



# PIANO TRIENNALE PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (PTPC) 2016-2018

Approvato dal Consiglio di Amministrazione il 29 gennaio 2016

PREMESSA.....	2
1. SOGGETTI.....	4
2. MAPPATURA DELLE ATTIVITÀ A PIÙ ALTO RISCHIO DI CORRUZIONE AZIENDALE E VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO.....	5
3. MISURE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....	10
A. MISURE DI DEFINIZIONE E PROMOZIONE DELL'ETICA E DI STANDARD DI COMPORTAMENTO.....	10
C. MISURE DI DISCIPLINA DEL CONFLITTO DI INTERESSI.....	11
D. MISURE DI FORMAZIONE, SENSIBILIZZAZIONE E PARTECIPAZIONE.....	11
E. MISURE DI SEGNALAZIONE E PROTEZIONE.....	12
F. MISURE DI ROTAZIONE.....	12
G. MISURE DI REGOLAZIONE DEI RAPPORTI CON I RAPPRESENTANTI DI INTERESSI PARTICOLARI (LOBBIES).....	13
H. TRASPARENZA.....	13
4. MONITORAGGIO.....	14
5. CRONOGRAMMA.....	15
FONTI CONSULTATE.....	22
ALLEGATI.....	22

## PREMESSA

La legge 190/2012, art. 1 comma 8, impone all'organo di indirizzo politico (per la Montecatone R.I. Spa, Consiglio di Amministrazione), l'adozione del Piano triennale di prevenzione della corruzione, entro il 31 gennaio di ogni anno, per il triennio successivo a scorrimento.

La Determinazione dell'ANAC n. 8 del 2015 "Linee guida per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici economici" ha definito anche in capo a una Società per azioni quale Montecatone R.I. l'impegno a dare attuazione alla legge 190/2012:

*"dal quadro normativo sinteticamente tratteggiato emerge con evidenza l'intenzione del legislatore di includere anche le società e gli enti di diritto privato controllati e gli enti pubblici economici tra i soggetti tenuti all'applicazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza [...]soggetti che, indipendentemente dalla natura giuridica, sono controllati dalle amministrazioni pubbliche, si avvalgono di risorse pubbliche, svolgono attività pubbliche o attività di pubblico interesse"*

*"Ciò impone che le società controllate debbano necessariamente rafforzare i presidi anticorruzione già adottati ai sensi del decreto 231/01 [...] anche qualora le società abbiano già adottato il modello di organizzazione e gestione previsto dal decreto 231/01"*

*"Come è noto, l'ambito di applicazione della legge 190 del 2012 e quello del decreto 231/01 non coincidono [...] In particolare, quanto alla tipologia dei reati da prevenire, il decreto 231/01 ha riguardo ai reati commessi nell'interesse o a vantaggio della società o che comunque siano stati commessi anche e nell'interesse di questa (art. 5), diversamente dalla legge 190 che è volta a prevenire anche reati commessi in danno della società".*

*“...La legge 190 del 2012... fa riferimento .. ad un concetto più ampio di corruzione, in cui rilevano... anche le situazioni di “cattiva amministrazione”, nelle quali vanno compresi tutti i casi di deviazione significativa, dei comportamenti e delle decisioni, dalla cura imparziale dell’interesse pubblico”.*

La Determinazione 8/2015 suggerisce che il Modello Organizzativo e di Gestione steso ai sensi del Decreto 231/01 (di seguito MOG) sia integrato con misure idonee a prevenire fenomeni di corruzione e illegalità in coerenza con la legge 190/2012; che le misure di prevenzione della corruzione siano elaborate dal Responsabile della prevenzione della corruzione in stretto coordinamento con l’Organismo di vigilanza (di seguito ODV); che laddove sia presente un Organismo collegiale di vigilanza ai sensi del decreto 231/01, il componente interno svolga anche le funzioni di RPC.

Dal momento in cui è stata emanata la Determinazione, pertanto, l’OdV è stato investito dell’impegno a studiare la normativa anticorruzione in modo da poter integrare gli obblighi conseguenti nel MOG; il componente interno dell’OdV Dottorssa Claudia Corsolini è stata nominata RPC dal Consiglio di Amministrazione in data 17 dicembre 2015. La Responsabile per la Prevenzione della Corruzione non è Dirigente, quindi opera sotto la vigilanza stretta diretta del Consiglio di Amministrazione.

I compiti della RPC sono riassunti nell’atto di nomina pubblicato nella sezione “Società trasparente” del sito [www.montecatone.com](http://www.montecatone.com). In particolare <sup>1</sup>

- a) Elaborare la proposta di Piano triennale di Prevenzione della Corruzione, al fine di consentirne l’adozione da parte del Consiglio di Amministrazione entro il 31 gennaio di ogni anno;
- b) Verificare l’efficace attuazione e l’idoneità del Piano triennale di Prevenzione della Corruzione;
- c) Proporre la modifica del Piano triennale di Prevenzione della Corruzione qualora siano accertate significative violazioni delle prescrizioni o intervengano mutamenti nell’organizzazione o nell’attività della società;
- d) Verificare l’effettiva rotazione degli incarichi e/o la segregazione delle funzioni negli uffici preposti allo svolgimento delle attività per le quali sia più elevato il rischio di commissione di reati di corruzione;
- e) Definire, entro il 31 gennaio di ogni anno, procedure appropriate per la selezione e la formazione dei dipendenti destinati ad operare in settori di attività particolarmente esposti alla corruzione;
- f) Pubblicare, entro il 15 dicembre di ogni anno, sul sito web della società una relazione recante i risultati dell’attività svolta.

La prima relazione annuale è stata pubblicata nella sezione “Società trasparente” del sito [www.montecatone.com](http://www.montecatone.com), come previsto dall’ANAC, nel termine del 15 gennaio 2016.

Il presente Piano triennale, approvato dal Consiglio di Amministrazione il 29 gennaio 2016 e pubblicato entro il termine del 31 gennaio 2016, vale pertanto per il periodo 2016-2018. La previsione normativa di un aggiornamento annuale del Piano costituisce, nel caso di una Società che per la prima volta si cimenta con questo impegno, un elemento necessario anche per validare il sistema nella sua pienezza.

