziendali diffusa attraverso gli strumenti di comunicazione interna (news letter interna e intranet).

4. Processo di attuazione del Programma Trasparenza

Responsabilità e competenze

Si conferma quanto già previsto nei PTTI 2014 – 2016 con gli aggiornamenti apportati dal PTTI 2015-2017 per le funzioni del Responsabile Trasparenza, dei Responsabili della pubblicazione, del Direttore dell'UO Tecnologie Informatiche e di Rete, del Responsabile dell'Informazione e Comunicazione e degli Organismi di valutazione (OIV e OAS).

Responsabile per la trasparenza. (R.T.)

Deliberazione di nomina n. 105 del 07.08.2013

1) svolge i compiti previsti dall'art. 43 del D.Lgs. 33/2013 e precisamente:

- 1.1 *“svolge stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate”* (comma 1).
- 1.2 Segnala *“all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione, all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione”* (comma 1)
(In base alle indicazioni formalizzate dall'OIV – deliberazione n. 1/2014 -, il Responsabile Trasparenza segnala all'OAS, il quale informa l'OIV.)
- 1.3 *“Provvede all'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità;”* comma 2
- 1.4 *“Controlla e assicura la regolare attuazione dell'accesso civico;”* (comma 4)

1.5 *“In relazione alla loro gravità, il responsabile segnala i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, all’ufficio di disciplina, ai fini dell’eventuale attivazione del procedimento disciplinare. Il Responsabile segnala altresì gli inadempimenti al vertice politico dell’amministrazione, all’OIV ai fini dell’attivazione delle altre forme di responsabilità”* (comma 5) (In base alle indicazioni formalizzate dall’OIV, il Responsabile Trasparenza segnala all’OAS, il quale informa l’OIV).

Spetta inoltre al Responsabile trasparenza

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

Direttori e altri Responsabili della pubblicazione

1. Nell’Allegato 1 sono individuati per ciascun obbligo di pubblicazione, i Responsabili della pubblicazione. Sono inoltre previsti i responsabili (interni) deputati alla produzione e/o trasmissione del dato. Qualora gli atti da pubblicare non siano prodotti dall’Azienda sono indicati gli enti produttori.
2. I Responsabili della pubblicazione sono individuati in quanto Responsabili del procedimento ex L. 241/90 o in quanto gestori/responsabili del processo o delle funzioni afferenti all’obbligo di pubblicazione. La deliberazione n. 88 del 25.06.2014 specifica che ai sensi dell’art. 43 D. 33/2013 e dell’art. 6 L. 241/90 ogni direttore/dirigente è responsabile delle pubblicazioni previste dalla normativa per i procedimenti di competenza degli uffici afferenti al direttore/dirigente medesimo.
3. Il Responsabile della pubblicazione è il dominus del processo. In particolare:
 - definisce, eventualmente d’intesa con i responsabili della produzione dei dati, i contenuti dell’obbligo di pubblicazione di cui è responsabile, ferme restando eventuali indicazioni degli organismi/enti competenti (es. ANAC, Regione Emilia Romagna), o

interne all'Azienda (Direzione, Responsabile per la trasparenza, Organismo di valutazione). A fronte di rilievi o comunque di richieste di chiarimenti del Responsabile trasparenza e/o dell'Organismo di Valutazione, è tenuto ad approfondire e riferire.

- Provvede alla pubblicazione dei dati/informazioni in conformità alle disposizioni di cui al D. Lgs. 33/2013 (in particolare artt. 4, 6, 7, 8, 9)
- Cura l'aggiornamento (con indicazione della data- periodo di riferimento) secondo le tempistiche stabilite negli obiettivi di trasparenza
- Cura la qualità dei dati secondo le indicazioni fornite dall'Organismo competente, in particolare l'allegato n. 2 alla Delibera CIVIT n. 50/2013;
- Individua gli operatori incaricati della pubblicazione (eventualmente specificandone le abilitazioni di accesso alle sezioni/sottosezioni in caso di diversificazione della competenza). Fornisce le necessarie istruzioni nel merito dei dati da pubblicare.
- Valida i dati preliminarmente alla pubblicazione.
- Ha cura di pubblicare - nel caso in cui i dati/informazioni oggetto dell'obbligo di pubblicazione facciano parte di flussi informativi istituzionali o comunque formalizzati tratti da detti flussi al fine di garantire la coerenza e certezza delle informazioni.
- Regola, d'intesa con i responsabili degli uffici produttori, modalità, tempi e contenuti del flusso informativo -compresi gli aggiornamenti- tramite appositi protocolli/procedure operative/note. Qualora le informazioni- atti da pubblicare siano prodotte da enti diversi, si attiva nei confronti degli stessi.
- Effettua le verifiche richieste dal Responsabile della trasparenza (come più avanti descritte), propedeutiche all'azione di controllo e monitoraggio di competenza di quest'ultimo.
- Collabora con il R.T e fornisce quanto necessario per il riscontro alle richieste di accesso civico con le modalità ed i tempi più avanti definiti.

Direttore UO Tecnologie Informatiche e di rete

Fornisce e gestisce lo strumento tecnico necessario – anche tramite ricorso ad apposito software di gestione- per la pubblicazione dei dati con le caratteristiche tecniche previste dal D.Lgs. 33/2013 (artt. 6, 7, 8,9) e dalle ulteriori disposizioni di dettaglio fornite dagli organismi competenti (in particolare Delibera CIVIT n. 50/2013 All. 2).

In particolare;

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

Il Direttore UOTIR garantisce ai Responsabili della pubblicazione il supporto tecnico anche per ciò che riguarda l'apertura dei formati e per tale aspetto costituisce il Referente del Responsabile della trasparenza nell'ambito dei controlli e monitoraggi dal medesimo disposti (come più avanti precisato).

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

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

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

Dirigente Responsabile Comunicazione/Informazione

Il responsabile dello Staff Informazione e Comunicazione cura la diffusione dei contenuti del programma della Trasparenza (compresa l'eventuale organizzazione della Giornate della Trasparenza) secondo le modalità già specificate.

Oltre a questo rileva e monitora il grado di interesse dei dati pubblicati da parte degli stakeholder esterni ed interni tramite:

- questionario di gradimento predisposto e disponibile sia on line che presso l'Ufficio Relazioni con il Pubblico
- segnalazioni che perverranno tramite posta, mail o PEC, o attraverso i social network
- rilevazione statistica degli accessi alla sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale

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

Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e Organismo aziendale di supporto (OAS)

La Regione Emilia Romagna ha disciplinato le competenze e le funzioni dell'OIV unico per enti ed aziende del SSR e le speculari funzioni degli OAS, Organismi aziendali di Supporto da costituire in ogni Azienda. L'OAS è costituito con deliberazione n. 153 del 23.10.2014 e la composizione è stata integrata con deliberazione n. 183 del 19.12.2014.

Compete all'OIV in particolare:

La promozione e l'attestazione della trasparenza e dell'integrità dei sistemi di programmazione, valutazione, misurazione delle attività e delle prestazioni organizzative e individuali applicati in enti e aziende del Servizio sanitario regionale e dell'ARPA.

L'esercizio delle funzioni attribuite agli organismi di cui all'art. 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150 (Attuazione delle legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni) da successive leggi statali.

La Direzione generale, l'Organismo Aziendale di Supporto (OAS) ed il Responsabile per la Trasparenza si attiveranno sulla base delle disposizioni regionali e secondo le indicazioni dell'OIV (da ultimo deliberazione dell'OIV - SSR n. 2/2015).

4.1 Controllo e monitoraggio

1. I Responsabili della pubblicazione, almeno due volte all'anno, con periodicità semestrale, di norma entro il 30 aprile ed entro il 31 ottobre effettuano l'auto verifica relativamente agli obblighi di pubblicazione di competenza in base alle attribuzioni di cui all'Allegato 1 ed alla declinazione degli obiettivi ivi elencati.

A tal fine utilizzano la griglia di rilevazione riferita agli obblighi di pubblicazione, con riferimento ai parametri della completezza, dell'aggiornamento e dell'apertura del formato.

Nell'ambito di tale verifica dispongono gli interventi eventualmente necessari.

2. I Responsabili della pubblicazione, entro i termini di cui sopra- trasmettono al R.T. le griglie compilate e sottoscritte eventualmente completate da precisazioni e, a fronte di rilevate carenze, con specificazione dei motivi e l'indicazione delle azioni e dei tempi necessari per la regolarizzazione in linea con gli obiettivi definiti.

Il R.T. , previa verifica, predispone griglia riassuntiva generale dello stato di attuazione.

Per quanto riguarda il formato, il Responsabile della trasparenza si avvale della collaborazione del TIR. A tal fine, il R.T. trasmette al Direttore UOTIR la griglia riassuntiva, per la verifica della stessa limitatamente alla parte dell'apertura del formato. Qualora il Direttore UOTIR rilevi discrepanze o criticità, relaziona al R.T. indicando anche azioni e tempi necessari per la regolarizzazione in linea con gli obiettivi definiti.

Il R.T. trasmette tale documento riassuntivo, eventuali proprie precisazioni e le eventuali relazioni dei Responsabili della pubblicazione e del Direttore TIR , alla Direzione Generale, all'OAS e al Responsabile Prevenzione Corruzione di norma entro il 31 maggio ed entro il 30 novembre di ogni anno (e, per conoscenza, ai Responsabili della pubblicazione).

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

4. L'auto verifica da parte dei Responsabili della pubblicazione ed il controllo a cura del R.T. descritte ai punti 1 e 2, riguardano anche lo stato di pubblicazione dei "Dati ulteriori" sulla base dei tempi di realizzazione definiti negli obiettivi di trasparenza.

5. Il R.T. può effettuare controlli mirati a seguito di richieste di accesso civico, nonché a seguito di reclami presentati all'Azienda da soggetti terzi che riceve dalla Comunicazione/Informazione (URP). Riferisce gli esiti dei controlli alla Direzione generale e al Responsabile P.C.

Qualora dall'attività di controllo sopra descritta emergano ripetutamente gravi inadempienze in materia di obblighi di pubblicazione previsti dalla legge, il R.T. (in ottemperanza all'art. 43 D. 33/2013) trasmette gli atti alla Direzione generale, all'OAS (e per suo tramite all'OIV regionale), al RPC ed anche all'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD)

4.2 Accesso civico

Il decreto legislativo n. 33/2013 introduce e disciplina l'accesso civico. E' riconosciuto a chiunque il diritto di richiedere documenti/informazioni/dati per i quali non risulti osservato dalla pubblica amministrazione l'obbligo di pubblicazione previsto dalla normativa vigente.

La richiesta di accesso civico non deve essere motivata ed è gratuita; presupposto del diritto è che sussista in base alla normativa l'obbligo di pubblicazione di quanto oggetto della richiesta.

L'istanza deve contenere la descrizione dei documenti/dati/informazioni richiesti (tale da consentirne l'individuazione) e va presentata al Responsabile della Trasparenza con le modalità già pubblicate nel sito (Amministrazione trasparente – Altri contenuti – Accesso civico).

Nel corso del 2015 non risultano agli atti richieste di accesso civico.

Si confermano le modalità procedurali già definite nel 1° Programma (eccetto il richiamo all'OVA da intendersi riferito all'OAS) che si riportano:

“- Il R.T. che riceve la richiesta di accesso civico, entro 5 giorni dal ricevimento, la protocolla e la trasmette via mail al Direttore/Responsabile (o più direttori) della pubblicazione dei dati oggetto della richiesta individuato in base all' Allegato 1 o, se non individuato, al Direttore /Responsabile competente per materia.

- Qualora la richiesta di accesso civico sia ricevuta da altra U.O. aziendale, il relativo responsabile la protocolla e la trasmette via mail entro e non oltre 2 giorni dal ricevimento, al R.T. Il R.T. procede come sopra, entro 3 giorni dal ricevimento.

-Il R.T. contestualmente all'inoltro, dà comunicazione al richiedente dell'avvio del procedimento ex L. 241/90;

- Il Direttore/responsabile che riceve la richiesta di accesso civico verifica se i dati sono pubblicati, in tutto o in parte e se rientrano o meno tra gli obblighi di pubblicazione previsti dalle norme di legge o tra i "dati ulteriori" definiti nel Programma.

In relazione all'esito della verifica:

a) se i dati sono tutti pubblicati alla data di arrivo all'Azienda della richiesta di accesso civico, il Direttore/Responsabile comunica al R.T. via mail entro 10 giorni, il collegamento ipertestuale.

b) se i dati non sono pubblicati (anche solo in parte) e rientrano tra gli obblighi di pubblicazione previsti dalle norme nonché tra gli obiettivi di trasparenza, il Direttore/Responsabile si attiva per pubblicare entro i successivi 15 giorni dando comunicazione via mail entro lo stesso termine al R.T. con indicazione del collegamento ipertestuale.

