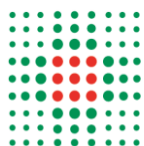
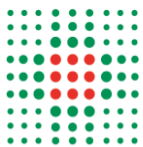


PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA 2017-2019

PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA 2017-2019.....	1
1. INTRODUZIONE	3
2. AMBITO SOGGETTIVO	3
3. LE PECULIARITÀ DEL SETTORE SANITARIO E L'IMPOSTAZIONE DI ANAC SEGUITA DA MRI	6
4. ACQUISTI IN SANITÀ.....	6
4.1IL CONFLITTO DI INTERESSI NEGLI ACQUISTI.....	7
4.2ULTERIORI POSSIBILI AMBITI DI CONFLITTO DI INTERESSE	8
5. ULTERIORI CONTENUTI DEI PTPCT ALLA LUCE DELLE RECENTI MODIFICHE NORMATIVE	9
6. SOGGETTI INTERNI COINVOLTI NEL PROCESSO DI PREDISPOSIZIONE E ADOZIONE DEL PTPCT	9
7. RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA	11
7.1 ATTIVITÀ SVOLTA DAL RPC	14
7.2 ATTIVITÀ SVOLTA DAL RT	15
7.3 RESPONSABILI DELLA INDIVIDUAZIONE E/O ELABORAZIONE DEI DATI, DELLA TRASMISSIONE E DELLA PUBBLICAZIONE	17
7.4 RESPONSABILE DELL'ANAGRAFE DELLA STAZIONE APPALTANTE (RASA)	18
8. L'ATTUALE ORGANIZZAZIONE AZIENDALE	18
ANALISI DEL CONTESTO E DEI PRINCIPALI RISCHI CORRUTTIVI, GESTIONALI E ORGANIZZATIVI	18
8.1. MODALITÀ DI FINANZIAMENTO DI MRI	18
8.2. EVOLUZIONE DELL'ASSETTO SOCIETARIO E ORGANIZZATIVO	19
8.3. DIMENSIONI DI MRI E DISECONOMIE DI SCALA NEI SERVIZI DI SUPPORTO	20
8.4. RAPPORTI CON IL TERRITORIO E GLI STAKEHOLDER	23
8.5. RISCHI RELATIVI ALLA CRESCITA DEI BISOGNI E ALLA PRESSIONE DELLA "DOMANDA" (TEMPI DI ATTESA, LIBERA PROFESSIONE)	24



8.6. AREE DI INTERVENTO	25
8.7. FONDAZIONE MONTECATONE ONLUS	35
9. MISURE DI PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE	35
LA GESTIONE DEL RISCHIO.....	37
9.1 MAPPATURA DEI PROCESSI	37
9.2 ANALISI E VALUTAZIONE DEI PROCESSI.....	38
9.3 IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEI RISCHI	38
9.4 IDENTIFICAZIONE DELLE MISURE	41
10. ROTAZIONE	41
10.1 PREMESSA.....	41
10.2 A CHI SI RIVOLGE: AREE E SETTORI A RISCHIO INDIVIDUATE NEL PTPCT DI MRI	44
10.3 CRITERI PER LA ROTAZIONE DEL PERSONALE NELLE AREE A RISCHIO	44
10.4 MODALITA' DI ATTUAZIONE DELLA ROTAZIONE	44
10.5 ROTAZIONE DEL PERSONALE DIRIGENZIALE.....	44
10.6 LIMITI OGGETTIVI E SOGGETTIVI ALLA ROTAZIONE DEL PERSONALE DIRIGENZIALE MEDICO	44
10.7 MODALITÀ DI ROTAZIONE DEL PERSONALE NON DIRIGENZIALE.....	45
10.8 LIMITI OGGETTIVI E SOGGETTIVI ALLA ROTAZIONE DEL PERSONALE NON DIRIGENZIALE	45
10.9 RAPPORTI TRA PROCEDIMENTI PENALI E/O DISCIPLINARI E ROTAZIONE.....	45
11. INCOMPATIBILITÀ E INCONFERIBILITÀ DEGLI INCARICHI.....	46
12. WHISTLEBLOWING.....	48
13. FORMAZIONE.....	49
14. CODICE DI COMPORTAMENTO.....	50
15. VALORI DI INTEGRITÀ E CORRETTEZZA.....	50
16. ALTRE MISURE	51
Allegato 1 PTPCT: TRASPARENZA	51
Allegato 2 PTPCT: MAPPATURA AREE DI RISCHIO E METODOLOGIA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO	51



1. INTRODUZIONE

Il presente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) 2017-2019 integra ed aggiorna il PTPC redatto ed approvato dal Montecatone Rehabilitation Institute S.p.a. (di seguito MRI e/o Società/Ospedale) nel gennaio del 2016 e pubblicato nella sezione Società Trasparente del sito istituzionale in data 31 gennaio 2016.

Il documento recepisce ed attua le novità legislative recate dal D. Lgs. 97/2016 e fa proprie le indicazioni ed i suggerimenti dati dalla Delibera ANAC n. 831 del 3 agosto 2016 (PNA 2016).

La normativa del 2016 ha, infatti, introdotto modifiche ed innovazioni all'intera disciplina del 2012 e del 2013, ampliando e definitivamente chiarendo, ad es., l'ambito di applicazione della stessa, riducendo alcuni obblighi di trasparenza ed inserendone di diversi o attuabili con modalità differenti ed eliminando il Programma Triennale della Trasparenza e della Integrità - favorendo l'applicazione della misura preventiva della trasparenza attraverso una visione trasversale della stessa in modo da costituire essa un adempimento strategico, naturale e penetrante dell'intera funzione pubblica svolta dal soggetto tenuto all'applicazione di tale disciplina.

L'art. 2-bis del D. Lgs. 33/2013 perimetra l'ambito soggettivo di applicazione della norma in tema di trasparenza ed il combinato disposto con il PNA 2016 determina l'obbligo in capo a MRI di adempiere alle disposizioni ivi contenute.

Il presente PTPCT intende essere un programma di attività, con indicazione delle aree di rischio e dei rischi specifici, delle misure da implementare per la prevenzione in relazione al livello di pericolosità dei rischi specifici, dei dirigenti/responsabili e/o degli ulteriori qualificati soggetti da questi ultimi indicati come meglio si specificherà nel seguito per l'applicazione di ciascuna misura e dei tempi.

2. AMBITO SOGGETTIVO

Montecatone Rehabilitation Institute è una Società per Azioni nata nel 1997, derivante da una sperimentazione gestionale costituita ai sensi dell'articolo 9-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502: la Regione Emilia Romagna con questo assetto organizzativo intendeva dare avvio ad una sperimentazione gestionale aperta alla partecipazione di soggetti privati. La Società ha avuto quindi una composizione societaria mista fino al 2010; la quota di partecipazione degli investitori privati è stata oggetto di prelazione con acquisizione delle quote azionarie da parte dell'AUSL Imola. Alla data del 31 dicembre 2016 la compagine sociale risulta invariata rispetto all'esercizio precedente e rappresentata dall'Azienda USL di Imola, socia al 99,44%, e dal Comune di Imola, socio allo 0,56%; va aggiunto che nessuna azione propria è posseduta dalla Montecatone R.I. S.p.A. e che neppure durante il corso del 2016 ne sono state acquistate e vendute dalla stessa.

A dicembre 2016, lo Statuto sociale è stato adeguato con la previsione dell'organo Revisione Legale dei Conti a fianco del già esistente Collegio Sindacale, ai sensi della recente normativa dettata dal D.Lgs. 175/2016 secondo cui *“nelle società per azioni a controllo pubblico la revisione legale dei conti non può essere affidata al Collegio Sindacale”*.

Stante i numerosi dubbi interpretativi in merito alla legittimità costituzionale del D.Lgs. 175/2016 e l'incertezza nei criteri di nomina dell'organo amministrativo in forma collegiale, l'Assemblea dei Soci ha altresì dato mandato al Consiglio di Amministrazione di avviare un percorso di approfondimento della normativa con riferimento ai decreti attuativi da emanare nei prossimi mesi, per valutare la necessità di modifica dello Statuto di MRI, a normativa vigente entro il 23 Marzo



2017, al fine di contemplare la nomina di un amministratore unico e, ove consentito dalle legge, di un Consiglio di Amministrazione con i requisiti che saranno definiti dal decreto attuativo.

Il Consiglio di Amministrazione in carica, nominato nel 2014 in conformità alle disposizioni nazionali allora in vigore per le società partecipate a capitale totalmente pubblico, il cui mandato triennale vale fino ad approvazione del bilancio di esercizio al 31.12.2016, è così composto:

- o Augusto Cavina (Presidente ed Amministratore Delegato)
- o Emilio Emili (Consigliere dipendente dell' Azienda USL di Imola)
- o Eleonora Verdini (Consigliera, dipendente dell'Ausl di Modena in comando presso la Regione Emilia-Romagna)

MRI, in qualità di società partecipata a capitale totalmente pubblico, come già indicato nel PTPCT 2016 sopra citato, rientra tra i soggetti di cui all'art. 2-bis del D. Lgs. 33/2013 che, alla lettera b) del comma 2, prevede che tale decreto sia applicato anche *“alle società in controllo pubblico come definite dal decreto legislativo emanato in attuazione dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124”*.

Al punto 3 del citato PNA 2016 è specificato quanto segue. *“Soggetti tenuti all'adozione di misure di prevenzione della corruzione.*

Sull'ambito soggettivo di applicazione delle disposizioni in materia di trasparenza e degli indirizzi in materia di prevenzione della corruzione dettati dal PNA è recentemente intervenuto il d.lgs. 97/2016 che ha introdotto modifiche ed integrazioni sia al d.lgs. 33/2013 sia alla l. 190/2012.

Le modifiche hanno delineato un ambito di applicazione della disciplina della trasparenza diverso, e più ampio, rispetto a quello che individua i soggetti tenuti ad applicare le misure di prevenzione della corruzione. Questi ultimi, inoltre, sono distinti tra soggetti che adottano il PTPCT e quelli che adottano misure di prevenzione della corruzione integrative di quelle adottate ai sensi del decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231.

In particolare il d.lgs. 97/2016 inserisce all'interno del d.lgs. 33/2013, specificamente dedicato alla trasparenza, un nuovo articolo, l'art. 2-bis, rubricato «Ambito soggettivo di applicazione», che sostituisce l'art. 11 del d.lgs. 33/2013, contestualmente abrogato dall'art. 43.”

Ebbene, la MRI non si sottrae a tali obblighi e si è attivata con il fine precipuo di migliorare nel tempo l'applicazione delle norme previste a suo carico.

Il legislatore ha, peraltro, disciplinato in modo unitario, in via residuale e speciale, tali altri soggetti che hanno natura e caratteristiche organizzative differenti fra loro, ovvero gli enti pubblici economici, gli ordini professionali, le società in controllo pubblico, le associazioni, le fondazioni e gli enti di diritto privato comunque denominati.

Per quanto concerne la trasparenza, come sopra accennato, l'art. 2-bis, co. 2, del d.lgs. 33/2013, introdotto dal d.lgs. 97/2016, dispone infatti che *“la normativa del d.lgs. 33/2013 si applica, in quanto compatibile, anche a:*

- a) *enti pubblici economici e ordini professionali;*
- b) *società in controllo pubblico come definite dallo schema di decreto legislativo predisposto in attuazione dell'art. 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124, «Testo Unico in materia di società a partecipazione pubblica»⁴ (nel prosieguo schema di testo unico);*

Sono escluse, invece, le società quotate come definite dallo stesso decreto legislativo emanato in attuazione dell'art. 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124.5

- c) *associazioni, fondazioni e enti di diritto privato comunque denominati, anche privi di personalità giuridica, con bilancio superiore a cinquecentomila euro, la cui attività sia finanziata in modo maggioritario per almeno due esercizi finanziari consecutivi nell'ultimo triennio da pubbliche amministrazioni e in cui la totalità dei titolari o dei componenti dell'organo di amministrazione o*



di indirizzo sia designata da pubbliche amministrazioni. I soggetti di cui alle lettere a) b) c) applicano la medesima disciplina sulla trasparenza prevista per le pubbliche amministrazioni, con riguardo sia all'organizzazione sia all'attività svolta, «in quanto compatibile».

MRI, nella tendenziale completa applicazione di tale normativa, non ignora che ANAC recentemente ha sottolineato la portata dell'espressione "in quanto compatibile": nella Determina 1310 del 28 dicembre 2016 (pubblicata in GU n. 7 del 10 gennaio 2017) prevede infatti quanto segue: "Al fine di consentire da subito l'adeguamento da parte di detti soggetti alla disciplina sulla trasparenza si precisa, sin da ora, che il criterio della "compatibilità" va inteso come necessità di trovare adattamenti agli obblighi di pubblicazione in ragione delle peculiarità organizzative e funzionali delle diverse tipologie di enti, e non in relazione alle peculiarità di ogni singolo ente. Diversamente si avrebbe un'applicazione estremamente diversificata e disomogenea della trasparenza, anche all'interno della stessa tipologia di enti, conseguenza non rispondente allo scopo della norma e all'obiettivo di poter effettuare, tra le altre cose, comparazioni e confronti".

Per quanto concerne le altre misure di prevenzione della corruzione, dall'art. 41 dello stesso decreto si evince che detti soggetti debbono adottare misure di prevenzione della corruzione integrative di quelle adottate ai sensi del decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231 (art. 1, co. 2-bis, l. 190/2012). Essi, pertanto, integrano il Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo ex d.lgs. n. 231 del 2001 con misure idonee a prevenire anche i fenomeni di corruzione e di illegalità in coerenza con le finalità della L. 190/2012. Le misure possono o essere ricondotte in un documento unitario che tiene luogo del PTPCT anche ai fini della valutazione dell'aggiornamento annuale e della vigilanza dell'ANAC ovvero inserite in un documento distinto. Se riunite in un unico documento con quelle adottate in attuazione del D.Lgs. n. 231/2001, dette misure sono collocate in una sezione apposita e dunque chiaramente identificabili, tenuto conto che ad esse sono correlate forme di gestione e responsabilità differenti.

MRI ha ritenuto già dalle prime occasioni di adempimento della L. 190/2012 degli anni passati di predisporre un distinto documento che ogni anno provvede ad aggiornare ed implementare, come nella presente occasione.

Parallelamente nel corso del 2016 è proseguita l'attività dell'Organismo di Vigilanza (O.d.V.) previsto dal D.Lgs. n. 231/2001; è stato curato l'aggiornamento del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo aziendale (MOGC), che oggi si compone di:

- Parte generale con allegati 1. Modulo di segnalazione all'Odv; 2. Catalogo dei reati presupposto; 3. Statuto dell'Organismo di vigilanza;
- Parti Speciali: A Codice Etico e comportamentale; C Sistema Sanzionatorio; E Reati contro la PA e ai danni dello Stato; F Reati di ricettazione-riciclaggio; G Reati Societari; H - Reati contro la personalità individuale; I - Reato di false dichiarazioni; K - Reati in tema di falsità in monete, in carte di pubblico credito; L - Reati in materia di criminalità organizzata; M - Reati in materia di criminalità informatica; N - Reati contro l'industria e il commercio; O - Reati in materia di violazione del diritto di autore; P - Reati in tema di sicurezza sul luogo di lavoro; Q - Reati ambientali; R - Reato di impiego di cittadini di paesi terzi; S - Procedura di segnalazione.

Inoltre è stata completata la formazione del personale programmato e l'O.d.V. ha riferito al C.d.A. producendo una relazione e valutando positivamente lo stato dell'arte sulla gestione del MOGC.



3. LE PECULIARITÀ DEL SETTORE SANITARIO E L'IMPOSTAZIONE DI ANAC SEGUITA DA MRI

La specificità del settore sanitario, rispetto ad altri settori della pubblica amministrazione, ha determinato ANAC sin dal 2015 (v. Determina 12/2015) a predisporre una sezione speciale dedicata al settore sanitario. Esso infatti risente di alcuni fattori i cui effetti sono maggiormente percepiti dalla collettività, in ragione della peculiarità del bene salute da tutelare. Alcuni di questi fattori possono interferire nel rapporto tra la domanda sanitaria (come ad esempio, l'asimmetria informativa fra utenti e SSN, l'elevata parcellizzazione della domanda sanitaria, la fragilità della domanda di servizi di cura) e l'offerta (come, ad esempio, l'asimmetria informativa tra sistema sanitario e fornitori privati) e costituire potenziali elementi di condizionamento.

Per tali ragioni anche nel PNA 2016 ANAC ha ritenuto di implementare le indicazioni inizialmente rese con la determina sopra citata ed ha inserito nell'ultimo Piano la Sezione VII – SANITÀ che il presente documento intende riscontrare, compatibilmente con la propria natura di società strumentale al SSN.

Il PTPCT 2017-2019 di MRI, dunque, consapevole di tale sensibilità mostrata da ANAC nelle circostanze di cui sopra, tiene conto anche delle indicazioni date in relazione alle esigenze di allineamento con gli altri atti di programmazione aziendale, in particolare con il Bilancio di Missione (la cui redazione avviene ogni anno a cura di un pool di referenti aziendali coordinati dalla Direzione Sanitaria, fino alla pubblicazione attraverso il sito istituzionale) e la Matrice degli obiettivi annuali aziendali (che costituisce la base della costruzione del budget aziendale annuale e il fondamento per l'azione dei professionisti).

4. ACQUISTI IN SANITÀ

Come è noto, la materia degli acquisti è già di per sé particolarmente esposta al rischio corruzione e *malagestio*; in sanità, secondo gli osservatori ed, in particolare, secondo ANAC, essa assume una connotazione di particolare delicatezza, determinata dalla circostanza della ricaduta sulla fascia debole dei fruitori del servizio sanitario e, cioè, dei pazienti.

Gli strumenti su cui MRI maggiormente dirige la propria attenzione al fine di ridurre il rischio ed assicurare una gestione virtuosa degli acquisti sono, in particolare e come suggerisce da tempo ANAC, le dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi (e la loro verifica) da parte di chi opera nel settore e la trasparenza massima nell'assegnazione delle commesse, operando una applicazione costante degli obblighi previsti.

ANAC infatti ha ribadito con forza l'importanza di tali due strumenti e MRI opererà un'attenta vigilanza sulle dinamiche di acquisti.

Per vero, entrambi saranno utilizzati anche in altri campi, quali la gestione dei rapporti di sponsorizzazione, con particolare riferimento a soggetti privati commerciali, la gestione dei rapporti per progetti di studi e ricerche cliniche finanziati da soggetti privati commerciali, ed altri rapporti, di cui si dirà in prosieguo in maniera più specifica.