<sup>1</sup> stralcio dall’atto di nomina

Sono previsti entro la fine del mese di febbraio:

- la pubblicazione della notizia relativa all'approvazione del Piano triennale tra le notizie del sito [www.montecatone.com](http://www.montecatone.com) (a cura del Referente per la comunicazione esterna)
- l'invio di una nota specifica ai dipendenti ed ai principali stakeholders (A cura del Presidente tramite il Referente per la comunicazione esterna)

## 1. SOGGETTI

I soggetti impegnati a Montecatone per la Prevenzione della Corruzione, oltre alla RPC:

- L'Organo di indirizzo politico che approva il Piano triennale è il Consiglio di Amministrazione;
- La Responsabile per la Trasparenza, incaricata di svolgere le funzioni indicate dall'art. 43 del decreto legislativo n. 33 del 2013, è stata individuata nella persona della Dottoressa Elisabetta Marani, con nomina a valere 7 ottobre 2013;
- L'Organismo di Vigilanza nominato ai sensi del decreto 231/01 ed in carica fino al 31.12.2016 collabora direttamente nell'elaborazione del Piano e nel monitoraggio, avvalendosi anche di un consulente Avvocato penalista
- Il 14/12/2015 il Consiglio di Amministrazione ha nominato i componenti<sup>2</sup> dell'Organismo Aziendale di Valutazione (O.A.V.) attribuendogli le seguenti funzioni:
  - a) supportare l'attività di programmazione e di valutazione interna aziendale, in particolare per la definizione e la manutenzione della metodologia, degli indicatori e degli strumenti di valutazione;
  - b) verificare la correttezza metodologica dei processi di misurazione e di valutazione della Montecatone, in particolare per quanto attiene alla definizione delle performance attese e dei relativi indicatori, sia in termini complessivi sia con riferimento alle diverse unità operative ed ai singoli professionisti/operatori;
  - c) esprimere una valutazione di seconda istanza nei termini previsti dai contratti collettivi nazionali di lavoro (mentre la valutazione di prima istanza è svolta dalla Direzione Aziendale e, a cascata, dai vari responsabili di U.O.);
  - d) verificare l'assolvimento degli obblighi di trasparenza previsti dal D. Lgs. n. 33/2013, promuovendone l'applicazione in collaborazione con il Responsabile della Trasparenza;
  - e) verificare la corretta declinazione delle misure previste dal presente PTPC in obiettivi specifici e misurabili.

Altri soggetti impegnati nella Prevenzione, e pertanto Referenti<sup>3</sup> per il RPC per i rispettivi ambiti di competenza:

- Il Direttore Sanitario è la figura più importante per la prevenzione del rischio clinico e sovrintende alle attività relative alla documentazione sanitaria ed alla gestione delle liste di attesa; è inoltre il referente del Percorso di Budget, coordinando il

<sup>2</sup> Un esperto esterno, un referente dell'Ufficio Risorse Umane ed uno dei Sistemi informativi

<sup>3</sup> Si precisa che nella Società hanno un ruolo da Dirigenti (o equiparati) solo i Medici, gli Psicologi, i Biologi, la Dirigente dell'area Infermieristico-Riabilitativa e il Responsabile dell'Area Tecnico-Amministrativa

- Comitato di Budget che monitora costantemente il raggiungimento degli obiettivi aziendali di sviluppo e di mantenimento;
- Il Responsabile dell'Area dei servizi tecnico-amministrativi <sup>4</sup>coordina l'operato dei Coordinatori Amministrativi, incaricati di:
    - a) Bilancio e Contabilità generale;
    - b) Approvvigionamento Beni e Servizi;
    - c) Gestione Risorse Umane
    - d) Programmazione Ricoveri e dimissioni, URP, Gestione del Contenzioso, Privacy, Trasparenza
    - e) Qualità, Accreditamento, Sicurezza, Attività Tecniche e Conformità Tecnologiche;
    - f) Sistemi informativi e Controllo di gestione
  - tutti i Coordinatori Amministrativi pertanto sono attivi nelle aree di attività più esposte al rischio corruzione; in particolare il Responsabile Servizio Prevenzione Protezione è anche Risk Manager. Il Programma aziendale di Gestione del Rischio è monitorato da un team multidisciplinare (Comitato per la gestione Integrata del Rischio);
  - la Dirigente dell'Area Infermieristico-riabilitativa si avvale dei Coordinatori del comparto sanitario, che operando più direttamente nelle aree di rischio saranno chiamati a riferire al RPC.

I Referenti sopra indicati sono normalmente invitati ad inviare all'Odv i flussi informativi significativi per l'attività di vigilanza. A seguito dei momenti formativi di cui al punto 3.D si valuterà l'eventuale necessità di integrare l'invito con espliciti riferimenti al presente Piano.

Tutti i dipendenti della Società partecipano al processo di gestione del rischio, osservano le misure contenute nel presente Piano e le disposizioni del Modello 231 e gli obblighi di condotta previsti dal Codice etico e comportamentale, segnalando le situazioni di illecito ed i casi di personale conflitto di interessi.

I collaboratori a qualsiasi titolo della Società osservano, per quanto compatibili, le misure contenute nel presente Piano, le disposizioni del Modello 231 e gli obblighi di condotta previsti dal Codice etico e comportamentale.

## **2. MAPPATURA DELLE ATTIVITÀ A PIÙ ALTO RISCHIO DI CORRUZIONE AZIENDALE E VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO**

### Analisi del contesto esterno:

L'analisi del contesto territoriale si è rivelata, in questo primo periodo di attenzione alla normativa in oggetto, piuttosto impegnativa rispetto al raggio di operatività della società ed al reale influsso delle dinamiche territoriali sull'azienda. Il bacino di provenienza dell'utenza dell'Ospedale è infatti nazionale, ma d'altra parte la società opera in una realtà locale che non ha documentato in maniera particolarmente analitica le caratteristiche che potrebbero indurre fenomeni di corruzione all'interno. Il reperimento di fonti nazionali sul tema per svolgere quell'analisi critica che la Determinazione 12/2015 suggerisce, si è

---

<sup>4</sup> Ruolo attualmente ricoperto, con incarico di facente funzioni, dal Coordinatore del Servizio Bilancio e Contabilità generale

rivelato al di là della portata organizzativa della Società nel tempo intercorso dalla determina alla redazione del presente Piano.

L'analisi del contesto interno è partita andando ad indagare i precedenti giudiziari: nel precedente triennio non si sono verificati interessamenti dell'autorità giudiziaria attinenti alla corruzione. Risale al 2010 l'unico episodio in cui la Magistratura ha avviato un procedimento contro alcuni medici della Società; il procedimento penale principale si è chiuso nel 2015 in primo grado con l'assoluzione del medico indagato <sup>5</sup>.

La situazione della Società che emerge, in particolare, dal Bilancio di missione redatto annualmente dalla società (scaricabile dal sito [www.montecatone.com](http://www.montecatone.com)) evidenzia una cultura organizzativa e prassi operative che ad una prima analisi non mostrano criticità significative.

Anche le verifiche operate dall'Organismo di Vigilanza ex decreto 231/01 hanno fornito un quadro di buona gestione del rischio. (cfr. relazione annuale 2015 dell'Odv).