Entro il termine di legge (30 giorni dalla data di arrivo della richiesta di accesso civico) il R.T. in entrambi i casi dà comunicazione al richiedente.

c) se i dati non sono pubblicati e rientrano tra gli obblighi di pubblicazione, ma non tra gli obiettivi di trasparenza secondo i tempi di realizzazione declinati nell'allegato 1, il Responsabile della pubblicazione relaziona anche in merito alla possibilità di anticipare la pubblicazione dei dati. Qualora non sia possibile il rispetto del termine del procedimento di accesso civico, precisa i tempi entro i quali garantisce la pubblicazione con eventuale anticipazione di realizzazione dell'obiettivo. Motiva eventuali ritardi. Riscontra al R.T. con le informazioni necessarie per gestire la richiesta di accesso entro 15 giorni.

d) se i dati non pubblicati non rientrano tra gli obblighi di pubblicazione previsti dalle norme (e neppure tra i "dati ulteriori") il Direttore/Responsabile relaziona al R.T. entro 10 giorni dal ricevimento, esprimendo altresì valutazioni circa la possibilità di considerare la richiesta ai fini della pubblicazione nella categoria dei "dati ulteriori" (proponendo in tal caso tempi e modalità). Il R.T. riscontra la richiesta di accesso civico nel termine di legge, sulla base della relazione di che sopra..

e) se i dati non pubblicati rientrano tra i "dati ulteriori" procede come sub) b) se inadempiente rispetto agli obiettivi di trasparenza definiti.

f) se i dati non pubblicati rientrano tra i “dati ulteriori” ma gli obiettivi di trasparenza prevedono tempi di pubblicazione diversi, il direttore/Responsabile, entro 10 giorni, relaziona al R.T. formulando anche eventuali proposte circa l’eventuale possibile anticipazione.

In tutti i casi il R.T. riscontra nei termini di legge la richiesta di accesso civico sulla base di quanto ricevuto dal Responsabile Pubblicazione.

Ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 5, comma 6 (“La richiesta di accesso civico comporta, da parte del Responsabile della trasparenza, l’obbligo di segnalazione di cui all’art. 43, comma 5”) il R.T. trasmette al Direttore generale, all’OVA (OAS) e al Responsabile Prevenzione Corruzione:

*- le singole richieste di accesso civico (e relativi riscontri) rientranti nelle categorie sub **b) e sub) e**);*

- report annuale riassuntivo delle richieste di accesso civico pervenute, con evidenziazione delle richieste evase (come nota di riscontro e/o come tempi di pubblicazione) oltre il termine di 30 giorni (chiarendo in tal caso l’andamento di tutti i termini endoprocedimentali).

Fatte salve le valutazioni discrezionali del R.T a fronte di casi particolari, la particolare gravità che implica l’obbligo di segnalazione, da parte del R.T. anche all’UPD (oltre che al Direttore Generale, all’OVA – OAS - e al RPC) ricorre in presenza di totale inerzia del Direttore/Responsabile e cioè qualora il Direttore/Responsabile, ricevuta la richiesta di accesso civico, non provveda alla pubblicazione dei dati prevista da norme di legge nei tempi definiti e non fornisca alcun riscontro al Responsabile Trasparenza.

A prescindere dall’istanza che può presentare l’interessato ai sensi dell’art. 2 L.241/90, il R.T. è comunque tenuto ad informare del silenzio o del ritardo del Responsabile della Pubblicazione il Titolare del potere sostitutivo. Il R.T. collabora con lo stesso per l’istruttoria della richiesta. Il Titolare del potere sostitutivo dispone, tramite le strutture competenti, la pubblicazione se dovuta, dando comunicazione al richiedente del collegamento ipertestuale.

L’istanza di accesso civico rivolta al titolare del potere sostitutivo, se conseguente all’inutile decorso del termine di 30 giorni della prima istanza di accesso civico, è gestita dal titolare del potere sostitutivo ai sensi dell’art. 2 L. 241/90..

Il Titolare del potere sostitutivo, qualora l'istanza di accesso civico sia derivata dall'effettivo silenzio protratto per oltre 30 giorni, è tenuto a trasmettere gli atti al Direttore Generale, all'OVA (OAS), al RPC e all'UPD. “

5. Dati ulteriori

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

Oltre a quanto già pubblicato nel corso degli anni, altre tipologie di dati potranno emergere da osservazioni/ricieste dei portatori di interessi od anche da proposte dei dirigenti aziendali.

Sono comunque confermati i criteri di individuazione e selezione già declinati nel 1° Programma, che si riportano:

“- vincoli derivanti dalle norme in tema di protezione di dati personali di cui al D.Lgs. 193/2006, oltre che di segreto. In particolare l'art. 4, comma 3 del D.Lgs. 33 citato, prevede che “ “Le pubbliche amministrazioni possono disporre la pubblicazione nel proprio sito istituzionale di dati, informazioni e documenti che non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi del presente decreto o sulla base di specifica previsione di legge o regolamento, fermi restando i limiti e le condizioni espressamente previsti da disposizioni di legge, procedendo alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti.”

- principi ulteriori che regolano l'azione amministrativa (economicità, efficienza, efficacia), in considerazione dei costi che l'amministrazione deve sopportare per procedere al reperimento ed alla pubblicazione.

Pertanto i dati ulteriori potranno essere dati già disponibili nell'ambito dei vari flussi informativi aziendali, o elaborazioni di secondo livello di dati disponibili, o rappresentazioni semplificate, o comunque informazioni facilmente reperibili con modalità non inutilmente costose.

-effettivo interesse per la collettività.”

ALLEGATO N. 1 AL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA' 2016-2018 (estratto dall'allegato 1 alla delibera CIVIT 50/2013)

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI									
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Responsabile Pubblicazione	Enti/uffici responsabili produzione e/o trasmissione dato	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	stato avanzamento	Tempi di realizzazione (Obiettivi) e Note
Disposizioni generali	Programma per la Trasparenza e l'Integrità	Responsabile della Trasparenza	Responsabile della Trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Programma per la Trasparenza e l'Integrità	Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e relativo stato di attuazione (art. 10, cc. 1, 2, 3, d.lgs. 33/2013)	<p>Annuale (art. 10, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>--- entro 30 giorni dall'adozione o entro tempi previsti da ANAC</p>	pubblicato	
	Attestazioni OIV o struttura analoga	Programmazione e C.D.	Programmazione e C.D.	Art. 14, c. 4, lett. g), d.lgs. n. 150/2009	Attestazioni OIV o struttura analoga	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	<p>Annuale e in relazione a delibere ANAC</p> <p>--- entro 30 giorni dall'adozione o entro tempi previsti da ANAC</p>	pubblicato	
	Atti generali	UOSGAL	Tutte le UU.OO.	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi link alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	<p>Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>--- entro 30 giorni dalla pubblicazione su GU. Le UU.OO. comunicano a UOSGAL le norme da pubblicare entro 10 giorni dalla pubblicazione in GU. L'UOSGAL pubblica entro i successivi 20 giorni.</p>	pubblicato	
							<p>Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>--- Entro 30 giorni dall'adozione / modifica dell'atto Le UU.OO. comunicano a UOSGAL gli atti adottati da pubblicare entro 10 giorni dall'adozione. L'UOSGAL pubblica nei successivi 20 giorni.</p>	pubblicato	
							<p>Tempestivo</p> <p>--- Entro 30 giorni dall'adozione / modifica</p>	pubblicato	
	Oneri informativi per cittadini e imprese	UOASSOT e DSP	UOASSOT e DSP	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenario obblighi amministrativi	Scadenario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni (secondo le modalità determinate con uno o più D.P.C.M. da adottare entro 90 gg. dall'entrata in vigore del d.l. n. 69/2013)	<p>Tempestivo</p> <p>--- Inserito il collegamento al sito della Funzione Pubblica</p>	pubblicato	
	Burocrazia zero	DSP	DSP	Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013	Attività soggette a controllo	Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali le pubbliche amministrazioni competenti ritengono necessarie l'autorizzazione, la segnalazione certificata di inizio attività o la mera comunicazione)	<p>Tempestivo</p> <p>--- entro 30 giorni dalla pubblicazione sul BUR delle modifiche/integrazioni alla normativa vigente</p>	pubblicato	
Organizzazione	Articolazione degli uffici	Informazione Comunicazione	UORU / Staff Direzione Generale	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Articolazione degli uffici	<p>Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>--- La situazione all'01/01 è pubblicata entro il 31/01</p>	pubblicato	
		UORU	UORU / Staff Direzione Generale	Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	<p>Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>--- La situazione all'01/01 è pubblicata entro il 31/01</p>	pubblicato	
		Informazione Comunicazione	UORU / Staff Direzione Generale	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Competenze e risorse a disposizione di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale	<p>Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>--- La situazione all'01/01 è pubblicata entro il 31/01</p>	pubblicato	
		UORU	UORU	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	<p>Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>--- La situazione all'01/01 è pubblicata entro il 31/01</p>	pubblicato		
	Telefono e posta elettronica	Informazione Comunicazione	Tutte le UU.OO.	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	<p>Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>--- entro 45 giorni dalla modifica. entro 15 giorni l' UOPTI (per telefono) e l'UOTIR (per posta elettronica) comunicano la modifica all'Informazione e Comunicazione. L'Informazione e Comunicazione pubblica nei successivi 30 giorni.</p>	pubblicato	

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI									
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Responsabile Pubblicazione	Enti/uffici responsabili produzione e/o trasmissione dato	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	stato avanzamento	Tempi di realizzazione (Obiettivi) e Note
Consulenti e collaboratori		Tutte le UU.OO./Direzioni che conferiscono gli incarichi previsti dalla norma	Tutte le UU.OO./Direzioni che conferiscono gli incarichi previsti dalla norma	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) per i quali è previsto un compenso con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- Pubblicazione e aggiornamento entro 30 giorni dal conferimento o variazioni di incarico (comunque prima della produzione degli effetti dell'atto e della liquidazione)	pubblicato	Come previsto dall'Atto di indirizzo prot. PG 2014/231682 della Direzione Generale Sanità e Politiche sociali della RER, gli incarichi di docenza sono pubblicati se conferiti sulla base delle tipologie contrattuali di cui all'art. 7, comma 6 e seg. D. Lgs. 165./2001.
				Art. 10, c. 8, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- 90 giorni dal conferimento incarico	pubblicato	
				Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		2) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- Pubblicazione e aggiornamento entro 30 giorni dal conferimento o variazioni di incarico (comunque prima della produzione degli effetti dell'atto e della liquidazione)	pubblicato	
				Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- 90 giorni dal conferimento incarico	pubblicato	
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	DAT	Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- Contestuale alla trasmissione alla F.P.	pubblicato			
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Tutte le UU.OO./Direzioni che conferiscono gli incarichi previsti dalla norma	Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo --- 90 giorni dal conferimento incarico	pubblicato			
Incarichi amministrativi di vertice (Direttore generale, Direttore sanitario, Direttore		UOSGAL (link Regione Emilia Romagna)	Regione Emilia Romagna	Art. 41, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	SSN - Bandi e avvisi	Bandi e avvisi di selezione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- Inserito il collegamento al sito della Regione Emilia-Romagna	pubblicato	Il dato è pubblicato per il Direttore Generale della Regione. Per i Direttori Sanitario e Amministrativo le norme non prevedono bando.
		UOSGAL (link Regione Emilia Romagna)	Regione Emilia Romagna		SSN - Procedure selettive	Informazioni e dati concernenti le procedure di conferimento degli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- Inserito il collegamento al sito della Regione Emilia-Romagna		
		UOSGAL	UOSGAL/Regione Emilia Romagna	Art. 41, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Estremi ed atti di conferimento di incarichi amministrativi di vertice a soggetti dipendenti della pubblica amministrazione (NB: sono da includersi sia i dirigenti contrattualizzati sia quelli posti in regime di diritto pubblico)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 30 giorni dal conferimento di incarico		
		UOSGAL	UOSGAL/Regione Emilia Romagna		Estremi ed atti di conferimento di incarichi amministrativi di vertice a soggetti estranei alla pubblica amministrazione con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato (NB: sono da includersi sia i dirigenti contrattualizzati sia quelli posti in regime di diritto pubblico)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 30 giorni dal conferimento di incarico	non sussiste la fattispecie		
		UOSGAL	UOSGAL/Regione Emilia Romagna		1) curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 30 giorni dal conferimento di incarico			

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI											
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Responsabile Pubblicazione	Enti/uffici responsabili produzione e/o trasmissione dato	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	stato avanzamento	Tempi di realizzazione (Obiettivi) e Note		
amministrativo)	UOSGAL	UOSGAL	UORU	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	SSN- Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	2) compensi, comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato, e a incarichi di consulenza e collaborazione da parte dell'amministrazione di appartenenza o di altro soggetto	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>La retribuzione annuale, riferita all'annualità precedente, è pubblicata entro 31.3</i>	pubblicato			
						3) dati relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali (comprese le prestazioni svolte in regime intramurario), e relativi compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>entro 30 giorni dal ricevimento della dichiarazione</i>				
						4) dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013) --- <i>entro 30 giorni dal ricevimento della dichiarazione</i>				
						5) dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013) --- <i>entro 30 giorni dal ricevimento della dichiarazione annuale</i>				
Dirigenti (dirigenti non generali)	UORU	UORU	UORU	Art. 15, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi dirigenziali a soggetti dipendenti della pubblica amministrazione (NB: sono da includersi sia i dirigenti contrattualizzati sia quelli posti in regime di diritto pubblico)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>entro 30 giorni dal conferimento di incarico</i>	pubblicazione	La sottosezione è riferita alla dirigenza PTA. Curriculum e compensi sono pubblicati per tutta la dirigenza anche sanitaria		
						Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Estremi degli atti di conferimento di incarichi dirigenziali a soggetti estranei alla pubblica amministrazione con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato (NB: sono da includersi sia i dirigenti contrattualizzati sia quelli posti in regime di diritto pubblico)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>entro 30 giorni dal conferimento di incarico</i>	Non sussiste la fattispecie		
						Art. 10, c. 8, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Per ciascun titolare di incarico:				
						Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	1) Curriculum, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>entro 30 giorni dal conferimento di incarico</i>	pubblicato		
						Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	2) compensi, comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato, e a incarichi di consulenza e collaborazione da parte dell'amministrazione di appartenenza o di altro soggetto	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>La retribuzione annuale, riferita all'annualità precedente, è pubblicata entro 31.3</i>	pubblicato		
						Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	3) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali, e relativi compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>entro 90 giorni dal conferimento di incarico</i>	pubblicato		
						Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	4) dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013) --- <i>annualmente (la dichiarazione ha validità fino al 31.12 dell'anno successivo alla data del rilascio)</i>	Non prevista in relazione alla delibera ANAC n. 149/2014		
						Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	5) dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013) --- <i>annualmente (la dichiarazione ha validità fino al 31.12 dell'anno successivo alla data del rilascio)</i>			
						Art. 15, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Elenco posizioni dirigenziali discrezionali	Elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>entro 30 giorni dal conferimento di incarico</i>	Non sussistono dati da pubblicare	
						Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo --- <i>entro 5 giorni dalla data di apertura dei termini per la presentazione delle domande limitatamente agli incarichi di struttura semplice e complessa</i>	pubblicato	