4.1 IL CONFLITTO DI INTERESSI NEGLI ACQUISTI

Il presente documento vuole essere uno strumento pratico e utile ad uso dei dipendenti di MRI, in particolare con posizioni/mansioni a rischio corruttivo, incentrato su alcuni punti principali da analizzare e approfondire nel redigendo regolamento interno.

Non si può però prescindere dal comprendere la portata di alcune indicazioni ritenute da ANAC particolarmente utili. Importante saranno perciò:

1. la definizione e l'attenta individuazione di ipotesi di "conflitto di interessi";
2. la necessità di compilare dichiarazioni relative ai conflitti di interessi: il PTPCT raccomanda di richiedere a tutte le persone che partecipano a una procedura d'appalto di dichiarare l'assenza di conflitti di interessi;
3. le procedure e gli strumenti di verifica delle dichiarazioni;
4. un elenco dei segnali d'avvertimento che possono aiutare a individuare situazioni di conflitto di interessi.

Va dunque rammentato che *"Un 'conflitto di interessi' implica un conflitto tra la missione pubblica e gli interessi privati di un funzionario pubblico, in cui quest'ultimo possiede a titolo privato interessi che potrebbero influire indebitamente sull'assolvimento dei suoi obblighi e delle sue responsabilità pubblici."* (definizione recata da: *Managing Conflict of Interest in the Public Service, OECD GUIDELINES AND COUNTRY EXPERIENCES*, pagg. 24-25, <http://www.oecd.org/corruption/ethics/48994419.pdf>).

L'OCSE ha inoltre identificato tre tipi di conflitti di interessi:

Un conflitto di interessi **reale**, che implica un conflitto tra la missione pubblica e gli interessi privati di un funzionario pubblico, in cui quest'ultimo possiede a titolo privato interessi che potrebbero influire indebitamente sull'assolvimento dei suoi obblighi e delle sue responsabilità pubblici.

Un conflitto di interessi **apparente** che può dirsi che esiste quando sembra che gli interessi privati di un funzionario pubblico possano influire indebitamente sull'assolvimento dei suoi obblighi, ma, di fatto, non è così.

Un conflitto **potenziale** di interessi il quale si verifica quando un funzionario pubblico ha interessi privati che potrebbero far sorgere un conflitto di interessi nel caso in cui il funzionario dovesse assumere in futuro responsabilità specifiche (ossia, in conflitto) ufficiali.

Per vero, ANAC ha ritenuto di aggiungere altri due tipi di conflitto di interessi: quello *diretto* e quello *indiretto* i quali fanno leva sulla *vicinitas* che il dipendente possa più o meno avere con il soggetto terzo e patire un'influenza distorta.

Nella pratica, un conflitto di interessi sorge quando una persona potrebbe avere l'opportunità di anteporre i propri interessi privati ai propri obblighi professionali.

Un conflitto di interessi non adeguatamente affrontato nell'ambito di una procedura d'appalto influisce sulla regolarità della procedura e comporta una violazione dei principi di trasparenza, parità di trattamento e/o non discriminazione che un appalto pubblico deve rispettare ai sensi dell'articolo 102 della normativa comunitaria e MRI intende sorvegliare la gestione delle procedure d'appalto attraverso anche sistemi di controllo a campione per garantirne la regolarità ed equità.

Le U.O. preposte agli acquisti devono garantire la trasparenza e la parità di trattamento a tutti gli offerenti. MRI dovrà reagire con rapidità ed effettuare i controlli necessari qualora emergano irregolarità. MRI intende redigere un regolamento teso alla vigilanza sugli acquisti ovvero di implementare quello già esistente.



Va sottolineato che l'eventuale scoperta di una circostanza anomala non significa necessariamente che esista un conflitto di interessi ma soltanto che la situazione debba essere chiarita e che occorre adottare misure adeguate.

MRI pertanto assumerà nel corso del 2017 una politica dissuasiva che dovrebbe includere la prevenzione, l'individuazione, la gestione e il sanzionamento dei conflitti di interessi. Essa dovrebbe essere adottata, come detto, all'interno di un regolamento facente parte del sistema di gestione e controllo e dovrebbe essere raccomandata ai responsabili di funzione che svolgono procedure d'appalto, a prescindere dalla loro forma giuridica.

Va aggiunto che nei redigenti regolamenti interni, MRI procederà con le seguenti modalità:

- adozione di documenti strategici finalizzati a facilitare l'implementazione coordinata di misure preventive che agiscano contemporaneamente sul piano della sensibilizzazione e della responsabilizzazione degli attori coinvolti;
- predisposizione di una modulistica per le dichiarazioni di assenza di conflitti di interesse e definizione di apposite procedure per la raccolta, tenuta ed aggiornamento di tali dichiarazioni;
- formazione dei professionisti coinvolti mediante moduli dedicati alla gestione dei conflitti di interesse;
- informazione puntuale e tempestiva degli operatori coinvolti, ad esempio mediante l'adozione e diffusione di documenti esplicativi che facilitino l'autovalutazione delle situazioni personali e relazionali con riferimento al contesto in cui ciascun soggetto si trova ad operare (in una Commissione giudicatrice, in un Collegio tecnico per la stesura degli atti di gara, ecc.).

Terrà conto, inoltre, di quanto AGENAS offre per l'attuazione delle misure indicate attraverso materiale pubblicato sul proprio sito istituzionale.

4.2 ULTERIORI POSSIBILI AMBITI DI CONFLITTO DI INTERESSE

MRI nel corso di vigenza del presente PTPCT predispone atti interni destinati a regolamentare le seguenti attività.

- Nell'ambito della sponsorizzazione di attività:

- nei casi in cui la formazione dei professionisti sia sponsorizzata con fondi provenienti da imprese private, i regolamenti di MRI prevedono già che le richieste di sponsorizzazione siano indirizzate direttamente alla struttura indicata da MRI (Direzione Sanitaria) e non ai singoli professionisti o a loro associazioni private e che tali richieste non siano mai nominative, dovendo essere l'azienda a indicare e autorizzare i dipendenti idonei a beneficiarne (in relazione al ruolo organizzativo, al bisogno formativo, ecc.);
- le risorse derivanti dalle sponsorizzazioni sono utilizzate per finanziare il piano della formazione dedicato ai professionisti, gestito secondo criteri di rotazione, imparzialità e con modalità che garantiscano la piena trasparenza.

Nel rilascio di pareri, nulla osta, autorizzazioni allo svolgimento di attività extra impiego:

- MRI definisce un procedimento per il rilascio di pareri, nulla osta, autorizzazioni allo svolgimento di attività extra impiego che tenga conto: nel caso in cui il soggetto richiedente sia membro di una commissione di gara, della possibile insorgenza di situazioni di conflitto quando la



procedure di gara sia in uno stato avanzato di espletamento che non consente agevoli sostituzioni o quando non siano presenti professionalità fungibili con quella del dipendente; della programmazione degli acquisti e, quindi, delle professionalità che potranno essere chiamate a partecipare alle future procedure di gara.

Nell'ambito delle attività svolte in collaborazione con le realtà del terzo settore, con particolare riferimento alle associazioni di persone con disabilità:

- MRI prevede una clausola *ad hoc* nelle convenzioni con tali soggetti.

5. ULTERIORI CONTENUTI DEI PTPCT ALLA LUCE DELLE RECENTI MODIFICHE NORMATIVE

Oltre ai contenuti evidenziati nel PNA 2013 e nella determinazione 12/2015, si evidenzia che il D.Lgs. 97/2016, nel modificare il D.Lgs. 33/2013 e la L. 190/2012, ha fornito ulteriori indicazioni sul contenuto del PTPC. In particolare, il Piano assume un valore programmatico ancora più incisivo, dovendo necessariamente prevedere gli obiettivi strategici per il contrasto alla corruzione fissati dall'organo di indirizzo. L'elaborazione del PTPCT presuppone, dunque, il diretto coinvolgimento del vertice di MRI in ordine alla determinazione delle finalità da perseguire per la prevenzione della corruzione, decisione che è elemento essenziale e indefettibile del Piano stesso e dei documenti di programmazione strategico-gestionale.

Altro contenuto indefettibile del PTPCT riguarda la definizione delle misure organizzative per l'attuazione effettiva degli obblighi di trasparenza. La soppressione del riferimento esplicito al Programma triennale per la trasparenza e l'integrità, per effetto della nuova disciplina, comporta che l'individuazione delle modalità di attuazione della trasparenza non sia oggetto di un separato atto, ma sia parte integrante del PTPCT come "apposita sezione". Quest'ultima deve contenere, dunque, le soluzioni organizzative idonee ad assicurare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione di dati e informazioni previsti dalla normativa vigente. In essa devono anche essere chiaramente identificati i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati, dei documenti e delle informazioni.

Nel presente PTPCT è, infatti, predisposta un'apposita sezione Trasparenza che analizza la funzione trasversale di tale strumento strategico ed individua le decisioni di MRI finalizzate alla sua corretta applicazione nell'organizzazione aziendale.

6. SOGGETTI INTERNI COINVOLTI NEL PROCESSO DI PREDISPOSIZIONE E ADOZIONE DEL PTPCT

L'ANAC prevede che la redazione del PTPCT sia un adempimento collettivo inteso nel senso di favorire la piena partecipazione sia degli Organi di indirizzo che di controllo, sia dei Responsabili delle diverse funzioni/aree/dipartimenti etc. e MRI ha proceduto a redigere il presente Piano coinvolgendo anche in numerose riunioni verbalizzate, i responsabili degli uffici.

In quest'ottica, già la determina ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 (aggiornamento 2015 al PNA 2013) segnalava come indefettibile tale circostanza: MRI, nella stesura del PTPCT 2017, ha perciò



predisposto e distribuito una serie di schede-interviste ai Responsabili di funzione ai fini della mappatura dei processi, della individuazione dei rischi e della relativa ponderazione, sollecitando gli stessi a fornire indicazioni circa la predisposizione di adeguate e corrispondenti misure di prevenzione; a *latere* della distribuzione delle dette schede interviste, il RPC ha convocato numerosi incontri con gli stessi Responsabili ed il consulente in materia, e dai verbali si evince la metodologia operativa adottata per la redazione del presente Piano e le incombenze gravanti sui singoli.

Lo stesso RPC ha dato vita ad una costante relazione con l'organo di indirizzo (Consiglio di Amministrazione) di MRI, che ha condiviso sin dall'inizio l'impostazione operativa del RPC, fornendo suggerimenti ed indicazioni utili al migliore adempimento.

E' stata perciò rispettata la *ratio* della norma sotto questo profilo, cioè quella di considerare la predisposizione del PTPCT un'attività (veicolata attraverso il criterio collettaneo) necessariamente svolta da chi opera all'interno dell'amministrazione o dell'ente interessato, sia perché tale metodo assicura che la conoscenza della struttura organizzativa da parte dei singoli - vale a dire di come si configurano i processi decisionali (siano o meno procedimenti amministrativi) e della possibilità di conoscere quali profili di rischio siano coinvolti - giova maggiormente al prodotto finale, sia perché comporta l'individuazione delle misure di prevenzione che più si attagliano alla fisionomia della Società e dei singoli uffici. Tutte queste attività, da ricondurre a quelle di gestione del rischio, trovano il loro logico presupposto nella partecipazione attiva e nel coinvolgimento di tutti i dirigenti e di coloro che a vario titolo sono responsabili dell'attività della Società.

Nel PNA 2016, inoltre, si sollecitano altri contenuti come, ad es., gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza (art 1, co. 8, come novellato dall'art. 41 del d.lgs. 97/2016), profilo quest'ultimo affrontato con il proficuo contributo del RT, dott.ssa Elisabetta Marani.

Il PNA 2016, ancora, raccomanda agli organi di indirizzo di prestare particolare attenzione alla individuazione di detti obiettivi nella logica di una effettiva e consapevole partecipazione alla costruzione del sistema di prevenzione. Tra questi già l'art. 10, co. 3, del D.Lgs. 33/2013, come novellato dall'art. 10 del D.Lgs. 97/2016, stabilisce che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce obiettivo strategico di ogni amministrazione, che deve tradursi in obiettivi organizzativi e individuali. In tal caso, ad esempio, ANAC offre come indicazione quella di pubblicare "dati ulteriori" in relazione a specifiche aree a rischio. La mancanza di tali obiettivi può configurare un elemento che rileva ai fini della irrogazione delle sanzioni di cui all'art. 19, co. 5, lett. b) del d.l. 90/2014.

Sempre nell'ottica di un effettivo coinvolgimento degli organi di indirizzo nella impostazione della strategia di prevenzione della corruzione, ad essi spetta anche la decisione in ordine all'introduzione di modifiche organizzative per assicurare ai RPC e RT funzioni e poteri idonei allo svolgimento del ruolo con autonomia ed effettività. A tal fine come si dirà meglio al punto 7. si è provveduto ad organizzare un Ufficio Prevenzione Corruzione, costituito, oltre che dall'RPCT, di altre due responsabili di settori e con specifica esperienza in materia di trasparenza e anticorruzione. Si ricorda, inoltre, che il PNA 2016 stabilisce che gli organi di indirizzo ricevono la relazione annuale del RPC e possono chiamare quest'ultimo a riferire sull'attività, riscontrando dallo stesso segnalazioni su eventuali disfunzioni riscontrate inerenti l'attuazione delle misure di prevenzione e di trasparenza (coinvolgendo anche il RT).

Altri soggetti impegnati nella Prevenzione, e pertanto qualificati punti di riferimento 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 Comitato di Budget che monitora costantemente il raggiungimento degli obiettivi aziendali di sviluppo e di mantenimento;
- i Coordinatori Amministrativi, incaricati di: Bilancio e Contabilità generale; Approvvigionamento Beni e Servizi; Gestione Risorse Umane; Programmazione Ricoveri e dimissioni, URP, Gestione del Contenzioso, Privacy, Trasparenza; Qualità, Accredimento, Sicurezza, Attività Tecniche e Conformità Tecnologiche; Sistemi informativi e Controllo di gestione - sono attivi nelle aree di attività più esposte al rischio corruzione; tutti collaborano con l'ufficio approvvigionamento per la redazione di disciplinari relativi ad acquisti di servizi di competenza del servizio;
- 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 Soggetti 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 ad hoc si valuterà l'eventuale necessità di integrare l'invito con espliciti riferimenti al presente Piano.

Resta che 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.

7. RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

Fino a fine 2016 a Montecatone sono state conferite due nomine distinte: la prima come RT attribuita alla dott.ssa Elisabetta Marani con decisione del Consiglio di Amministrazione in data 7 ottobre 2013, la seconda come RPC attribuita alla dott.ssa Claudia Corsolini con lettera prot. n. 2858 del 17.12.15.

Sulla base delle indicazioni recate dal PNA 2015, MRI aveva individuato come RPC la dott.ssa Corsolini poiché in possesso di adeguata conoscenza dell'organizzazione e del funzionamento dell'amministrazione, in quanto Responsabile del Programma Vita Indipendente, dotata della necessaria autonomia valutativa, e non trovantesi in una posizione che presenti profili di conflitto di interessi; infine, ella risulta tra i dipendenti non assegnati ad uffici che svolgono attività di gestione e di amministrazione attiva. In questa ottica, infatti la scelta ha evitato che venisse individuato un soggetto assegnato a uffici svolgenti attività nei settori più esposti al rischio corruttivo, come l'ufficio contratti o quello preposto alla gestione del patrimonio.



La nomina del RPC e del RT sono state comunicate all'ANAC attraverso il modulo pubblicato sul sito istituzionale dell'Autorità in data 13 gennaio 2016.

La normativa recata dal D. Lgs. 97/2016 che ha apportato modifiche anche alla L. 190/2012 ha ritenuto di unificare tali attribuzioni al fine di assicurare un espletamento delle funzioni ed il relativo controllo in maniera più omogenee.

Il Piano Nazionale Anticorruzione 2016 prevede che il RPCT negli enti del servizio sanitario dovrebbe *“occupare una posizione dirigenziale di struttura complessa o a valenza dipartimentale (UOC, UOD, Dipartimento/Distretto/Presidio)”* intendendo quali profili elettivi, figure come il responsabile del controllo di gestione, il responsabile del settore affari legali/affari generali, il *risk manager*, il direttore medico di presidio, il dirigente amministrativo di presidio, il direttore di distretto, il direttore di dipartimento, e che siano da escludere: direttore generale; dirigente (sia di area sanitaria che amministrativa) di struttura semplice; dirigente responsabile del settore gare e appalti; dirigente responsabile dell'ufficio procedimenti disciplinari; dirigenti esterni.

L'incrocio tra criteri elettivi e i criteri di esclusione, in una realtà piccola come MRI, ha evidenziato che:

- non esiste la figura del responsabile del settore affari legali /affari generali; la figura che svolge un'attività affine è la Coord. del Servizio Programmazione Ricoveri (dott.ssa Marani);
- il *risk manager* è anche responsabile del settore gare, quindi da escludere;
- non esiste la figura del direttore medico di presidio o del direttore di distretto;
- non esiste la figura del dirigente amministrativo di presidio; la figura che svolge un'attività affine è il Responsabile dell'Area Tecnico-Amministrativa.

In considerazione dei numerosi compiti direttamente attribuiti al RPC ed RT nei confronti del personale dell'ente, ed eventualmente per quel che concerne le disfunzioni anche nei confronti degli organi di indirizzo, è previsto che MRI, quale misura organizzativa da adottarsi da parte degli organi di indirizzo, attivi anche quelle dirette ad assicurare che il RPC e il RT svolgano il loro delicato compito in modo imparziale, al riparo da possibili ritorsioni, come già indicato nell'Aggiornamento 2015 al PNA. ANAC infatti invita tutte le amministrazioni e i soggetti di cui all'art. 2-bis, co. 2, del d.lgs. 33/2013 a regolare adeguatamente la materia con atti organizzativi generali, laddove non sia stata svolta tale regolamentazione nell'atto con il quale l'organo di indirizzo individua e nomina i due responsabili.

Il PNA 2016, inoltre, suggerisce la costituzione di un apposita struttura organizzativa adeguata, per qualità di personale e per mezzi tecnici, al compito di sostegno al RPC e al RT.