Sono state considerate le cosiddette "Aree obbligatorie":

A. Autorizzazione e o concessione:

Non sono emerse situazioni in cui la Società abbia tali poteri, tranne la fattispecie della concessione del patrocinio gratuito con utilizzo del logo aziendale, normalmente concesso direttamente dal Presidente per iniziative promosse da ex pazienti dell'Ospedale o iniziative scientifico-culturali;

B. Scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi:

La Società opera secondo regole di evidenza pubblica, per quanto compatibile con la sua natura privatistica. Nel concreto, man mano che sono arrivati a scadenza i contratti stipulati nel precedente regime privatistico, laddove possibile si accede alle gare Intercenter, "RdO" (Richieste di offerta) "MEPA" (Mercato Elettronico Pubblica Amministrazione) Intercenter o di Area Vasta, e solo nel caso sia necessario procedere in autonomia, la Società procede con una gara propria <sup>6</sup>. Risultano adottati i protocolli di legalità per gli affidamenti, nel rispetto delle procedure previste dal Modello Organizzativo Parte E: per quanto riguarda la contrattualistica della Società è sempre presente una clausola ad hoc nei contratti, mentre per le gare in cui eventualmente si collabora con una PA per l'organizzazione, vengono utilizzati i patti di integrità di tale Amministrazione;

C. Erogazione di sussidi e vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati:

La Società effettua erogazioni liberali di modico valore esclusivamente ad Associazioni di Volontariato o Associazioni di Promozione sociale, attive per l'Umanizzazione della degenza ed a beneficio della socializzazione delle persone ricoverate o dei loro familiari – come previsto dalle Linee guida sull'attività delle Unità Spinali e delle Unità per Gravi Cerebrolesioni Acquisite. Esiste una Procedura aziendale che regola i rapporti con questi soggetti e definisce una convenzione quadro, così come un Regolamento aziendale anche per quanto riguarda l'aiuto a soggetti (pazienti o parenti) che si trovano in condizioni di particolare indigenza; la valutazione sociale dello stato di bisogno viene svolta internamente ma per l'erogazione vengono attivate risorse esterne alla Società, attraverso

---

<sup>5</sup> dal momento che la vicenda si riferiva alla simulazione di patologia da parte di un paziente, l'azienda si è dotata di una procedura ad hoc per un maggior contrasto ai rischi di simulazione che ha portato, da allora, ad identificare 3 tentativi di simulazione di patologia

<sup>6</sup> Sotto la soglia dei 40.000 euro si procede alla richiesta di tre-cinque diversi preventivi

il privato sociale e in particolare tramite la Fondazione Montecatone Onlus (costituita per iniziativa della Società, e dotata di organi direttivi e bilancio propri)

D. Acquisizione e progressione del personale:

La Società è tenuta ad agire con procedure ad evidenza pubblica pur applicando ai propri dipendenti un contratto privato <sup>7</sup>.

L'Ufficio Risorse Umane e Formazione per Assunzioni e conferimento di incarichi libero professionali si attiene al relativo Regolamento aziendale (DOC28), che prevede la possibilità di chiamata diretta solo in alcuni casi specifici <sup>8</sup>, sempre motivando nel contratto la scelta di non aprire una procedura ad evidenza pubblica. Nel momento in cui si rileva il bisogno di reclutare un operatore, la prima opzione è quella di attingere alla eventuale graduatoria vigente tramite l'Ufficio del Personale; se la graduatoria non è disponibile per la figura professionale necessaria, oppure è esaurita, oppure è scaduta, la Dirigente dell'Area Infermieristico-riabilitativa provvede con l'Ufficio del Personale e con l'Ufficio Concorsi dell'Asl di Imola a definire i requisiti per partecipare alla prova di selezione; il bando viene firmato dal Presidente; il supporto tecnico per i concorsi è affidato all'Azienda Usl di Imola; le pratiche burocratiche conseguenti vengono gestite dall'Ufficio Personale.

I contratti di assunzione del personale dipendente vengono firmati dalla Resp. del Personale e in seguito dal Presidente.

Al fine di garantire i livelli di assistenza dichiarati nella Carta dei Servizi, nel caso di necessità di provvedere ad una sostituzione urgente di personale del comparto nel periodo di latenza tra l'attivazione della graduatoria e l'effettivo ingresso in servizio dell'operatore chiamato, è attiva una convenzione con una agenzia per il lavoro interinale selezionata mediante procedura pubblica con gara a livello AVEC (Area Vasta Emilia Centro).

L'attività di vigilanza dell'Odv ha evidenziato che alcuni processi per cui l'informatizzazione era già prevista durante il 2014, hanno subito dei rallentamenti a causa del fornitore selezionato. In particolare è ritardata la prevista informatizzazione dei processi gestiti dall'Ufficio del personale, finalizzati a monitorare i percorsi di assunzione con riferimento alla pianta organica e la messa a disposizione al dipendente di un portale interattivo per la gestione dei flussi informativi che lo riguardano.

Per quanto riguarda la progressione di carriera è in fase avanzata di elaborazione (bozza già depositata ai Sindacati), sia per i medici che per il comparto, un regolamento ad hoc; vengono già emanati dei bandi di selezione per la mobilità interna.

Sono state considerate anche le aree di attività della società definite "generali" per la Sanità, dalla Determinazione 12/2015 dell'ANAC:

- gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio: la Società non è tenuta al rispetto del "Percorso attuativo di certificabilità (PAC) dei dati e dei bilanci delle aziende e degli enti del SSN". L'art. 17 dello Statuto, revisionato nel 2014, affida al Collegio sindacale il controllo contabile e esplicitamente prevede *"in relazione a ciò*

<sup>7</sup> Il personale della Società afferisce al contratto nazionale AIOP-Fondazione don Gnocchi la cui parte normativa risale al 2005 mentre la parte economica al 2009.

Dal 2012 per l'area del comparto e dal 2014 per l'area medica è stato stipulato un contratto integrativo aziendale che fa riferimento al contratto della sanità pubblica per il trattamento economico tabellare e alcune parti normative.

<sup>8</sup> incarico di fiducia da affidare a professionisti per la difesa legale della Società; necessità di provvedere ad una sostituzione urgente di personale medico nel periodo di latenza tra l'attivazione della graduatoria e l'effettivo ingresso in servizio dell'operatore chiamato, al fine di garantire i livelli di assistenza dichiarati nella Carta dei Servizi



*il Collegio Sindacale dovrà essere integralmente costituito da Revisori Contabili iscritti nel registro istituito presso il ministero della Giustizia”;*

- controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni non rientrano tra i poteri della Società;
- incarichi e nomine: la dimensione della Società rende estremamente improbabile l'aumento artificioso del numero di posizioni da ricoprire;
- affari legali e contenzioso: il tema del contenzioso è gestito in rete con le altre aziende del Servizio Sanitario regionale, nell'ambito della sperimentazione regionale di cui alla deliberazione della Giunta Regionale n. 2079 del 23 dicembre 2013, ad oggetto “Approvazione del Programma Regionale per la prevenzione degli eventi avversi e la gestione diretta dei sinistri derivanti da responsabilità civile nelle Aziende sanitarie”; il programma regionale ha tra l'altro l'obiettivo di sostenere una soddisfacente gestione della sinistrosità con la possibilità di ridurre i tempi di definizione dei casi e ridare fiducia sia agli utenti che ai professionisti del Servizio Sanitario Regionale. In base a tale Programma è stato creato un Comitato di Valutazione Sinistri (CVS) composto dal Direttore Sanitario della Società, dal Referente Medicina Legale Az. UsI Imola, dal Coordinatore del Servizio Progr. Ricoveri e Dimissioni e dal Responsabile Area Assistenziale Infermieristica e Riabilitativa nonché da un Avvocato libero professionista. Finalità primaria del Comitato di Valutazione Sinistri è la raccolta di informazioni inerenti il sinistro, l'analisi del caso e la valutazione delle criticità emerse, per uno svolgimento più agevole delle azioni di gestione complessiva del caso anche al fine di favorire la transazione extragiudiziale. Dalla sua attivazione (maggio 2014) il CVS ha esaminato 4 casi; per i risarcimenti di modesta entità per danni a cosa procurati nella quotidianità di reparto <sup>9</sup> sarà elaborata una istruzione operativa nel 2016.