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI													
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Responsabile Pubblicazione	Enti/uffici responsabili produzione e/o trasmissione dato	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	stato avanzamento	Tempi di realizzazione (Obiettivi) e Note				
Personale	Dirigenti (Responsabili di Dipartimento e Responsabili di strutture semplici e complesse)	UORU	UORU	Art. 41, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	SSN - Dirigenti (da pubblicare in tabelle)	Bandi e avvisi di selezione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 5 giorni dalla data di apertura dei termini per la presentazione delle domande	pubblicato	La sottosezione è riferita alla dirigenza sanitaria con incarico gestionale ex art. 41				
						Informazioni e dati concernenti le procedure di conferimento degli incarichi di responsabile di dipartimento e di strutture semplici e complesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 30 giorni dal conferimento di incarico						
				Art. 41, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Estremi ed atti di conferimento di incarichi dirigenziali di responsabile dipartimento e di strutture semplici e complesse a soggetti dipendenti della pubblica amministrazione (NB: sono da includersi sia i dirigenti contrattualizzati sia quelli posti in regime di diritto pubblico)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 30 giorni dal conferimento di incarico	pubblicato					
						Estremi ed atti di conferimento di incarichi dirigenziali di responsabile di dipartimento e di strutture semplici e complesse a soggetti estranei alla pubblica amministrazione con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato (NB: sono da includersi sia i dirigenti contrattualizzati sia quelli posti in regime di diritto pubblico)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 30 giorni dal conferimento di incarico	Non sussiste la fattispecie					
						Per ciascun titolare di incarico di responsabile di dipartimento e di struttura complessa:							
						1) curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 30 giorni dal conferimento di incarico	pubblicato					
						2) compensi, comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato, e a incarichi di consulenza e collaborazione da parte dell'amministrazione di appartenenza o di altro soggetto	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- annuale. La retribuzione annuale riferita all'annualità precedente, è pubblicata entro 31.3	pubblicato					
						3) dati relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali (comprese le prestazioni svolte in regime intramurario), e relativi compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 30 gg dal conferimento dell'incarico	pubblicato					
				Posizioni organizzative		UORU	UORU	Art. 10, c. 8, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 30 giorni dal conferimento dell'incarico	pubblicato	
				Dotazione organica		UORU	UORU	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	UORU	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 30 giorni dalla certificazione del conto da parte della Ragioneria dello Stato	pubblicato
Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 30 giorni dalla certificazione del conto da parte della Ragioneria dello Stato											
Personale non a tempo indeterminato	UORU	UORU	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	UORU	Personale non a tempo indeterminato	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato ed elenco dei titolari dei contratti a tempo determinato, con l'indicazione delle diverse tipologie di rapporto, della distribuzione di questo personale tra le diverse qualifiche e aree professionali, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) --- L'elenco dei titolari riferito all'anno precedente è pubblicato entro il 28/02	pubblicato					
					Costo del personale non a tempo indeterminato	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 30 giorni dalla scadenza del trimestre						
Tassi di assenza	UORU	UORU	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	UORU	Tassi di assenza	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 15 giorni dalla scadenza del trimestre	pubblicato					
Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	AATDD / DAT	AATDD / DAT / UORU	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	UORU	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- contestuale alla trasmissione alla F.P.	pubblicato					

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI									
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Responsabile Pubblicazione	Enti/uffici responsabili produzione e/o trasmissione dato	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	stato avanzamento	Tempi di realizzazione (Obiettivi) e Note
	Contrattazione collettiva	UORU	UORU	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- pubblicazione contemporanea al sito dell'ARAN	pubblicato	
	Contrattazione integrativa	UORU	UORU	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 5 giorni dalla pubblicazione della delibera		
		UORU	UORU	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009) --- entro 30 giorni dalla certificazione del conto da parte della Ragioneria dello Stato		
	OIV	Programmazione e C.D.	Programmazione e C.D.	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 30 gg dalla nomina	pubblicato	
		Programmazione e C.D.	Programmazione e C.D.	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 30 gg dalla nomina		
		Programmazione e C.D.	UORU	Par. 14.2, delib. CiVIT n. 12/2013		Compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 30 gg dalla nomina		
Bandi di concorso	UORU	UORU	Art. 19, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- La pubblicazione del bando avviene entro 5 giorni dalla data di apertura dei termini per la presentazione delle domande e l'integrazione di ulteriori dati avviene semestralmente (entro 60 giorni dalla scadenza del semestre 30.4 e 31.10)	pubblicato		
	UORU	UORU	Art. 19, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Elenco dei bandi espletati (da pubblicare in tabelle)	Elenco dei bandi in corso e dei bandi espletati nel corso dell'ultimo triennio con l'indicazione, per ciascuno di essi, del numero dei dipendenti assunti e delle spese effettuate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- La pubblicazione del bando avviene entro 5 giorni dalla data di apertura dei termini per la presentazione delle domande e l'integrazione di ulteriori dati avviene semestralmente (entro 60 giorni dalla scadenza del semestre 30.4 e 31.10)			
	UORU	UORU	Art. 23, cc. 1 e 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 16, lett. d), l. n. 190/2012	Dati relativi alle procedure selettive (da pubblicare in tabelle)	Concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera Per ciascuno dei provvedimenti: 1) oggetto 2) eventuale spesa prevista 3) estremi relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo relativo al procedimento	Tempestivo --- La pubblicazione del bando avviene entro 5 giorni dalla data di apertura dei termini per la presentazione delle domande e l'integrazione di ulteriori dati avviene semestralmente (entro 60 giorni dalla scadenza del semestre 30.4 e 31.10)			
	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Programmazione e C.D.	Programmazione e C.D.	Par. 1, delib. CiVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo --- entro 30 giorni dalla formalizzazione di ciascun atto o nei tempi indicati da ANAC	pubblicato	
	Piano della Performance	Programmazione e C.D.	Programmazione e C.D.	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 30 giorni dalla formalizzazione di ciascun atto o nei tempi indicati da ANAC		
	Relazione sulla Performance	Programmazione e C.D.	Programmazione e C.D.		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 30 giorni dalla formalizzazione di ciascun atto o nei tempi indicati da ANAC		
	Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance	Programmazione e C.D.	Programmazione e C.D.	Par. 2.1, delib. CiVIT n. 6/2012	Documento OIV di validazione della Relazione sulla Performance	Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo --- entro 30 giorni dalla formalizzazione di ciascun atto o nei tempi indicati da ANAC		

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI										
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Responsabile Pubblicazione	Enti/uffici responsabili produzione e/o trasmissione dato	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	stato avanzamento	Tempi di realizzazione (Obiettivi) e Note	
Performance	Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni	Programmazione e C.D.	Programmazione e C.D.	Par. 4, delib. CIVIT n. 23/2013	Relazione OIV sul funzionamento del Sistema	Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo --- <i>entro 30 giorni dalla formalizzazione di ciascun atto o nei tempi indicati da ANAC</i>			
	Ammontare complessivo dei premi	UORU	UORU	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi (da pubblicare in tabelle)	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>Il dato riferito all'annualità precedente è pubblicato entro il 30 novembre e comunque al termine dei pagamenti dei saldi di produttività/risultato</i>	pubblicato		
		UORU	UORU			Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>Il dato riferito all'annualità precedente è pubblicato entro il 30 novembre e comunque al termine dei pagamenti dei saldi di produttività/risultato</i>			
	Dati relativi ai premi	UORU	UORU	UORU	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Entità del premio mediamente conseguibile dal personale dirigenziale e non dirigenziale			Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>Il dato riferito all'annualità precedente è pubblicato entro il 30 novembre e comunque al termine dei pagamenti dei saldi di produttività/risultato</i>
							Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi			Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>Il dato riferito all'annualità precedente è pubblicato entro il 30 novembre e comunque al termine dei pagamenti dei saldi di produttività/risultato</i>
Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti							Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>Il dato riferito all'annualità precedente è pubblicato entro il 30 novembre e comunque al termine dei pagamenti dei saldi di produttività/risultato</i>			
Benessere organizzativo	Staff Direzione Generale	CUG / UORU / Governo Clinico / DIT / altre UU.OO.	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>entro 30 giorni dalle rilevazioni</i>	pubblicato parzialmente			
Enti pubblici vigilati	UOCF	UOCF	UOCF	Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Per ciascuno degli enti:	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>entro 60 giorni dal verificarsi del presupposto</i>	Inserita la dicitura: "Al momento non esistono Enti pubblici vigilati"		
						1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>entro 60 giorni dal verificarsi del presupposto</i>			
						2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>entro 60 giorni dal verificarsi del presupposto</i>			
						3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>entro 60 giorni dal verificarsi del presupposto</i>			
						4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>entro 60 giorni dal verificarsi del presupposto</i>			
						5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>entro 60 giorni dal verificarsi del presupposto</i>			

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI												
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Responsabile Pubblicazione	Enti/uffici responsabili produzione e/o trasmissione dato	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	stato avanzamento	Tempi di realizzazione (Obiettivi) e Note			
		UOCF	Enti vigilati			6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 60 giorni dal verificarsi del presupposto					
		UOCF	Enti vigilati			7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 60 giorni dal verificarsi del presupposto					
		UOCF	Enti vigilati	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		7A. Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 60 giorni dal verificarsi del presupposto					
		UOCF	Enti vigilati	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		7B. Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 60 giorni dal verificarsi del presupposto					
		UOCF	Enti vigilati	Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati nei quali sono pubblicati i dati relativi ai componenti degli organi di indirizzo politico e ai soggetti titolari di incarichi dirigenziali, di collaborazione o consulenza	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 60 giorni dal verificarsi del presupposto					
	Società partecipate		UOCF	UOCF	Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società partecipate da amministrazioni pubbliche, quotate in mercati regolamentati e loro controllate (ex art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)			Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) --- 31 agosto successivo all'esercizio di riferimento (entro un mese dal termine di comunicazione dei dati al Ministero dell'Economia e delle Finanze ai sensi dell'art. 12 del DL n. 11/2011 e dell'ar 3 del D.M. 30/07/2010)	pubblicato	
			UOCF	UOCF			Per ciascuna delle società:			Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) --- 31 agosto successivo all'esercizio di riferimento (entro un mese dal termine di comunicazione dei dati al Ministero dell'Economia e delle Finanze ai sensi dell'art. 12 del DL n. 11/2011 e dell'ar 3 del D.M. 30/07/2010)		
			UOCF	UOCF			1) ragione sociale			Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) --- 31 agosto successivo all'esercizio di riferimento (entro un mese dal termine di comunicazione dei dati al Ministero dell'Economia e delle Finanze ai sensi dell'art. 12 del DL n. 11/2011 e dell'ar 3 del D.M. 30/07/2010)		
			UOCF	UOCF			2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione			Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) --- 31 agosto successivo all'esercizio di riferimento (entro un mese dal termine di comunicazione dei dati al Ministero dell'Economia e delle Finanze ai sensi dell'art. 12 del DL n. 11/2011 e dell'ar 3 del D.M. 30/07/2010)		
			UOCF	UOCF			3) durata dell'impegno			Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) --- 31 agosto successivo all'esercizio di riferimento (entro un mese dal termine di comunicazione dei dati al Ministero dell'Economia e delle Finanze ai sensi dell'art. 12 del DL n. 11/2011 e dell'ar 3 del D.M. 30/07/2010)		