Alla luce delle fonti sopra citate, e considerato che la nomina del RPC aveva scadenza il 31 dicembre 2016, il Consiglio di Amministrazione di Montecatone (il cui mandato è a sua volta arrivato in prossimità della scadenza del triennio di mandato) nella seduta del 23 gennaio 2017 ha ritenuto di:

- prolungare l'incarico di RPC e RT per le due professioniste fino al completamento della relazione annuale 2016 ed alla approvazione e pubblicazione del presente piano;
- identificare come RPCT a partire dal 1 febbraio 2017 la dott.ssa Monica Lovisetto, Coordinatrice del Servizio Bilancio e Contabilità Generale, attualmente facente funzioni di responsabile dell'Area Tecnico-Amministrativa, che avrà anche la nomina come “gestore delle segnalazioni delle operazioni sospette di riciclaggio”;



- costituire un “Ufficio Prevenzione Corruzione e Trasparenza” formato dalle tre professioniste sopra citate, con l’obiettivo di garantire continuità ed efficienza nello svolgimento di tali mansioni, nonché una più ampia condivisione della cultura della prevenzione. Tale ufficio è stato affiancato da un esperto esterno con il mandato di supportare tutti i passaggi necessari per la miglior riuscita dell’applicazione normativa.

Nella definizione del profilo del RPC e RT, comunque, MRI ha tenuto conto degli aspetti che connotano la funzione che deve esercitare tale figura, aspetti che possono essere ricompresi prevalentemente in due ambiti: “preventivo” e di “vigilanza”.

Le tre figure conoscono le dinamiche organizzative interne e, pertanto, risultano professionalmente attrezzate per svolgere tali incarichi. Sono infatti dotate di una qualificata capacità di utilizzare esperienze e competenze presenti all’interno e all’esterno della struttura in cui operano; per quanto riguarda la vigilanza, profilo cui ANAC rinvia gran parte del successo del PTPCT, il RPCT è chiamato a constatare il rispetto di quanto previsto dal Piano, a elaborare nuove misure e strategie preventive e a segnalare criticità e/o specifici fatti corruttivi o di cattiva gestione. Il prevalere di un aspetto o dell’altro, ovvero il livello di equilibrio fra questi due ambiti, rilevano nell’identificazione del profilo del RPCT, nella sostanza le tre figure sono a conoscenza del settore sotto tutti gli aspetti, organizzativo, gestionale e sanitario.

La struttura a supporto del RPCT ed il nuovo RPCT inizieranno a svolgere la propria attività dal 1 febbraio 2017.

Nell’ottica di una proficua sinergia, RPC e RT hanno da subito instaurato una relazione istituzionale con l’Amministratore Delegato (dott. Augusto Cavina) il quale ha assicurato ed attivato una cooperazione strutturata, costante e consapevole al fine di adempiere al meglio agli obblighi previsti dalla normativa.

Proprio dal suggerimento dell’Amministratore Delegato a realizzare la più ampia collaborazione possibile con i RPC e RT delle altre società partecipate presenti in Regione ed operanti nel settore sanitario, è nata una stretta collaborazione con l’Istituto Scientifico Romagnolo per lo Studio e la Cura dei Tumori srl -IRCCS di Meldola (ospedale oncologico della Romagna).

Questa collaborazione ha portato in primo luogo i responsabili delle due aziende a scegliere lo stesso percorso formativo e successivamente, in assenza in entrambi gli Istituti di un ufficio legale strutturato, a condividere l’iter per la selezione di un consulente specializzato in diritto amministrativo con particolare attenzione al campo dell’anticorruzione e con specifica esperienza in ambito sanitario. E’ stato così selezionato l’Avv. Angelita Caruocciolo il cui cv ha evidenziato una lunga esperienza nel campo degli appalti ed una recente attività consulenziale nell’ambito dei tavoli attivati congiuntamente da ANAC e Agenas.

Insieme, sono stati condotti diversi incontri al fine di inquadrare le attività e a condividere un cronoprogramma utile alla migliore gestione delle relative attività:

14 novembre 2016 discussione su:

- D.Lgs 175/2016 – Testo unico in materia di società a partecipazione pubblica – tema blocco assunzioni a tempo indeterminato;
- Presentazione attività per la redazione del piano di prevenzione della corruzione 2017 – 2019;

28 novembre 2016 discussione su:

- Adempimenti in tema di obblighi di pubblicazione - confronto con indicazioni dell’organismo regionale di valutazione (vedi paragrafo sulla trasparenza); ruolo dell’OIV regionale in rapporto con i RPCT delle Aziende e con gli OAS;



- Dichiarazione pubblica di interesse da richiedere ai ricercatori/sperimentatori: verrà redatto un modulo standard regionale, adeguando e semplificando quello AGENAS suggerito con il PNA del 2015; anch'esso sarà probabilmente trasmesso con nota ufficiale.
- Obiettivi per la prevenzione della corruzione;
- Redazione Codice di comportamento: si prevedono linee guida regionali sul codice di comportamento, con un modello per tutte le aziende, da deliberare a livello di giunta, che poi ogni azienda dovrà adottare e adattare alla propria realtà (Ragionevolmente sarà pronto nel primo semestre 2017).

Nel corso di questo incontro è emerso inoltre che il tavolo degli RPC delle aziende sanitarie regionali sta lavorando sulle LLGG delle dichiarazioni patrimoniali, che andranno adattate alle società partecipate.

19 dicembre 2016 discussione su:

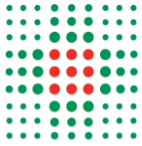
- Adempimenti in tema di obblighi di pubblicazione;
- PTPCT - Schede sinottiche mappatura processi e rischi;
- PTPCT - Analisi contesto interno;
- PTPCT - rapporto con il terzo settore;
- Relazione annuale RPC;
- Infine, entrambi gli Istituti hanno raccolto le preziose indicazioni di Agenas sia attraverso il sito istituzionale dell'Agenzia, sia attraverso gli incontri romani che questa ha attivato a favore dei soggetti che operano nel SSN.

In gennaio gli incontri e le valutazioni sono proseguite con incontri distinti tra le aziende.

7.1 ATTIVITÀ SVOLTA DAL RPC

Nel corso del 2016, l'attività **del RPC** è stata caratterizzata da:

1. Verifiche specifiche attraverso l'attività già calendarizzata dall'Organismo di Vigilanza 231, che ha portato ad intervistare:
 - Responsabile ff Area Tecnico - Amministrativa, nonché Coordinatore Bilancio e Contabilità Generale;
 - Responsabile Ufficio Gestione Risorse Umane e Formazione;
 - Coordinatore Servizio Qualità, Accreditamento, Sicurezza, Attività Tecniche e Conformità Tecnologiche;
 - Presidente del Consiglio di Amministrazione e Amministratore Delegato;
 - Presidente del Collegio Sindacale;
 - Direttore Sanitario;
 - Coordinatore del Servizio Programmazione ricoveri e Dimissioni, URP, Gestione del Contenzioso, Privacy, Trasparenza;
 - Coordinatore Controllo di Gestione e Direzionale - Tecnologie Informatiche e Sistemi Informativi;
 - Coordinatore Servizio Approvvigionamento beni e servizi;
 - Direzione Area Assistenza Infermieristica e Riabilitativa;
2. Collaborazione con Referente per la Comunicazione esterna per redigere un'Istruzione Operativa da allegare al regolamento sulla comunicazione esterna, in merito alla concessione di patrocinio ed erogazioni liberali;



3. Collaborazione con le Assistenti Sociali per la revisione del Regolamento sul tema degli aiuti alle famiglie bisognose;
4. Collaborazione con Responsabile Area Assistenziale Infermieristica e Riabilitativa per la Revisione del regolamento sull'assistenza Aggiuntiva non Sanitaria;
5. Studio delle nuove norme relative ai rapporti con il terzo settore in vista dei rapporti da attivare nel 2017;
6. Condivisione con l'utenza attraverso la presentazione al Comitato Consultivo Misto (CCM);
7. Mappatura dei processi e ponderazione dei rischi;
8. Formazione: organizzazione di un corso sui fondamentali del D.Lgs. 231/01 rivolto a 20 operatori; organizzazione insieme all'Istituto di Meldola di una sessione formativa per dirigenti sul tema dell'anticorruzione;
9. Collaborazione con OAV per identificare modalità di integrazione tra piano anticorruzione e definizione degli obiettivi aziendali assegnati ai professionisti;
10. Collaborazione continua con RT.

Il Consiglio di Amministrazione ha sentito la RPC a marzo 2016.

7.2 ATTIVITÀ SVOLTA DAL RT

Per quanto riguarda la trasparenza, Montecatone R.I. spa, sin dall'entrata in vigore del D. Lgs 33/2013, ha ritenuto da subito strategico, attraverso il suo RT, adottare un'interpretazione estesa della norma, riconoscendo ulteriori obblighi informativi (propri delle aziende sanitarie) rispetto a quelli formalmente riconducibili ad un soggetto di diritto privato, escludendo quindi solamente quegli obblighi non applicabili. Nella sua attività di aggiornamento dei dati da pubblicare ha mantenuto quindi un approccio coerente con le indicazioni regionali, con le Determinazioni ANAC e con l'idea che la trasparenza rappresenti veramente uno strumento di partecipazione collettiva agli obiettivi dell'azienda ed ai suoi processi di realizzazione.

A seguito delle indicazioni introdotte dalla Determinazione ANAC n. 8 del 17 giugno 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*", e gli aggiornamenti della Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015, che rappresentano, da un punto di vista normativo, le novità più significative del 2015, MRI, attraverso il suo RT, ha provveduto ad aggiornare ed implementare i dati pubblicati sul sito istituzionale alla sezione dedicata "Società Trasparente" indicando puntualmente le modalità e i tempi di pubblicazione delle informazioni oltre che i responsabili dell'elaborazione e aggiornamento delle informazioni, al fine di garantire, all'interno dei singoli Servizi, un pieno coinvolgimento e una puntuale responsabilizzazione.

Il 14 dicembre 2015 il CdA ha nominato l'Organismo Aziendale di Valutazione (OAV) al quale, oltre ad altri compiti, è stato assegnato quello di verificare l'assolvimento degli obblighi di trasparenza previsti dal D. Lgs 33/2013, promuovendone l'applicazione in collaborazione con il RT. Coerentemente con l'impostazione generale e con le specifiche indicazioni contenute nella Determinazione ANAC n. 12/2015, punto 2.1, si è ritenuto opportuno che l'OAV procedesse, quale ulteriore misura di trasparenza rispetto a quelle previste dal D. Lgs. 33/2013, ad una verifica del sito aziendale "Società trasparente", applicando una metodologia analoga a quella utilizzata nelle Aziende Sanitarie, ai sensi della Delibera ANAC n. 43/2016, anche se le società quali Montecatone R.I. non sono tenute ad una tale verifica e sua attestazione.



L'obiettivo è stato quello di verificare e rendicontare il lavoro svolto in tale ambito da MRI pubblicando, nel primo trimestre del 2016, i documenti prodotti (Attestazione e Scheda di Sintesi) sul sito istituzionale.

Tale impostazione di comportamento appare inoltre in linea con quanto indicato nel PNA del 2016 che raccomanda, alla Sezione 7.1, di rafforzare la trasparenza, andando quindi oltre al rispetto degli specifici obblighi di pubblicazione, e di riconoscerle un valore fondamentale quale misura di prevenzione della corruzione.

La generale ricognizione dell'ambito soggettivo degli obblighi di trasparenza operata dal D. Lgs 97/2016 ha riconosciuto alle società in controllo pubblico come Montecatone R.I. (art. 2 – bis comma 2 b - D. Lgs 33/2013) tutti gli obblighi di pubblicazione previsti per le 'pubbliche amministrazioni' formalizzando una adesione a tale misura già in essere da tempo a Montecatone.

Peraltro l'istituto dell'accesso civico, previsto dall'art. 5 del D. Lgs. 33/2013, riconosce oggi a chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, l'accesso ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati, e salvi i casi di segreto o di divieto di divulgazione previsti dall'ordinamento.

In quest'ottica, e nella prospettiva già richiamata di prevedere un unico RPCT con supporto di due coordinatori amministrativi, MRI ha attivato una specifica casella di posta elettronica respprevcorruzione@montecatone.com dedicata.

Coerentemente con il disposto normativo MRI pubblica, unitamente al PTPCT, la tabella di riepilogo degli obblighi di pubblicazione dando evidenza, per ogni informazione da pubblicare, del riferimento normativo, dei termini entro i quali si prevede l'effettiva pubblicazione, dei nominativi dei responsabili di riferimento e quali sono le informazioni non obbligatorie che intende comunque pubblicare al fine di realizzare, quanto più possibile, un elevato standard di trasparenza.

Il 2017 vedrà quindi MRI impegnato nella predisposizione, pubblicazione e aggiornamento continuo dei dati indicati nella tabella sopra richiamata con l'obiettivo, non sempre facile, di rispettare il disposto dei numerosi aggiornamenti normativi.

Per fare questo, e superare alcune difficoltà interpretative che coinvolgono più interessi legittimi (diritto all'accesso e diritto alla privacy) MRI e l'Istituto di Meldola, come già detto, hanno avviato, congiuntamente, una collaborazione con un consulente esperto, esterno alle strutture, in grado di guidare gli approfondimenti normativi e un efficiente processo di integrazione e confronto tra strutture del SSR analoghe per natura giuridica.

Questo impegno, unitamente agli sforzi regionali tesi, attraverso la predisposizione di linee guide, alla omogeneizzazione dei comportamenti interpretativi da parte delle strutture della regione, guiderà MRI, attraverso il suo RPCT, nel processo di gestione e aggiornamento della sezione "Società Trasparente" del sito aziendale.

Va ricordato ancora che all'art. 1, co. 9, lett. c) è disposto che il PTPCT preveda «*obblighi di informazione nei confronti del RPC chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano*». Tali obblighi informativi ricadono su tutti i soggetti coinvolti, già nella fase di formazione del Piano e, poi, nelle fasi di verifica del suo funzionamento e dell'attuazione delle misure adottate.



La nomina dei Responsabili in MRI è stata resa nota a tutti i dipendenti attraverso riunioni con il personale responsabile di funzione/dirigente.

Al riguardo si rammenta che l'art. 8 del d.p.r. 62/2013 prevede un dovere di collaborazione dei dipendenti nei confronti in particolare del RPC, dovere la cui violazione è sanzionabile disciplinarmente e da valutare con particolare rigore. Nel Codice di comportamento di MRI, oltre tutto il resto, è previsto il preciso obbligo di collaborazione da parte di tutti i dipendenti che imponga a questi un dovere di sostegno, appoggio e cooperazione con il RPC.

Per tale ragione questo PTPCT contiene indicazioni procedurali fondate (da attuare con un Regolamento *ad hoc* di cui si dirà in seguito) sulla responsabilizzazione degli uffici alla partecipazione attiva, sotto il coordinamento del RPC.

Infatti, anche nelle modifiche apportate dal D.Lgs. 97/2016 risulta evidente l'intento di rafforzare i poteri di interlocuzione e di controllo del RPC nei confronti di tutta la struttura. Emerge più chiaramente che il RPC deve avere la possibilità di incidere effettivamente all'interno dell'amministrazione o dell'ente e che alla responsabilità del RPC si affiancano con maggiore decisione quelle dei soggetti che, in base alla programmazione del PTPCT, sono responsabili dell'attuazione delle misure di prevenzione. Lo stesso D.Lgs. 165/2001 all'art. 16, co. 1 lett. 1-*bis*) 1-*ter*) e 1-*quater*), prevede, d'altra parte, tra i compiti dei dirigenti di uffici dirigenziali generali quello di concorrere alla definizione di misure idonee a prevenire e a contrastare i fenomeni di corruzione fornendo anche informazioni necessarie per l'individuazione delle attività nelle quali è più elevato il rischio corruttivo e provvedendo al loro monitoraggio, principi esportabili automaticamente anche alle Società come MRI.

A questo fine, nell'emanando Regolamento dei compiti e funzioni dell'RPC sarà delineato un modello a rete, in cui il RPC possa effettivamente esercitare poteri di programmazione, impulso e coordinamento e la cui funzionalità dipenda dal coinvolgimento e dalla responsabilizzazione di tutti coloro che, a vario titolo, partecipano dell'adozione e dell'attuazione delle misure di prevenzione.

7.3 RESPONSABILI DELLA INDIVIDUAZIONE E/O ELABORAZIONE DEI DATI, DELLA TRASMISSIONE E DELLA PUBBLICAZIONE

Alla luce di quanto sopra ma, in particolare, in attuazione delle disposizioni recate dalla novella di cui al D. Lgs. 97/2016 e dunque dal PNA 2016, MRI individua nelle persone dei dirigenti/responsabili di funzione i Responsabili della individuazione e/o produzione dei dati oggetto di pubblicazione. Essi provvedono direttamente agli adempimenti di trasparenza di cui al presente Piano, individuando ai sensi della relativa disciplina i documenti, le informazioni e i dati destinati ad essere pubblicati sul sito istituzionale della società nella sezione Società Trasparente.

I responsabili di funzione/dirigenti possono attribuire tale funzione ad un addetto alla loro Unità organizzativa che curerà gli adempimenti di cui sopra e relazionerà con il RT.

Coerentemente con quanto disposto all'art. 10, comma 1, del D. Lgs. 33/2013 modificato dal D. Lgs. 91/2016, MRI indica altresì in una apposita sezione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione, i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati.

L'inserimento di tutte le informazioni nel sito aziendale è garantito dal Referente per la Comunicazione esterna.



7.4 RESPONSABILE DELL'ANAGRAFE DELLA STAZIONE APPALTANTE (RASA)

Ogni stazione appaltante è tenuta a nominare il soggetto responsabile (RASA) dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante stessa. Si evidenzia, al riguardo, che tale obbligo informativo - consistente nella implementazione della Banca Dati Nazionale Contratti Pubblici (BDNCP) tenuta attualmente presso l'ANAC dei dati relativi all'anagrafica della s.a., della classificazione della stessa e dell'articolazione in centri di costo - sussiste fino alla data di entrata in vigore del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti previsto dall'art. 38 del nuovo Codice dei contratti pubblici (cfr. la disciplina transitoria di cui all'art. 216, co. 10, del d.lgs. 50/2016). L'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione e dunque non può essere omessa.

In caso di mancata indicazione nel PTPCT del nominativo del RASA, previa richiesta di chiarimenti al RPC, l'Autorità si riserva, infatti, di esercitare il potere di ordine ai sensi dell'art. 1, co. 3, della L. 190/2012, nei confronti dell'organo amministrativo di vertice (nel caso di MRI, l'Amministratore Delegato), che, nel silenzio del legislatore, si ritiene il soggetto più idoneo a rispondere dell'eventuale mancata nomina del RASA. Nel caso di omissione da parte del RPC, il potere di ordine viene esercitato nei confronti di quest'ultimo.