Per quanto riguarda l'individuazione di aree di rischio “specifiche”, anche raccogliendo i suggerimenti della Determinazione 12/2015 dell'ANAC nella parte speciale sulla Sanità:

- per l'attività libero professionale è stata effettuata una verifica nel 2015 che ha evidenziato che il fenomeno è numericamente quasi irrilevante;
- i rapporti contrattuali con privati accreditati riguardano solo due situazioni di consulenza sanitaria di secondo livello per cardiologia e chirurgia toracica;
- per quanto riguarda le attività di ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni, si evidenzia che la Società non può, per la sua natura privatistica, ricoprire il ruolo di principal investigator in ricerche con finanziamenti pubblici;
- i casi di decesso espongono questa Società a un rischio quasi inesistente sia per il basso numero sia perché la salma viene subito trasferita presso l'Ospedale di Imola.

La “farmaceutica” è invece sicuramente un settore su cui c'è un fortissimo interesse dell'Azienda verso una gestione ottimale, sia da parte del settore Approvvigionamento che da parte del Settore Sanitario, come testimoniato dalla matrice degli obiettivi aziendali (DOC14). I controlli effettuati dal Comitato di Budget non si limitano alla rilevazione di eventuali scostamenti nei consumi ma vanno puntigliosamente a monitorare tutti gli step del percorso; si deve ancora completare l'informatizzazione di alcuni dati utili a monitorare, anche ai fini del ciclo della performance, non solo gli scostamenti nei costi totali ma anche gli scostamenti nei quantitativi <sup>10</sup>.

<sup>9</sup> il totale rimborsato nel 2015 è di 700 euro



Si prevede quindi di condividere con il Direttore Sanitario, referente per il percorso di Budget, una disamina della Determinazione 12/2015 per identificare eventuali integrazioni metodologiche rispetto alle verifiche già programmate.

Per quanto riguarda l'approvvigionamento di beni sanitari, la Società sta attivando una convenzione con il centro logistico dell'AVEN (Area Vasta Emilia Nord), mantenendo la necessità di approvvigionarsi in autonomia per alcuni prodotti particolarmente importanti per l'attività e per l'utenza (prodotti per l'incontinenza); ciò richiederà una particolare attenzione della Società nella valutazione della fungibilità o meno tra prodotti.

Per la valutazione dei fattori di rischio, non essendo intervenute nel frattempo modifiche organizzative sostanziali e accogliendo il suggerimento dalla Determinazione 12/2015 ad evitare un'applicazione meccanica dell'allegato 5 del Piano Nazionale Anticorruzione, si è ritenuto che la mappatura dei rischi effettuata nel 2012 potesse essere considerato un valido punto di partenza, in quanto elaborata con la piena partecipazione di tutti i principali referenti aziendali e nello spirito della prevenzione del rischio sanitario.

Peraltro si evidenzia che in tale documento le aree ritenute a rischio "alto" di reati contro la Pubblica Amministrazione (parte E del MOG 231/01) sono:

- ambiente, salute e sicurezza;
- gestione delle convenzioni con la P.A. e del processo di accreditamento;
- gestione della documentazione sanitaria e della cartella clinica;
- gestione delle liste di attesa.

Tali aree di interesse prioritario sono state quindi oggetto del monitoraggio costante dell'OdV, evidenziando che nel concreto le misure adottate fino ad oggi risultano efficaci; in particolare:

- la politica per la sicurezza sui luoghi di lavoro e in primis la sorveglianza sanitaria risultano governate con cura, con una coerente pianificazione sia degli investimenti per dispositivi di protezione collettivi ed individuali, nonché della formazione;
- risulta essere in fase avanzata, con l'estensione anche ai pazienti del Day Hospital da gennaio 2016, l'informatizzazione della cartella clinica elettronica (CCE). Nel corso del 2016 la Società concentrerà i propri sforzi su un'attenta mappatura dei propri flussi informativi sanitari (CCE e Dossier Sanitario Elettronico "Galileo"), ovvero dei correlati trattamenti, con la finalità di ottenere una chiara e rigorosa organizzazione degli accessi ai dati tanto a livello gerarchico ("cosa posso trattare") che temporale ("quando e per quanto tempo");
- per quanto riguarda le liste di attesa, si rileva che, grazie ad una specifica azione della Direzione, i tempi di attesa per il ricovero di pz. acuti sono mantenuti entro un range di 7-15 giorni che risulta, nella stragrande maggioranza dei casi, compatibile con le esigenze cliniche dei pazienti. Per quanto riguarda la rilevazione dei dati sui tempi di attesa, fino al 2014 è stato possibile in tempo reale un confronto con i dati registrati dal software per la gestione dell'anagrafica dei pazienti. Nel 2015 il cambio del fornitore per la gestione della cartella clinica ha impedito di garantire questo controllo automatico, ma la verifica sulle liste di attesa effettuata a campione da parte dell'OdV ha mostrato una gestione ottimale.

---

<sup>10</sup> Dal 2012 in avanti, potendo accedere al mercato dei prodotti come soggetto pubblico, è stato possibile ottenere significative diminuzioni nel costo per farmaci e dispositivi; non per tutte le categorie di prodotti è disponibile il dato sui consumi necessario per poter effettuare anche controlli sull'appropriatezza delle prescrizioni

Sarà necessario nel corso del 2016 un aggiornamento del documento di analisi del rischio, che sarà completato, come previsto dalla Determinazione 12/2015 in collaborazione con i professionisti, entro il 2017.

### **3. MISURE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**

#### **A. MISURE DI DEFINIZIONE E PROMOZIONE DELL'ETICA E DI STANDARD DI COMPORTAMENTO**

La Società ha adottato un Codice etico - comportamentale, nell'ambito del Modello Organizzativo ai sensi del D. Lgs. n.231/2001, che seppur non esplicitando riferimenti al DPR 62/2013, ne recepisce sostanzialmente le medesime finalità, a volte andando oltre; nel corso del 2016 la RPC in collaborazione con OAV procederà ad una verifica più approfondita per valutare eventuali adeguamenti al DPR 62/2013 da proporre al Consiglio di Amministrazione.