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI										
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Responsabile Pubblicazione	Enti/uffici responsabili produzione e/o trasmissione dato	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	stato avanzamento	Tempi di realizzazione (Obiettivi) e Note	
Enti controllati		UOCF	UOCF	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	<p>Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>---</p> <p>31 agosto successivo all'esercizio di riferimento (entro un mese dal termine di comunicazione dei dati al Ministero dell'Economia e delle Finanze ai sensi dell'art. 12 del DL n. 11/2011 e dell'ar 3 del D.M. 30/07/2010)</p>			
		UOCF	UOCF			5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	<p>Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>---</p> <p>31 agosto successivo all'esercizio di riferimento (entro un mese dal termine di comunicazione dei dati al Ministero dell'Economia e delle Finanze ai sensi dell'art. 12 del DL n. 11/2011 e dell'ar 3 del D.M. 30/07/2010)</p>			
		UOCF	Società partecipate			6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	<p>Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>---</p> <p>31 agosto successivo all'esercizio di riferimento (entro un mese dal termine di comunicazione dei dati al Ministero dell'Economia e delle Finanze ai sensi dell'art. 12 del DL n. 11/2011 e dell'ar 3 del D.M. 30/07/2010)</p>			
		UOCF	Società partecipate			7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	<p>Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>---</p> <p>31 agosto successivo all'esercizio di riferimento (entro un mese dal termine di comunicazione dei dati al Ministero dell'Economia e delle Finanze ai sensi dell'art. 12 del DL n. 11/2011 e dell'ar 3 del D.M. 30/07/2010)</p>			
		UOCF	Società partecipate	Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate nei quali sono pubblicati i dati relativi ai componenti degli organi di indirizzo politico e ai soggetti titolari di incarichi dirigenziali, di collaborazione o consulenza	<p>Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>---</p> <p>31 agosto successivo all'esercizio di riferimento (entro un mese dal termine di comunicazione dei dati al Ministero dell'Economia e delle Finanze ai sensi dell'art. 12 del DL n. 11/2011 e dell'ar 3 del D.M. 30/07/2010)</p>			
	UOCF	UOCF								
		UOCF	UOCF	UOCF	Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	<p>Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>---</p> <p>31 agosto successivo all'esercizio di riferimento (entro un mese dal termine di comunicazione dei dati al Ministero dell'Economia e delle Finanze ai sensi dell'art. 12 del DL n. 11/2011 e dell'ar 3 del D.M. 30/07/2010)</p>		
		UOCF	UOCF		Per ciascuno degli enti:					
		UOCF	UOCF		1) ragione sociale		<p>Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>---</p> <p>31 agosto successivo all'esercizio di riferimento (entro un mese dal termine di comunicazione dei dati al Ministero dell'Economia e delle Finanze ai sensi dell'art. 12 del DL n. 11/2011 e dell'ar 3 del D.M. 30/07/2010)</p>			
		UOCF	UOCF		2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione		<p>Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>---</p> <p>31 agosto successivo all'esercizio di riferimento (entro un mese dal termine di comunicazione dei dati al Ministero dell'Economia e delle Finanze ai sensi dell'art. 12 del DL n. 11/2011 e dell'ar 3 del D.M. 30/07/2010)</p>			

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI									
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Responsabile Pubblicazione	Enti/uffici responsabili produzione e/o trasmissione dato	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	stato avanzamento	Tempi di realizzazione (Obiettivi) e Note
Enti di diritto privato controllati	UOCF	UOCF	UOCF	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>31 agosto successivo all'esercizio di riferimento (entro un mese dal termine di comunicazione dei dati al Ministero dell'Economia e delle Finanze ai sensi dell'art. 12 del DL n. 11/2011 e dell'ar 3 del D.M. 30/07/2010)</i>	pubblicato (eccetto dichiarazioni 7A e 7B)	
	UOCF	UOCF				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>31 agosto successivo all'esercizio di riferimento (entro un mese dal termine di comunicazione dei dati al Ministero dell'Economia e delle Finanze ai sensi dell'art. 12 del DL n. 11/2011 e dell'ar 3 del D.M. 30/07/2010)</i>		
	UOCF	UOCF				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>31 agosto successivo all'esercizio di riferimento (entro un mese dal termine di comunicazione dei dati al Ministero dell'Economia e delle Finanze ai sensi dell'art. 12 del DL n. 11/2011 e dell'ar 3 del D.M. 30/07/2010)</i>		
	UOCF	Enti controllati				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>31 agosto successivo all'esercizio di riferimento (entro un mese dal termine di comunicazione dei dati al Ministero dell'Economia e delle Finanze ai sensi dell'art. 12 del DL n. 11/2011 e dell'ar 3 del D.M. 30/07/2010)</i>		
	UOCF	Enti controllati				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>31 agosto successivo all'esercizio di riferimento (entro un mese dal termine di comunicazione dei dati al Ministero dell'Economia e delle Finanze ai sensi dell'art. 12 del DL n. 11/2011 e dell'ar 3 del D.M. 30/07/2010)</i>		
	UOCF	Enti controllati	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	7A. Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013) --- <i>31 agosto successivo all'esercizio di riferimento (entro un mese dal termine di comunicazione dei dati al Ministero dell'Economia e delle Finanze ai sensi dell'art. 12 del DL n. 11/2011 e dell'ar 3 del D.M. 30/07/2010)</i>				
	UOCF	Enti controllati	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	7B. Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>31 agosto successivo all'esercizio di riferimento (entro un mese dal termine di comunicazione dei dati al Ministero dell'Economia e delle Finanze ai sensi dell'art. 12 del DL n. 11/2011 e dell'ar 3 del D.M. 30/07/2010)</i>				
	UOCF	Enti controllati	Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati nei quali sono pubblicati i dati relativi ai componenti degli organi di indirizzo politico e ai soggetti titolari di incarichi dirigenziali, di collaborazione o consulenza	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>31 agosto successivo all'esercizio di riferimento (entro un mese dal termine di comunicazione dei dati al Ministero dell'Economia e delle Finanze ai sensi dell'art. 12 del DL n. 11/2011 e dell'ar 3 del D.M. 30/07/2010)</i>				

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI									
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Responsabile Pubblicazione	Enti/uffici responsabili produzione e/o trasmissione dato	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	stato avanzamento	Tempi di realizzazione (Obiettivi) e Note
	Rappresentazione grafica	UOCF	UOCF	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	<p>Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>---</p> <p><i>31 agosto successivo all'esercizio di riferimento (entro un mese dal termine di comunicazione dei dati al Ministero dell'Economia e delle Finanze ai sensi dell'art. 12 del DL n. 11/2011 e dell'ar 3 del D.M. 30/07/2010)</i></p>	pubblicato	
	Dati aggregati attività amministrativa	Programmazione e C.D.	Tutte le UU.OO. DAT	Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	<p>Annuale</p> <p>La prima pubblicazione decorre dal termine di sei mesi dall'entrata in vigore del decreto</p> <p>---</p> <p><i>entro il 30 aprile di ogni anno</i></p>	pubblicato	
				Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Per ciascuna tipologia di procedimento:	<p>Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>---</p> <p><i>Entro 30 giorni dalla singola modifica derivante da deliberazioni/atti formali e per le modifiche di dati operativi (es. n. telefoni). Entro 60 giorni nel caso di revisione completa derivante da nuova deliberazione di censimento dei procedimenti.</i></p>	pubblicato	
				Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	<p>Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>---</p> <p><i>Entro 30 giorni dalla singola modifica derivante da deliberazioni/atti formali e per le modifiche di dati operativi (es. n. telefoni). Entro 60 giorni nel caso di revisione completa derivante da nuova deliberazione di censimento dei procedimenti.</i></p>	incluso nel responsabile procedimento	
				Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) nome del responsabile del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	<p>Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>---</p> <p><i>Entro 30 giorni dalla singola modifica derivante da deliberazioni/atti formali e per le modifiche di dati operativi (es. n. telefoni). Entro 60 giorni nel caso di revisione completa derivante da nuova deliberazione di censimento dei procedimenti.</i></p>		
				Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	<p>Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>---</p> <p><i>Entro 30 giorni dalla singola modifica derivante da deliberazioni/atti formali e per le modifiche di dati operativi (es. n. telefoni). Entro 60 giorni nel caso di revisione completa derivante da nuova deliberazione di censimento dei procedimenti.</i></p>	pubblicato	
				Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	<p>Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>---</p> <p><i>Entro 30 giorni dalla singola modifica derivante da deliberazioni/atti formali e per le modifiche di dati operativi (es. n. telefoni). Entro 60 giorni nel caso di revisione completa derivante da nuova deliberazione di censimento dei procedimenti.</i></p>		

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI									
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Responsabile Pubblicazione	Enti/uffici responsabili produzione e/o trasmissione dato	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	stato avanzamento	Tempi di realizzazione (Obiettivi) e Note
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Tutte le UU.OO. / Direzioni cui fanno capo procedimenti amministrativi (AATDD, UOCF, UOSGAL, UORU, UOPTI, UOEL, Formazione, DAF, DMP, UOASSOT, Distretto, DPC, Prog. Med.Legale, UO Vet., UO San. Pubbl., UO Prev. Sic. Amb. Lav., DSP)	Tutte le UU.OO. / Direzioni cui fanno capo procedimenti amministrativi (AATDD, UOCF, UOSGAL, UORU, UOPTI, UOEL, Formazione, DAF, DMP, UOASSOT, Distretto, DPC, Prog. Med.Legale, UO Vet., UO San. Pubbl., UO Prev. Sic. Amb. Lav., DSP)	Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>Entro 30 giorni dalla singola modifica derivante da deliberazioni/atti formali e per le modifiche di dati operativi (es. n. telefoni).</i> <i>Entro 60 giorni nel caso di revisione completa derivante da nuova deliberazione di censimento dei procedimenti.</i>		
				Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>Entro 30 giorni dalla singola modifica derivante da deliberazioni/atti formali e per le modifiche di dati operativi (es. n. telefoni).</i> <i>Entro 60 giorni nel caso di revisione completa derivante da nuova deliberazione di censimento dei procedimenti.</i>		
				Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>Entro 30 giorni dalla singola modifica derivante da deliberazioni/atti formali e per le modifiche di dati operativi (es. n. telefoni).</i> <i>Entro 60 giorni nel caso di revisione completa derivante da nuova deliberazione di censimento dei procedimenti.</i>	pubblicato	
				Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		9) link di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>Entro 30 giorni dalla singola modifica derivante da deliberazioni/atti formali e per le modifiche di dati operativi (es. n. telefoni).</i> <i>Entro 60 giorni nel caso di revisione completa derivante da nuova deliberazione di censimento dei procedimenti.</i>		
				Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>Entro 30 giorni dalla singola modifica derivante da deliberazioni/atti formali e per le modifiche di dati operativi (es. n. telefoni).</i> <i>Entro 60 giorni nel caso di revisione completa derivante da nuova deliberazione di censimento dei procedimenti.</i>		
				Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>Entro 30 giorni dalla singola modifica derivante da deliberazioni/atti formali e per le modifiche di dati operativi (es. n. telefoni).</i> <i>Entro 60 giorni nel caso di revisione completa derivante da nuova deliberazione di censimento dei procedimenti.</i>	pubblicato	
				Art. 35, c. 1, lett. n), d.lgs. n. 33/2013		12) risultati delle indagini di customer satisfaction condotte sulla qualità dei servizi erogati attraverso diversi canali, con il relativo andamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>Entro 30 giorni dal risultato dell'indagine</i>		
				Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Per i procedimenti ad istanza di parte: 1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>Entro 30 giorni dalla singola modifica derivante da deliberazioni/atti formali e per le modifiche di dati operativi (es. n. telefoni).</i> <i>Entro 60 giorni nel caso di revisione completa derivante da nuova deliberazione di censimento.</i>	pubblicato	

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI										
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Responsabile Pubblicazione	Enti/uffici responsabili produzione e/o trasmissione dato	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	stato avanzamento	Tempi di realizzazione (Obiettivi) e Note	
				Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- Entro 30 giorni dalla singola modifica derivante da deliberazioni/atti formali e per le modifiche di dati operativi (es. n. telefoni). Entro 60 giorni nel caso di revisione completa derivante da nuova deliberazione di censimento.			
				Art. 23, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, cc. 15 e 16, l. n. 190/2012 Art. 23, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, cc. 15 e 16, l. n. 190/2012 Art. 23, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, cc. 15 e 16, l. n. 190/2012 Art. 23, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, cc. 15 e 16, l. n. 190/2012 Art. 23, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, cc. 15 e 16, l. n. 190/2012 Art. 2, c. 9-bis, l. n. 241/1990 Art. 1, c. 29, l. n. 190/2012	Singoli procedimenti di autorizzazione e concessione (da pubblicare in tabelle)	Per ciascun procedimento di autorizzazione o concessione: 1) contenuto 2) oggetto 3) eventuale spesa prevista 4) estremi relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo relativo al procedimento con indicazione del responsabile del procedimento Per ciascun procedimento nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo per la conclusione del procedimento Indirizzo di posta elettronica certificata a cui il cittadino possa trasmettere istanze e ricevere informazioni circa i provvedimenti e i procedimenti amministrativi che lo riguardano	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 30 giorni dall'adozione dell'atto Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 30 giorni dall'adozione dell'atto Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 30 giorni dall'adozione dell'atto Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 30 giorni dall'adozione dell'atto Tempestivo --- entro 30 giorni dall'adozione dell'atto Tempestivo --- entro 30 giorni dall'adozione dell'atto	attualmente pubblicati nell'ambito di altre sezioni (provvedimenti e procedimenti)		
Monitoraggio tempi procedurali		Resp. Prevenzione Corruzione	Resp. Prevenzione Corruzione e titolari potere sostitutivo (ex art. 2 L. 241/1990)	Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedurali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) La prima pubblicazione decorre dal termine di sei mesi dall'entrata in vigore del decreto --- entro 31 marzo successivo all'anno di riferimento	pubblicato	Entro 31 marzo 2016 la pubblicazione relativa al 2 semestre 2015.	
Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati		UOSGAL,UORU, UOPTI, UOEL, DAF, DMP, DISTRETTO, DPC, UOASSOT, DSP	UOSGAL,UORU, UOPTI, UOEL, DAF, DMP, DISTRETTO, DPC, UOASSOT, DSP	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 30 giorni dalle modifiche	pubblicato		
		Tutte le UU.OO. Interessate	Tutte le UU.OO. Interessate		Convenzioni-quadro	Convenzioni-quadro volte a disciplinare le modalità di accesso ai dati da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 30 giorni dall'approvazione	Quale amministrazione certificante non sono state predisposte convenzioni-quadro volte a disciplinare le modalità di accesso ai dati		
		UOSGAL,UORU, UOPTI, UOEL, DAF, DMP, DISTRETTO, DPC, UOASSOT, DSP	UOSGAL,UORU, UOPTI, UOEL, DAF, DMP, DISTRETTO, DPC, UOASSOT, DSP		Modalità per l'acquisizione d'ufficio dei dati	Ulteriori modalità per la tempestiva acquisizione d'ufficio dei dati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 30 giorni da formalizzazione atti	Al momento non sono presenti informazioni da pubblicare		
		UOSGAL,UORU, UOPTI, UOEL, DAF, DMP, DISTRETTO, DPC, UOASSOT, DSP	UOSGAL,UORU, UOPTI, UOEL, DAF, DMP, DISTRETTO, DPC, UOASSOT, DSP		Modalità per lo svolgimento dei controlli	Ulteriori modalità per lo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive da parte delle amministrazioni procedenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 30 giorni da formalizzazione atti			
				Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013		Elenco dei provvedimenti del Direttore Generale, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera: accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 2 mesi dalla scadenza del semestre (30.6 - 31.12) e pertanto entro 31.8 per il 1° semestre ed entro 28.2 per il 2° semestre			