Resta salva la facoltà delle amministrazioni e degli enti come MRI, nell'ambito della propria autonomia organizzativa, di valutare l'opportunità di attribuire a un unico soggetto tutti i ruoli (RASA e RPC e RT) con le diverse funzioni previste, rispettivamente, dal D.L. 179/2012 e dalla normativa sulla trasparenza, in relazione alle dimensioni e alla complessità della propria struttura. Alla luce di quanto appena sopra, MRI intende nominare quanto prima il proprio RASA.

8. L'ATTUALE ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

L'organizzazione aziendale rispecchia quanto previsto dall'Atto Organizzativo aggiornato nell'ottobre 2015.

ANALISI DEL CONTESTO E DEI PRINCIPALI RISCHI CORRUTTIVI, GESTIONALI E ORGANIZZATIVI

8.1. MODALITÀ DI FINANZIAMENTO DI MRI

Contesto - la Società è per massima parte (oltre 95%) finanziata *lato sensu* a prestazioni. Questo fa sì che la sostenibilità economica della Società sia *in toto* dipendente dai volumi prestazionali erogati in base ai regimi tariffari regionali e nazionali in vigore.

Rischi - Questo potrebbe generare incentivi impliciti a comportamenti opportunistici, spesso riscontrabili in Sanità, quali l'erogazione di prestazioni in eccesso rispetto alle indicazioni di appropriatezza, anche in quanto la medicina non è scienza esatta e non è sempre possibile definire a priori l'iter diagnostico e terapeutico ideale nel caso concreto dello specifico paziente. Nel caso di un Ospedale monospecialistico, che accoglie come mission principale pazienti con lesione midollare acuta o con grave cerebro lesione acquisita inviati direttamente da Terapie intensive e Rianimazioni, questo rischio riguarda la fascia dei pazienti "post acuti" che richiedono un ricovero



anche a distanza di anni dalla lesione, per la gestione delle complicanze tipicamente legate alla patologia.

Contromisure - Per contrastare questi rischi la Società ha perseguito negli anni diverse strategie:

definizione di liste di attesa specifiche per ogni tipologia di bisogno che porta al ricovero di pazienti post acuti sulla base di linee di indirizzo regionali sui criteri di appropriatezza per il ricovero e la permanenza in degenza, tradotti poi in accordi con le Aree Vaste della Regione Emilia Romagna per definire percorsi condivisi clinico-organizzativi comprendenti anche la fase di follow-up. Anche per i pazienti residenti in altre Regioni si applicano gli stessi criteri di appropriatezza clinica e organizzativa. A ciò si aggiunge il fatto che comunque la decisione del ricovero presso MRI, sia per i casi acuti che post-acuti, in regime ordinario e/o in D.H, non può essere decisa autonomamente dai professionisti sanitari di MRI ma bensì: da strutture ospedaliere pubbliche e/o da Medici Fisiatri pubblici, per ricoveri dal domicilio, per i residenti in Regione Emilia Romagna; da strutture ospedaliere pubbliche e/o da medici di famiglia, per ricoveri dal domicilio, per i residenti in altre Regioni.

8.2. EVOLUZIONE DELL'ASSETTO SOCIETARIO E ORGANIZZATIVO

Contesto – Come detto MRI nasce nel 1997 da una sperimentazione gestionale di partnership pubblico-privato che ha permesso agilità e dinamicità gestionale.

A seguito delle Delibere Regionali n. 283/2010 “*Provvedimenti inerenti la conclusione della sperimentazione gestionale Montecatone Rehabilitation Institute S.p.A.*” e n. 270/2011 “*Primo provvedimento in attuazione dell’art. 27 della L.R. 14/2010. Definizione degli elementi di garanzia sul ruolo pubblico, sull’assetto fondamentale dell’organizzazione e del funzionamento della società pubblica Montecatone Rehabilitation Institute S.p.A.*” e delle normative più recenti sulle società partecipate pubbliche e del sempre maggiore peso assunto dalla parte pubblica nel controllo della società, si è reso necessario un progressivo adeguamento nel *corpus* regolamentare e procedurale MRI alla disciplina pubblica.

Rischi – Accanto ai vantaggi gestionali, assunti *ab initio* e ora empiricamente dimostrabili *ex post* attraverso indicatori oggettivi, si rilevano indubbiamente nella nuova fase rischi e complessità gestionali. In sintesi l’organizzazione e la regolamentazione di MRI è in una fase di evoluzione progressiva verso l’applicazione piena della disciplina pubblica, con tutte le difficoltà e le incertezze connesse alle fasi di transizione. Ad esempio: (i) la disciplina del personale e del suo reclutamento, si sta adeguando alle norme pubblicistiche su concorsi, pur mantenendo una forma di pubblicità dei bandi limitata ai siti istituzionali di MRI e delle istituzioni Socie, e regolamentazioni, pur mantenendo in essere il contratto di lavoro aziendale di natura privatistica; (ii) gli acquisti di beni e servizi realizzati con le procedure pubbliche, con il problema delle molte forniture “storiche” attivate nei primi anni di vita di MRI attraverso procedure più snelle e privatistiche, ora al termine della durata contrattuale, con necessità di rinnovo.



Contromisure - La struttura amministrativa MRI, necessariamente snella in termini di dotazione organica come vedremo dopo, è fortemente impegnata in questo processo. Spesso questo assorbe tempo e formazione per adeguare procedure e conoscenze al contesto pubblico, con il rischio di ingolfare l'attività ordinaria. Sono stati attivati alcuni rapporti convenzionali con Aziende Sanitarie al fine di poter disporre della consulenza di professionisti esperti di attività gestite secondo i canoni della Pubblica Amministrazione, in modo da colmare nel minor tempo possibile le lacune formative di operatori abituati a lavorare secondo logiche privatistiche.

8.3. DIMENSIONI DI MRI E DISECONOMIE DI SCALA NEI SERVIZI DI SUPPORTO

Contesto – Secondo i dati rilevati dall'ultimo bilancio di esercizio approvato, a consuntivo 2015, l'organico medio dei dipendenti e del personale in convenzione e comandato della Società è stato di 337,8 unità (nel 2014 erano 331,10) per un costo complessivo dell'organico dipendente pari a € 13.401.591,00 (nel 2014 € 13.162.269,00). A detta spesa per il personale dipendente si deve aggiungere quella del personale comandato e in convenzione, di altro personale esterno (collaboratori a progetto e professionisti con contratto di lavoro autonomo) pari a € 1.368.621,00 comprensiva di I.V.A. (nel 2014 € 1.511.825,00).

Il peso percentuale del costo del lavoro complessivamente inteso al netto degli accantonamenti per rinnovo contrattuale rispetto al valore della produzione è il 54,08% (nel 2014 era 51,79%).

PERSONALE	ORGANICO AL 31.12.2015 (*)	ORGANICO AL 31.12.2014 (*)	ORGANICO MEDIO 2015 (**)	ORGANICO MEDIO 2014 (**)
DIPENDENTE o IN CONVENZIONE	354	328	336,8	330,1
COMANDATO	1	1	1	1
TOTALI	355	329	337,8	331,1

(*) al netto dei rapporti cessati il 31/12.

(**) Omogeneizzazione del metodo di calcolo dell'organico medio, sulla base dei dipendenti tra il 1 gennaio e il 31 dicembre.

Alla data del 31 dicembre 2015 il personale che prestava la propria attività presso MRI era costituito da 353 unità di cui n. 328 dipendenti a tempo indeterminato, n. 25 dipendenti a tempo determinato, da n. 1 comandato da Aziende USL e da n. 1 unità di personale in convenzione da Università, così suddiviso per mansioni:



MANSIONI	PERSONALE AL 31/12/2015		PERSONALE AL 31/12/2014		INCREMENTI (DECREMENTI)	
	Dipendente/ In convenzione	Comandato	Dipendente/ In convenzione	Comandato	Dipendente/ In convenzione	Comandato
PERSONALE MEDICO	30	1	27	1	3	
PERSONALE AREA INFERMIERISTICA	150		131		19	
PERSONALE SANITARIO NON MEDICO DIRIGENTE	6		4		2	
PERSONALE AREA RIABILITATIVA	73		69		4	
PERSONALE TECNICO	59		51		8	
PERS. AMM.VO	36		32		4	
ALTRO PERSONALE ASSEGNATO A FUNZIONE AMM.VA (*)			14		(14)	
TOTALE	354	1	328	1	26	

(*) Dal 1/1/2015 la categoria “Altro personale assegnato a funzione amministrativa” non viene più utilizzata ed il personale che prima afferiva a tale gruppo è stato considerato nella propria categoria (mansione) originaria di appartenenza.

Nell’Area Tecnico Amministrativa e di supporto alla fine del 2016 risultano operativi 50 operatori, comprendendo anche qualifiche sanitarie, tra cui:

- 34 assunti a tempo indeterminato a tempo pieno
- 8 assunti a tempo indeterminato part time
- 4 assunti a tempo determinato
- 1 apprendista
- 3 stagisti Garanzia Giovani

Rispetto alla pianta organica si rileva che due posti a tempo indeterminato sono attualmente occupati con personale a tempo determinato, in quanto al verificarsi della cessazione autonoma del rapporto di lavoro da parte delle due unità amministrative (segreteria scientifica e segreteria di direzione) presenti, la Direzione Aziendale non ha potuto procedere con le sostituzioni a tempo indeterminato, stante il blocco assoluto del turn over del personale amministrativo, tecnico e professionale imposto dall’ente controllante (socio di maggioranza) in analogia a quanto previsto dalla programmazione regionale per le aziende sanitarie fino a fine 2016. Si è invece potuto sostituire il personale sanitario (medici/infermieri/tecnici della riabilitazione e operatori socio sanitari) a garanzia della costante piena occupazione dei posti letto per tutto l’arco annuale e del



mantenimento del volume dei ricavi che permettono di chiudere in condizioni di equilibrio economico.

Dall'entrata in vigore del D.Lgs. 175/2016 sulle società a partecipazione pubblica, inoltre, risultano bloccate le assunzioni di personale a tempo indeterminato fino a giugno 2018, salvo eventuali deroghe e/o modifiche normative che dovessero subentrare.

MRI, pur essendo un Ospedale di piccole dimensioni, che assume la responsabilità di cura, ricerca e formazione in ambito riabilitativo nel campo specifico delle lesioni midollari e delle gravi cerebro lesioni acquisite, è obbligato a governare tutte le tematiche proprie di una azienda sanitaria pubblica e adempiere e applicare la complessa normativa, oltre che a quella tipica delle Spa, partecipate pubbliche. Nell'ordine: i) capacità di cura e presa in carico della popolazione di riferimento, ii) capacità di attrarre finanziamenti e di contenimento della spesa, iii) capacità di condurre processi di selezione di fornitori di beni e servizi, selezione di figure professionali qualificate, iv) capacità di innovare e di generare risultati in termini di produzione scientifica, v) capacità di recepire e introdurre nei propri processi organizzativi le novità legislative nelle aree sopra menzionate, vi) capacità di percorrere vie di alta qualifica professionale orientate all'eccellenza e al confronto con strutture analoghe a livello nazionale ed internazionale.

Rischi – L'esigua numerosità di addetti alla struttura giuridico amministrativa e di supporto, obbligata dalle relativamente piccole dimensioni dell'Ospedale (diseconomie di scala), se da un lato favorisce una buona possibilità di dialogo e confronto, dall'altro lato obbliga gli impiegati all'acquisizione, in genere nel breve periodo, di conoscenze e competenze in settori specifici o nuove aree di interesse, e alla gestione di sovraccarichi di attività. Da notare un numero significativo di operatori in area amministrativa che non sono stati assunti come amministrativi, ma come operatori sanitari destinati poi al lavoro amministrativo per sopraggiunte problematiche di salute che impediscono il lavoro in ambito sanitario nelle mansioni proprie della qualifica.

Non esistono dirigenti nell'area amministrativa; nella dinamica descritta, le figure titolari di posizione organizzativa risultano "responsabili" e competenti in settori complessi, aggreganti funzioni e dinamiche di diversa natura, difficilmente intercambiabili nei ruoli. Talvolta risulta inevitabile la necessità di valutare, anche in assenza di congrua pianificazione, l'affidamento di incarichi professionali di consulenza a figure "esperte" in grado di affiancare e supportare i cambiamenti, pena il non rispetto della normativa vigente o il rischio di *malpractice* amministrativa.

Contromisure – L'Ospedale ha adottato il Modello Organizzativo, di Gestione e Controllo ai sensi del D.Lgs. 231/2001; si avvale di strumenti di controllo, costituiti in primis dal Codice Etico e Comportamentale e dalle procedure operative e organizzative, periodicamente aggiornate, che disciplinano le modalità e i comportamenti che devono essere adottati dagli operatori in numerosi processi. In generale l'Ospedale è orientato all'adozione di strumenti gestionali informatici di supporto, in grado di automatizzare e monitorare i processi, laddove possibile.



Dal 2017 si intende raffinare l'analisi organizzativa sull'area amministrativa per identificare spazi di maggiore segregazione delle funzioni e/o rotazione, sempre se compatibile con la necessità di garantire la continuità e la qualità dei servizi.

8.4. RAPPORTI CON IL TERRITORIO E GLI STAKEHOLDER

Contesto – La specificità dell'Ospedale per cui è più noto è la destinazione di ben 120 posti letto sui 150 a persone con lesione midollare ricoverabili in codice 28 (Unità Spinale) in un panorama italiano dove le altre Unità Spinali al massimo hanno 40 posti letto. Ciò comporta che per oltre il 60% l'utenza proviene da altre regioni e che un numero ridotto di pazienti ricoverati provengono dal territorio dell'Azienda Usl di Imola.

La natura dell'attività comporta una forte e continuativa presenza, di diversi soggetti del terzo settore (Organizzazioni di Volontariato, Associazioni di Promozione Sociale, Fondazioni, Cooperative Sociali, Associazioni Sportivo Dilettantistiche ...) come partner per il completamento del progetto riabilitativo. Tra questi, fondamentali le realtà che esprimono l'associazionismo delle persone con disabilità e più in generale la presenza, ben accetta, di persone che prestano attività di volontariato in condizioni "alla pari" con i ricoverati (persone che vivono da tempo con una lesione midollare).

Rischi – Saltuariamente si verifica che realtà del territorio ambiscano a "collaborare" allo sviluppo della ricerca e dell'innovazione assistenziale in campo riabilitativo, sostenendo progetti e percorsi particolari. Il tema delle "donazioni", "partecipazioni", "comodati d'uso" richiede il rispetto di vincoli giuridici, che devono essere conosciuti, compresi, e applicati con modalità trasparenti. In taluni casi sono richiesti processi autorizzativi e di analisi del rischio che non possono essere elusi o sottovalutati.

I rapporti con i soggetti del terzo settore sono diversi e di modico valore; laddove è previsto il mero rimborso delle spese, il rischio (ricordato anche nella delibera 32 del 2016 di ANAC "*Linee guida per l'affidamento di servizi a enti del terzo settore e alle cooperative sociali*") è che vi sia una forma di pagamento della prestazione contrario alla lettera delle legge 266/91; un ulteriore rischio è che i soggetti erogatori non siano in grado di garantire la qualità necessaria per la prestazione, oppure che non sia garantito un rapporto corretto con gli operatori impegnati.

Viste le caratteristiche dell'Ospedale, esiste un rischio specifico relativo alla presenza dei volontari "alla pari" in quanto l'esperienza vissuta fornisce una grande credibilità non solo rispetto agli interrogativi esistenziali dei pazienti, ma anche rispetto alle scelte quotidiane in termini di consumo di devices, ausili e altri beni o servizi utili - cosa che non sfugge alle aziende che producono e commercializzano questi beni e servizi e che quindi può essere da queste sfruttata per aggirare le regole a cui sono tenute nell'accesso in ospedale.

Contromisure – L'Ospedale si è dotato di una procedura per la gestione delle donazioni; sta completando una istruzione operativa per la concessione del patrocinio ed eventuali elargizioni liberali a iniziative di soggetti del terzo settore, nonché per chiare indicazioni nella



regolamentazione dei rapporti con i consulenti alla pari e dei volontari al rispetto delle regole che evitano il manifestarsi di comportamenti in conflitto di interessi.

La selezione dei soggetti del terzo settore con cui collaborare sarà fatta partendo da una programmazione interna e poi gestita seguendo le Linee guida sopra ricordate; tutti i soggetti convenzionati devono garantire il rispetto del Modello Organizzativo, di Gestione e Controllo ai sensi del D.Lgs. 231/2001 di Montecatone e rispondere dei comportamenti dei singoli associati. Le convenzioni stipulate con le entità del terzo settore disponibili a prestare attività di volontariato, prevedono che sia concesso il rimborso solo per spese sostenute e debitamente documentate escludendo ogni rimborso forfettario.

8.5. RISCHI RELATIVI ALLA CRESCITA DEI BISOGNI E ALLA PRESSIONE DELLA “DOMANDA” (TEMPI DI ATTESA, LIBERA PROFESSIONE)

Contesto – Come detto MRI accoglie pazienti che arrivano da tutte le regioni d’Italia. Il tasso di occupazione dei posti letto accreditati negli ultimi anni si è sempre attestato sul 100%.

La natura di Montecatone come *Hub* regionale per le lesioni midollari, ha portato la Direzione a stringere accordi con i servizi territoriali della Regione Emilia-Romagna, in base ai quali i pazienti in condizione acuta devono essere accolti in tempi brevissimi (48 ore dalla trasferibilità dopo la lesione traumatica). Per i pazienti post acuti, dal 2012 è stato attivato un reparto a conduzione infermieristica che prevede Percorsi dedicati alle diverse complicanze – tra queste, prevale la richiesta di ricovero per la gestione della fase post interventi ricostruttivi per lesioni da decubito, fase che comporta degenze lunghe.

Rischi – Quanto descritto potrebbe determinare ovviamente tempi di attesa superiori a quelli auspicati, solo per quanto riguarda i pazienti post acuti (circa la metà degli accessi su base annua). Inoltre va considerato il rischio potenziale del non rispetto dei criteri di trasparenza nella formazione delle liste d’attesa, e quello di orientamento dell’utenza all’accesso alle prestazioni ambulatoriali erogate in libera professione, anche se, nella realtà, il valore economico di tale attività risulta essere di entità modesta.