E' l'OdV ad avere il compito di "controllo, attuazione e rispetto" del Codice etico - comportamentale, la cui copia viene consegnata a tutti i nuovi assunti; il Codice è comunque presente nella Intranet aziendale (sezione "documenti istituzionali") accessibile da tutte le postazioni informatiche dei dipendenti.

I principi del Codice etico-comportamentale integrano ed informano tutte le procedure confluite nel MOG ex D. Lgs. n. 231/2001, il quale prevede anche un sistema sanzionatorio (Parte C).

In particolare, il Sistema Sanzionatorio, nei limiti e in base ai requisiti in esso stabiliti, è rivolto a:

- Prestatori di lavoro subordinato dipendenti (impiegati, quadri, dirigenti);
- Organi Sociali e loro componenti (C.d.A; Collegio Sindacale; OdV);
- Consulenti (Società di consulenza, Avvocati ....); Collaboratori [lavoratori parasubordinati, agenti (ad es. promotori...), stagista ...]; Fornitori; altri Soggetti Terzi che abbiano con la Società rapporti contrattuali (ad es. Società di outsourcing, società interinali).

L'applicazione del sistema sanzionatorio è autonoma rispetto allo svolgimento e all'esito del procedimento penale eventualmente avviato presso l'Autorità giudiziaria competente nei confronti dei soggetti sopra citati, per la commissione di uno dei reati previsti dal d.lgs. n. 231/2001 e successive integrazioni.

A norma dell'art. 2106 c.c. il sistema sanzionatorio integra il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (di seguito, CCNL) di categoria riferito al personale dipendente, ferma restando l'applicazione dello stesso per le ipotesi ivi delineate.

Si può quindi concludere che il Codice risulta idoneo ed efficace, è applicato e tenuto in debita considerazione da tutti gli operatori ed i collaboratori.

#### **B. MISURE DI SEMPLIFICAZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE / RIDUZIONE DEI LIVELLI / RIDUZIONE DEL NUMERO DEGLI UFFICI/ SEMPLIFICAZIONE DI PROCESSI E PROCEDIMENTI**

Non sono previste misure di semplificazione e riduzione del numero degli uffici, dal momento che l'Atto Organizzativo è stato revisionato nel 2015 e pertanto corrisponde alla realtà attuale della Società.

L'Ufficio Qualità è impegnato in un generale percorso di rivisitazione delle procedure e dei protocolli aziendali, anche per venire incontro alle esigenze manifestate dagli operatori. Si prevede inoltre, grazie alla collaborazione tra il Servizio Qualità, i Sistemi informativi e il Referente per la Comunicazione, di agire in maniera significativa sulla organizzazione delle informazioni disponibili per gli operatori attraverso la Intranet.

### **C. MISURE DI DISCIPLINA DEL CONFLITTO DI INTERESSI**

Nel corso del 2016 l'Ufficio del Personale completerà la revisione della modulistica con cui viene raccolta la dichiarazione degli interessati quanto all'inconferibilità degli incarichi dirigenziali e l'incompatibilità, nonché la predisposizione di tutto quanto previsto dalla normativa con riferimento all'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro dei dipendenti pubblici.

A tal fine si ritiene importante un percorso formativo ad hoc (cfr. paragrafo D).

Si prevede inoltre di definire, anche attraverso il confronto con le altre realtà della Regione che hanno la medesima configurazione giuridica e pertanto mancano di poteri ispettivi autonomi, una modalità per una verifica sugli incarichi già conferiti.

Successivamente l'Ufficio del Personale procederà ad una verifica annuale.

L'OdV provvederà a verifiche a campione sui relativi dossier nell'ambito del programma annuale di vigilanza.

L'Ufficio del Personale, sempre nel 2016, coinvolgendo anche le OO.SS, stenderà una procedura per quanto riguarda il rilascio delle autorizzazioni ai dipendenti per incarichi esterni.

### **D. MISURE DI FORMAZIONE, SENSIBILIZZAZIONE E PARTECIPAZIONE**

Nel 2015 è stata estesa a tutti i dipendenti una formazione di base sui contenuti del D.Lgs. n. 231/2001, a cura di un avvocato civilista; una sessione formativa ad hoc per gli apicali è stata realizzata da un avvocato penalista.

Per il prossimo triennio laddove possibile si prevede di partecipare ai corsi organizzati dalla Regione Emilia Romagna e/o da Aziende Sanitarie, per operatori e RPC delle Aziende Sanitarie; le modalità di selezione del personale da formare, in base alle funzioni svolte e alle aree di rischio saranno diversificate:

- Un percorso formativo ad hoc è previsto per la Responsabile della prevenzione della Corruzione;
- considerato che il Piano formativo aziendale valido fino a maggio 2016 è già molto ben strutturato per una formazione capillare sulla sicurezza, si prevede di proporre ai coordinatori del comparto infermieristico e riabilitativo, con funzioni che prevedono un impatto concreto riferito alle altre aree definite con rischio alto di corruzione, un percorso formativo basato sulla conoscenza dei principi della legge 190/2012, del contenuto del Codice etico e delle procedure richiamate dal MOG ex decreto 231/01, con particolare riferimento all'astensione in caso di conflitto di interesse;

- contemporaneamente si provvederà ad inserire nella programmazione del nuovo Piano Formativo Aziendale - che sarà elaborato entro settembre 2016 - la pianificazione di moduli formativi da proporre alla generalità degli operatori, coinvolgendo nel corso del triennio almeno un terzo del personale rispettando le proporzioni tra le diverse categorie di operatori; la pianificazione di un percorso formativo ad hoc in collaborazione con l'UOC Risorse Umane dell'Azienda Usl di Imola per gli operatori dell'Ufficio Risorse Umane;
- un percorso formativo ad hoc attraverso la presentazione di casi avvenuti in altri ospedali è prevista per il Consiglio di Amministrazione, i coordinatori amministrativi ed i Medici Dirigenti di Unità Operative.

## **E. MISURE DI SEGNALAZIONE E PROTEZIONE**

L'attuale MOG prevede l'invio alla casella elettronica dell'Odv di ogni segnalazione, redatta su un apposito modulo. La segnalazione viene quindi presa in considerazione solo dai 3 componenti dell'Odv.

Anche alla luce delle osservazioni raccolte presso i dipendenti nell'ambito della formazione effettuata sul D.Lgs. n. 231/2001, nel corso del 2016 si prevede di identificare modalità di inoltro alternative alla e-mail, in modo da garantire il pieno anonimato.

Date le dimensioni della Società, si ritiene che possa essere sufficiente prevedere la consegna di moduli cartacei in apposite cassette posizionate nei punti cardine di passaggio, in analogia a strumenti già ben rodati (raccolta delle segnalazioni dai pazienti, raccolta di schede di incident reporting) senza attivare percorsi informatizzati che potrebbero ingenerare un senso di insofferenza e disincentivare le segnalazioni.