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI									
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Responsabile Pubblicazione	Enti/uffici responsabili produzione e/o trasmissione dato	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	stato avanzamento	Tempi di realizzazione (Obiettivi) e Note
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Tutte le UU.OO./Direzioni che propongono deliberare delle tipologie indicate	Tutte le UU.OO./Direzioni che propongono deliberare delle tipologie indicate	Art. 23, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti organi indirizzo politico (da pubblicare in tabelle)	Per ciascuno dei provvedimenti:	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>entro 2 mesi dalla scadenza del semestre (30.6 - 31.12) e pertanto entro 31.8 per il 1° semestre ed entro 28.2 per il 2° semestre</i>	pubblicato	
						1) contenuto	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>entro 2 mesi dalla scadenza del semestre (30.6 - 31.12) e pertanto entro 31.8 per il 1° semestre ed entro 28.2 per il 2° semestre</i>		
						2) oggetto	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>entro 2 mesi dalla scadenza del semestre (30.6 - 31.12) e pertanto entro 31.8 per il 1° semestre ed entro 28.2 per il 2° semestre</i>		
						3) eventuale spesa prevista	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>entro 2 mesi dalla scadenza del semestre (30.6 - 31.12) e pertanto entro 31.8 per il 1° semestre ed entro 28.2 per il 2° semestre</i>		
						4) estremi relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo relativo al procedimento	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>entro 2 mesi dalla scadenza del semestre (30.6 - 31.12) e pertanto entro 31.8 per il 1° semestre ed entro 28.2 per il 2° semestre</i>		
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Tutte le UU.OO./Direzioni che adottano provvedimenti delle tipologie indicate	Tutte le UU.OO./Direzioni che adottano provvedimenti delle tipologie indicate	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti dirigenti amministrativi (da pubblicare in tabelle)	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di autorizzazione o concessione; scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera; accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>entro 2 mesi dalla scadenza del semestre (30.6 - 31.12) e pertanto entro 31.8 per il 1° semestre ed entro 28.2 per il 2° semestre</i>	pubblicato	
						Per ciascuno dei provvedimenti:	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>entro 2 mesi dalla scadenza del semestre (30.6 - 31.12) e pertanto entro 31.8 per il 1° semestre ed entro 28.2 per il 2° semestre</i>		
						1) contenuto	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>entro 2 mesi dalla scadenza del semestre (30.6 - 31.12) e pertanto entro 31.8 per il 1° semestre ed entro 28.2 per il 2° semestre</i>		
2) oggetto						Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>entro 2 mesi dalla scadenza del semestre (30.6 - 31.12) e pertanto entro 31.8 per il 1° semestre ed entro 28.2 per il 2° semestre</i>			
					3) eventuale spesa prevista	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>entro 2 mesi dalla scadenza del semestre (30.6 - 31.12) e pertanto entro 31.8 per il 1° semestre ed entro 28.2 per il 2° semestre</i>			
					4) estremi relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo relativo al procedimento	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>entro 2 mesi dalla scadenza del semestre (30.6 - 31.12) e pertanto entro 31.8 per il 1° semestre ed entro 28.2 per il 2° semestre</i>			
Controlli sulle imprese		DSP	DSP	Art. 25, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di controllo	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>entro 30 giorni dalla modifica della normativa</i>	pubblicato	
				Art. 25, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Obblighi e adempimenti	Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>entro 30 giorni dalla modifica della normativa</i>		

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI									
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Responsabile Pubblicazione	Enti/uffici responsabili produzione e/o trasmissione dato	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	stato avanzamento	Tempi di realizzazione (Obiettivi) e Note
Bandi di gara e contratti		UOPTI UOEL	UOPTI UOEL	Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Artt. 63, 66, d.lgs. n. 163/2006	Avviso di preinformazione	Avviso di preinformazione	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006 --- <i>Contestualmente alla pubblicazione prevista dal D.Lgs. 163/2006</i>	pubblicato	
		UOPTI UOEL	UOPTI UOEL	Art. 37, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Delibera a contrarre	Delibera a contrarre, nell'ipotesi di procedura negoziata senza previa pubblicazione di un bando di gara	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006 --- <i>Contestualmente alla pubblicazione prevista dal D.Lgs. 163/2007</i>		
		UOPTI UOEL	UOPTI UOEL	Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Artt. 66, 122, d.lgs. n. 163/2006	Avvisi, bandi ed inviti	Avvisi, bandi e inviti per contratti di lavori sottosoglia comunitaria	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006 --- <i>Contestualmente alla pubblicazione prevista dal D.Lgs. 163/2006</i>		
		UOPTI UOEL	UOPTI UOEL	Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Artt. 66, 124, d.lgs. n. 163/2006		Avvisi, bandi e inviti per contratti di servizi e forniture sottosoglia comunitaria	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006 --- <i>Contestualmente alla pubblicazione prevista dal D.Lgs. 163/2006</i>		
		UOPTI	UOPTI	Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Artt. 66, d.lgs. n. 163/2006		Avvisi, bandi e inviti per contratti di lavori soprastaglia comunitaria	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006 --- <i>Contestualmente alla pubblicazione prevista dal D.Lgs. 163/2006</i>		
		UOPTI	UOPTI	Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Artt. 66, d.lgs. n. 163/2006		Avvisi, bandi e inviti per contratti di servizi e forniture soprastaglia comunitaria	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006 --- <i>Contestualmente alla pubblicazione prevista dal D.Lgs. 163/2006</i>		
		UOPTI	UOPTI	Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Artt. 66, 206, d.lgs. n. 163/2006		Bandi e avvisi per appalti di lavori nei settori speciali	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006		
		UOPTI	UOPTI	Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Artt. 66, 206, d.lgs. n. 163/2006	Bandi e avvisi per appalti di servizi e forniture nei settori speciali		Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006		
		UOPTI UOEL	UOPTI UOEL	Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Artt. 65, 66, d.lgs. n. 163/2006	Avvisi sui risultati della procedura di affidamento	Avviso sui risultati della procedura di affidamento	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006 --- <i>Contestualmente alla pubblicazione prevista dal D.Lgs. 163/2006</i>	pubblicato	
		UOPTI	UOPTI	Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Artt. 66, 223, d.lgs. n. 163/2006	Avvisi sistema di qualificazione	Avvisi periodici indicativi e avvisi sull'esistenza di un sistema di qualificazione - settori speciali	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006	Fattispecie non prevista per le AUSL	
		UOPTI UOEL UOASSOT Ingegneria Clinica Formazione	UOPTI UOEL UOASSOT Ingegneria Clinica Formazione	Art. 3, delib. AVCP n. 26/2013		Codice Identificativo Gara (CIG)	Tempestivo --- <i>entro 30 giorni dall'adozione dell'atto</i>		
		UOPTI UOEL UOASSOT Ingegneria Clinica Formazione	UOPTI UOEL UOASSOT Ingegneria Clinica Formazione	Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 3, delib. AVCP n. 26/2013		Struttura proponente	Tempestivo --- <i>entro 30 giorni dall'adozione dell'atto</i>		

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI										
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Responsabile Pubblicazione	Enti/uffici responsabili produzione e/o trasmissione dato	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	stato avanzamento	Tempi di realizzazione (Obiettivi) e Note	
		UOPTI UOEL UOASSOT Ingegneria Clinica Formazione	UOPTI UOEL UOASSOT Ingegneria Clinica Formazione	Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 3, delib. AVCP n. 26/2013	Informazioni sulle singole procedure (da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate con Comunicato del Presidente dell'AVCP del 22 maggio 2013)	Oggetto del bando	Tempestivo --- <i>entro 30 giorni dall'adozione dell'atto</i>	pubblicato		
		UOPTI UOEL UOASSOT Ingegneria Clinica Formazione	UOPTI UOEL UOASSOT Ingegneria Clinica Formazione	Art. 3, delib. AVCP n. 26/2013		Procedura di scelta del contraente	Tempestivo --- <i>entro 30 giorni dall'adozione dell'atto</i>			
		UOPTI UOEL UOASSOT Ingegneria Clinica Formazione	UOPTI UOEL UOASSOT Ingegneria Clinica Formazione	Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 3, delib. AVCP n. 26/2013		Elenco degli operatori invitati a presentare offerte/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento	Tempestivo --- <i>entro 30 giorni dall'adozione dell'atto</i>			
		UOPTI UOEL UOASSOT Ingegneria Clinica Formazione	UOPTI UOEL UOASSOT Ingegneria Clinica Formazione	Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 3, delib. AVCP n. 26/2013		Aggiudicatario	Tempestivo --- <i>entro 30 giorni dall'adozione dell'atto</i>			
		UOPTI UOEL UOASSOT Ingegneria Clinica Formazione	UOPTI UOEL UOASSOT Ingegneria Clinica Formazione	Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 3, delib. AVCP n. 26/2013		Importo di aggiudicazione	Tempestivo --- <i>entro 30 giorni dall'adozione dell'atto</i>			
		UOPTI UOEL UOASSOT Ingegneria Clinica Formazione	UOPTI UOEL UOASSOT Ingegneria Clinica Formazione	Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 3, delib. AVCP n. 26/2013		Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura	Tempestivo --- <i>entro 30 giorni dall'adozione dell'atto</i>			
		UOPTI UOEL UOASSOT Ingegneria Clinica Formazione	UOPTI UOEL UOASSOT Ingegneria Clinica Formazione	Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 3, delib. AVCP n. 26/2013		Importo delle somme liquidate	Tempestivo --- <i>entro 1 mese dalla scadenza del semestre (30.6-31.12) e pertanto entro 31.7 per il 1° semestre ed entro 31.1 per il 2° semestre</i>			
		UOPTI UOEL UOASSOT Ingegneria Clinica Formazione	UOPTI UOEL UOASSOT Ingegneria Clinica Formazione	Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 3, delib. AVCP n. 26/2013		Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG), struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012) --- <i>31.01. di ogni anno</i>			Publicato (in formato aperto ma non in formato XML)
	Criteria e modalità			Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteria e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>Entro 30 giorni dall'adozione e comunque prima della produzione degli effetti degli atti e della liquidazione</i>			
				Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>Entro 30 giorni dall'adozione e comunque prima della produzione degli effetti degli atti e della liquidazione</i>			
				Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Per ciascun atto: 1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>Entro 30 giorni dall'adozione e comunque prima della produzione degli effetti degli atti e della liquidazione</i>			
				Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>Entro 30 giorni dall'adozione e comunque prima della produzione degli effetti degli atti e della liquidazione</i>			

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI									
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Responsabile Pubblicazione	Enti/uffici responsabili produzione e/o trasmissione dato	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	stato avanzamento	Tempi di realizzazione (Obiettivi) e Note
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Atti di concessione	Tutte le UUOO/Direzioni per gli atti di competenza rientranti nella disposizione	Tutte le UUOO/Direzioni per gli atti di competenza rientranti nella disposizione	Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali) (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>Entro 30 giorni dall'adozione e comunque prima della produzione degli effetti degli atti e della liquidazione</i>	pubblicato	In applicazione della deliberazione della G.R. 1621/2013, richiamata dall'Atto di indirizzo prot. PG 2014/231682, dal 2015 non si procede alla pubblicazione dei rimborsi di spese.
				Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>Entro 30 giorni dall'adozione e comunque prima della produzione degli effetti degli atti e della liquidazione</i>		
				Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>Entro 30 giorni dall'adozione e comunque prima della produzione degli effetti degli atti e della liquidazione</i>		
				Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) link al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>Entro 30 giorni dall'adozione e comunque prima della produzione degli effetti degli atti e della liquidazione</i>		
				Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>Entro 30 giorni dall'adozione e comunque prima della produzione degli effetti degli atti e della liquidazione</i>		
				Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>entro 31.1 di ogni anno con riferimento all'anno precedente</i>		
				Art. 1, d.P.R. n. 118/2000		Albo dei beneficiari	Albo dei soggetti, ivi comprese le persone fisiche, cui sono stati erogati in ogni esercizio finanziario contributi, sovvenzioni, crediti, sussidi e benefici di natura economica a carico dei rispettivi bilanci		
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	UOCF	UOCF	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 15, l. n. 190/2012 Art. 32, c. 2, l. n. 69/2009 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Bilancio preventivo	Bilancio di previsione di ciascun anno	<i>entro 30 giorni dalla data di adozione con delibera del Direttore Generale</i>	pubblicato	
				Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 15, l. n. 190/2012 Art. 32, c. 2, l. n. 69/2009 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013		Bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>entro 30 giorni dall'approvazione della Regione Emilia Romagna</i>		
		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 15, l. n. 190/2012 Art. 32, c. 2, l. n. 69/2009 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Bilancio consuntivo	Bilancio consuntivo di ciascun anno	<i>entro 30 giorni dalla data di adozione con delibera del Direttore Generale</i>				
		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 15, l. n. 190/2012 Art. 32, c. 2, l. n. 69/2009 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013		Bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- <i>entro 30 giorni dall'approvazione della Regione Emilia Romagna</i>				
UOCF	UOCF		Dati relativi alle entrate e alla spesa di cui ai bilanci di previsione e consuntivo	<i>entro 30 gg dall'approvazione della Regione Emilia Romagna</i>					