Contromisure – Per fronteggiare lo scenario sopradescritto l’Ospedale ha perseguito costantemente: (i) l’ottimizzazione dell’offerta in termini di produttività, contenendo al massimo i tempi di degenza, pur rimanendo di lunga durata per la natura delle patologie e dei trattamenti erogati, in modo da consentire una più frequente rotazione dei pazienti; (ii) l’ottimizzazione del planning e la gestione delle liste di attesa per priorità, definendo i tempi massimi per classi di priorità (dal 2017 dovrebbe essere disponibile un sistema gestionale evoluto per poter dare evidenza in modo continuo rispetto ai tempi di attesa); (iii) il perseguimento dell’appropriatezza prescrittiva, con specifici obiettivi e progetti. Oltre a questo si prevedono periodiche verifiche di coerenza tra il tempo di attesa medio registrato per singole tipologie di pazienti ed i tempi obiettivo definiti



annualmente dal Collegio di Direzione. Per ogni complicità che richiede un ricovero post-acuto, sono stati individuati criteri di priorità per l'accesso. La programmazione dei ricoveri in degenza ordinaria avviene con cadenza settimanale, in maniera collegiale nell'ambito di un incontro fra i responsabili delle unità operative, il Direttore di Dipartimento e la Responsabile dell'ufficio Programmazione.

E' stata redatta una procedura di gestione delle liste d'attesa ambulatoriali. Sono individuati anche criteri per la formazione delle liste d'attesa per i ricoveri in degenza ordinaria e DH. La Libera professione è disciplinata da specifico regolamento.

Dovendo perseguire comportamenti orientati ai principi di trasparenza ed omogeneità di cura, il personale è impegnato nella individuazione di criteri di presa in carico, che recepiscono gli orientamenti forniti dalle linee guida nazionali, regionali, società scientifiche di riferimento.

8.6. AREE DI INTERVENTO

L'attività di prevenzione della corruzione si esplica prioritariamente con riferimento alle seguenti aree di intervento:

8.6.a. SERVIZIO AMMINISTRAZIONE E GESTIONE RISORSE UMANE / FORMAZIONE

Le principali funzioni ed attività del servizio sono: partecipa alla elaborazione delle politiche e delle strategie relative all'acquisizione, alla gestione e allo sviluppo delle risorse umane; gestisce le procedure amministrative per la selezione e reclutamento del personale, garantendo il pieno rispetto della normativa vigente compreso i requisiti procedurali a garanzia della pubblicità, imparzialità e trasparenza delle procedure; assicura l'attività di amministrazione del personale e la predisposizione di tutti i contratti di collaborazione con personale e/o professionisti esterni; assicura gli adempimenti normativi previsti per il rispetto della L. 68/1999; garantisce la gestione degli inserimenti di nuovo personale nella struttura e l'organizzazione e gestione delle iniziative amministrative di formazione ed aggiornamento per lo sviluppo delle competenze del personale; svolge attività di controllo circa la corretta elaborazione degli stipendi/emolumenti del personale; cura la gestione amministrativa dei provvedimenti disciplinari; assicura la predisposizione dei dati inerenti il personale per il budget, per il bilancio economico preventivo e per il bilancio di esercizio; cura le relazioni interne con le RSU aziendali ed i rapporti con le Organizzazioni Sindacali; collabora alla definizione del piano formativo; lo presenta, previo esame in Collegio di Direzione, per l'approvazione e la negoziazione di budget con l'Amministratore Delegato.

L'Ufficio attualmente si avvale di: Coordinatore con storia di oltre un quindicennio a Montecatone prima come responsabile dell'area assistenziale; collaboratrice selezionata per le sue competenze nell'area specifica della gestione delle risorse umane; Collaboratrice selezionata per le sue competenze nell'area specifica della gestione dei processi formativi, attualmente con orario ridotto; una unità, reclutata nell'ambito del progetto "garanzia giovani", fino ad aprile.



Per l'operato quotidiano, l'ufficio fa riferimento a diversi regolamenti codificati nel sistema qualità. Tra questi, alcuni sono da aggiornare rispetto all'attuale prassi basata sui concorsi e pertanto saranno modificati in corso d'anno. Al fine di garantire i livelli di assistenza dichiarati nella Carta dei Servizi, nel caso di necessità di provvedere ad una sostituzione di breve durata o 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 da tempo, 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. La prossima soluzione del problema aumenterà il livello di trasparenza ed efficienza per queste funzioni.

Per il 2017, d'intesa con l'Amministratore Delegato, si prevede un avvicendamento tra l'attuale Coordinatore e una Collaboratrice. In questo modo, la direzione ritiene di assecondare l'invito ad una "rotazione" e ad una maggiore efficienza nei processi affidati a questo ufficio. Negli anni scorsi sono stati spostati ad altri uffici amministrativi due collaboratori amministrativi, pertanto ulteriori "rotazioni" andrebbero solo a diminuire la professionalità accumulata dal servizio.

Attualmente ogni componente è in grado praticamente di attivarsi su qualsiasi processo – mentre l'auspicio è di approfittare dell'avvicendamento per apportare una razionalizzazione che consenta un minimo di "segregazione delle funzioni" e un miglioramento della capacità di rispettare il criterio della programmazione.

L'ipotesi formulata è che, ferma restando la responsabilità ultima su tutti i processi da parte di chi assume il ruolo di Coordinatore Responsabile, la nuova organizzazione preveda in prima battuta una suddivisione precisa, su cui ogni componente dell'ufficio dovrà esercitare attentamente il rispetto delle competenze per evitare problemi con tutti gli interlocutori interni ed esterni, soprattutto nella fase immediatamente seguente all'avvicendamento; l'analisi del lavoro dell'ufficio porta a dire che comunque ci sono alcuni processi che non possono fermarsi per eventuali assenze, pertanto tutte le persone dell'ufficio devono essere in grado di effettuare le prestazioni necessarie per i processi di Assunzioni, Cessazioni, Proroghe di rapporti lavorativi, Infortuni, Gestione turni, Organizzazione corsi, Organizzazione concorsi, chiamata dalle graduatorie.

8.6.b. SERVIZIO APPROVVIGIONAMENTO DI BENI E SERVIZI GENERALI

Il Magazzino è il servizio che si occupa di ricevere le merci dall'esterno, di consegnarle ai centri di responsabilità richiedenti e – per i prodotti gestiti a scorta - di provvedere alle richieste di riordino in tempo utile per il ripristino del minimo di scorta. Vi operano una unità con funzione di



magazziniere e temporaneamente un operatore per un periodo di 6 mesi reclutato nell'ambito del programma "Garanzia Giovani". La presenza della seconda unità "giovane" sarà garantita anche nel prossimo futuro mediante la medesima modalità di reclutamento.

L'Ufficio Approvvigionamento è l'ufficio che si occupa di rispondere alle esigenze di acquisizione di beni e di servizi delle Unità Operative, uffici e centri di responsabilità interni alla struttura. La Coordinatrice gestisce come RUP le gare per tutti gli acquisti, e l'accesso al mercato elettronico della pubblica amministrazione o alle centrali di Area Vasta in tutte le situazioni in cui è possibile; si avvale di una Convenzione con l'Azienda UsI di Bologna per il supporto nella realizzazione di tutte le procedure di gara. Dopo l'entrata in vigore del Nuovo Codice degli Appalti, è stato redatto un nuovo regolamento per disciplinare gli acquisti sotto soglia, prevedendo la stesura di vari documenti e l'espletamento nuove attività (analisi di mercato pubblicata sul sito, delibera a contrarre, delibere di affidamento, nomina dell'esecutore del contratto, contratto per ogni tipo di affidamento, pubblicazione sul sito di tutti gli stati di avanzamento delle procedure, nomina del RUP per tutti gli acquisti, richiesta CIG per ogni affidamento, inserimento del contratto nel software gestionale).

Per la gestione degli acquisti (emissione ordini, liquidazione fatture, solleciti di consegna, resi, richieste preventivo, assistenza al personale di reparto, supporto amministrativo al collega del magazzino) sono presenti due risorse di cui una è un'ex operatrice sanitaria (definitivamente trasformata in amministrativa dalla fine di dicembre 2016) in forza all'ufficio dall'ottobre 2014 (in precedenza impegnata all'ufficio qualità) ed una operatrice amministrativa è agli acquisti dal febbraio 2016 (in precedenza impegnata all'ufficio ricoveri). Non sono preventivabili ulteriori rotazioni del personale, anzi è necessario un ulteriore periodo per consentire all'ultima arrivata di acquisire padronanza di tutti i processi affidati.

L'attività corrisponde a quanto descritto nel regolamento dell'area tecnico-amministrativa aggiornato al 2014; dal periodo successivo peraltro, si registra il passaggio al magazzino logistico di Aven per farmaci e parecchi dispositivi medici e un utilizzo sempre più frequente della Centrale di committenza regionale Intercent-ER, sia aderendo a convenzioni già stipulate sia espletando procedure sul portale del mercato elettronico.

Le criticità nell'applicazione del percorso degli acquisti sono soprattutto relative alla scarsa consapevolezza culturale, soprattutto da parte dei servizi richiedenti, "cresciuti" in un contesto pubblico-privato che applicava regole privatistiche, rispetto al senso ed ai contenuti delle normative pubbliche sugli acquisti, con il rischio di:

- non piena comprensione della necessità di agire secondo una rigorosa programmazione che invece è ormai necessaria sia per rispettare scadenze di legge, sia per poter accedere alle centrali di committenza come è sempre più necessario fare;
- fare impropriamente richieste di acquisto "urgente";



- abuso di richieste che prevedano l'istituto della "privativa" da parte di professionisti sanitari richiedenti che non hanno ben chiaro che tipo di responsabilità sta assumendo per sé o per l'ufficio acquisti o per l'azienda.
- **Contromisure:** saranno ulteriormente potenziate le attività di formazione sui requisiti delle procedure pubbliche di programmazione e acquisizione dei beni e dei servizi applicando il regolamento interno sugli acquisti e attuando un rigoroso controllo sulle richieste.

8.6.c SERVIZIO ATTIVITÀ TECNICHE, QUALITÀ, ACCREDITAMENTO, SICUREZZA E CONFORMITÀ TECNOLOGICHE

In base al regolamento dell'Area Tecnico Amministrativa questo Servizio, che si avvale di undici operatori, fra cui una figura di geometra esperto nell'attività di cantiere con rapporto di lavoro in scadenza, non prorogabile, fino al 31/12/2017, e un Geometra con contratto "Garanzia Giovani" fino al 30 Aprile 2017.

Questo Servizio assicura la corretta gestione delle risorse strutturali, impiantistiche e tecnologiche; ha la responsabilità della pianificazione ed effettuazione degli interventi di attuazione nuove realizzazioni, della manutenzione straordinaria e ordinaria. Contribuisce alla definizione delle caratteristiche tecniche per i beni e strumenti necessari all'attività aziendale. Assicura l'implementazione e lo sviluppo del Sistema Qualità Aziendale (SQA)- Accredimento in un'ottica di conformità con i modelli normativi applicabili (norme ISO e requisiti Accredimento) e di coerenza con gli obiettivi definiti dalla programmazione aziendale; garantisce la formazione continua interna del personale, sui temi inerenti alla gestione della qualità. Assicura il controllo sulla gestione dei servizi alberghieri appaltati in collaborazione con la funzione approvvigionamenti e valuta i fabbisogni, definendo i requisiti, gli standard e verificando la qualità dei servizi (ristorazione, smaltimento rifiuti, pulizie, lavanolo), in collaborazione con la funzione approvvigionamenti; effettua attività di sorveglianza in relazione agli aspetti di igiene ospedaliera e fornisce supporto agli operatori per la corretta applicazione delle norme igieniche; garantisce la gestione dei sistemi di sicurezza e la gestione delle attrezzature (dal capitolato tecnico alla gestione delle manutenzioni), e tutti gli acquisti relativi al materiale per manutenzione, per i quali ricopre anche la funzione di RUP, fino alla liquidazione della fattura.

Non esiste un servizio interno di ingegneria clinica, pertanto l'Ufficio tecnico si avvale della consulenza (regolata da convenzione) con il servizio dell'Ausl di Imola (Socio di maggioranza). Le convenzioni con AUSL Imola e AOSP Bologna consentono anche di avere un servizio qualificato di Supporto esterno alla funzione di RUP, supporto giuridico amministrativo alle procedure di gara per lavori, Direzione Lavori e Coordinamento sicurezza.

Il Coordinatore svolge il ruolo di Responsabile Servizio Prevenzione Protezione (RSPP) per la sicurezza degli operatori e degli utenti secondo quanto previsto dal Testo unico in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro (D. Lgs.81/08), contribuisce alla programmazione della formazione



continua interna del personale, sui temi inerenti alla gestione della sicurezza, svolge attività di formatore in materia di sicurezza e di recente nominato Risk Manager.

Il Risk Manager ha il compito di sviluppare politiche, strumenti e metodologie di misurazione del rischio e contribuisce a realizzare le infrastrutture tecnologiche e organizzative necessarie alla individuazione ed eliminazione degli errori. In stretto rapporto con l'attività di programmazione aziendale su base annua e strategica, individua le azioni prioritarie di Risk Management da inserire nel piano programma per la sicurezza delle cure e la gestione integrata del rischio.

Svolge la funzione di RUP per le gare relative ai lavori, sia direttamente che previo supporto di professionisti esterni appositamente incaricati, in relazione alla complessità dell'appalto; supporta il Servizio acquisti per la stesura dei capitolati tecnici relativi a mobili e arredi (dove richiesto), apparecchiature tecnologiche. Partecipa alle commissioni tecniche di gara e fornisce il parere sulla conformità o non conformità del bene. Rilascia autorizzazioni per l'acquisto di beni e servizi (DM, attrezzature in generale). Redige moduli di accettazione per tutte le apparecchiature in ingresso a MRI.

Nell'anno 2016 si è cominciato ad utilizzare la piattaforma Mepa IntercentER per le forniture di tecnologie. Per quanto riguarda invece le gare per lavori (fornitura, posa, manutenzione), dal 2017 si farà ricorso alla piattaforma Mepa Consip che ha aperto l'accesso anche a società partecipate pubbliche – a tal fine, gli operatori del servizio hanno già partecipato a ore di formazione online sulla piattaforma Consip. Dopo l'entrata in vigore del Nuovo Codice degli Appalti, è stato redatto un nuovo regolamento per disciplinare gli acquisti sotto soglia, che ha sostituito il precedente regolamento sui lavori in economia.

Le criticità nell'applicazione del percorso dei lavori sono soprattutto relative a:

- concentrazione nella persona del coordinatore di una molteplicità di ruoli e funzioni (unico ad avere i requisiti per poter essere RUP; fino a emanazione del nuovo regolamento è sempre stato presidente di commissione per le gare; coinvolto in tutte le fasi del processo senza backup; contatto con tutti gli enti pubblici di riferimento ovvero Sovrintendenza, Comune, Vigili del Fuoco, Sismica...).

Contromisure: sarà necessario il reclutamento di una unità di Geometra esperto fino al termine del programma lavori (31/12/2018).

8.6.d. SERVIZIO CONTROLLO DI GESTIONE E SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI

Fornisce i dati della reportistica aziendale - tra i quali dati di ricavo (produzione) e i dati di costo dei fattori produttivi maggiormente significativi (personale, consumi di materiali sanitari e prestazioni sanitarie).

Sostiene e supporta l'Azienda nella programmazione e nel processo continuo di sviluppo dell'informatizzazione, avanzamento tecnologico e miglioramento delle performance della



dotazione hardware in essere; realizza e cura la manutenzione delle procedure informatizzate volte alla rilevazione, rielaborazione, stoccaggio e back up dei dati; cura la manutenzione, in collaborazione con terze parti, degli strumenti informatici distribuiti all'interno dell'Azienda; cura la manutenzione e garantisce l'aggiornamento degli strumenti software utilizzati all'interno dell'azienda volti alla raccolta ed elaborazione dei dati.

Sovrintende, in collaborazione con consulenti esterni, alle attività volte a garantire il livello di sicurezza informatica, sicurezza dei dati, solidità dei sistemi secondo le vigenti norme di legge; gestisce e cura l'aggiornamento della rete intranet aziendale; gestisce il Database del Registro Regionale delle Mielolesioni; funge da referente per quanto riguarda gli aspetti tecnici con le aziende fornitrici; collabora con l'ufficio approvvigionamento per la redazione di disciplinari relativi ad acquisti di natura informatica.

L'Ufficio attualmente si avvale di un Coordinatore (coordinamento, pianificazione gestionale), un Programmatore senior soprattutto impegnato nella cartella clinica informatizzata e networking; un Programmatore junior, che svolge helpdesk anche di rete; un Ragioniere impegnato nella reportistica. Tutti hanno formazione informatica per cui praticamente solo il Ragioniere potrebbe essere utilmente speso in altri servizi amministrativi dell'azienda.

Gli acquisti di software vengono gestiti come già mappati nell'ambito del programma acquisti; solitamente il capitolato viene descritto in modo particolareggiato, con la consulenza di un ingegnere, per cui la scelta avviene tra fornitori che possono fornire licenze di utilizzo di un preciso prodotto, comparando esclusivamente il prezzo. La particolarità è che alcuni programmi informatici importanti per l'attività sanitaria vengono acquisiti mutuando la licenza attraverso l'Azienda Usl di Imola, cosicché diventa inevitabile fare contratti di manutenzione con la stessa ditta senza fare gara. Vengono sviluppati internamente dei programmi solo se necessario creare interfaccia tra dati già disponibili.

Il servizio cura la reportistica che a vario livello viene fornita ai livelli decisionali aziendali come misure di prevenzione per diverse scelte, come già mappato con altri coordinatori.

Le possibili criticità riguardano:

- necessità di garantire un supporto al livello sanitario 24 ore su 24;
- sicurezza dei dati rispetto al rischio di distruzione, indisponibilità, trafugamento;
- gestione inventario beni informatici (hardware e software).

8.6.e. SERVIZIO PROGRAMMAZIONE RICOVERI - URP - GESTIONE DEL CONTENZIOSO - PRIVACY - TRASPARENZA

Le principali funzioni ed attività del Servizio sono: Accettazione – Accoglienza; Programmazione Ricoveri e Dimissioni in degenza ordinaria e Day Hospital (compresa la gestione liste di attesa e



procedure amministrative finalizzate alla fatturazione delle degenze); Programmazione delle attività ambulatoriali e consulenze; Programmazione trasporti infermi; Archivio sanitario; copia delle cartelle cliniche e documentazione sanitaria; Relazioni con il Pubblico, controllo cartelle cliniche e documentazione sanitaria; Servizio di Navetta e di Centralino; Gestione del sinistro / contenzioso, attivando, se e quando ritenuto opportuno dalla Direzione Sanitaria, il percorso di ascolto e mediazione dei conflitti; Referente aziendale Privacy; Attività di Segreteria della Direzione Sanitaria e Direzione Generale; Gestione della procedura offerte di donazione. Gestione del sistema aziendale di protocollo della corrispondenza.