In questa fase non si prevede quindi nemmeno l'utilizzo di messaggi incentivanti sulla Intranet aziendale o sul sito [www.montecatone.com](http://www.montecatone.com), che per la realtà di questa Società potrebbero paradossalmente allontanare invece che facilitare il contatto.

## **F. MISURE DI ROTAZIONE**

La previsione normativa circa l'effettiva rotazione degli incarichi nei servizi in cui si è individuato un rischio di corruzione trova un limite oggettivo in considerazione dei seguenti criteri:

- la peculiarità dell'Ospedale di Montecatone, di ridottissime dimensioni nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale
- la specifica e spesso unica competenza professionale delle risorse umane impegnate nelle aree a rischio, sia nelle funzioni apicali che a livello di comparto amministrativo, che non permette la sostituzione nelle mansioni e di conseguenza impedisce la rotazione
- l'ineludibile esigenza di garantire comunque non solo la speditezza e l'efficacia della funzione amministrativa ma soprattutto gli standard prestazionali a beneficio dei ricoverati stabiliti dalla Carta dei Servizi

Nel corso del 2016 il RPC provvederà a mappare con l'Ufficio del personale e con le Resp. dell'Area dei servizi Tecnico-Amministrativi e con la Resp. dell'Area Infermieristico-riabilitativa quali procedimenti curati dai dipendenti dell'area amministrativa e anche da operatori del comparto sono portati avanti con una corretta "segregazione delle funzioni", per identificare (laddove possibile) eventuali nuove misure in tal senso.

## **G. MISURE DI REGOLAZIONE DEI RAPPORTI CON I RAPPRESENTANTI DI INTERESSI PARTICOLARI (LOBBIES)**

Il rapporto con le organizzazioni di stakeholders avviene in primis attraverso l'organismo previsto dalla normativa regionale, ovvero il CCM (Comitato Consultivo Misto).

Non sono presenti nel CCM realtà che abbiano come mission principale la promozione della legalità: la natura di Ospedale di riabilitazione rende poco significativa una eventuale azione di questa Società, oltretutto di diritto privato, in questo campo.

L'Ospedale ha un'utenza omogenea visto che ricovera solo persone con due tipologie di patologia ben precisa (grave lesione midollare; grave cerebro lesione acquisita); partecipano al CCM associazioni di volontariato, associazioni di promozione sociale o cooperative sociali che hanno una mission specifica nel campo della *tutela delle persone con disabilità*.

La normale attività del CCM, che spazia dalla rilevazione della soddisfazione dei pazienti alla partecipazione diretta dei rappresentanti degli utenti nella pianificazione dei cambiamenti principali dell'Ospedale fino a collaborare alla definizione dei requisiti tecnici dei prodotti da acquistare, appare sufficiente a garantire un flusso di comunicazioni sincero e disincantato, utile anche ai fini dell'anticorruzione.

Dal costante rapporto con questi soggetti emerge come tema specifico di interesse il *corretto rapporto con le aziende fornitrici di beni e servizi destinati ad essere acquisiti dai pazienti anche dopo la dimissione* (prodotti per l'incontinenza, ausili per la mobilità ec.), in modo che la necessità di dare informazioni esaurienti sulla varietà di prodotti in commercio e sul diritto di scelta da parte del paziente non siano mai coartate attraverso forme di pubblicità viziate da conflitto di interesse.

La calendarizzazione dei lavori del CCM non ha consentito di condividere questo Piano ma si prevede che venga sempre presentata la bozza di adeguamento per l'anno successivo, di qui in avanti, entro il mese di ottobre.

## **H. TRASPARENZA**

Si rileva un sostanziale adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa applicabile alla società.

Il monitoraggio, effettuato a campione con cadenza quadrimestrale, ha evidenziato solo la necessità di aggiornamento (in corso di esecuzione) di alcuni dati (per la precisione il dato sui costi contabilizzati, il costo dei premi erogati). E' in atto un percorso di miglioramento per ovviare al problema del rallentamento nella ricezione dei dati necessari alla pubblicazione, automatizzando la raccolta dei dati.

Come già riferito al punto 1., è stato recentemente nominato l'Organismo Aziendale di Valutazione che, in collaborazione con il Responsabile della Trasparenza, provvederà a verificare l'assolvimento degli obblighi di trasparenza previsti dal D. Lgs. n. 33/2013, promuovendone l'applicazione.

Si allega il Programma per la trasparenza aggiornato per il triennio 2016-2018.

## 4. MONITORAGGIO

L'Organismo di Vigilanza ex decreto 231/01 ha effettuato, nel corso del 2015, le pianificate attività di monitoraggio rispetto ai reati presupposto del decreto 231/01.

In particolare la parte E del MOG, dedicata all'area dei reati contro la Pubblica Amministrazione e che faceva già riferimento alla legge 190/2012, è stata oggetto di una attenta analisi volta al suo ulteriore adeguamento, per armonizzarne i contenuti con le precisazioni emerse dai pronunciamenti dell'ANAC, con particolare attenzione alla Determinazione 12 "Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione", soprattutto nella parte speciale, che dedica un ampio approfondimento al settore della sanità. La revisione del Modello sarà completata entro il 2016.

Anche il monitoraggio sull'attuazione del presente Piano triennale verrà effettuato principalmente attraverso l'operato dell'Organismo di Vigilanza ex decreto 231/01. L'armonia tra le misure anticorruzione e la vigilanza ai sensi del Decreto 231/01 è garantita dal fatto che è stato nominato come RPC il componente interno dell'OdV.

Dall'attività dell'OdV del 2015 sono emerse due piste principali di lavoro, da affrontare seguendo i suggerimenti metodologici della Determinazione 12/2015 (parte speciale – Approfondimenti – I Area di rischio contratti pubblici e II – Sanità ):

- una vigilanza specifica sulla gara di appalto che darà corso a partire dal 2016 all'aggiudicazione di lavori edili di particolare impatto economico per la Società,
- una verifica sul sistema di approvvigionamento di beni e servizi,

Le altre verifiche poste a calendario dall'OdV riguardano tutte le aree presidiate dai Coordinatori Amministrativi, nonché un incontro con Responsabile dell'infrastruttura ricerca e innovazione, con il Presidente della Società e con il Presidente del Collegio Sindacale.

La RPC fa parte anche del Comitato per la Gestione del rischio che opera principalmente nell'ambito del rischio clinico, e del Comitato di Budget che monitora il raggiungimento degli obiettivi aziendali rispetto alle tempistiche predefinite.

I documenti dell'ANAC suggeriscono una integrazione con il ciclo di gestione della performance che nella Società è ancora in una fase embrionale <sup>11</sup>, pertanto si rimanda alla seconda annualità del triennio questo tipo di azione.

Per quanto riguarda il monitoraggio sulla trasparenza si rimanda al Programma allegato. E' stato concordato tra RPC e Responsabile della Trasparenza un percorso di confronto continuo, in modo da procedere in maniera coerente come suggerito dalla Determinazione 8/2015 dell'ANAC.