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI										
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Responsabile Pubblicazione	Enti/uffici responsabili produzione e/o trasmissione dato	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	stato avanzamento	Tempi di realizzazione (Obiettivi) e Note	
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Staff Direzione Generale	Staff Direzione Generale	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 45 gg dall'adozione del bilancio di missione	pubblicato		
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	UOPTI	UOPTI	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 1 mese dalla scadenza del semestre (30.6-31.12) e pertanto entro 31.7 per il 1° semestre ed entro 31.1 per il 2° semestre	pubblicato		
	Canoni di locazione o affitto	UOPTI	UOPTI	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 1 mese dalla scadenza del semestre (30.6-31.12) e pertanto entro 31.7 per il 1° semestre ed entro 31.1 per il 2° semestre	pubblicato		
Controlli e rilievi sull'amministrazione e		UOCF	UOCF	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Rilievi organi di controllo e revisione	Rilievi non recepiti, unitamente agli atti cui si riferiscono, degli organi di controllo interno, degli organi di revisione amministrativa e contabile	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 60 giorni dal rilievo	Non sussistono dati da pubblicare		
		UOCF	UOCF		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi ancorchè recepiti, unitamente agli atti cui si riferiscono, della Corte dei conti riguardanti l'organizzazione e l'attività dell'amministrazione o di singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 60 giorni dal rilievo			
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Informazione Comunicazione	Informazione Comunicazione	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- aggiornamento entro 30 giorni dall'eventuale modifica	pubblicato		
	Class action	UOSGAL	UOSGAL	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio propostodai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 30 giorni dal ricorso	è pubblicata l'informazione relativa all'insussistenza del dato		
		UOSGAL	UOSGAL	Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo --- entro 30 giorni dalla sentenza definitiva			
		UOSGAL	UOSGAL	Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo --- entro 30 giorni dal provvedimento di esecuzione della sentenza			
	Costi contabilizzati	Programmazione e C.D.	Programmazione e C.D.	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 15, l. n. 190/2012 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi, evidenziando quelli effettivamente sostenuti e quelli imputati al personale per ogni servizio erogato e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 45 gg dall'adozione del bilancio di esercizio	pubblicato		
	Tempi medi di erogazione dei servizi	Programmazione e C.D.	Distretto/Dipartimento Cure Primarie/Direzione Medica Presidio/ Dipartimento Sanità Pubblica	Art. 32, c. 2, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Tempi medi di erogazione dei servizi (da pubblicare in tabelle)	Tempi medi di erogazione dei servizi (per ogni servizio erogato) agli utenti, sia finali che intermedi, con riferimento all'esercizio finanziario precedente	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 45 gg dall'adozione del bilancio di esercizio	pubblicato (da approfondire nei contenuti)		
Liste di attesa	UOASSOT (per tempi ambulatoriali) Programmazione e C.D. (per tempi ospedalieri)	UOASSOT / DMP	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (da pubblicare in tabelle)	Tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 30 giorni dall'invio alla Regione dei dati di monitoraggio MAPS	pubblicato			
Indicatore di tempestività dei pagamenti	UOCF	UOCF	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi e forniture (indicatore di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) --- entro il 31.01 di ogni anno con riferimento all'anno precedente	pubblicato			
				Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	DPCM 22.09.2014	entro 30 giorni dalla conclusione del trimestre di riferimento	pubblicato	dal 2015: 1° trimestre al 30.4.2015.		

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI										
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Responsabile Pubblicazione	Enti/uffici responsabili produzione e/o trasmissione dato	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	stato avanzamento	Tempi di realizzazione (Obiettivi) e Note	
Pagamenti dell'amministrazione e	IBAN e pagamenti informatici	UOCF	UOCF	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 30 gg dalla modifica	pubblicato		
	Piano dei pagamenti	UOCF	UOCF				secondo normativa	pubblicato		
	Elenco debiti comunicati ai creditori	UOCF	UOCF				secondo normativa	pubblicato		
Opere pubbliche		UOPTI	UOPTI	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Documenti di programmazione	Documenti di programmazione, anche pluriennale, delle opere pubbliche di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) --- 30 gg dall'approvazione del documento da pubblicare	pubblicato		
		UOPTI	UOPTI	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Linee guida per la valutazione	Linee guida per la valutazione degli investimenti	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) --- 30 gg dall'approvazione della Regione Emilia Romagna			
		UOPTI	UOPTI	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Relazioni annuali	Relazioni annuali	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) --- 30 gg dall'approvazione della Regione Emilia Romagna	pubblicato		
		UOPTI	UOPTI	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Altri documenti	Ogni altro documento predisposto nell'ambito della valutazione, ivi inclusi i pareri dei valutatori che si discostano dalle scelte delle amministrazioni e gli esiti delle valutazioni ex post che si discostano dalle valutazioni ex ante	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) --- 30 gg dall'approvazione della Regione Emilia Romagna			
		UOPTI	UOPTI	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi e costi di realizzazione (da pubblicare in tabelle)	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 1 mese dalla scadenza del semestre (30.6-31.12) e pertanto entro 31.7 per il 1° semestre ed entro 31.1 per il 2° semestre	pubblicato		
		UOPTI	UOPTI	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 1 mese dalla scadenza del semestre (30.6-31.12) e pertanto entro 31.7 per il 1° semestre ed entro 31.1 per il 2° semestre			
Pianificazione e governo del territorio		DSP	DSP	Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 39, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio (da pubblicare in tabelle)	Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici, generali e di attuazione, nonché le loro varianti	Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Atti non di competenza AUSL. Pubblicata informazione	/	
		DSP	DSP			Per ciascuno degli atti:				
		DSP	DSP			1) schemi di provvedimento prima che siano portati all'approvazione	Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
		DSP	DSP			2) delibere di adozione o approvazione	Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)			
	DSP	DSP			3) relativi allegati tecnici	Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
		DSP	DSP		Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- 30 giorni dalla ricezione/produzione della documentazione			
		DSP	DSP		Stato dell'ambiente	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotopi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- 30 giorni dalla ricezione/produzione della documentazione			
		DSP	DSP		Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- 30 giorni dalla ricezione/produzione della documentazione			

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI									
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Responsabile Pubblicazione	Enti/uffici responsabili produzione e/o trasmissione dato	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	stato avanzamento	Tempi di realizzazione (Obiettivi) e Note
Informazioni ambientali	Informazioni ambientali	DSP	DSP	Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- 30 giorni dalla ricezione/produzione della documentazione	pubblicato	
		DSP	DSP		Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto	4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- 30 giorni dalla ricezione/produzione della documentazione		
		DSP	DSP		Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- 30 giorni dalla ricezione/produzione della documentazione		
		DSP	DSP		Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- 30 giorni dalla ricezione/produzione della documentazione		
	Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	DSP	DSP	Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 30 giorni dalla comunicazione	pubblicato		
Strutture sanitarie private accreditate		UOASSOT/Staff Direzione Generale	UOASSOT/Staff Direzione Generale	Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013) --- entro il 31.01 di ogni anno	pubblicato	In base alle indicazioni ANAC l'adempimento rientra nella competenza delle Regioni (ambito soggettivo: D all.2). L'AUSL pubblica sulla base delle indicazioni regionali (Delibera n. 1621/2013)
		UOASSOT/Staff Direzione Generale	UOASSOT/Staff Direzione Generale			Accordi interscambi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 30 giorni dalla formalizzazione dei relativi atti		
Interventi straordinari e di emergenza		UUOO / Direzione / Dipartimento che gestisce intervento straordinario	UUOO / Direzione / Dipartimento che gestisce intervento straordinario	Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 60 giorni dall'adozione del provvedimento	Non sussistono dati da pubblicare	
		UUOO / Direzione / Dipartimento che gestisce intervento straordinario	UUOO / Direzione / Dipartimento che gestisce intervento straordinario	Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 60 giorni dall'adozione del provvedimento		
		UUOO / Direzione / Dipartimento che gestisce intervento straordinario	UUOO / Direzione / Dipartimento che gestisce intervento straordinario	Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 60 giorni dall'adozione del provvedimento		
		UUOO / Direzione / Dipartimento che gestisce intervento straordinario	UUOO / Direzione / Dipartimento che gestisce intervento straordinario	Art. 42, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Particolari forme di partecipazione degli interessati ai procedimenti di adozione dei provvedimenti straordinari	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) --- entro 60 giorni dall'adozione del provvedimento		
Altri contenuti - Corruzione		Responsabile Prevenzione Corruzione	Responsabile Prevenzione Corruzione		Piano triennale di prevenzione della corruzione	Piano triennale di prevenzione della corruzione	Annuale --- entro 30 giorni dall'adozione	pubblicato	
		Responsabile Prevenzione Corruzione	Responsabile Prevenzione Corruzione	Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione	Responsabile della prevenzione della corruzione	Tempestivo --- Entro 30 giorni dalla nomina	pubblicato	
		Responsabile della Trasparenza	Responsabile della Trasparenza	delib. CIVIT n. 105/2010 e 2/2012	Responsabile della trasparenza	Responsabile della trasparenza (laddove diverso dal Responsabile della prevenzione della corruzione)	Tempestivo --- Entro 30 giorni dalla nomina	pubblicato	
		Responsabile Prevenzione Corruzione	Responsabile Prevenzione Corruzione		Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo --- entro 30 giorni dall'adozione		
		Responsabile Prevenzione Corruzione	Responsabile Prevenzione Corruzione	Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della corruzione	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (ex art. 1, c. 14, l. n. 190/2012) --- 15/12/di ogni anno o eventuale altra scadenza indicata da nuove disposizioni	pubblicato	

ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI										
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Responsabile Pubblicazione	Enti/uffici responsabili produzione e/o trasmissione dato	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	stato avanzamento	Tempi di realizzazione (Obiettivi) e Note	
		Responsabile Prevenzione Corruzione	Responsabile Prevenzione Corruzione	Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Atti di adeguamento a provvedimenti ANAC	Atti adottati in ottemperanza a provvedimenti della ANAC in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo --- <i>entro 30 giorni dall'adozione degli atti</i>	pubblicato		
		Responsabile Prevenzione Corruzione	Responsabile Prevenzione Corruzione	Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo --- <i>entro 30 giorni dall'adozione degli atti</i>	Non sussistono dati da pubblicare		
Altri contenuti - Accesso civico		UOSGAL	UOSGAL	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico	Nome del Responsabile della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonchè modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo --- <i>entro 30 gg dalla variazione dei dati pubblicati</i>	pubblicato		
		UOSGAL	UOSGAL	Art. 5, c. 4, d.lgs. n. 33/2013		Nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo --- <i>entro 30 gg dalla variazione dei dati pubblicati</i>			
Altri contenuti - Accessibilità e Catalogo di dati, metadati e banche dati		UOTIR	UOTIR (supporto UOSGAL e Gruppo Privacy)	Art. 52, c. 1, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati	Annuale --- <i>entro 30 giorni dall'adozione</i>	non sono presenti atti da pubblicare		
		UOTIR	UOTIR	Art. 52, c. 1, d.lgs. 82/2005	Catalogo di dati, metadati e banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni	Annuale --- <i>entro il 31.3 di ogni anno</i>	pubblicato		
		UOTIR e Informazione Comunicazione	UOTIR e Informazione Comunicazione	Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 61/2013)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno)	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012) --- <i>entro il 31.3. di ogni anno</i>	pubblicato		
		UOTIR	Tutte le UU.OO. che adottano provvedimenti di questa tipologia	Art. 63, cc. 3-bis e 3-quater, d.lgs. n. 82/2005	Provvedimenti per uso dei servizi in rete	Elenco dei provvedimenti adottati per consentire l'utilizzo di servizi in rete, anche a mezzo di intermediari abilitati, per la presentazione telematica da parte di cittadini e imprese di denunce, istanze e atti e garanzie fidejussorie, per l'esecuzione di versamenti fiscali, contributivi, previdenziali, assistenziali e assicurativi, per la richiesta di attestazioni e certificazioni, nonchè dei termini e modalità di utilizzo dei servizi e dei canali telematici e della posta elettronica (l'obbligo di pubblicazione dovrà essere adempiuto almeno 60 giorni prima della data del 1 gennaio 2014, ossia entro il 1 novembre 2013)	Annuale --- <i>entro il 31.3 di ogni anno</i>	pubblicato		
Altri contenuti - Dati ulteriori				Art. 4, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati ulteriori (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate		pubblicato	Pubblicati: - Bilancio di missione; - Comunicazione ai sensi dell'art. 6 c. 9 del DL 35/2013, convertito con modificazioni nella L. n. 64/2013; - Misure di contenimento e razionalizzazione della spesa delle pubbliche Amministrazioni; - Privacy: Responsabili dei trattamenti di dati personali; - Privacy: Informative assistiti.	
		Staff Direzione Generale	Staff Direzione Generale			Bilancio di missione	<i>entro 30 giorni dalla pubblicazione dell'atto</i>	pubblicato		
		UOCF	UOCF			Comunicazione ai sensi dell'art. 6 c. 9 del DL 35/2013, convertito con modificazioni nella L. n. 64/2013	<i>unica pubblicazione prevista per il solo anno 2013</i>	pubblicato		
		UOEL	UOEL			Misure di contenimento e razionalizzazione della spesa delle pubbliche Amministrazioni	<i>entro 30 giorni dalla scadenza prevista dalla Funzione Pubblica</i>	pubblicato		
		UOSGAL	UOSGAL			Privacy: Responsabili dei trattamenti di dati personali	<i>entro 30 giorni dalla pubblicazione dell'atto</i>	pubblicato		
		UOASSOT	UOASSOT			Privacy: Informative assistiti	<i>entro 30 giorni dalla pubblicazione dell'atto</i>	pubblicato		
		Responsabile Trasparenza	Responsabile Trasparenza / Informazione e Comunicazione			Giornate della trasparenza	<i>entro 30 giorni dalla data della giornata della trasparenza</i>	pubblicato		

ALLEGATO N. 2 AL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA' 2016 - 2018

		DESCRIZIONE OBIETTIVO	SOGGETTI COINVOLTI	TEMPI	INDICATORI
2016	1	Aggiornamento Programma Trasparenza	Responsabile Trasparenza	entro 31.01.2016	Deliberazione di approvazione
	2	Diffusione Programma Trasparenza	Ufficio Comunicazione	entro 31.03.2016	n. comunicazioni
	3	Adempimento obblighi pubblicazione	Tutti i Responsabili di cui all'Allegato 1	come da Allegato 1 al Programma	Dati pubblicati e aggiornati
	4	Controllo e monitoraggio pubblicazione	Tutti i Responsabili della pubblicazione di cui all'Allegato 1	entro le scadenze definite nel Programma	Report/relazioni
			Responsabile Trasparenza	entro le scadenze definite nel Programma	Report/relazioni
	5	Monitoraggio livelli di utilità dati pubblicati	Comunicazione e Informazione/UOTIR	entro 31.10.2016	Rilevazione accessi alla sezione "Amministrazione Trasparente"
6	Informatizzazione pubblicazione scheda ex art. 23 D. Lgs. 33/2013 prodotta da Babel	U.O. Tecnologie Informatiche di Rete	entro 6 mesi dall'entrata in vigore del D.Lgs. previsto dalla L. n. 124 del 7.8.2015	Schede ex art. 23 pubblicate	

		DESCRIZIONE OBIETTIVO	SOGGETTI COINVOLTI	TEMPI	INDICATORI
2017	1	Aggiornamento Programma Trasparenza	Responsabile Trasparenza	entro 31.01.2017	Deliberazione di approvazione
	2	Diffusione Programma Trasparenza	Ufficio Comunicazione	entro 31.03.2017	n. comunicazioni
	3	Adempimento obblighi pubblicazione	Tutti i Responsabili di cui all'Allegato 1	come da Allegato 1 al Programma	Dati pubblicati e aggiornati
	4	Controllo e monitoraggio pubblicazione	Tutti i Responsabili della pubblicazione di cui all'Allegato 1	entro le scadenze definite nel Programma	Report/relazioni
			Responsabile Trasparenza	entro le scadenze definite nel Programma	Report/relazioni
	5	Monitoraggio livelli di utilità dati pubblicati	Comunicazione e Informazione/UOTIR	entro 31.10.2017	Rilevazione accessi alla sezione "Amministrazione Trasparente"

		DESCRIZIONE OBIETTIVO	SOGGETTI COINVOLTI	TEMPI	INDICATORI
2018	1	Aggiornamento Programma Trasparenza	Responsabile Trasparenza	entro 31.01.2018	Deliberazione di approvazione
	2	Diffusione Programma Trasparenza	Ufficio Comunicazione	entro 31.03.2018	n. comunicazioni
	3	Adempimento obblighi pubblicazione	Tutti i Responsabili di cui all'Allegato 1	come da Allegato 1 al Programma	Dati pubblicati e aggiornati
	4	Controllo e monitoraggio pubblicazione	Tutti i Responsabili della pubblicazione di cui all'Allegato 1	entro le scadenze definite nel Programma	Report/relazioni
			Responsabile Trasparenza	entro le scadenze definite nel Programma	Report/relazioni
5	Monitoraggio livelli di utilità dati pubblicati	Comunicazione e Informazione/UOTIR	entro 31.10.2018	Rilevazione accessi alla sezione "Amministrazione Trasparente"	

Relazione del Responsabile Anticorruzione
(ex art. 1, comma 14, L.N. 190/2012)

Allegato n. 2 al P.T.P.C 2016 - 2018

Codice fiscale Amministrazione/Società/Ente	Denominazione Amministrazione /Società/Ente	Nome RPC	Cognome RPC	Data di nascita RPC	Qualifica RPC	Data inizio incarico di RPC	Il RPC svolge anche le funzioni di Responsabile della trasparenza: (Si/No)	Organo d'indirizzo (solo se RPC manca, anche temporaneamente, per qualunque motivo)	Nome Presidente Organo d'indirizzo (rispondere solo se RPC è vacante)	Cognome Presidente Organo d'indirizzo (solo se RPC è vacante)	Data di nascita Presidente Organo d'indirizzo (solo se RPC è vacante)	Motivazione dell'assenza, anche temporanea, del RPC	Data inizio vacanza RPC (solo se RPC è vacante)
90000900374	AZIENDA USL DI IMOLA	Luigi	Infelise	15/04/1955	Dirigente Amministrativo	14/02/2013	no						

ID	Domanda	Risposta (Max 2000 caratteri)
1	CONSIDERAZIONI GENERALI SULL'EFFICACIA DELL'ATTUAZIONE DEL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (PTPC) E SUL RUOLO DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (RPC)	si rimanda a quanto dettagliatamente riportato nel PTPC 2016-2018
1.A	Stato di attuazione del PTPC - Valutazione sintetica del livello effettivo di attuazione del PTPC indicando i fattori che hanno determinato l'efficacia delle misure attuate	Per l'attuazione del PTPC, si è concentrata l'attenzione sul "contesto specifico" dell'AUSL di Imola che ha permesso la descrizione dei principali processi/attività a rischio, l'identificazione dei Direttori/Referenti che hanno collaborato
1.B	Aspetti critici dell'attuazione del PTPC - Qualora il PTPC sia stato attuato parzialmente, indicare le principali motivazioni dello scostamento tra le misure attuate e le misure previste dal PTPC	Alcuni aspetti critici per l'attuazione del PTPC sono motivati dalla complessità delle procedure di attuazione soprattutto delle aree clinico-assistenziali, in considerazione della molteplicità delle unità Operative che hanno proprie modalità di erogazione dei
1.C	Ruolo del RPC - Valutazione sintetica del ruolo di impulso e coordinamento del RPC rispetto all'attuazione del PTPC individuando i fattori che ne hanno supportato l'azione	I fattori che hanno permesso al RPC un concreto coordinamento e impulso all'attuazione del PTPC possono essere individuati: a) collaborazione stretta con i Direttori/Referenti nella predisposizione della mappatura e della realizzazione delle azioni concrete previste nel Piano; b) continuo impulso e monitoraggio delle azioni svolte rappresentate periodicamente in apposite relazioni annuali da parte dei Direttori/Referenti agli atti del servizio; c) concreta fattibilità temporale delle azioni proposte nel Piano e poi realizzate; d) rilevanza del tavolo di coordinamento dei responsabili "trasparenza e anticorruzione" dell' AVEC (Area Vasta Emilia Centro) costituitosi in data 13/12/2013, su impulso dei DD.GG. delle Aziende Sanitarie.
1.D	Aspetti critici del ruolo del RPC - Illustrare i fattori che hanno ostacolato l'azione di impulso e coordinamento del RPC rispetto all'attuazione del PTPC	Alla luce di quanto sopra non vi sono stati fattori ostativi all'azione di impulso e coordinamento del RPC ma solo delle criticità oggettive legate ai tempi di realizzazione delle azioni, alla modalità dei controlli, alla stesura di procedure specifiche e regolamentali previste, tenuto conto della complessità di una

SCHEDA PER LA PREDISPOSIZIONE ENTRO IL 15/01/2016 DELLA RELAZIONE ANNUALE DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

La presente scheda è compilata dal RPC delle pubbliche amministrazioni relativamente all'attuazione del PTPC 2015 e pubblicata sul sito istituzionale dell'amministrazione. Le società e gli altri enti di diritto privato in controllo pubblico nonché gli enti pubblici economici utilizzano, per quanto compatibile, la presente scheda con riferimento alle misure anticorruzione adottate in base al PNA 2013 e alle Linee Guida ANAC, di cui alla determinazione n. 8/2015, secondo quanto previsto dalle disposizioni transitorie (paragrafo 6).

ID	Domanda	Risposta (<i>inserire "X" per le opzioni di risposta selezionate</i>)	Ulteriori Informazioni (Max 2000 caratteri)
2	GESTIONE DEL RISCHIO		
2.A	Indicare se è stato effettuato il monitoraggio per verificare la sostenibilità di tutte le misure, obbligatorie (generali) e ulteriori (specifiche) individuate nel PTPC		
2.A.1	Si (indicare le principali criticità riscontrate e le relative iniziative adottate)	X	vedi dettaglio riepilogativo riportato nel PTPC 2016/2018
2.A.2	No, anche se il monitoraggio era previsto dal PTPC con riferimento all'anno 2015		
2.A.3	No, il monitoraggio non era previsto dal PTPC con riferimento all'anno 2015		
2.A.4	Se non è stato effettuato il monitoraggio, indicare le motivazioni del mancato svolgimento		
2.B	Indicare in quali delle seguenti aree si sono verificati eventi corruttivi (più risposte sono possibili)		
2.B.1	Acquisizione e progressione del personale		
2.B.2	Affidamento di lavori, servizi e forniture		
2.B.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario		
2.B.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario		
2.B.5	Aree di rischio ulteriori (elencare quali)	X	area assistenziale, Unità Operativa Radiologia
2.B.6	Non si sono verificati eventi corruttivi		
2.C	Se si sono verificati eventi corruttivi, indicare se nel PTPC 2015 erano state previste misure per il loro contrasto		
2.C.1	Si (indicare le motivazioni della loro inefficacia)	X	condotte dolose
2.C.2	No (indicare le motivazioni della mancata previsione)		
2.D	Indicare se è stata effettuata un'integrazione tra il sistema di monitoraggio delle misure anticorruzione e i sistemi di controllo interno		
2.D.1	Si (indicare le modalità di integrazione)	X	prenotazione obbligatoria tramite agende CUP dedicate, monitoraggio in più fasi.
2.D.2	No (indicare la motivazione)		
2.E	Indicare se sono stati mappati tutti i processi		

2.E.1	Si	X	
2.E.2	No non sono stati mappati i processi (indicare le motivazioni)		
2.E.3	No, ne sono stati mappati solamente alcuni (indicare le motivazioni)		
2.E.4	Nel caso della mappatura parziale dei processi, indicare le aree a cui afferiscono i processi mappati		
2.F	Formulare un giudizio sul modello di gestione del rischio (Qualora si ritenesse necessaria una revisione del modello, indicare le modifiche da apportare):		sufficientemente positivo
3	MISURE ULTERIORI (SPECIFICHE)		
3.A	Indicare se sono state attuate misure ulteriori (specifiche) oltre a quelle obbligatorie (generali)		
3.A.1	Si	X	
3.A.2	No, anche se era previsto dal PTPC con riferimento all'anno 2015		
3.A.3	No, non era previsto dal PTPC con riferimento all'anno 2015		
3.B.	Se sono state attuate misure ulteriori (specifiche), indicare se tra di esse rientrano le seguenti misure (più risposte possibili):		
3.B.1	Attivazione di una procedura per la raccolta di segnalazioni da parte della società civile riguardo a eventuali fatti corruttivi che coinvolgono i dipendenti nonché i soggetti che intrattengono rapporti con l'amministrazione (indicare il numero di segnalazioni nonché il loro oggetto)		
3.B.2	Iniziativa di automatizzazione dei processi per ridurre i rischi di corruzione (specificare quali processi sono stati automatizzati)	X	Procedure software LAT per gestione liste d'attesa, per ricoveri programmati del Dipartimento Chirurgico; prenotazioni prestazioni specialistiche tramite CUP; controlli in materia di esenzione ticket; attività libero professionale intramuraria
3.B.3	Attività di vigilanza nei confronti di enti e società partecipate e/o controllate con riferimento all'adozione e attuazione del PTPC o di adeguamento del modello di cui all'art. 6 del D.L.gs. 231/2001 (solo se l'amministrazione detiene partecipazioni in enti e società o esercita controlli nei confronti di enti e società)		
3.C	Se sono state attuate misure ulteriori (specifiche), formulare un giudizio sulla loro attuazione indicando quelle che sono risultate più efficaci nonché specificando le ragioni della loro efficacia (riferirsi alle tipologie di misure indicate a pag. 33 dell'Aggiornamento 2015 al PNA):		Il giudizio è positivo in riferimento alla gestione liste d'attesa, la cui efficacia è quella di garantire parità di trattamento all'utenza; per la riduzione dei fenomeni elusivi pagamento ticket; per l'applicazione procedura sperimentazioni cliniche (delibera n.174/2014) e sull'attività libero professionale. Miglioramento attività di verifica e controllo dei Direttori/referenti
4	TRASPARENZA		
4.A	Indicare se è stato informatizzato il flusso per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente"		
4.A.1	Si (indicare le principali sotto-sezioni alimentate da flussi informatizzati di dati)	X	Le principali sotto-sezioni alimentate da flussi informatizzati di dati sono: Dirigenti e Contratti