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 dell'Azienda Usl Imola, dal Coordinatore del Servizio Programmazione 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 al 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.

Il servizio garantisce queste funzioni attraverso l'operato di diciotto operatori. Di questi, sei sono operatori sanitari che sono stati assegnati a funzioni amministrative per motivi di salute. Questo dato comporta un livello di competenze di partenza che va riadattato e una minore flessibilità nel passare a servizi diversi.

8.6.f. INFRASTRUTTURA RICERCA & INNOVAZIONE e SEGRETERIA SCIENTIFICA

L'attività di ricerca a Montecatone è regolamentata dal Regolamento sulla ricerca DOC32 *“Regolamento aziendale per la disciplina, programmazione e gestione delle sperimentazioni cliniche”*. Si tratta di un documento piuttosto corposo: si è scelto infatti di produrre un documento sintetico, ma accurato, per *“alfabetizzare”* gli operatori di MRI sui principi di base (anche etici) che governano la ricerca sugli esseri umani e sul processo, da gestire con cura nei suoi passaggi, che conduce alla pianificazione e alla conduzione degli studi di ricerca clinica. Il Regolamento tiene conto di un contesto aziendale caratterizzato da:

- programmazione poliennale approvata dalla Direzione Aziendale e ratificata dal Consiglio di Amministrazione su proposta del Collegio di Direzione e del Comitato Tecnico Scientifico (le cui funzioni sono definite da apposito Regolamento Aziendale (DOC33));



- valutazione di ogni proposta di ricerca da parte della Direzione Aziendale per i seguenti fini:
 - o la sua rilevanza in relazione alla tematica di riferimento e alle attività dell'Ospedale;
 - o la valutazione del rapporto rischi/benefici per i Soggetti da reclutare;
 - o l'analisi dell'impatto e della compatibilità con l'attività assistenziale;
 - o l'eventuale necessità di contratto/convenzione tra il Promotore e la Direzione Aziendale.
- Valutazione di adeguatezza scientifica e metodologica degli studi di ricerca clinica da parte dell'Infrastruttura Ricerca & Innovazione.

A sostegno delle attività di ricerca, MRI ha istituito al proprio interno una Infrastruttura per la Ricerca & Innovazione assistenziale per il supporto scientifico e metodologico alla pianificazione degli studi di ricerca e per la predisposizione e/o revisione della documentazione appropriata (ad es. protocollo di studio, richiesta di parere al Comitato Etico (CE), modulo di Consenso Informato, bozza di convenzione economica, ecc.). L'infrastruttura per la ricerca si avvale di una professionista (biologa); la segreteria scientifica è co-depositaria di tutta la documentazione prodotta in formato elettronico dall'Infrastruttura R&I.

MRI ha conseguito l'idoneità alla sperimentazione con i medicinali, necessaria per svolgere studi di Fase II e Fase III, da parte della AUSL di Imola ed è iscritto al Registro AIFA dei centri privati autorizzati a svolgere sperimentazione clinica sui medicinali.

Il Comitato Etico di riferimento territoriale (CE Interaziendale Bologna-Imola, per gli studi proposti dopo il 01/07/2014; per gli studi approvati precedentemente e ancora in corso si tratta invece del CE della AOU S. Orsola-Malpighi) è piuttosto scrupoloso nell'esame delle proposte di ricerca e particolarmente attento a non approvare progetti in cui si profili come valore aggiunto solo un fattore di divulgazione nell'uso di un prodotto /dispositivo medico/ farmaco.

8.6.g. PROGRAMMA VITA INDIPENDENTE

Coordina le risorse di carattere socio-educativo sia interne che acquisite attraverso collaborazioni con i soggetti del terzo settore, monitorando anche i percorsi trasversali che l'azienda promuove per favorire l'accesso dei pazienti ai loro Diritti umani.

Nel 2007 è stata redatta una Procedura sulle attività socializzanti che nel corso del 2016 è stata revisionata, per recepire i dettami dell'ANAC rispetto ai rapporti con il terzo settore, che comunque possono avere come interlocutori:

- Organizzazioni di volontariato
- Altre realtà del terzo settore che prestano comunque attività di volontariato



- Altre realtà del terzo settore con pagamento di fattura

La convenzione – tipo con le realtà del terzo settore riporta già l’impegno a rispettare il codice etico e comportamentale e il Modello di Organizzazione, di Gestione e Controllo ai sensi del D.Lgs. 231/2001 di MRI, ma per il 2017 si prevede di esplicitare meglio l’obbligo di ogni associato, pena la risoluzione della convenzione. Inoltre per il 2017, per la prima volta ¹ si andrà ad operare una selezione tra tutti i possibili fornitori appartenenti al terzo settore, prima di procedere a stipulare convenzioni. I criteri emersi per la programmazione 2017 sono:

- per il volontariato:
 - o riconoscibile una quota chilometrica fino al massimo della tariffa ACI, più rimborso di eventuali tagliandi autostradali; per ogni attività (laboratori ricreativi, supporto alla pari, altro) sarà definito un tetto medio settimanale di km rimborsabile, pari a 100 km, e un tetto annuale globale rimborsabile tenendo in considerazione le spese vive che negli anni precedenti sono state considerate congrue;
 - o se rimborso previsto è inferiore ai 10.000 euro non sarà richiesto agli enti di avere un MOGC ai sensi del decreto 231/01 e Organismo di vigilanza;
- per tutti i soggetti del terzo settore, costituisce da sempre un criterio preferenziale di qualità il coinvolgimento attivo di ex pazienti di Montecatone e/o di persone con disabilità che possano giocare un ruolo alla pari con pazienti e parenti.

8.6.h. GESTIONE FARMACI

La procedura “*Gestione della Terapia Farmacologica e degli Armadi Farmaceutici delle Unità Operative*” (PP09) regola specificamente i processi attinenti alla “farmacia ospedaliera” fino alla somministrazione. L’ultima versione del 2014 è in fase di aggiornamento con riferimento ai recenti percorsi di sempre maggiore integrazione con i servizi pubblici delle Aree Vaste regionali, ed in particolare:

- Convenzione con l’Azienda Ausl di Modena per la gestione delle fasi di competenza della farmacia ospedaliera (dal 2017):
 - o controllo e validazione delle richieste bisettimanali dei beni sanitari, forniti dal magazzino centralizzato di AVEN, con funzione di riferimento per i reparti in relazione a mancanti, resi, errori di consegna;
 - o collaborazione con utilizzatori e servizio acquisti per indagini di mercato, valutazione di nuovi prodotti, analisi dei fabbisogni e predisposizione di eventuali capitolati tecnici per le procedure d’acquisto;

¹ In passato è stata fatta una selezione solo per il fornitore del servizio di mediazione culturale



- validazione periodica con presenza del Farmacista presso l’Ospedale di Montecatone o, in alternativa, via mail, di richieste di prodotti farmaceutici in transito , già contrattualizzati, da acquisire direttamente presso le Ditte fornitrici;
 - collaborazione col servizio acquisti alla manutenzione dell’anagrafica dei farmaci e dei dispositivi medici per gli aspetti tecnico-professionali e segnalazione ai medici amministratori del SW PSC dei nuovi inserimenti e le necessarie informazioni.
- Accesso al magazzino AVEN (Area Vasta Emilia Nord) per quanto riguarda la quasi totalità dei farmaci e dispositivi medici.

Il Prontuario Terapeutico Aziendale, soggetto ad aggiornamento continuo da parte della CTA, dal 2017 farà riferimento al prontuario AVEN (in precedenza faceva riferimento al prontuario dell’Area Vasta Centro).

I prodotti da ammettere all’uso nell’Ospedale vengono valutati dalla Commissione Terapeutica Aziendale (CTA), che ha una composizione multi professionale. La CTA discute ogni semestre una relazione complessiva su tutte le fasi monitorate nell’ambito della propria attività. La CTA approva l’elenco dei farmaci inclusi nel Prontuario di Montecatone e definisce i criteri per la valutazione delle richieste occasionali di farmaci non inclusi nel prontuario di Montecatone e/o nei prontuari AVEN e regionale. E’ sempre la CTA a decidere in merito all’uso di farmaci fuori prontuario che potrebbero avere rilevanza clinica in riferimento alle lesione midollare ed ai trattamenti terapeutici conseguenti, e alla presentazione di eventuali richieste di inserimento degli stessi nel prontuario regionale.

Per quanto riguarda la fase della somministrazione, si segnala come elemento particolarmente innovativo, l’introduzione dal 2016 della prescrizione informatizzata gestita all’interno della cartella clinica informatizzata. Il percorso somministrazione sarà ulteriormente perfezionato attraverso la definitiva messa in opera del sistema di identificazione del paziente attraverso l’adozione del braccialetto elettronico che consente la lettura del codice a barre.

8.6.i. SERVIZIO BILANCIO E CONTABILITÀ GENERALE

Le principali funzioni ed attività del Servizio sono: concorrere alla programmazione economico-finanziaria dell’Azienda e valutazioni sulla sostenibilità economica in relazione ai trend del bilancio di spesa corrente ed impatto degli investimenti sia sul bilancio di spesa corrente sia sui flussi finanziari e, più in generale, assicurare la regolare impostazione e gestione degli aspetti amministrativi ed economico-finanziari della Società; svolgere l’attività amministrativa e contabile di MRI, attraverso le rilevazioni in contabilità generale dei fatti gestionali e la redazione del bilancio di esercizio, la tenuta e l’aggiornamento dei Registri IVA e degli altri libri contabili obbligatori, la cura del puntuale svolgimento di tutti gli adempimenti fiscali e tributari; curare il controllo dei pagamenti e delle riscossioni, segnalando l’eventuale contenzioso, al Responsabile dell’Area Tecnico-amministrativa; gestire la cassa economale (contanti).



Il Servizio si avvale di un Coordinatore, che ricopre anche il ruolo ff. di “responsabile area tecnica amministrativa”, e due operatori ragionieri con formazione amministrativa.

8.7. FONDAZIONE MONTECATONE ONLUS

Contesto – Dal 1998 la Società ha dato vita ad una Fondazione Onlus con il mandato di affiancare l’Ospedale; la Fondazione è gestita da un Consiglio di amministrazione nominato per la maggioranza dei consiglieri dal socio fondatore originario. Nel corso dell’ultimo quinquennio si è scelto di aumentare l’interazione operativa tra le due realtà, attraverso:

- ideazione del “sistema Montecatone” per il quale le due entità, insieme con una cooperativa sociale che gestisce in comodato gratuito un bene immobile del Comune di Imola adiacente l’ospedale, “Casa Anna Guglielmi” con funzioni di accoglienza alberghiera per famigliari dei pazienti ricoverati, pazienti in trattamento in day Hospital, accoglienza, in convenzione con MRI, di pazienti in fase di pre-domiciliazione allo scopo di valutare il livello dei traguardi di autonomia raggiunti. MRI e la Fondazione, con il frequente coinvolgimento di “Casa Anna Guglielmi”, collaborano per le iniziative di comunicazione esterna a partire da una gestione coordinata dei propri siti istituzionali attraverso un portale comune fino alla organizzazione congiunta di eventi rivolti alla cittadinanza e campagne di raccolta fondi;
- la condivisione di alcune istruzioni operative relative alla gestione di alcune attività di contorno alla vita ospedaliera (eventi ricreativi nel fine settimana, uscite ricreative);
- una convenzione che affida alla Fondazione la gestione del volontariato presente in Ospedale e consente l’accesso di volontari in Servizio Civile selezionati dalla Fondazione.

Rischi – I rischi concernono soprattutto la gestione dell’immagine della Società; la conduzione dei rapporti con eventuali sponsor o donatori.

Contromisure – La Fondazione Montecatone Onlus ha un Sindaco Revisore Unico che viene nominato dal Consiglio di Amministrazione del socio fondatore originario; si è dotata di Modello ex Decreto Lgs. 231/2001, ma non ha ancora nominato un Organismo di vigilanza.

9. MISURE DI PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE

ANAC con il PNA 2016 conferma le indicazioni sulla metodologia di analisi e valutazione dei rischi recate dai precedenti Piani in considerazione del fatto che gli strumenti previsti dalla normativa anticorruzione richiedono un impegno costante anche in termini di comprensione effettiva della loro portata da parte delle amministrazioni e soprattutto degli enti di diritto privato che curano un interesse pubblico come MRI per produrre gli effetti sperati.



Il presente PTPCT, utilizzando strumenti di mappatura e ponderazione del rischio, ha approfondito la suddetta analisi al fine di assicurare la corretta progettazione di misure di prevenzione contestualizzate rispetto all'organizzazione aziendale.

ANAC ribadisce che le misure di prevenzione della corruzione debbono essere adeguatamente progettate, sostenibili e verificabili; è inoltre necessario che siano individuati i soggetti attuatori, le modalità di attuazione di monitoraggio e i relativi termini.

ANAC ha inteso descrivere la portata di talune misure di prevenzione già esistenti e disciplinate dalla legge attraverso esemplificazioni, suggerimenti ed indicazione concrete.

L'individuazione delle misure di prevenzione comporta un'attività di autoanalisi organizzativa che deve tendere a conciliarsi con l'insieme delle azioni di miglioramento delle performances collegate a finalità tipiche dell'azione aziendale (efficienza, efficacia, economicità, sviluppo di competenze ecc.). A tal fine MRI considera fondamentale introdurre nel proprio sistema di premialità legato al raggiungimento degli obiettivi organizzativi e individuali assegnati ai dirigenti anche l'attuazione delle misure definite nel PTPC.

Resta inteso che nella fase di predisposizione del Piano si è tenuto in debito conto del Modello di Organizzazione, di Gestione e Controllo ai sensi del D.Lgs. 231/2001 di MRI e di tutte le misure di mitigazione del rischio della corruzione in esso previste che devono intendersi integrative del suddetto Piano.

A tal fine si rinvia al MOGC 231 di MRI pubblicato sul sito istituzionale al seguente indirizzo: www.montecatone.com/società.

Il presente PTPCT è infatti strutturato secondo i seguenti contenuti minimi:

- individuazione delle aree a maggior rischio di corruzione, valutate in relazione al contesto interno ed esterno, all'attività e alle funzioni della Società;
- previsione della programmazione della formazione, con particolare attenzione alle aree con maggior rischio di corruzione;
- previsione di procedure per l'attuazione delle decisioni della Società in relazione al rischio di fenomeni corruttivi;
- individuazione di modalità di gestione delle risorse umane e finanziarie idonee ad impedire la commissione dei reati;
- previsione dell'adozione di un Codice etico per i dipendenti ed i collaboratori, che includa la regolazione dei casi di conflitto di interesse per l'ambito delle funzioni ed attività amministrative;
- regolazione di procedure per l'aggiornamento;
- previsione di obblighi di informazione nei confronti dell'organismo deputato a vigilare sul funzionamento e l'osservanza dei modelli;



- regolazione di un sistema informativo per attuare il flusso delle informazioni e consentire il monitoraggio sull'implementazione del modello da parte dell'amministrazione vigilante;
- introduzione di un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel modello.

Il presente Piano è un documento di natura programmatica e si articola come segue:

- **SOGGETTI:** vengono indicati i soggetti coinvolti nella prevenzione con i relativi compiti e le responsabilità (responsabile della prevenzione, dirigenti, dipendenti che operano nelle aree di rischio);
- **AREE DI RISCHIO:** frutto della valutazione del rischio, tenendo conto anche delle aree di rischio obbligatorie (art. 1, comma 16, L. n. 190 del 2012);
- **MISURE OBBLIGATORIE ED ULTERIORI:** sono le misure previste obbligatoriamente dalla L. n. 190/12, dalle altre prescrizioni di legge, dal PNA e dai suoi aggiornamenti, e quelle ulteriori ossia facoltative, con indicazione della tempistica e collegamento con l'ambito "soggetti" in relazione all'imputazione di compiti e di responsabilità;
- **TEMPI E MODALITÀ DEL MONITORAGGIO:** sono indicati i tempi e le modalità di valutazione e controllo dell'efficacia del PTPCT adottato e gli interventi di implementazione e miglioramento del suo contenuto;
- **COORDINAMENTO CON IL PIANO DI ASSEGNAZIONE DEGLI OBIETTIVI:** gli adempimenti, i compiti e le responsabilità inseriti nel PTPCT devono essere correlati al Piano di assegnazione degli obiettivi dei dirigenti/responsabili.

LA GESTIONE DEL RISCHIO

La gestione del rischio di corruzione è lo strumento da utilizzare per la riduzione delle probabilità che tale rischio si verifichi. La pianificazione, mediante l'adozione del PTPCT è il mezzo per attuare la gestione del rischio. Le fasi principali seguite da MRI in tale attività sono state le seguenti:

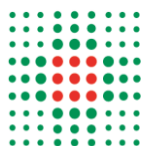
1. definizione del contesto esterno ed interno (analisi dell'organizzazione);
2. definizione delle aree di rischio (obbligatorie/eventuali);
3. analisi del "comportamento" dell'organizzazione (mappatura dei processi che rientrano nelle aree di rischio).

Il lavoro si è sviluppato nel modo sotto descritto.

9.1 MAPPATURA DEI PROCESSI

La mappatura dei processi è stata realizzata analizzando:

- le aree di rischio individuate dal PNA come comuni a tutte le amministrazioni; i principali processi associati alle aree di rischio, individuati dal PNA come comuni a tutte le amministrazioni;
- gli altri processi rilevanti per la struttura di MRI.



9.2 ANALISI E VALUTAZIONE DEI PROCESSI

La MAPPATURA delle aree esposte a rischio corruzione è stata effettuata, d'intesa con l'Istituto di Meldola con il quale, come si è detto, si è condiviso un percorso di formazione e confronto sul tema della prevenzione della corruzione e trasparenza, richiedendo al Coordinatore di riferimento per MRI di compilare in autovalutazione la sezione di competenza segnalata nella tabella "Piano prevenzione corruzione" in cui devono essere riportati:

- le aree di rischio, così come individuate dall'allegato 2 del Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), integrate con ulteriori riferimenti a rischio specifici delle attività e processi gestiti dalla Società;
- la descrizione del singolo processo di cui si valuta il rischio;
- i protocolli di prevenzione implementati sul processo (procedure/regolamenti), sistema documentale e norme vincolanti applicate, strumenti di monitoraggio adottati;
- la valutazione del grado di rischio di ciascun processo (sulla base della tabella appendice_tab_valut_rischio PNA).