---

<sup>11</sup> Come ricordato al paragrafo 1, la nomina dell'Organismo Aziendale di Valutazione risale al 14.12.15; è in fase di elaborazione il Regolamento sul sistema premiante

## 5. CRONOGRAMMA

Struttura responsabile	Processo	Rischio	Misure esistenti	Misure da realizzare		
				2016	2017	2018
Responsabile Prevenzione Corruzione	Adeguamento del Piano triennale di Prevenzione della Corruzione			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analisi + approfondita contesto esterno</li> <li>- Aggiornamento della tabella di risk management</li> <li>- condivisione con CCM entro ottobre</li> <li>- Inserimento riferimenti al Piano della performance</li> <li>- declinazione delle misure previste dal presente PTPC in obiettivi specifici e misurabili (con OAV)</li> </ul>	Presidio dei controlli	Presidio dei controlli
Ufficio Personale, Dirigente Area infermieristica, Resp. Area Tecnico Amministrativa	Organizzazione dell'attività			Verifica eventuali possibili azioni di rotazione / segregazione	Applicazione eventuali misure definite	Presidio dei controlli

Struttura responsabile	Processo	Rischio	Misure esistenti	Misure da realizzare		
				2016	2017	2018
Servizio Conformità Tecnologiche	Acquisizione in esclusiva di attrezzature sanitarie, apparecchiature biomediche	Accordi collusivi per eludere il corretto ciclo di budget	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formazione del Coordinatore del servizio</li> <li>- Ciclo degli acquisti in esclusiva: richiesta scritta del Direttore di Unità Operativa con motivazione dell'esclusiva; Vaglio del Comitato di Budget; verifica del Servizio Conformità tecnologiche anche rispetto all'effettiva necessità di esclusiva</li> <li>- Controllo a fine anno sulla rendicontazione degli acquisti da parte del CdA</li> </ul>	Prosecuzione delle attività già previste Integrazione della procedura con riferimento alla migliore gestione della consegna di prodotti in conto visione	Prosecuzione delle attività già previste	Prosecuzione delle attività già previste
Servizio Approvvigionamento beni e servizi Servizio conformità Tecnologiche	Affidamento di lavori, servizi e forniture, sopra i 40.000 euro	Violazione di norme in materia di procedura ad evidenza pubblica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Formazione del Coordinatore del servizio</li> <li>Accordi con Aree Vaste e Intercent-er</li> <li>Procedure per acquisti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoraggio Odv su appalto lavori edilizi utilizzando parte speciale Det. 12/2015</li> <li>- Informatizzazione del protocollo per garantire equità ai partecipanti</li> <li>- Formazione operatori addetti alla registrazione protocollo per garantire parità di informazioni</li> <li>- Utilizzo del sito per dare a tutti i partecipanti le medesime informazioni</li> </ul>	Presidio dei controlli	Presidio dei controlli



Struttura responsabile	Processo	Rischio	Misure esistenti	Misure da realizzare		
				2016	2017	2018
Servizio conformità Tecnologiche	Autorizzazione al subappalto	Violazione di norme in materia di procedura ad evidenza pubblica	Procedura aziendale prevede obbligo per il fornitore di chiedere aut. alla stazione	Verifiche Odv	Verifiche Odv	Verifiche Odv
Servizio Approvvigionamento beni e servizi	Acquisizione di beni e servizi compresi acquisti in economia e in urgenza e Acquisizione in esclusiva di farmaci e materiale sanitario	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Violazione di norme in materia di procedura ad evidenza pubblica - Utilizzo della procedura sugli acquisti sotto i 40.000 euro al di fuori dei casi previsti; frazionamento artificioso del fabbisogno; abuso del criterio del rapporto fiduciario</li> <li>Accordi collusivi per eludere il corretto ciclo di budget</li> <li>Rapporti scorretti con informatori del farmaco</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formazione del Coordinatore del servizio con conv. con Az. Usl Bo – SAM</li> <li>- Procedura sugli acquisti</li> <li>- Ciclo del budget degli investimenti: richiesta del Direttore di Unità Operativa; Vaglio del Comitato di budget; verifica del Serv. Conf. tecnologiche; approvazione del CdA</li> <li>- Acquisizione di beni e servizi attraverso centrali di committenza</li> <li>- Doppia firma (richiedente + responsabile) per autorizzare richieste di acquisto. Per richieste urgenti: motivazione scritta dell'urgenza, vaglio del DS</li> <li>- Le richieste di nuovi acquisti di farmaci vengono sempre esaminate dalla CTA e in urgenza dal DS</li> <li>- Procedura per accesso informatori scientifici revisionata a settembre 2015</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Approvvigionamento tramite magazzino farmaceutico AVEN</li> <li>- Acquisizione da parte del Comitato di Budget dello stralcio dalla Determinazione 12/2015</li> <li>- Integrazione della procedura per acquisti sotto i 40.000 euro (definizione di capitolato)</li> <li>- Controlli a campione sul rispetto della procedura di accesso informatori del farmaco e sulle prescrizioni di farmaci</li> </ul>	Prosecazione delle attività già previste	Prosecazione delle attività già previste

Struttura responsabile	Processo	Rischio	Misure esistenti	Misure da realizzare		
				2016	2017	2018
Direzione aziendale	Concessione di patrocinio gratuito ad eventi	Omissione o carenza di controlli sui requisiti dei soggetti ed attività patrocinate		Stesura istruzione operativa per regolamentare richieste	Applicazione istruzione operativa	Presidio dei controlli
Servizio Socio-educativo	Segnalazione di persone in condizione di grave indigenza per interventi di aiuto da parte del privato sociale	Indebito riconoscimento di aiuti economici	Regolamento interno su emergenze sociali (DOC18)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisione DOC18 con stesura di un documento più dettagliato per documentare l'istruttoria sociale</li> <li>- confronto con ASP Imola</li> <li>- Pubblicazione di eventuali accordi in questo ambito con realtà del privato sociale</li> </ul>	Applicazione nuovo regolamento	Presidio dei controlli
Ufficio Personale	Reclutamento personale	Procedure di concorso pubblico / avviso pubblico: Nomina commissari compiacenti; predisposizione bandi e prove ad hoc e/o valutazioni iniqui per favorire determinati candidati	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Procedure aziendali (DOC28)</li> <li>- Formazione del Resp. del servizio e dei collaboratori</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verifica OdV a campione della corretta applicazione delle procedure realizzate nel 2015</li> <li>- Valutazione ev. istruzione operativa per espletamento procedure</li> <li>- Verifica precedenti penali</li> <li>- Revisione modulistica interna per le dichiarazioni del personale su inconferibilità / incompatibilità</li> <li>- Confronto con realtà regionali analoghe per identificare modalità condivise di verifica</li> </ul>	Attuazione ev. indicazioni correttive emerse	Presidio dei controlli