4.A.2	No, anche se la misura era prevista dal PTTI con riferimento all'anno 2015		
4.A.3	No, la misura non era prevista dal PTTI con riferimento all'anno 2015		
4.B	Indicare se sono pervenute richieste di accesso civico		
4.B.1	Si (riportare il numero di richieste pervenute e il numero di richieste che hanno dato corso ad un adeguamento nella pubblicazione dei dati)		
4.B.2	No		
4.C	Indicare se sono stati svolti monitoraggi sulla pubblicazione dei dati:		
4.C.1	Si (indicare la periodicità dei monitoraggi e specificare se essi hanno riguardato la totalità oppure un campione di obblighi)	X	Aprile ed ottobre, totalità degli obblighi
4.C.2	No, anche se era previsto dal PTTI con riferimento all'anno 2015		
4.C.3	No, non era previsto dal PTTI con riferimento all'anno 2015		
4.D	Formulare un giudizio sul livello di adempimento degli obblighi di trasparenza indicando quali sono le principali inadempienze riscontrate nonché i principali fattori che rallentano l'adempimento:		Buono, sia in fase di autoverifica da parte dei responsabili della pubblicazione sia da parte del Responsabile Trasparenza Aziendale in collaborazione con il TIR.
5	FORMAZIONE DEL PERSONALE		
5.A	Indicare se è stata erogata la formazione dedicata specificamente alla prevenzione della corruzione		
5.A.1	Si	X	
5.A.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2015		
5.A.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2015		
5.B	Se non è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare le ragioni della mancata erogazione:		
5.C	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare quali soggetti tra i seguenti hanno svolto le docenze: (più risposte possibili)		
5.C.1	SNA		
5.C.2	Università	X	
5.C.3	Altro soggetto pubblico (specificare quali)	X	SPISA
5.C.4	Soggetto privato (specificare quali)		
5.C.5	Formazione in house	X	
5.C.6	Altro (specificare quali)	X	Convegno ANAC 14/07/2015
5.D	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, formulare un giudizio sulla formazione erogata con particolare riferimento all'appropriatezza di destinatari e contenuti:		Giudizio buono in relazione sia al personale coinvolto che ai contenuti. (vedi riepilogo nel PTPC 2016-2018)

6	ROTAZIONE DEL PERSONALE		
6.A	Indicare il numero di unità di personale dipendente di cui è composta l'amministrazione:		
6.A.1	Numero dirigenti o equiparati	X	333
6.A.2	Numero non dirigenti o equiparati	X	1434
6.B	Indicare se, nell'anno 2015, è stata effettuata la rotazione del personale come misura di prevenzione del rischio :		
6.B.1	Si (riportare i dati quantitativi di cui si dispone relativi alla rotazione dei dirigenti e dei funzionari)	X	n.14 Dirigenti e n.28 Funzionari in rotazione di diversi procedimenti adottati nelle 4 macro-aree obbligatorie oltre il Dipartimento Sanità Pubblica . Per l'area sanitaria data la specificità delle professionalità non è stata possibile la rotazione del personale.Si fa presente che per le aree clinico-sanitarie è dovuta alla specializzazione dei professionisti nelle varie Unità Operative Ospedaliere e assistenziali. Vedi dati dettagliati riportati nel PTPC 2016-2018.
6.B.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2015		
6.B.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2015		
6.C	Indicare se l'ente, nel corso del 2015, è stato interessato da un processo di riorganizzazione (anche se avviato in anni precedenti e concluso o in corso nel 2015)		
6.C.1	Si	X	
6.C.2	No		
7	INCONFERIBILITÀ PER INCARICHI DIRIGENZIALI D.LGS. 39/2013		
7.A	Indicare se sono state effettuate verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni rese dagli interessati sull'insussistenza di cause di inconferibilità:		
7.A.1	Si (indicare il numero di verifiche e il numero di eventuali violazioni accertate)	X	vedi dati dettaglio nel PTPC 2016-2018
7.A.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2015		
7.A.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2015		
7.B	Formulare un giudizio sulle iniziative intraprese per la verifica delle situazioni di inconferibilità per incarichi dirigenziali:		buono
8	INCOMPATIBILITÀ PER PARTICOLARI POSIZIONI DIRIGENZIALI - D.LGS. 39/2013		
8.A	Indicare se sono state adottate misure per verificare la presenza di situazioni di incompatibilità:		
8.A.1	Si (indicare quali e il numero di violazioni accertate)	X	modulistica specifica all'atto dell'assunzione e del rinnovo dei contratti individuali. Non si sono registrate situazioni di incompatibilità.
8.A.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2015		
8.A.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2015		

8.B	Formulare un giudizio sulla misura adottata per la verifica delle situazioni di incompatibilità per particolari posizioni dirigenziali:		Buono
9	CONFERIMENTO E AUTORIZZAZIONE INCARICHI AI DIPENDENTI		
9.A	Indicare se è stata adottata una procedura prestabilita per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi:		
9.A.1	Sì	X	
9.A.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2015		
9.A.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2015		
9.B	Se non è stata adottata una procedura prestabilita, indicare le ragioni della mancata adozione		
9.C	Indicare se sono pervenute segnalazioni sullo svolgimento di incarichi extra-istituzionali non autorizzati:		
9.C.1	Sì (indicare le segnalazioni pervenute e il numero di violazioni accertate)		
9.C.2	No	X	
10	TUTELA DEL DIPENDENTE PUBBLICO CHE SEGNA LA GLI ILLECITI (WHISTLEBLOWING)		
10.A	Indicare se è stata attivata una procedura per la raccolta di segnalazione di illeciti da parte di dipendenti pubblici dell'amministrazione:		
10.A.1	Sì	X	
10.A.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2015		
10.A.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2015		
10.B	Se non è stata attivata la procedura, indicare le ragioni della mancata attivazione:		
10.C	Se è stata attivata la procedura, indicare attraverso quale tra i seguenti mezzi sono inoltrate le segnalazioni:		
10.C.1	Documento cartaceo	X	
10.C.2	Email	X	
10.C.3	Sistema informativo dedicato	X	
10.C.4	Sistema informativo dedicato con garanzia di anonimato		
10.D	Se è stata attivata la procedura, indicare se sono pervenute segnalazioni dal personale dipendente dell'amministrazione		
10.D.1	Sì, (indicare il numero delle segnalazioni)		
10.D.2	No	X	

10.E	Se sono pervenute segnalazioni, indicare se esse hanno dato luogo a casi di discriminazione dei dipendenti che hanno segnalato gli illeciti:		
10.E.1	Sì (indicare il numero di casi)		
10.E.2	No	X	
10.F	Indicare se tramite la procedura di whistleblowing sono pervenute segnalazioni anonime o da parte di soggetti non dipendenti della stessa amministrazione		
10.F.1	Sì (indicare il numero di casi)		
10.F.2	No	X	
10.G	Formulare un giudizio sul sistema di tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti indicando le misure da adottare per rafforzare la garanzia di anonimato e la tutela da azioni discriminatorie:		Sufficiente ma da implementare entro il 31/03/2016 secondo le indicazioni ANAC.
11	CODICE DI COMPORTAMENTO		
11.A	Indicare se è stato adottato il codice di comportamento che integra e specifica il codice adottato dal Governo (D.P.R. n. 62/2013):		
11.A.1	Sì	X	
11.A.2	No (indicare la motivazione)		
11.B	Se è stato adottato il codice di comportamento, indicare se sono stati adeguati gli atti di incarico e i contratti alle previsioni del D.P.R. n. 62/2013 e delle eventuali integrazioni previste dal codice dell'amministrazione:		
11.B.1	Sì	X	
11.B.2	No		
11.C	Se è stato adottato il codice di comportamento, indicare se sono pervenute segnalazioni relative alla violazione del D.P.R. n. 62/2013 e delle eventuali integrazioni previste dal codice dell'amministrazione:		
11.C.1	Sì (indicare il numero delle segnalazioni pervenute e il numero di violazioni accertate)		
11.C.2	No	X	
11.D	Se sono pervenute segnalazioni, indicare se esse hanno dato luogo a procedimenti disciplinari:		
11.D.1	Sì (indicare il numero di procedimenti disciplinari specificando il numero di quelli che hanno dato luogo a sanzioni)		
11.D.2	No	X	
11.E	Formulare un giudizio sulle modalità di elaborazione e adozione del codice di comportamento:		Buono, tenuto conto della complessità di una azienda sanitaria.
12	PROCEDIMENTI DISCIPLINARI E PENALI		

12.A	Indicare se nel corso del 2015 sono pervenute segnalazioni che prefigurano responsabilità disciplinari o penali legate ad eventi corruttivi:		
12.A.1	Sì (indicare il numero di segnalazioni pervenute e il numero di quelle che hanno dato luogo all'avvio di procedimenti disciplinari o penali)	X	
12.A.2	No		
12.B	Indicare se nel corso del 2015 sono stati avviati procedimenti disciplinari per fatti penalmente rilevanti a carico dei dipendenti:		
12.B.1	Sì (indicare il numero di procedimenti)	X	Avvio procedimenti disciplinari e penali : n.28 (n.25 per denunce AUSL e n.3 conseguenti ad indagini del GF e provvedimenti Giurisdizionali) .
12.B.2	No		
12.C	Se nel corso del 2015 sono stati avviati procedimenti disciplinari per fatti penalmente rilevanti a carico dei dipendenti, indicare se tali procedimenti hanno dato luogo a sanzioni:		
12.C.1	Sì, multa (indicare il numero)		
12.C.2	Sì, sospensione dal servizio con privazione della retribuzione (indicare il numero)		
12.C.3	Sì, licenziamento (indicare il numero)	X	n.1 dirigente
12.C.4	Sì, altro (specificare quali)	X	n.27 sospensioni procedimenti disciplinari personale comparto.
12.D	Se nel corso del 2015 sono stati avviati procedimenti disciplinari per fatti penalmente rilevanti a carico dei dipendenti, indicare se i fatti penalmente rilevanti sono riconducibili a reati relativi a eventi corruttivi (Indicare il numero di procedimenti per ciascuna tipologia; lo stesso procedimento può essere riconducibile a più reati):		
12.D.1	Sì, peculato – art. 314 c.p.	X	n.1 (peculato d'uso)
12.D.2	Sì, Concussione - art. 317 c.p.		
12.D.3	Sì, Corruzione per l'esercizio della funzione - art. 318 c.p.		
12.D.4	Sì, Corruzione per un atto contrario ai doveri di ufficio –art. 319 c.p.		
12.D.5	Sì, Corruzione in atti giudiziari –art. 319ter c.p.		
12.D.6	Sì, induzione indebita a dare o promettere utilità – art. 319quater c.p.		
12.D.7	Sì, Corruzione di persona incaricata di pubblico servizio –art. 320 c.p.		
12.D.8	Sì, Istigazione alla corruzione –art. 322 c.p.		
12.D.9	Sì, altro (specificare quali)	X	n.1 (falso, truffa, abuso d'ufficio), n.1 (falso, truffa), n.1 (falso).
12.D.10	No		

12.E	Se i fatti penalmente rilevanti sono riconducibili a reati relativi a eventi corruttivi, indicare a quali aree di rischio sono riconducibili i procedimenti penali (Indicare il numero di procedimenti per ciascuna area):		Unità Operativa Radiologia
13	ALTRE MISURE		
13.A	Indicare se sono pervenute segnalazioni relative alla violazione dei divieti contenuti nell'art. 35 bis del d.lgs. n. 165/2001 (partecipazione a commissioni e assegnazioni agli uffici ai soggetti condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati di cui al Capo I, Titolo II, Libro II, c.p.):		
13.A.1	Sì (indicare il numero di segnalazioni pervenute e il numero di violazioni accertate)		
13.A.2	No	X	
13.B	Indicare se ci sono stati casi di attivazione delle azioni di tutela previste in eventuali protocolli di legalità o patti di integrità inseriti nei contratti stipulati:		
13.B.1	Sì (indicare il numero di contratti interessati dall'avvio di azioni di tutela)		
13.B.2	No	X	
13.C	Indicare se è stata effettuata la rotazione degli incarichi di arbitrato:		
13.C.1	Sì (specificare se sono stati adottati criteri di pubblicità dell'affidamento di incarichi)		
13.C.2	No, anche se sono stati affidati incarichi di arbitrato		
13.C.3	No, non sono stati affidati incarichi di arbitrato	X	
13.D	Indicare se sono pervenuti suggerimenti e richieste da parte di soggetti esterni all'amministrazione con riferimento alle politiche di prevenzione della corruzione: (più risposte possibili)		
13.D.1	Sì, suggerimenti riguardo alle misure anticorruzione		
13.D.2	Sì, richieste di chiarimenti e approfondimenti riguardanti le misure anticorruzione adottate		
13.D.3	No	X	
13.E	Formulare un giudizio sulle misure sopra citate specificando le ragioni della loro efficacia oppure della loro mancata adozione o attuazione:		<p>Nei 2015, la mappatura delle attività/processi a rischio e l'attività di prevenzione/contrasto alla corruzione, hanno avuto come Finalità prevalente una più pregnante assimilazione dei contenuti del PTPC da parte dei protagonisti che, unitamente ad una proficua attività formativa, ha permesso la realizzazione delle azioni in esso previste. Pertanto, quanto rappresentato in questa relazione, permetterà di</p>