9.3 IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEI RISCHI

Per la VALUTAZIONE ogni rischio è stato calcolato sulla base dei criteri di seguito riportati che consentono di attribuire ad ogni singola attività un valore di probabilità e di impatto.

La probabilità indica la frequenza di accadimento degli specifici rischi, mentre l'impatto indica il danno che il verificarsi dell'evento rischioso causa a MRI.

I criteri e valori (o pesi, o punteggi) per stimare la "probabilità" e l'impatto" sono i seguenti:

TABELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO	
INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ (1)	INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO (2)
<p style="text-align: center;"><u>Discrezionalità</u></p> <p>Il processo è discrezionale?</p> <p>No, è del tutto vincolato 1</p> <p>E' parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari) 2</p> <p>E' parzialmente vincolato solo dalla legge 3</p> <p>E' parzialmente vincolato solo da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari) 4</p> <p>E' altamente discrezionale 5</p>	<p style="text-align: center;"><u>Impatto organizzativo</u></p> <p>Rispetto al totale del personale impiegato nel singolo servizio / unità organizzativa competente a svolgere il processo (o la fase di processo di competenza), quale percentuale di personale è impiegata nel processo? (se il processo coinvolge l'attività di più servizi occorre riferire la percentuale al personale impiegato nei servizi coinvolti)</p> <p>Fino a circa il 20% 1</p> <p>Fino a circa il 40% 2</p> <p>Fino a circa il 60% 3</p> <p>Fino a circa l'80% 4</p> <p>Fino a circa il 100% 5</p>



<p style="text-align: center;"><u>Rilevanza esterna</u></p> <p>Il processo produce effetti diretti all'esterno dell'amministrazione di riferimento?</p> <p>No, ha come destinatario finale un ufficio interno 2 Sì, il risultato del processo è rivolto direttamente ad utenti esterni alla Società 5</p>	<p style="text-align: center;"><u>Impatto economico</u></p> <p>Nel corso degli ultimi 5 anni sono state pronunciate sentenze della Corte dei conti a carico di dipendenti (dirigenti e dipendenti) della Società o sono state pronunciate sentenze di risarcimento del danno nei confronti della Società per la medesima tipologia di evento o di tipologie analoghe?</p> <p>No 1 Sì 5</p>
<p style="text-align: center;"><u>Complessità del processo</u></p> <p>Si tratta di un processo complesso che comporta il Coinvolgimento, oltre alla Società, di più amministrazioni (esclusi i controlli) in fasi successive per il conseguimento del risultato?</p> <p>No, il processo coinvolge una sola Società 1 Sì, il processo coinvolge da 2 a 5 amministrazioni 3 Sì, il processo coinvolge più di 5 amministrazioni 5</p>	<p style="text-align: center;"><u>Impatto reputazionale</u></p> <p>Nel corso degli ultimi 5 anni sono stati pubblicati su giornali o riviste articoli aventi ad oggetto il medesimo evento o eventi analoghi?</p> <p>No 0 Non ne abbiamo memoria 1 Sì, sulla stampa locale 2 Sì, sulla stampa nazionale 3 Sì, sulla stampa locale e nazionale 4 Sì, sulla stampa locale, nazionale e internazionale 5</p>
<p style="text-align: center;"><u>Valore economico</u></p> <p>Qual è l'impatto economico del processo?</p> <p>Ha rilevanza esclusivamente interna 1 Comporta l'attribuzione di vantaggi a soggetti esterni, ma di non particolare rilievo economico (es.: concessione di borsa di studio per studenti) 3 Comporta l'attribuzione di considerevoli vantaggi a soggetti esterni (es.: affidamento di appalto) 5</p>	<p style="text-align: center;"><u>Impatto organizzativo, economico e sull'immagine</u></p> <p>A quale livello può collocarsi il rischio dell'evento (livello apicale, livello intermedio o livello basso) ovvero la posizione/il ruolo che l'eventuale soggetto riveste nell'organizzazione è elevata, media o bassa?</p> <p>A livello di addetto 1 A livello di posizione organizzativa 2 A livello di dirigente 3 A livello di capo dipartimento 4 A livello di direzione strategica 5</p>
<p style="text-align: center;"><u>Frazionabilità del processo</u></p> <p>Il risultato finale del processo può essere raggiunto anche effettuando una pluralità di operazioni di entità economica ridotta che, considerate complessivamente, alla fine assicurano lo stesso risultato (es.: pluralità di affidamenti ridotti)?</p>	



No	1	
Sì	5	
<u>Controlli (3)</u>		
Anche sulla base dell'esperienza pregressa, il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a neutralizzare il rischio?		
Sì, costituisce un efficace strumento di neutralizzazione	1	
Sì, è molto efficace	2	
Sì, per una percentuale approssimativa del 50%	3	
Sì, ma in minima parte	4	
No, il rischio rimane indifferente	5	

NOTE: (1) Gli **indici di probabilità** vanno indicati sulla base della valutazione del gruppo di lavoro.
 (2) Gli **indici di impatto** vanno stimati sulla base di dati oggettivi, ossia di quanto risulta all'amministrazione.
 (3) Per **controllo** si intende qualunque strumento di controllo utilizzato nella Società che sia confacente a ridurre la probabilità del rischio (e, quindi, sia il sistema dei controlli legali, come il controllo preventivo e il controllo di gestione, sia altri meccanismi di controllo utilizzati nella Società, es. i controlli a campione in casi non previsti dalle norme, i riscontri relativi all'esito dei ricorsi giudiziari avviati nei confronti della Società) La valutazione sull'adeguatezza del controllo va fatta considerando il modo in cui il controllo funziona concretamente nella Società. Per la stima della probabilità, quindi, non rileva la previsione dell'esistenza in astratto del controllo, ma la sua efficacia in relazione al rischio considerato.

La valutazione complessiva del rischio viene dunque calcolata come segue:

<p>VALORI E FREQUENZE DELLA PROBABILITÀ (calcolato come valore medio degli indici di valutazione delle probabilità)</p> <p>0 nessuna probabilità 1 improbabile 2 poco probabile 3 probabile 4 molto probabile 5 altamente probabile</p>
<p>VALORI E IMPORTANZA DELL'IMPATTO (calcolato come valore medio degli indici di valutazione dell'impatto)</p> <p>0 nessun impatto 1 marginale 2 minore 3 soglia 4 serio 5 superiore</p>
<p>VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO</p> <p style="text-align: center;">=</p> <p>Valore frequenza x valore impatto</p>

A seguito dell'analisi precedente si può quindi procedere alla **PONDERAZIONE**, che consiste nel considerare il rischio alla luce dell'analisi effettuata e nel raffrontarlo con altri rischi al fine di decidere le priorità e l'urgenza di trattamento. Di fatto si stila una classifica delle attività di MRI



esposte a rischio corruzione in base al valore di rischio ottenuto per ciascuna. Al fine di individuare i processi per i quali siano emersi i più elevati livelli di rischio, e quindi le attività più sensibili a rischio di corruzione, è stata effettuata una suddivisione (come suggerito dal PNA) in tre fasce a ciascuna delle quali corrisponde un livello di rischio alto (da 25 a 17), medio (da 16 a 9) o basso (da 8 a 1).

Il risultato di tale operazione costituisce il *rating* del rischio dei singoli processi, riportato nella tabella allegata (Piano per la prevenzione della corruzione). MRI ha ritenuto opportuno procedere al lavoro di cui alla tabella sinottica per tutti i rischi specifici precedentemente censiti (indipendentemente dalle risultanze ottenute dalla “matrice impatto probabilità” di cui sopra); ciò nel pieno rispetto del criterio prudenziale.

9.4 IDENTIFICAZIONE DELLE MISURE

Per misura si intende ogni intervento organizzativo, iniziativa, azione, o strumento di carattere preventivo ritenuto idoneo a neutralizzare o ridurre il livello di rischio. Le misure sono classificate in obbligatorie o ulteriori: le prime sono definite tali perché sono quelle la cui applicazione discende obbligatoriamente dalla legge o da altre fonti normative. Inoltre sono individuate azioni specifiche e azioni trasversali pianificate valide per tutte le aree di rischio.

10. ROTAZIONE

10.1 PREMESSA

La rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione rappresenta uno degli strumenti più importanti per prevenire la corruzione.

L'obbligo di rotazione dei dirigenti e dei responsabili adibiti alle aree a rischio mira a prevenire i rischi che possono derivare da un'eccessiva vicinanza personale o da una fiducia sproporzionata tra dipendente esercente una funzione pubblica e cliente/utente/fornitore.

La rotazione, già con la riforma Brunetta, D.Lgs. 150/2009 valevole per le pubbliche amministrazioni, è stata considerata come strumento fondamentale di trasparenza e contrasto alla corruzione. E', infatti, stata inserita come una delle misure gestionali proprie dei dirigenti: l'articolo 16, comma 1, lett. 1 *quater*, del D.Lgs. 165/2001 prevede che dirigenti, con provvedimento motivato, facciano ruotare il personale coinvolto in procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva; tale principio è esportato anche alla gestione delle risorse umane dipendenti da un datore di lavoro di natura societaria ma controllata da ente pubblico.

Di rotazione si è, inoltre, occupata più volte la Legge n. 190/2012 la quale ha fatto propri i principi già indicati nel richiamato D. Lgs. 165/2001 e ne ha esteso la portata a tutti soggetti tenuti all'applicazione della normativa anticorruzione; essa ha previsto:

a) all'art. 1 comma 4 lett. e) che il Dipartimento della Funzione Pubblica deve definire: “*criteri per assicurare la rotazione dei dirigenti nei settori particolarmente esposti alla corruzione e misure per evitare sovrapposizioni di funzioni e cumuli di incarichi nominativi in capo ai dirigenti pubblici, anche esterni*”;

b) all'art. 1 comma 5 della lettera b):” *Le pubbliche amministrazioni centrali definiscono e trasmettono al Dipartimento della funzione pubblica: procedure appropriate per selezionare e formare, in collaborazione con la Scuola superiore della pubblica amministrazione, i dipendenti*



chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, prevedendo, negli stessi settori, la rotazione di dirigenti e funzionari”;

c) all’art. 1 comma 10 lettera b):” Il responsabile individuato ai sensi del comma 7 provvede anche alla verifica, d’intesa con il dirigente competente, dell’effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito e’ più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione”.

Il D.Lgs. n. 165/2001 all’art. 16 c.1 lett. 1 *quater*, in tema di rotazione, prevede che i dirigenti “*provvedono al monitoraggio delle attività nell’ambito delle quali é più elevato il rischio corruzione svolte nell’ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura correttiva*”.

Sono considerate, quindi, a rischio le attività indicate dalla Legge n. 190/2012, art. 9 lett. a) e art. 16, ovvero a) autorizzazione o concessione, b) scelta del contraente per l’affidamento di lavori, forniture e servizi, c) concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati, d) concorsi e prove selettive per l’assunzione del personale e progressioni di carriera. Per vero ANAC considera a rischio tutte quelle aree che risultano particolarmente esposte alle influenze esterne e di particolare appetito per soggetti esterni a MRI.

L’alternanza tra dipendenti nell’assunzione delle decisioni e nella gestione delle procedure è diretta a ridurre il rischio che possano crearsi relazioni particolari tra amministrazioni ed utenti/clienti/fornitori, con il pericolo dell’affermarsi di situazioni di privilegio e l’aspettativa a risposte illegali improntate a collusione.

L’ANAC era già intervenuta con la delibera n. 13/2015 per formulare importanti orientamenti in tema di rotazione del personale nelle amministrazioni pubbliche e negli enti come MRI che si aggiungono alle prescrizioni del Piano nazionale, in particolare quello del 2016:

1. la rotazione è rimessa alla autonoma determinazione delle amministrazioni, che in tal modo potranno adeguare la misura alla concreta situazione dell’organizzazione dei propri uffici la rotazione incontra dei limiti oggettivi, quali l’esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell’azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato e specifico contenuto tecnico. Pertanto MRI non darà luogo a misure di rotazione se esse comportano la sottrazione di competenze professionali specialistiche da uffici cui sono affidate attività ad elevato contenuto tecnico: stante la particolare *mission* sanitaria dal 2017 si studieranno metodiche compatibili con l’alta specializzazione che connota MRI;
2. la rotazione incontra dei limiti soggettivi, con particolare riguardo ai diritti individuali dei dipendenti soggetti alla misura e ai diritti sindacali. Le misure di rotazione devono contemperare quindi le esigenze di tutela oggettiva dell’amministrazione (il suo prestigio, la sua imparzialità, la sua funzionalità) con tali diritti: in tale ottica, altresì, MRI intende salvaguardare al massimo i diritti dei dipendenti, attuando una rotazione programmata e studiata che sarà oggetto di incontri e confronti con il personale a partire dai prossimi mesi;
3. i criteri di rotazione devono essere previsti nel PTPCT e nei successivi atti attuativi e i provvedimenti di trasferimento devono essere adeguatamente motivati; nei prossimi mesi sarà aperto con molta probabilità un tavolo di confronto tra i rappresentanti dei lavoratori e gli organi interni;



4. sui criteri generali di rotazione sarà data informazione alle organizzazioni sindacali. Tale informazione consente alle organizzazioni sindacali di presentare proprie osservazioni e proposte, ma, sin da ora ed in linea con il PNA 2013 e seguenti, si ricorda che non apre alcuna fase di negoziazione in materia.

MRI, consapevole delle difficoltà operative, sa che l'attuazione di tale misura può comportare che:

- Per il personale dirigenziale o con funzioni di responsabilità, alla scadenza dell'incarico esiste la possibilità che le responsabilità del relativo ufficio debbano essere trasferite ad altro personale di pari livello, a prescindere dalla valutazione riportata.
- Il profilo professionale di inquadramento del dipendente può essere cambiato, nell'ambito delle mansioni equivalenti o qualifica di appartenenza.
- L'applicazione della misura deve essere valutata anche se l'effetto indiretto della rotazione potrebbe comportare un temporaneo rallentamento delle attività ordinarie dell'amministrazione, recato dalla necessaria formazione e dalla indispensabile fase di affiancamento.
- Nel caso di impossibilità di applicazione della rotazione al personale dirigenziale, essa viene applicata al personale non dirigenziale e, nello specifico, ai titolari di posizione organizzativa ed ai responsabili del procedimento.

Le indicazioni normative sopra riportate, come sopra anticipato, sono esportabili anche alle società strumentali del SSN proprio attraverso la L. 190/2012 ed il PNA 2015 e 2016. Nell'ottica di una applicazione nel prossimo futuro, MRI ricorda che il Piano nazionale anticorruzione, inoltre, indica che lo strumento della rotazione non deve essere visto come una misura da applicare acriticamente ed in modo generalizzato a tutte le posizioni lavorative.

MRI, dunque, affronta tale misura obbligatoria alla luce delle esigenze di prevenzione della corruzione ma non prescinde dalla descrizione del contesto interno svolta nel precedente capitolo 8 "*Analisi del contesto e dei principali rischi corruttivi, gestionali e organizzativi*".

Come risulta evidente dalla mappatura delle attività a rischio di corruzione, così come sopra enunciate, 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, in considerazione dei seguenti elementi di realtà:

- La peculiarità dell'Ospedale di Montecatone come centro di riabilitazione di eccellenza per le Lesioni Midollari e le Gravi Cerebrolesioni Acquisite;
- 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;
- 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 nella tabella Allegato 2, 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.



Per questi motivi, MRI non intende sottrarsi alla rotazione, ma intende programmarla a partire sostanzialmente dal 2018, attenendosi ai criteri qui di seguito esposti.

10.2 A CHI SI RIVOLGE: AREE E SETTORI A RISCHIO INDIVIDUATE NEL PTPCT DI MRI

Il presente PTPCT definisce le procedure di rotazione del personale addetto alle aree ed ai settori a rischio individuate nello stesso e si applica nei confronti del:

- a) Personale in servizio sia tempo a determinato che indeterminato e sia dirigente medico che del personale del comparto con funzioni di responsabilità;
- b) Personale di altro tipo (convenzionato, CO.CO.CO., con rapporto libero professionale o altro) addetto alle aree a rischio, per il quale spetterà al Responsabile di funzione, interessata alla gestione dello stesso, provvedere alla rotazione ove possibile.

10.3 CRITERI PER LA ROTAZIONE DEL PERSONALE NELLE AREE A RISCHIO

La rotazione, nel rispetto delle esigenze organizzative ed in assenza di una frammentazione territoriale delle funzioni di MRI, avviene utilizzando il criterio della competenza, con assegnazione del dipendente ad altre funzioni/attribuzioni della medesima struttura.

10.4 MODALITA' DI ATTUAZIONE DELLA ROTAZIONE

La rotazione, come anticipato sopra, sarà supportata da idonee e tempestive iniziative formative dirette a formare il personale che dovrà subentrare nelle attività a rischio e quello che dovrà essere assegnato ad altre attività. Dove possibile, la formazione viene effettuata con l'obiettivo di creare competenze di carattere trasversale e professionalità che possano essere utilizzate in una pluralità di settori.

Nei limiti delle possibilità garantite dal personale in organico, dai limiti ad assunzioni e mobilità e dalle risorse economiche disponibili, come altrettanto indicato sopra tra i criteri operativi, deve essere garantito l'affiancamento, per il dirigente/responsabile neo-incaricato e per i collaboratori addetti, affinché questi acquisiscano le conoscenze e la perizia necessarie per lo svolgimento della nuova attività considerata area a rischio.

10.5 ROTAZIONE DEL PERSONALE DIRIGENZIALE

A Montecatone sono presenti figure dirigenziali solo nell'area sanitaria Medica; si sottolinea peraltro che il riconoscimento della dirigenza per i medici non è previsto dal contratto nazionale applicato(AIOP-Fondazione Don Gnocchi), ma dal contratto integrativo aziendale (CIA) in vigore dal 1 Gennaio 2014.

La rotazione del personale dirigenziale opererà, anche prima della scadenza dell'incarico, in caso di coinvolgimento del dirigente in procedimento penale o procedimento disciplinare per fatti di natura corruttiva, con attuazione delle misure di cui all'art. 16 c. 1 lett. 1 quater e art. 55 c. 1 del D.Lgs. 165/2001.

10.6 LIMITI OGGETTIVI E SOGGETTIVI ALLA ROTAZIONE DEL PERSONALE DIRIGENZIALE MEDICO

La rotazione non sarà applicata ai profili professionali nei quali è previsto il possesso di titoli di studio specialistici posseduti da una sola unità lavorativa.



La rotazione non opera per le figure infungibili, intendendo per tali quelle figure professionali per le quali sono richieste competenze ed esperienze specifiche e/o è richiesto il possesso di lauree specialistiche non presenti per altre figure dirigenziali.