Struttura responsabile	Processo	Rischio	Misure esistenti	Misure da realizzare		
				2016	2017	2018
Ufficio Personale, Sistemi informativi	Progressioni economiche e di carriera	Attuazione secondo criteri volti a favorire determinati candidati	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formazione del Resp. del servizio e dei collaboratori</li> <li>- Elaborazione bozza regolamento da condividere con i sindacati</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Codifica e applicazione del regolamento</li> <li>- Informatizzazione del fascicolo del dipendente e collegamento informatizzato con la pianta organica</li> <li>- Verifica su medici rispetto a incarichi in struttura private e/o accreditate</li> </ul>	Presidio dei controlli	Presidio dei controlli
Ufficio Personale	Incarichi esterni per collaborazioni attraverso lavoro autonomo	Violazione normativa di settore per favorire determinati soggetti	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formazione del Resp. del servizio e dei collaboratori</li> <li>- Preventiva verifica e attestazione in ordine alla carenza di professionalità interne</li> </ul>	Verifiche Odv	Verifiche Odv	Verifiche Odv
Ufficio Personale	Autorizzazione a dipendenti per incarichi esterni	Violazione normativa di settore per favorire determinati soggetti	Formazione del Resp. del servizio e dei collaboratori	Adozione atto contenente criteri per autorizzazione ad incarichi	Verifiche OdV	Verifiche OdV
Ufficio Personale	Conferimento di incarichi dirigenziali di struttura complessa	Omissione o carenza di controlli sui requisiti dei soggetti	Regolamento interno	Verifiche OdV	Verifiche OdV	Verifiche OdV
Ufficio Personale	Attività libero professionale interna	Attuazione secondo criteri volti a favorire determinati candidati	Regolamento interno	Verifiche OdV	Verifiche OdV	Verifiche OdV
Ufficio Personale	Accesso tirocinanti, borse di studio, frequentatori volontari	Attuazione secondo criteri volti a favorire determinati candidati	Regolamento interno	Verifiche OdV	Verifiche OdV	Verifiche OdV
Medici di reparto	Rilascio certificati di presenza dei familiari al fianco dei parenti	Omissione o carenza di controlli sui requisiti dei soggetti	Regolamento interno sull'assistenza aggiuntiva non sanitaria DOC16	Revisione DOC16; presentazione ai medici dei contenuti	Verifiche a campione con CCM	Verifiche a campione con CCM

Struttura responsabile	Processo	Rischio	Misure esistenti	Misure da realizzare		
				2016	2017	2018
Programma Vita Indipendente	Erogazioni liberali a soggetti del terzo settore	Omissione o carenza di controlli sui requisiti dei soggetti	Procedura attività socializzanti, con modello di convenzione quadro	Revisione procedura att. Socializzanti e convenzione quadro con le associazioni		
Programma Vita Indipendente	Rapporto con aziende che producono beni sanitari per uso dei pz. al domicilio	Accordi collusivi per favorire un fornitore		Confronto con aziende sanitarie pubbliche che ricoverano pazienti con patologie simili	Eventuali misure correttive	Eventuali misure correttive
Ufficio Programmazione ricoveri	Gestione liste di attesa	Accordi collusivi per favorire un soggetto nell'accesso alle cure	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Applicazione della procedura aziendale</li> <li>- Attività dell'osservatorio regionale sui tempi di attesa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ripristino sistema informatizzato di raccolta dati su tempi di attesa</li> <li>- verifiche a campione con CCM</li> <li>- Monitoraggio sulle conseguenze dei ricoveri rispetto alla categoria di priorità assegnata al paziente</li> </ul>	Eventuali misure correttive	Eventuali misure correttive
Servizio Qualità, Ref. Comunicazione esterna, Sistemi informativi	Gestione Intranet	Accesso difficile dei dipendenti ai principali documenti aziendali finalizzati all'anticorruzione	Presenza dei documenti nella Intranet e disponibilità dei documenti principali sul sito aziendale	Semplificazione dell'interfaccia per facilitare il personale nell'accesso ai documenti aziendali	Manutenzione Intranet	Manutenzione Intranet
Resp. Programma gestione sinistri	Contenzioso	Accordi collusivi per favorire un soggetto nel riconoscere un risarcimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nomina di un Comitato a composizione mista</li> <li>- Indicazioni del progetto regionale di sperimentazione</li> </ul>	Elaborazione di istruzione operativa sul risarcimento per danni a cose	Evidenza documentale di almeno un audit indicatori di processo e di risultato	Evidenza documentale di almeno un audit indicatori di processo e di risultato

Struttura responsabile	Processo	Rischio	Misure esistenti	Misure da realizzare		
				2016	2017	2018
Sistemi informativi	Predisposizione capitolati tecnici per l'acquisizione di nuovi applicativi software; affidamento di lavori e servizi informatici; pareri tecnici sull'introduzione di materiale informatico dell'azienda a qualsiasi titolo (donazione / comodato)	Accordi collusivi per favorire acquisti inappropriati	Documenti scritti sulle caratteristiche tecniche dei materiali da acquisire ("capitolati")	Verifiche OdV	Verifiche OdV	Verifiche OdV
Servizio Bilancio e contabilità generale	Emissione e incasso fatture	Violazione di norme in materia	- Applicazione procedure contabili - Controllo del Collegio sindacale	Verifiche OdV, - Controllo del Collegio sindacale	Verifiche OdV, - Controllo del Collegio sindacale	Verifiche OdV, - Controllo del Collegio sindacale
Servizio Bilancio e contabilità generale	Gestione eventuali contributi aggiuntivi rispetto alle tariffe dovute per i ricoveri	Violazione di norme in materia	- coinvolgimento di più figure con compiti diversi	Verifiche OdV Controllo del Collegio sindacale	Verifiche OdV Controllo del Collegio sindacale	Verifiche OdV Controllo del Collegio sindacale
Servizio Bilancio e contabilità generale	Pagamento bonifici, codifica fornitori	Violazione di norme in materia	- sistema di accesso mediante password personale agli applicativi; - Applicazione procedure contabili - Controllo del Collegio sindacale	Verifiche OdV, - Controllo del Collegio sindacale	Verifiche OdV, - Controllo del Collegio sindacale	Verifiche OdV, - Controllo del Collegio sindacale

## LEGENDA

SAM = Servizio Acquisti Metropolitan

CTA = Commissione Terapeutica Aziendale

CVS = Comitato Valutazione Sinistri

ODV = Organismo di Vigilanza ex decreto 231/01

## **FONTI CONSULTATE**

Modello Organizzativo e di Gestione ai sensi del decreto 231/01 (revisione approvata dal Cda il 26 marzo 2015)

Relazione annuale dell'Organismo di vigilanza 2014 e 2015

Obiettivi aziendali 2015 (DOC14)

Bilancio di missione 2015

Risk assessment ai fini dell'applicazione del MOG ai sensi del decreto 231/01

## **ALLEGATI**

[Programma triennale per la trasparenza](#)