Considerata la struttura organizzativa di Montecatone, i meccanismi della rotazione non sono applicabili al personale medico, vigendo il vincolo della specialità e la non interscambiabilità tra i Direttori di struttura relativamente ai rispettivi reparti di appartenenza.

10.7 MODALITÀ DI ROTAZIONE DEL PERSONALE NON DIRIGENZIALE

La procedura della rotazione riguarderà potenzialmente tutto il personale del comparto delle aree a rischio e, nell'ordine, i titolari di posizione organizzativa del comparto, i responsabili di uffici e i responsabili dei procedimenti. La rotazione troverà potenziale applicazione anche nei confronti del personale sanitario non medico, impiegato in attività ad alto rischio corruttivo, quali attività di programmazione delle visite e/o delle liste di attesa per ricoveri, ovvero a costante contatto con l'utenza o in ambito libero professionale *intramoenia*.

La durata di permanenza nel settore verrà prefissata da MRI, secondo criteri di ragionevolezza, preferibilmente per un periodo non superiore a cinque anni.

L'attuazione della misura dovrà tenere conto delle attitudini e delle capacità professionali, dei risultati conseguiti in precedenza e delle specifiche competenze e richiede una preventiva attività di formazione e affiancamento del personale che dovrà subentrare nelle attività a rischio e quello che dovrà essere assegnato ad altre attività, affinché questi acquisiscano le conoscenze e la perizia necessarie per lo svolgimento della nuova attività considerata area a rischio.

La programmazione della rotazione del personale del comparto potrà sempre essere modificata nel corso dell'anno di riferimento dal Responsabile della macrostruttura interessata.

La rotazione del personale non dirigenziale opererà anche prima della scadenza dell'incarico in caso di coinvolgimento del dipendente in procedimento penale o procedimento disciplinare per fatti di natura corruttiva, con attuazione delle misure di cui all'art. 16 c. 1 lett. 1 *quater* e art. 55 c. 1 del D.Lgs. 165/2001.

10.8 LIMITI OGGETTIVI E SOGGETTIVI ALLA ROTAZIONE DEL PERSONALE NON DIRIGENZIALE

La rotazione non opererà per le figure infungibili, intendendo per tali quelle figure professionali per le quali è previsto il possesso di titoli di studio specialistico e/o di particolari abilitazioni possedute da una sola unità lavorativa, non altrimenti sostituibile.

La rotazione non opererà per il personale sanitario - ad eccezione del personale sanitario non medico, impiegato in attività di programmazione delle visite e/o delle liste di attesa per ricoveri ed interventi, ovvero a costante contatto con l'utenza o in ambito libero professionale *intramoenia*.

10.9 RAPPORTI TRA PROCEDIMENTI PENALI E/O DISCIPLINARI E ROTAZIONE

In caso di notizia formale di avvio di procedimento penale e in caso di avvio di procedimento disciplinare per fatti di natura corruttiva a carico di un dipendente, ferma restando la possibilità di adottare la sospensione del rapporto, MRI dovrà :

- **per il personale dirigenziale** di regola procedere con atto motivato alla revoca dell'incarico in essere ed il passaggio ad altro incarico ai sensi del combinato disposto dell'art. 16, comma 1, lett. 1



quater, e dell'art. 55 *ter*, comma 1, del D.Lgs. n. 165 del 2001, i cui principi sono recepiti nel Codice etico e comportamentale di MRI;

- **per il personale non dirigenziale** di regola procedere all'assegnazione ad altro servizio ai sensi del citato art. 16, comma 1, lett. 1 *quater* del D.Lgs. n. 165 del 2001 come recepiti nel Codice etico e comportamentale di MRI.

11. INCOMPATIBILITÀ E INCONFERIBILITÀ DEGLI INCARICHI

I criteri per il conferimento o l'autorizzazione allo svolgimento di incarichi sono indicati nell'ambito del PTPCT.

- a. Per il conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti (*pantouflage – revolving doors*) e per verificare la sussistenza di eventuali condizioni ostative in capo ai dipendenti e/o soggetti cui l'organo di indirizzo politico intende conferire incarico all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi previsti dai Capi III e IV del D.Lgs. n. 39 del 2013. Le condizioni ostative sono quelle previste nei suddetti Capi, salva la valutazione di ulteriori situazioni di conflitto di interesse o cause impeditive. **L'accertamento avviene mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 2000 pubblicata sul sito dell'amministrazione o dell'ente pubblico o privato conferente (art. 20 D.Lgs. n. 39 del 2013).**

Se all'esito della verifica risulta la sussistenza di una o più condizioni ostative, la Società si astiene dal conferire l'incarico e provvede a conferire l'incarico nei confronti di altro soggetto.

In caso di violazione delle previsioni di inconferibilità, secondo l'art. 17 D.Lgs. n. 39, l'incarico è nullo e si applicano le sanzioni di cui all'art. 18 del medesimo decreto.

MRI deve impartire direttive affinché:

- negli interpelli per l'attribuzione degli incarichi siano inserite espressamente le condizioni ostative al conferimento;
- i soggetti interessati rendano la dichiarazione di insussistenza delle cause di inconferibilità all'atto del conferimento dell'incarico.

b. Per incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali va verificata la sussistenza di eventuali situazioni di incompatibilità nei confronti dei titolari di incarichi previsti nei Capi V e VI del D.Lgs. n. 39 del 2013 per le situazioni contemplate nei medesimi Capi.

Il controllo deve essere effettuato:

- all'atto del conferimento dell'incarico;
- annualmente e su richiesta nel corso del rapporto.

Se la situazione di incompatibilità emerge al momento del conferimento dell'incarico, la stessa deve essere rimossa prima del conferimento. Se la situazione di incompatibilità emerge nel corso del rapporto, il Responsabile della prevenzione contesta la circostanza all'interessato ai sensi degli artt. 15 e 19 del D.Lgs. n. 39 del 2013 e vigila affinché siano prese le misure conseguenti.

Al riguardo dovrà impartire direttive affinché:

- negli interpelli per l'attribuzione degli incarichi siano inserite espressamente le cause di incompatibilità;
- i soggetti interessati rendano la dichiarazione di insussistenza delle cause di incompatibilità all'atto del conferimento dell'incarico e nel corso del rapporto.



Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors): **vanno impartite direttive interne affinché:**

- nei contratti di assunzione del personale sia inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente;
- nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, sia inserita la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto;
- sia disposta l'esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la situazione di cui al punto precedente;
- si agisca in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art. 1, comma 42 della L. 190/2012.

c. Per la formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione **va verificata la sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui intendono conferire incarichi** nelle seguenti circostanze:

- all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di commissioni di concorso;
- all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi previsti dall'art. 3 del D.Lgs. n. 39 del 2013;
- all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici che presentano le caratteristiche indicate dall'art. 1, comma 46 della L. 190/2012;
- all'entrata in vigore dei citati artt. 3 e 35 bis con riferimento agli incarichi già conferiti e al personale già assegnato.

L'accertamento sui precedenti penali avviene mediante acquisizione d'ufficio ovvero mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 2000 (art. 20 D.Lgs. n. 39 del 2013).

Se all'esito della verifica risultano a carico del personale interessato dei precedenti penali per delitti contro la pubblica amministrazione, l'amministrazione:

- si astiene dal conferire l'incarico o dall'effettuare l'assegnazione,
- applica le misure previste dall'art. 3 del D.Lgs. n. 39 del 2013,
- provvede a conferire l'incarico o a disporre l'assegnazione nei confronti di altro soggetto.

In caso di violazione delle previsioni di inconfiribilità, secondo l'art. 17 del D.Lgs. n. 39, l'incarico è nullo e si applicano le sanzioni di cui all'art. 18 del medesimo decreto.

Al riguardo **MRI dovrà impartire direttive:**

- in merito ai controlli sui precedenti penali e per le determinazioni conseguenti in caso di esito positivo del controllo;
- affinché negli interpellati per l'attribuzione degli incarichi siano inserite espressamente le condizioni ostative al conferimento;



- in merito ai propri regolamenti sulla formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di concorso.

12. WHISTLEBLOWING

MRI è a conoscenza che recentemente ANAC ha predisposto una piattaforma informatica di ricezione delle segnalazioni di *whistleblowing*, utile a garantire una riservatezza dell'identità del segnalante migliore di quanto non possa essere consentita tramite il trattamento cartaceo di esse: questa piattaforma sarà utilizzata dall'Autorità e sarà messa in *open source*, così da consentire a ogni pubblica amministrazione di risparmiare sull'investimento di risorse umane e finanziarie nel dotarsi di uno strumento che la Legge 190/2012 impone come obbligatorio.

Il punto debole della Società, come accolto da molti enti, oggi è costituito dalla situazione di svantaggio in cui si trova il *whistleblower*. Spesso egli deve affrontare, oltre al discredito interno, anche misure di discriminazione inflitte dai superiori, senza che ci siano idonei canali di informazione dell'autorità che deve verificare la legalità e la regolarità dei procedimenti disciplinari che ne derivano. Tuttavia MRI è consapevole altresì dell'importanza di tale istituto a fini preventivi e intende facilitare tale strumento.

La "legge anticorruzione" e il Codice di comportamento hanno individuato nel **superiore gerarchico il soggetto interno all'amministrazione per ricevere le segnalazioni del whistleblower**.

Il RPC in tal modo assume un ruolo centrale nella gestione del *whistleblowing*, che non si esaurisce in una singola azione (l'atto di segnalazione) ma si configura, dal punto di vista del RPC, come un vero e proprio processo, una successione di fasi conseguenti: dalla ricezione e dal trattamento di ciascuna segnalazione fino alla previsione e alla verifica dell'attuazione della misura inserita nel PTPC.

Nella prima fase del processo, il RPC coordinandosi con l'Organismo di Vigilanza istituito ai sensi del Decreto Lgs. 231/01 cura la ricezione, l'analisi della segnalazione e l'avvio del procedimento istruttorio, i cui esiti saranno trasmessi, per i rispettivi profili di competenza, all'Ufficio dei provvedimenti disciplinari, all'A.N.AC., alla Procura della Repubblica, alla Procura della Corte dei Conti o al Dipartimento della Funzione Pubblica.

Sul fronte delicato della tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. *whistleblower*) MRI adotta i necessari accorgimenti tecnici affinché trovi applicazione il principio di cui all'art.1, comma 51 della L. 190/2012.

MRI prevede di aggiornare la parte speciale del Modello organizzativo, di gestione e controllo ai sensi del Decreto Lgs. 231/01, dedicata alle segnalazioni all'Organismo di Vigilanza, in modo da adeguarla alla tutela del Whistleblower - prevedendo al proprio interno canali differenziati e riservati per ricevere le segnalazioni la cui gestione deve essere affidata a un ristrettissimo nucleo di persone (2/3) e codici sostitutivi dei dati identificativi del denunciante; adeguando i modelli per ricevere le informazioni ritenute utili per individuare gli autori della condotta illecita e le circostanze del fatto; garantendo la 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, salve le comunicazioni che per legge o in base al PNA 2016 debbono essere effettuate; (considerato che la violazione delle norme contenute nel PTPC comporta responsabilità disciplinare, la violazione della riservatezza potrà comportare l'irrogazione di sanzioni disciplinari, salva l'eventuale responsabilità civile e penale dell'agente).



La tutela dei denuncianti dovrà essere supportata anche da un'efficace attività di sensibilizzazione, comunicazione e formazione sui diritti e gli obblighi relativi alla divulgazione delle azioni illecite. La procedura utilizzata deve essere sottoposta a revisione periodica per verificare possibili lacune o incomprensioni da parte dei dipendenti.

13. FORMAZIONE

In relazione alla misura della formazione, MRI programma adeguati percorsi di formazione, tenendo presente una strutturazione su due livelli:

- livello generale, rivolto a tutti i dipendenti: riguarda l'aggiornamento delle competenze (approccio contenutistico) e le tematiche dell'etica e della legalità (approccio valoriale);
- livello specifico, rivolto al responsabile della prevenzione, al responsabile della trasparenza, ai componenti degli organismi di controllo, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio e ai dipendenti; essa in particolare riguarda le politiche, i programmi e i vari strumenti utilizzati per la prevenzione e tematiche settoriali, in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'amministrazione.

I fabbisogni formativi sono individuati dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, in raccordo con la Rete aziendale dei referenti per la formazione; le iniziative formative vanno inserite anche PAF aziendale.

Nella scelta delle modalità per l'attuazione dei processi di formazione MRI tiene conto delle seguenti indicazioni:

- in base a quanto previsto dalla L. n. 190/2012 *“le amministrazioni e gli enti debbono definire procedure appropriate per selezionare e formare ... i dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione”*; è previsto l'obbligo di predisporre percorsi di formazione sull'etica e sulla legalità indirizzati ai dipendenti e di provvedere, con cadenza periodica, alla formazione specifica dei dipendenti che devono essere individuati dal responsabile della prevenzione, fra coloro che operano nelle aree a rischio corruzione;
- per l'avvio al lavoro e in occasione dell'inserimento dei dipendenti in nuovi settori lavorativi debbono essere programmate ed attuate forme di affiancamento, prevedendo obbligatoriamente per il personale esperto prossimo al collocamento in quiescenza un periodo di sei mesi di *“tutoraggio”*;
- si dovranno avviare apposite iniziative formative sui temi dell'etica e della legalità: tali iniziative debbono coinvolgere tutti i dipendenti ed i collaboratori a vario titolo dell'amministrazione, debbono riguardare il contenuto dei Codici di comportamento e il Codice disciplinare e devono basarsi prevalentemente sull'esame di casi concreti;
- deve essere prevista l'organizzazione di appositi *focus group*, composti da un numero ristretto di dipendenti e guidati da un *“animatore”*, nell'ambito dei quali vengono esaminate ed affrontate problematiche di etica calate nel contesto di MRI al fine di far emergere il principio comportamentale eticamente adeguato nelle diverse situazioni;
- debbono essere previste iniziative di formazione specialistiche per il responsabile della prevenzione, comprensive di tecniche di *risk management*, e per le figure a vario titolo coinvolte nel processo di prevenzione.

Si dovranno monitorare e verificare il livello di attuazione dei processi di formazione e la loro efficacia. Il monitoraggio potrà essere realizzato attraverso questionari destinati ai soggetti



destinatari della formazione. Le domande riguarderanno le priorità di formazione e il grado di soddisfazione dei percorsi già avviati.

14. CODICE DI COMPORTAMENTO

E' pubblicato sul sito internet istituzionale il Codice Etico e Comportamentale di MRI, redatto sia ai sensi del D.Lgs. 231/2001 sia della L. 190/2012.

MRI adeguerà tale Codice alle linee guida che saranno emanate dalla regione Emilia-Romagna per l'adozione dei codici di comportamento secondo le disposizioni del DPR 62/2013 da parte della aziende e degli enti del SSR.

15. VALORI DI INTEGRITÀ E CORRETTEZZA

MRI garantisce il rispetto dei valori di integrità, correttezza e lealtà come riportati nell'art. 6 del Codice Etico e Comportamentale attualmente in vigore anche nel rispetto dell'art. 1, c.17 della L. 190/2012 e si impegna:

- a promuovere e a richiedere il rispetto della normativa interna e/o di tutte le leggi da parte del personale, collaboratori, pazienti, fornitori e qualsiasi altro soggetto terzo con cui abbia un rapporto giuridico;
- a garantire la continuità del servizio, nel rispetto dei principi sanciti dalla legge e fermo restando quanto previsto dai contratti collettivi nazionali di lavoro dei dipendenti, adottando le misure necessarie per ridurre al minimo eventuali disagi correlati con situazioni di funzionamento irregolare o di interruzione del servizio imputabili a cause di forza maggiore;
- al rispetto rigoroso della vigente normativa antiriciclaggio, impegnandosi comunque a rifiutare di porre in essere qualsivoglia operazione sospetta sotto il profilo della correttezza e trasparenza;
- a promuovere a tutti i livelli pratiche volte all'impedimento di fenomeni corruttivi locali e transazionali;
- ad assicurare e promuovere al proprio interno l'osservanza di tutte le regole organizzative e le prescrizioni contenute nel Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo elaborato ai fini della prevenzione della commissione di reati ex D. Lgs. 231/01 ed integrato ai sensi della L.190/2012;
- a registrare ciascuna operazione e transazione solo qualora supportata da idonea documentazione, al fine di poter procedere in ogni momento all'effettuazione di controlli che ne attestino le caratteristiche e le motivazioni ed individuino chi ha autorizzato, effettuato, registrato, verificato l'operazione stessa; di conseguenza dipendenti e/o collaboratori, debbono effettuare qualsiasi registrazione contabile in modo accurato, tempestivo e completo, rispettando scrupolosamente la normativa civilistica e fiscale nonché le procedure interne in materia di contabilità. Ogni scrittura deve riflettere esattamente i dati contenuti nella documentazione di supporto, da conservare con cura per l'eventuale assoggettabilità a verifica;
- a evitare che al suo interno possano formarsi dei gruppi, composti da persone, anche esterne a MRI, con lo specifico scopo di porre in essere comportamenti normativamente illeciti ovvero



ad accedere a ogni tipo di relazione in grado di agevolare qualsiasi forma di criminalità organizzata.

MRI valuterà di redigere i patti d'integrità come da delibera CIVIT 72/2013 e Determinazione ANAC n. 8 del 17/06/2015.

16. ALTRE MISURE

Saranno predisposte ulteriori misure di prevenzione come ad es. azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile: verranno pianificate adeguate misure di sensibilizzazione della cittadinanza finalizzate alla promozione della cultura della legalità. A questo fine, una prima azione consiste nel dare efficace comunicazione e diffusione alla strategia di prevenzione dei fenomeni corruttivi impostata e attuata mediante il PTPCT e alle connesse misure.

Le modalità con le quali si attua il raccordo e i canali di collegamento debbono essere pubblicizzati in modo da rendere trasparente il processo di rappresentazione degli interessi da parte dei vari portatori. Per MRI, infatti, sono presenti numerosi stakeholders, ciascuno portatore di un interesse, tra cui:

- CCM
- Associazioni dei pazienti
- Soci
- Ministero della Salute
- Sindacati

Alla luce di ciò risulta utile anche alla migliore fruizione dei servizi resi dai soggetti esterni che collaborano con MRI per il raggiungimento dello scopo istituzionale, prevedere momenti di confronti aperti al pubblico.

Allegato 1 PTPCT: TRASPARENZA

Allegato 2 PTPCT: MAPPATURA AREE DI RISCHIO E METODOLOGIA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO