



PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA 2026-2028

A. INFORMAZIONI DI CARATTERE GENERALE	2
B. PROCESSO DI REDAZIONE E APPROVAZIONE DEL PTPCT	4
C. SISTEMA DI GOVERNANCE	6
C.1 RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA	8
D. SISTEMA DI MONITORAGGIO	9
D.1 ATTIVITÀ SVOLTA DAL RPCT E GRUPPO DI SUPPORTO	9
E. COORDINAMENTO CON GLI STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE	13
F. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO	13
G. ANALISI DEL CONTESTO INTERNO	15
G.1 ASSETTO SOCIETARIO E ORGANIZZATIVO, MODALITÀ DI FINANZIAMENTO... 15	
G.2 RAPPORTI CON IL TERRITORIO E GLI STAKEHOLDER	16
G.3 DIMENSIONI DI MRI E DISECONOMIE DI SCALA NEI SERVIZI DI SUPPORTO.. 16	
G.4 ASSETTO ORGANIZZATIVO INTERNO E PRINCIPALI CARATTERISTICHE..... 18	
G.5 FONDAZIONE MONTECATONE ETS..... 20	
G.6 MAPPATURA DEI PROCESSI..... 20	
H. VALUTAZIONE DEL RISCHIO	21
H.1 ANALISI E VALUTAZIONE DEI PROCESSI	21
H.2 IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEI RISCHI	22
I. TRATTAMENTO DEL RISCHIO: PREVISIONE DELLE MISURE GENERALI 22	
I.1 INCOMPATIBILITÀ E INCONFERIBILITÀ DEGLI INCARICHI	23
I.2 DIVIETO DI PANTOUFLAGE – DIVIETO DI POST EMPLOYMENT	23
I.3 MISURE DI REGOLAMENTAZIONE..... 23	
I.4 MISURE RELATIVE AGLI ACQUISTI E ALLA GESTIONE DEI CONTRATTI..... 24	
I.5 ROTAZIONE..... 24	
I.6 FORMAZIONE..... 25	
I.7 WHISTLEBLOWING	26
L. TRATTAMENTO DEL RISCHIO: PREVISIONE DELLE MISURE SPECIFICHE.. 26	
M. SEZIONE TRASPARENZA..... 27	
M.1 RESPONSABILI DELLA INDIVIDUAZIONE E/O ELABORAZIONE DEI DATI, DELLA TRASMISSIONE E DELLA PUBBLICAZIONE	30
M.2 RESPONSABILE DELL'ANAGRAFE DELLA STAZIONE APPALTANTE (RASA)..... 31	
N. ALLEGATI	31
Elenco degli acronimi e delle abbreviazioni più utilizzati	32

A. INFORMAZIONI DI CARATTERE GENERALE

Montecatone Rehabilitation Institute (di seguito in sigla MRI e/o Società/Ospedale) è una Società per Azioni costituita nel 1997 ai sensi dell'articolo 9-*bis* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, derivante cioè da una sperimentazione gestionale fortemente voluta dalla Regione Emilia-Romagna. La compagine societaria è invariata dal 2010 e composta dall'Azienda USL di Imola titolare del 99,44% delle quote azionarie e dal Comune di Imola titolare dello 0,56% del capitale sociale.

Lo Statuto societario è stato revisionato dapprima nell'ottobre 2023 e successivamente a novembre 2025 con la previsione della figura del Commissario Straordinario a far data dal 19 novembre 2023 fino al 31 dicembre 2026, *"al fine di garantire la conduzione della direzione strategica dell'istituto coordinandola con i processi di riorganizzazione e integrazione volti alla ridefinizione della veste giuridica di Montecatone R.I. Spa, con l'obiettivo di creare un Ente di diritto pubblico appartenente al Sistema Sanitario Regionale"*.

MRI si configura quindi come *"società in controllo pubblico"* in base al decreto legislativo emanato in attuazione dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124. Come tale, è soggetta sia agli obblighi di prevenzione dei fenomeni di corruzione e di illegalità in coerenza con le finalità della L. 190/2012, sia agli obblighi di trasparenza di cui al D.Lgs. 33 del 2013.

Il Consiglio di Amministrazione in carica dal 9 luglio 2024 per un triennio fino all'approvazione del bilancio di esercizio al 31/12/2026 è costituito da tre componenti (Presidente Gabriele Peroni; consigliera Paola Cassani; consigliera Elisabetta Magni). A decorrere dal 19 novembre 2023, l'Ing. Mario Tubertini è stato nominato dall'organo amministrativo con l'incarico di Commissario Straordinario – mandato rinnovato a novembre 2025 fino al 31 dicembre 2026, conferendo più specificatamente allo stesso il potere di esplorare la possibilità, i costi correlati e le opportunità associate al passaggio di Montecatone Rehabilitation Institute S.p.A. a Fondazione Pubblica (solo soci pubblici).

Le misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza sono da considerarsi integrative di quelle adottate ai sensi del decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231 sulla responsabilità amministrativa degli Enti (art. 1, co. 2-*bis*, l. 190/2012), andando ad integrare il Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo aziendale (di seguito MOG).

Il MOG (DOC39) oggi si compone di:

Parte Generale, settima revisione aggiornata nel novembre 2024

– Allegati:

1. Procedura di segnalazione all'Organismo di Vigilanza e regolamento Whistleblowing ai sensi del D. Lgs. 231/2001 e della Legge 190/2012, aggiornato nel 2023
2. Catalogo dei reati presupposto, aggiornato a dicembre 2025
3. Regolamento dell'Organismo di Vigilanza, aggiornato nel 2022



– Parti Speciali:

- A.** Reati tributari
- 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

A febbraio 2025 è stato codificato un aggiornamento introducendo, in tutte le parti speciali del MOG che fanno riferimento al processo di liquidazione delle fatture, l'avvio della informatizzazione di detto processo come prevista fra le misure specifiche già nel PTPCT 2024-2026; è stato codificato un aggiornamento del Catalogo dei reati presupposto per recepire le novità normative del 2024.

Un ulteriore aggiornamento del Catalogo dei reati presupposto è stato approvato a dicembre 2025, per recepire le novità normative del 2025.

La revisione del suddetto Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo viene attuata tenendo conto anche dei contenuti del PTPCT al fine di garantire il necessario coordinamento dei due sistemi. Il presente PTPCT è stato approvato dal Consiglio di Amministrazione nella seduta del 27 marzo 2026.

Il PTPCT rappresenta un documento autonomo rispetto al MOG ex D. Lgs. 231/2001 di cui sopra e tale scelta - peraltro attuata e sperimentata fin dal 2016 - non desta difficoltà di coordinamento tra le due discipline, che restano finalizzate a prevenire ipotesi di reato parzialmente diverse tra loro e fanno riferimento a forme di gestione e responsabilità differenti, ma soprattutto tiene conto della funzione pubblica tipica dello scopo istituzionale di MRI, fornendo complessivamente un sistema integrato di prevenzione dei fenomeni corruttivi.

Il Codice Etico e Comportamentale (DOC60) completa il sistema di gestione del rischio. Il documento, pubblicato sul sito web aziendale nella sezione dedicata di "Società Trasparente", redatto sia ai sensi del D. Lgs. 231/2001 sia della L. 190/2012 è alla quarta revisione approvata dal CdA il 29 febbraio 2024. Il contenuto tiene conto anche degli orientamenti espressi dalla Regione Emilia-Romagna, che ha previsto uno "schema tipo" per l'adozione del Codice unico di comportamento per il personale operante nelle Aziende

sanitarie regionali¹, raccogliendo l'esito del gruppo di lavoro degli RPCT delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale che ha adeguato il documento ai sensi del DPR 81/2023.

Montecatone Rehabilitation Institute SpA costituisce un ospedale mono specialistico di riabilitazione ed è il principale polo regionale di alta specialità riabilitativa.

La specificità dell'Ospedale per cui è più noto è infatti 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 dispongono di 40 posti letto. Ciò comporta che per oltre il 60% l'utenza proviene da altre regioni e che un numero ridotto di pazienti ricoverati proviene dal territorio dell'Azienda Usl di Imola.

La natura di Montecatone come *Hub* regionale per le lesioni midollari, ha condotto 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 di lunga durata.

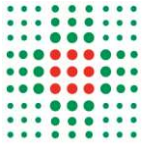
B. PROCESSO DI REDAZIONE E APPROVAZIONE DEL PTPCT

Il presente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2026-2028 è giunto alla undicesima edizione. Il PTPCT è un atto di indirizzo e contiene un programma di attività con una prospettiva di validità triennale: in esso sono indicate le aree di rischio e i rispettivi rischi specifici di ogni processo e sub-processo rivisitati, rinnovati e/o confermati rispetto ai piani precedenti; sono inoltre segnalate le misure da implementare per la prevenzione in relazione al livello di pericolosità dei rischi specifici, così come sono state recepite dal RPCT durante gli incontri anche informali avvenuti con i responsabili aziendali.

L'obiettivo primario del piano è lo sviluppo di una sensibilità culturale nella prevenzione della corruzione per un migliore funzionamento dell'amministrazione al servizio dei cittadini. Il termine "corruzione" assume nel testo e nelle azioni programmate per contrastarla il significato più ampio di cattiva amministrazione intesa come deviazione dal perseguimento degli interessi pubblici che possano o non possano sfociare in fattispecie di natura penale in senso stretto.

Il documento, come le precedenti versioni, recepisce e attua le disposizioni fornite da ANAC a partire dal 2016 e in ultimo anche dell'aggiornamento 2023 del PNA 2022 di cui alla delibera ANAC 605 del 19.12.2023 e tiene conto delle informazioni relative all'ambito sanitario fornite dall'Assessorato regionale alla Sanità, nonché dall'OIV Regionale.

¹ Delibera di Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 1956 del 13 novembre 2023



Sono state prese in considerazione anche le delibere ANAC n. 464 (Esercizio del potere di vigilanza e accertamento, da parte del RPCT e dell'ANAC, in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi di cui al D.Lgs. n.39 del 2013) e n. 478 del 26 novembre 2025 (Linee guida in materia di Whistleblowing sui canali interni di segnalazione) e n. 479 (Modifica ed integrazione della Delibera n. 311 del 12 luglio 2023 recante 'Linee guida in materia di protezione delle persone che segnalano violazioni del diritto dell'Unione e protezione delle persone che segnalano violazioni delle disposizioni normative nazionali. Procedure per la presentazione e gestione delle segnalazioni esterne'); inoltre le delibere n. 481 e 497 del 3 dicembre 2025 relative agli schemi di pubblicazione dei dati e informazioni su Società Trasparente.

Il PNA 2025 (Piano Nazionale Anticorruzione 2025 contenente le linee strategiche nazionali per la prevenzione della corruzione e per la promozione della trasparenza e dell'integrità pubblica riferite al triennio 2026-2028) è stato approvato con la delibera ANAC n. 19 del 28 gennaio 2026 e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 41 del 19 febbraio 2026, a seguito di una corposa fase di consultazione alla quale la Società non ha partecipato.

Anche il presente PTPCT è quindi stato redatto seguendo l'impostazione metodologica di ANAC, con l'obiettivo di snellire al massimo la parte descrittiva.

ANAC prevede che la redazione del PTPCT sia un adempimento collettivo inteso nel senso di favorire la piena partecipazione sia degli Organi di indirizzo e di controllo, sia dei Responsabili delle diverse funzioni/aree/dipartimenti ecc.

Per la predisposizione e l'adozione del presente Piano sono stati coinvolti:

- l'organo di indirizzo, inteso qui nell'accezione più ampia del termine (Consiglio di Amministrazione e Commissario Straordinario) di MRI, che ha condiviso sin dall'inizio gli obiettivi strategici, le principali misure da attuare e l'impostazione operativa del Piano adottata dal RPCT, fornendo suggerimenti e indicazioni utili al migliore adempimento;
- il Presidente dell'Organismo di Valutazione Aziendale per verificare la congruità dei contenuti e delle proposte;
- i responsabili dei Servizi dell'area tecnico-amministrativa per approfondire specifici argomenti e individuare le soluzioni più opportune da adottare;
- il gruppo di supporto all'RPCT che ha fornito indicazioni per l'implementazione del piano;
- il Comitato Consultivo Misto, organo rappresentativo degli stakeholders dell'Ospedale², al quale ogni anno vengono illustrati i contenuti del piano per raccogliere eventuali suggerimenti ed osservazioni utili, dando seguito alla misura di consultazione e sensibilizzazione pubblica.

² Il Comitato Consultivo Misto è un organismo consultivo atto a promuovere l'attiva partecipazione e la fattiva collaborazione tra l'organizzazione sanitaria ed i Cittadini/Utenti, in riferimento ai momenti di verifica del livello delle prestazioni erogate e di valutazione della qualità dal lato dell'utenza. Ha una durata triennale ed è stato rinnovato nel corso del 2024, con la partecipazione di 11 rappresentanti del Terzo Settore, due rappresentanti dei servizi territoriali e 5 componenti rappresentanti l'Ospedale.

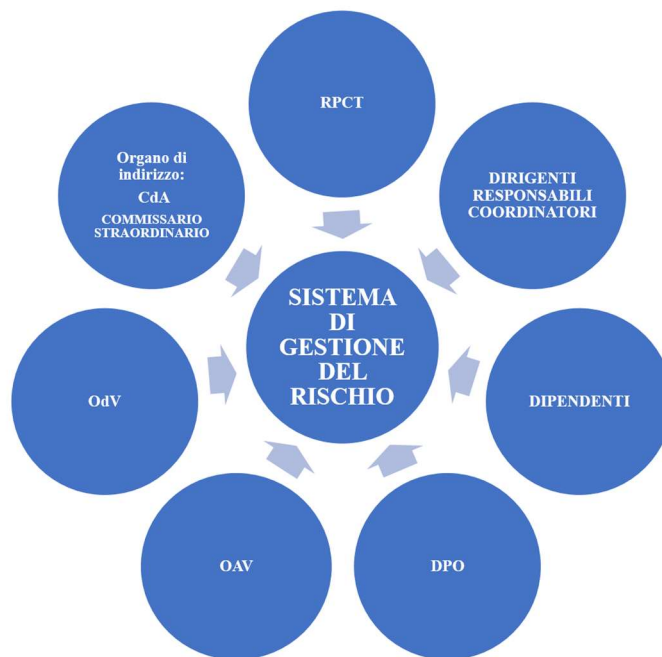


La versione in bozza del presente piano è stata inviata all'Organismo di Vigilanza ai sensi del D.Lgs. 231/2001.

C. SISTEMA DI GOVERNANCE

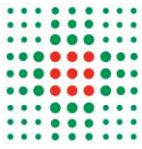
L'efficacia del sistema di prevenzione dei rischi corruttivi è strettamente connessa al contributo attivo di una molteplicità di attori che operano all'interno dell'organizzazione ai quali la normativa assegna i principali compiti di seguito sintetizzati.

La figura rappresenta gli attori coinvolti nel sistema di gestione del rischio.



L'ORGANO DI INDIRIZZO: formula indirizzi e strategie promuovendo una cultura della valutazione del rischio all'interno dell'organizzazione, incentivando l'attuazione di percorsi formativi e di sensibilizzazione relativi all'etica pubblica che coinvolgano l'intero personale. Nomina l'RPCT creando le condizioni per favorirne l'indipendenza e l'autonomia e assicura allo stesso un adeguato supporto di risorse e strumenti.

I DIRIGENTI, I RESPONSABILI E I COORDINATORI: partecipano attivamente al processo di gestione del rischio, coordinandosi opportunamente con il RPCT, fornendo i dati e le informazioni necessarie per realizzare l'analisi del contesto, la valutazione, il trattamento del rischio e il monitoraggio delle misure; assumono la responsabilità



dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate nel PTPCT e operano in maniera tale da creare le condizioni che consentano l'efficace attuazione delle stesse da parte del personale di cui sono responsabili.

L'ORGANISMO AZIENDALE DI VALUTAZIONE (OAV): fornisce un supporto metodologico all'RPCT e agli altri attori con riferimento alla corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo (rilevazione dei processi, valutazione e trattamento dei rischi); promuove e attesta annualmente l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza.

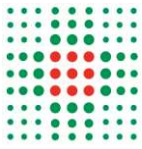
L'Organismo Aziendale di Valutazione è stato rinnovato dal Consiglio di Amministrazione nel corso del 2022 previo apposito avviso pubblicato sul sito. È attualmente costituito da componenti esterni all'Ospedale (Dr. Giorgio Mazzi, Dr. Gianluca Mazza, Ing. Raul Ragazzoni con funzioni di Presidente). L'Organismo Aziendale di Valutazione supporta l'operato della Direzione Aziendale in analogia all'OIV delle aziende sanitarie pubbliche.

L'ORGANISMO DI VIGILANZA ai sensi del D.Lgs. n. 231/2001 (OdV): vigila sull'effettività del Modello di Organizzazione e di Gestione (MOG) verificandone periodicamente l'adeguatezza e promuovendone l'aggiornamento al Consiglio di Amministrazione nel caso in cui l'evoluzione normativa, modifiche alla organizzazione interna e/o controlli operati rendano necessarie correzioni e adeguamenti. Promuove iniziative atte a diffondere la conoscenza del Modello tra gli organi e i dipendenti di MRI, fornendo le istruzioni e i chiarimenti eventualmente necessari, nonché collaborando con la Direzione Aziendale alla istituzione di specifici seminari di formazione.

Di particolare rilevanza per il sistema anticorruzione, nel corso del 2025 è proseguita l'attività dell'Organismo di Vigilanza (OdV) previsto dal D.Lgs. n. 231/2001 - dal 2019 costituito da: Dr. Girolamo Giorgio Rubini con incarico di Presidente, Avv.to Piergiorgio Weiss con incarico di componente esterno e Dr.ssa Claudia Corsolini, con incarico di membro interno; nella seduta del 16 dicembre 2025 il Consiglio di Amministrazione ha prorogato il mandato dei sopracitati componenti fino all'approvazione del bilancio di esercizio al 31.12.2026 (scadenza del mandato dello stesso CdA).

IL DPO (DATA PROTECTION OFFICER) OVVERO RPD (RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI): svolge specifici compiti, anche di supporto, per tutta la Società essendo chiamato a informare, fornire consulenza e sorvegliare circa il rispetto degli obblighi in materia di protezione dei dati personali derivanti dalla normativa europea (Regolamento UE 679/2016).

Dal 2023, il Responsabile per la Protezione dei dati personali (RPD) o Data Protection Officer (DPO), di carattere sovraziendale (Azienda Usl di Bologna, Azienda Ospedaliera Universitaria



di Bologna, Azienda Usl di Imola, Istituto Ortopedico Rizzoli e Montecatone R.I. S.p.A.), selezionato attraverso avviso pubblico emesso dal Direttore del Servizio Unico Metropolitano Amministrazione del Personale (SUMAP) di Bologna, con incarico a tempo determinato fino al 31 agosto 2028, è il Dottor Manuel Ottaviano in forza all'Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna.

I **DIPENDENTI** è opportuno che partecipino attivamente al processo di gestione del rischio e, in particolare, alla attuazione delle misure di prevenzione programmate nel PTPCT e inoltre sono chiamati a osservare le disposizioni del "Modello 231" e gli obblighi di condotta previsti dal Codice Etico e Comportamentale, segnalando le situazioni di illecito e i casi di personale conflitto di interessi, con dovere di collaborazione e cooperazione attiva con l'RPCT.

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.

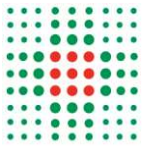
Tutti i soggetti che dispongono di dati utili e rilevanti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità hanno l'obbligo di fornirli tempestivamente al RPCT ai fini della corretta attuazione del processo di gestione del rischio. (cfr. paragrafo I.7 Whistleblowing).

C.1 RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

La L. 190/2012 attribuisce al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza compiti principalmente rivolti a sostenere e guidare il processo di formulazione del PTPCT e a verificarne il funzionamento e l'attuazione. Tra gli altri, esso ha quindi il compito di predisporre il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e di sottoporlo all'organo di indirizzo per la necessaria approvazione nonché di redigere la relazione annuale sui risultati dell'attività svolta secondo il format approvato da ANAC e assicurarne la pubblicazione nel sito web aziendale nella sezione dedicata a Società Trasparente.

Per un maggiore approfondimento delle attribuzioni e poteri dell'RPCT si fa riferimento all'Allegato n. 3 "Il RPCT e la struttura di supporto" del PNA 2022 con cui ANAC ha inteso aggiornare le indicazioni di carattere generale sulla figura dell'RPCT e sulla struttura di supporto, elaborando anche soluzioni differenziate in base alla dimensione e tipologia di amministrazioni/enti; per la durata dell'incarico si rimanda anche al Parere ANAC del 3 giugno 2025³.

³ Capitolo 4 "Principi generali sulla figura del RPCT nelle società a controllo pubblico e altri enti di diritto privato ad esse assimilati" – Allegato n. 3 PNA 2022.
Parere anticorruzione del 3 giugno 2025 - (rif. prot. Anac n. 73959 del 16.05.2025) Fascicolo n. 2129/2025.



Le nomine dell'RPCT (Monica Lovisetto) e della struttura di supporto (Claudia Corsolini, Elisabetta Marani) giunte a scadenza il 31 gennaio 2026, sono state rinnovate nella seduta del Consiglio di Amministrazione dedicata all'approvazione del presente PTPCT, il 27 marzo 2026, per un ulteriore triennio fino al 31 gennaio 2029.

La nomina del RPCT è stata comunicata ad ANAC attraverso il modulo pubblicato sul sito istituzionale dell'Autorità in data 1 febbraio 2017 (data inizio primo incarico); in data 13 gennaio 2020, tempestivamente, il RPCT ha provveduto a registrarsi e ad accreditarsi direttamente nell'apposita piattaforma messa a disposizione sul sito internet dell'Autorità a decorrere dal 1 luglio 2019.

In caso di assenza temporanea del RPCT, la stessa potrà essere sostituita a rotazione dalle componenti del gruppo di supporto.

D. SISTEMA DI MONITORAGGIO

D.1 ATTIVITÀ SVOLTA DAL RPCT E GRUPPO DI SUPPORTO

Di seguito sono riportate le azioni di monitoraggio e di attuazione del PTPCT svolte nel corso del 2025:

- verifica annuale degli adempimenti in tema di pubblicazioni ai fini della trasparenza in occasione del rilascio dell'attestazione da parte dell'Organismo Aziendale di Valutazione. Attività di monitoraggio e segnalazione delle scadenze di pubblicazione agli interlocutori individuati;
- redazione della Relazione Annuale RPCT pubblicata il 31 gennaio 2026 che riporta l'aggiornamento di informazioni e dati su quanto avvenuto nel 2025 secondo lo schema di compilazione richiesto da ANAC;
- invio a tutti i dipendenti della richiesta di compilazione del Modulo di dichiarazione pubblica sul conflitto di interessi (revisionato nel 2025), corredato di guida esplicativa. La quarta raccolta annuale delle dichiarazioni dei dipendenti si è conclusa il 31 dicembre 2025 con un buon indice di risposta; sono state segnalate solo alcune relazioni di parentela fra dipendenti che però non rientrano nelle fattispecie che configurano situazioni di conflitto di interessi.
- raccolta e, ove richiesta, pubblicazione delle dichiarazioni di inesistenza di cause di inconfirabilità e di incompatibilità, di ineleggibilità e decadenza, di interdizioni adottate da uno Stato membro dell'Unione Europea ai sensi del D.Lgs. 39/2013 e delle altre disposizioni normative applicabili per l'assunzione dell'incarico di presidente e componente del Collegio Sindacale, attestazione di assenza di situazioni,



anche potenziali, di conflitto d'interesse con riferimento ai componenti il cui mandato è stato oggetto di rinnovo nel corso del 2025; è allo studio la delibera ANAC n. 464 del 26 novembre 2025 sull'esercizio del potere di vigilanza e accertamento, da parte del RPCT e dell'ANAC, in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi di cui al D.Lgs. n. 39 del 2013 per valutare eventuali correttivi/migliorie da apportare nel 2026;

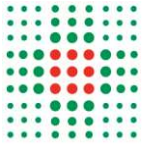
- L'Ufficio di supporto al RPCT si è avvalso delle verifiche programmate dall'Organismo di Vigilanza 231 che in corso d'anno ha intervistato:
 - o il Coordinatore del Controllo di gestione e dei Sistemi Informativi,
 - o la Coordinatrice del Servizio Economico-finanziario e fiscale nonché RPCT,
 - o la Coordinatrice delle attività di ricerca e innovazione scientifica e le Dirigenti delle Unità Operative di degenza come referenti delle attività di ricerca,
 - o la Coordinatrice e gli operatori dell'Ufficio Acquisti,
 - o la Direzione Aziendale e la Direzione Sanitaria,
 - o il Presidente, il Segretario Generale della Fondazione Montecatone ETS.

L'OdV ha anche effettuato un sopralluogo presso l'Unità Operativa Gravi Cerebrolesioni, presso l'Ufficio Acquisti e presso i locali esterni di stoccaggio e gestione del magazzino centrale detenuti e gestiti da una cooperativa sociale del territorio a cui la Società ha affidato il servizio; ha inoltre acquisito documentazione da tutti i servizi dell'area tecnico-amministrativa con riferimento ai temi sensibili per la sanità ovvero la gestione delle liste di attesa, della libera professione, degli incassi, dell'inserimento, formazione e aggiornamento professionale per il personale; acquisizione e gestione controllata di beni e attrezzature, dei rifiuti, dei farmaci e in generale del governo del rischio. Nel corso delle interviste, ai soggetti intervistati è stata chiesta una valutazione della propria conoscenza e capacità di applicazione delle istruzioni aziendali rilevanti. Le interviste hanno confermato un buon grado di conoscenza delle direttive aziendali e del significato sotteso alle indicazioni operative, in termini di garanzia della terzietà rispetto ai diversi fornitori e di consapevolezza delle proprie responsabilità.

I suggerimenti operativi che possono eventualmente scaturire dai suddetti confronti sono presi in nota anche ai fini della costruzione delle diverse parti specifiche del Piano.

I verbali dell'Organismo di Vigilanza sono stati messi a disposizione dell'Ufficio Prevenzione Corruzione e Trasparenza", del Collegio Sindacale e del Revisore dei Conti – questi ultimi due organi anche incontrati appositamente.

- verifica sulle attività sanitarie:
 - Controllo annuale presso l'ufficio ausili con l'obiettivo di accertare la correttezza delle prassi di informazione dei pazienti in merito al diritto di libera



scelta della ditta a cui rivolgersi per gli ausili prescritti dal medico di Montecatone. Il monitoraggio eseguito su un campione di casi ha dato esito positivo ed il relativo verbale è conservato agli atti dell'Ufficio Prevenzione Corruzione e Trasparenza.

- Censimento annuale delle carrozzine di proprietà dell'Istituto mediante rilevazione fisica dei beni nei locali di destinazione e deposito e riconciliazione delle risultanze con inventariazione presente nel registro fiscale dei beni ammortizzabili.
 - Il monitoraggio dei rapporti con gli informatori del farmaco è proseguito a cura dell'apposito gruppo di lavoro che si è riunito due volte nel corso dell'anno, elaborando suggerimenti operativi migliorativi in ordine alle modalità e tempistiche di accesso a garanzia del principio della tracciabilità delle visite (revisione del regolamento completata ad ottobre). Nel prossimo futuro, è in argomento la discussione al tavolo regionale degli RPCT di attivare una Piattaforma Unica regionale a garanzia di una maggiore tracciabilità degli accessi e definitivo superamento del registro cartaceo.
- monitoraggio sui percorsi amministrativi:
- Stato di attuazione delle misure specifiche previste nel PTCPT 2025-2027 inerenti ai processi aziendali maggiormente sensibili:
 - MISURE DI REGOLAMENTAZIONE:
avvio dello studio di un format per rilevare le eventuali anomalie nella programmazione degli acquisti
 - MISURE DI REGOLAMENTAZIONE/INFORMATIZZAZIONE
Avviato a giugno 2025 processo informatizzato per la gestione del percorso di liquidazione/autorizzazione delle fatture passive
 - MISURE DI FORMAZIONE:
corso FAD proposto a tutti i neoassunti
 - MISURE DI CONTROLLO:
esecuzione di controlli periodici su tutte le aree mappate nel PTPCT

Dal 2018, il RPCT è invitato a partecipare alle riunioni del "Tavolo Regionale per il coordinamento delle misure di trasparenza e prevenzione della corruzione delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale".

Detto tavolo ha il compito di:

- promuovere il coordinamento delle azioni e delle misure in materia di anticorruzione e trasparenza tra le Aziende sanitarie e gli Enti del Servizio Sanitario Regionale;



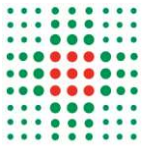
- analizzare le migliori prassi al fine di trasferirle all'interno dell'organizzazione delle Aziende e degli Enti del SSR e promuovere su tali temi un'omogeneità di comportamento;
- proporre linee guida di carattere regionale e modalità applicative comuni per l'attuazione di specifiche misure di trasparenza e di contrasto al fenomeno corruttivo;
- riunirsi di norma a cadenza bimestrale;
- avvalersi anche di gruppi di lavoro tematici in base alle esigenze di approfondimento e agli adempimenti da rispettare.

Dal 2019, il RPCT di MRI è invitato a partecipare alle riunioni del Tavolo dei RPCT delle aziende sanitarie e ospedaliere di Area Vasta Emilia Centro (AVEC) e Ausl Romagna che vengono convocate di norma mensilmente per condividere gli aspetti normativi di immediata applicazione, le risultanze delle attività svolte, la discussione e risoluzione di casi pratici specifici e, più in generale, per dare impulso alle rispettive azioni all'interno delle proprie aziende.

Nel 2025, i principali temi trattati d'interesse per MRI hanno riguardato la definizione di un orientamento comune in ordine ai dati e informazioni da pubblicare nella sezione "Bandi di gara e contratti" di Società Trasparente; modalità di pubblicazione dei cv di consulenti e collaboratori; indicazioni applicative della Delibera ANAC n. 495/2024 (modificata con la Delibera n. 481 del 2025); costituzione di due gruppi di lavoro specifici per aggiornare la mappatura dei processi inerenti alla prescrizione di farmaci ad alto costo e alle attività degli uffici bilancio e settore finanziario. L'RPCT di MRI è stato coinvolto nel gruppo che si è occupato dell'analisi e valutazione dei processi riconducibili all'area di gestione del patrimonio, delle entrate e delle spese che è in via di completamento. Nel 2026, i contenuti di aggiornamento e analisi delle mappature condivise nei gruppi di lavoro saranno oggetto di spunto per una eventuale revisione interna del registro dei rischi e delle misure già adottati da MRI (rif.to Allegato 2).

Il RPCT di MRI ha partecipato a tutti gli incontri programmati dei due tavoli (complessivamente 15) e a due momenti di incontro organizzati nell'ambito della Rete per l'Integrità e la Trasparenza, vista la rilevanza dei temi trattati e l'utilità derivante dai qualificati confronti che essi permettono. La documentazione acquisita in occasione della partecipazione agli incontri, seppure da adattare all'organizzazione della Società, fornisce un supporto operativo utile a rendere più efficace il sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza adottato dalla MRI.

Nel corso del 2025, la struttura RPCT di MRI ha inoltre partecipato agli incontri tra funzioni privacy e RPCT degli enti del SSR Area Metropolitana di Bologna promossi dal DPO interaziendale per coordinare il trattamento dei dati personali per finalità di trasparenza amministrativa. In seguito alle Linee Guida emanate dal DPO che sono state internamente diffuse ai coordinatori dell'area tecnico-amministrativa sono anche state attuate azioni per migliorare l'acquisizione dei curriculum vitae secondo il formato da pubblicare nella sezione di Società Trasparente.



Tra le attività svolte non programmate nel PTPCT 2025-2027 si segnala l'ammissione della Società al bando promosso dalla Regione e Unioncamere Emilia-Romagna per il finanziamento della Certificazione della Parità di Genere per il quale la Direzione Sanitaria sta procedendo con la redazione del documento di Bilancio di Genere, utile misura di trasparenza e di sensibilità specifica verso le politiche di pari opportunità.

E. COORDINAMENTO CON GLI STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE

La definizione degli obiettivi annuali aziendali, che costituisce la base della costruzione del budget aziendale e il fondamento per l'azione dei professionisti, si pone non solo come sistema di valutazione diretto della performance organizzativa ed individuale ma anche come strumento di miglioramento della qualità del servizio pubblico offerto da MRI, della valorizzazione delle competenze professionali tecniche e gestionali e dell'integrità e della trasparenza dell'azione amministrativa e gestionale.

Gli obiettivi previsti nel presente piano si pongono quindi in coordinamento e completano quelli indicati nei documenti strategici e di programmazione aziendale.

F. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

Al fine dell'analisi del contesto esterno per la redazione del presente Piano, anche per il 2025, si pubblica il prodotto di una collaborazione interistituzionale, nell'ambito della "Rete per l'Integrità e la Trasparenza"⁴ promossa dalla Regione Emilia-Romagna, che annualmente viene aggiornato e reso disponibile per gli enti e le società del territorio regionale aderenti alla rete.

Dall'analisi dei dati forniti dall'Ufficio Studi di Unioncamere Emilia-Romagna, per quanto riguarda la descrizione aggiornata dello scenario economico-sociale del territorio regionale e, dall'Area Legalità della Segreteria degli Affari Generali della Presidenza della Giunta regionale, con riferimento al quadro criminologico dell'Emilia-Romagna, emerge in sintesi il quadro di seguito riepilogato.

⁴ La Rete per l'Integrità e la Trasparenza si è costituita ai sensi dell'art. 15, L.R. 18 del 28.10.2016 al fine di: - condividere esperienze e attività di prevenzione messe in campo con i rispettivi piani triennali di prevenzione della corruzione; - organizzare attività comuni di formazione, con particolare attenzione ai settori a rischio corruzione; - confrontare e condividere valutazioni e proposte tra istituzioni, associazioni e cittadini.

L'ultimo rinnovo dei componenti del tavolo di coordinamento della Rete per l'Integrità e la Trasparenza è avvenuto con Determinazione n. 894 del 20.01.2022 della Giunta Regionale.

Aderiscono attualmente alla rete più di duecentocinquanta enti del territorio regionale.

SCENARIO ECONOMICO-SOCIALE

Il settore delle costruzioni ha di nuovo contribuito nel 2025 a trainare l'economia regionale con una ripresa anche dell'attività industriale e lievemente dei servizi. La crescita del PIL regionale è stata sostenuta dalla domanda interna, in particolare da una lieve accelerazione dei consumi e da una più marcata degli investimenti, a fronte di una nuova riduzione delle esportazioni, ma più contenuta di quella dello scorso anno. Il ritmo dell'attività economica dovrebbe accelerare lievemente il passo anche nel 2026 e nel lungo periodo l'andamento dell'economia regionale appare migliore rispetto a quello nazionale.

QUADRO CRIMINOLOGICO

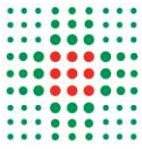
L'Emilia-Romagna si colloca tra i territori più attrattivi del Paese per le organizzazioni mafiose la cui strategia si basa su un approccio imprenditoriale orientato a penetrare silenziosamente il tessuto economico e produttivo di settori di fondamentale importanza come quelli dell'edilizia, dei trasporti e della logistica, della ristorazione, del commercio, addirittura della distribuzione dell'energia. L'analisi interna al territorio delinea uno scenario sfaccettato, in cui le province mostrano profili di rischio diversi tra loro a seconda del tipo di reato, sia rispetto alle dinamiche evolutive dei reati stessi sia in termini di intensità.

La corruzione in Emilia-Romagna incide meno che in gran parte del resto della Paese. Il valore dell'indice di questa fattispecie criminale per l'Emilia-Romagna è pari a 0,5 ogni 100 mila abitanti – un valore, questo, in linea con il resto delle regioni del Nord-Est pari a 0,4 – mentre quello dell'Italia è di 0,8 ogni 100 mila abitanti. La regione dove il valore dell'indice risulta apprezzabilmente più elevato della media regionale sono Ferrara e Rimini (0,9 ogni 100 mila abitanti). I dati riportati fanno riferimento al periodo 2008-2023.

Il riciclaggio e la corruzione rappresentano due fenomeni strettamente interconnessi, che spesso coesistono all'interno dello stesso sistema di criminalità economica e organizzata. Entrambi sono in grado di influenzare profondamente l'economia e il mercato, di compromettere la fiducia dei cittadini nelle istituzioni e, qualora assumano una rilevanza sistemica, di mettere a rischio gli assetti democratici di un paese. Accade così che le regioni che detengono tassi elevati di corruzione siano anche quelle dove il reato di riciclaggio è più frequente e viceversa.

L'unità di Informazione Finanziaria (UIF), istituita presso la Banca d'Italia con il D. Lgs. 231/2007 (cornice legislativa dell'antiriciclaggio in Italia) assume una funzione cruciale come autorità deputata alla raccolta e all'analisi dei flussi finanziari sospetti. L'Emilia-Romagna risulta essere la quinta regione in Italia per numero di operazioni sospette segnalate – dopo la Lombardia, il Lazio, la Campania e il Veneto –, sebbene l'incidenza di queste operazioni sulla popolazione in regione risulti inferiore alla media dell'Italia e ben lontana da altre regioni (135 segnalazioni contro 143 ogni 100 mila abitanti – periodo 2008-2023). L'Emilia-Romagna risulta tra le prime sette regioni italiane per numero assoluto di reati di riciclaggio, Modena si distingue come provincia maggiormente colpita.

La versione integrale dei documenti sopra richiamati è disponibile al link <https://www.montecatone.com/societa-trasparente/altri-contenuti-prevenzione-della-corruzione/piano-triennale-per-la-prevenzione-della-corruzione-e-trasparenza/>.



G. ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

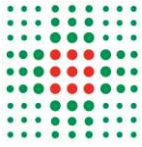
L'analisi del contesto interno riguarda gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione dei processi che influenzano la sensibilità della Società al rischio corruttivo ed è volta a far emergere, da un lato, il sistema delle responsabilità, dall'altro, il livello di complessità della Società stessa, identificando gli eventuali punti di forza, debolezze e potenziali ambiti di miglioramento in vista degli obiettivi da raggiungere.

G.1 ASSETTO SOCIETARIO E ORGANIZZATIVO, MODALITÀ DI FINANZIAMENTO

Come detto MRI è una società per azioni dal 1997. La regione Emilia-Romagna con questo assetto giuridico aveva inteso dare avvio ad una sperimentazione gestionale di partnership pubblico-privato che ha permesso agilità e dinamicità gestionale. La Società ha avuto quindi una composizione societaria mista fino al 2010, anno in cui, con la fuoriuscita della compagine privata, le quote societarie sono state completamente rilevate dai soci pubblici.

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 del *corpus* regolamentare e procedurale di MRI alla disciplina pubblica.

Lo statuto societario vigente è conforme al D.Lgs. 175/2016 e successivo D.Lgs. 100/2017 "*Disposizioni integrative e correttive al decreto legislativo 19 agosto 2016, n. 175, recante testo unico in materia di società a partecipazione pubblica*", e prevede che l'organo amministrativo possa essere costituito da un amministratore unico o, qualora ricorrano "*specifiche ragioni di adeguatezza organizzativa e tenendo conto delle esigenze di contenimento dei costi, da un consiglio di amministrazione composto da tre o cinque membri*". Inoltre, coerentemente ai principi e agli elementi di garanzia sul ruolo pubblico della società MRI dettati nella delibera regionale n. 270/2011, lo statuto prevede anche un sistema di governance in cui, nell'ipotesi che l'organo amministrativo sia collegiale, le funzioni di indirizzo e controllo siano assunte dal Consiglio di Amministrazione, mentre quelle di gestione e di organizzazione dei servizi vengano affidate ad un Direttore Generale. Come anticipato nel capitolo A. "Informazioni di carattere generale", la modifica approvata dall'Assemblea dei soci a novembre 2025 ha confermato la figura del Commissario Straordinario senza modificare l'assetto poc'anzi illustrato.



La Società è per massima parte (oltre 95%) remunerata sulla base delle prestazioni erogate secondo le tariffe fissate a livello nazionale e/o regionale adeguate con Delibera della Regione Emilia-Romagna n. 1875 del 14/12/2020 con effetto dal 1 gennaio 2020. Questo fa sì che la sostenibilità economica della Società sia in toto dipendente dai volumi prestazionali erogati.

Il tasso di occupazione dei posti letto accreditati fino al 2019 si è sempre attestato sul 100%; dopo la pandemia sanitaria da Covid-19, l'anno 2023 è stato il primo in cui si è visto risalire il tasso medio di occupazione dei posti letto annuale fino a raggiungere quasi il 100% circa; nell'anno 2025 l'indicatore del 100% è stato pienamente raggiunto.

G.2 RAPPORTI CON IL TERRITORIO E GLI STAKEHOLDER

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, ecc.) come partner per il completamento del progetto riabilitativo. Il rapporto con il volontariato e con il Terzo Settore è strategico per garantire, durante il ricovero a Montecatone, momenti di socializzazione e tempo libero utili a riprendere fin da subito una vita di relazioni sociali in continuità con quella che precedeva la lesione. A tal fine, è stata rinnovata la Convenzione con la Fondazione Montecatone Onlus che si occupa di coordinare le attività delle diverse realtà del volontariato.

È stata inoltre rinnovata anche la Convenzione con le realtà (Fondazione Montecatone Onlus e Associazione Unità Spinale Montecatone) che selezionano e coordinano le persone che prestano attività di volontariato in condizioni "alla pari" con i ricoverati (persone che vivono da tempo con una lesione midollare, definite Esperti per Esperienza).

Tutte le persone con disabilità collaboranti con gli Enti del Terzo Settore sopra richiamati, sono invitate alla compilazione del modulo aziendale sull'assenza di conflitto di interesse (M301).

Da gennaio 2025, MRI è stata ammessa tra i soggetti fondatori partecipanti istituzionali della Fondazione Gli Amici di Luca Casa dei Risvegli Luca De Nigris ETS, ente del terzo settore che tra l'altro si occupa di interventi di assistenza e sostegno sociale rivolti alla popolazione di persone con esiti di grave cerebrolesione acquisita ed ai loro care-givers familiari.

G.3 DIMENSIONI DI MRI E DISECONOMIE DI SCALA NEI SERVIZI DI SUPPORTO

Alla data del 31 dicembre 2025 il solo personale dipendente che prestava la propria attività presso MRI era costituito da 446 unità così suddivise per mansioni:

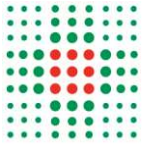


MANSIONI	PERSONALE AL 31.12.2025	PERSONALE AL 31.12.2024	INCREMENTI (DECREMENTI)
PERSONALE MEDICO	38	34	4
PERSONALE SANITARIO NON MEDICO DIRIGENTE	5	5	
PERSONALE AREA INFERMIERISTICA	151	153	(2)
PERSONALE AREA RIABILITATIVA	86	82	4
PERSONALE TECNICO	129	121	8
PERSONALE AMMINISTRATIVO	36	37	(1)
TOTALE	445	432	13

MRI, pur essendo un Ospedale di media dimensione in quanto a fatturato, 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 impegnato a governare tutte le tematiche proprie di una azienda sanitaria pubblica e ad adempiere e applicare la complessa normativa, oltre a quella tipica delle Spa partecipate pubbliche.

Nell'ordine le aree di intervento riguardano: 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 per opere, 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.

Il numero esiguo di personale amministrativo, obbligato dalle relativamente ridotte 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. Inoltre, all'area tecnico-amministrativa è assegnato un numero significativo e crescente di operatori che non sono stati assunti con qualifica amministrativa, ma come operatori sanitari destinati poi a mansioni amministrative per sopraggiunte problematiche di salute che impediscono il lavoro in ambito sanitario nel



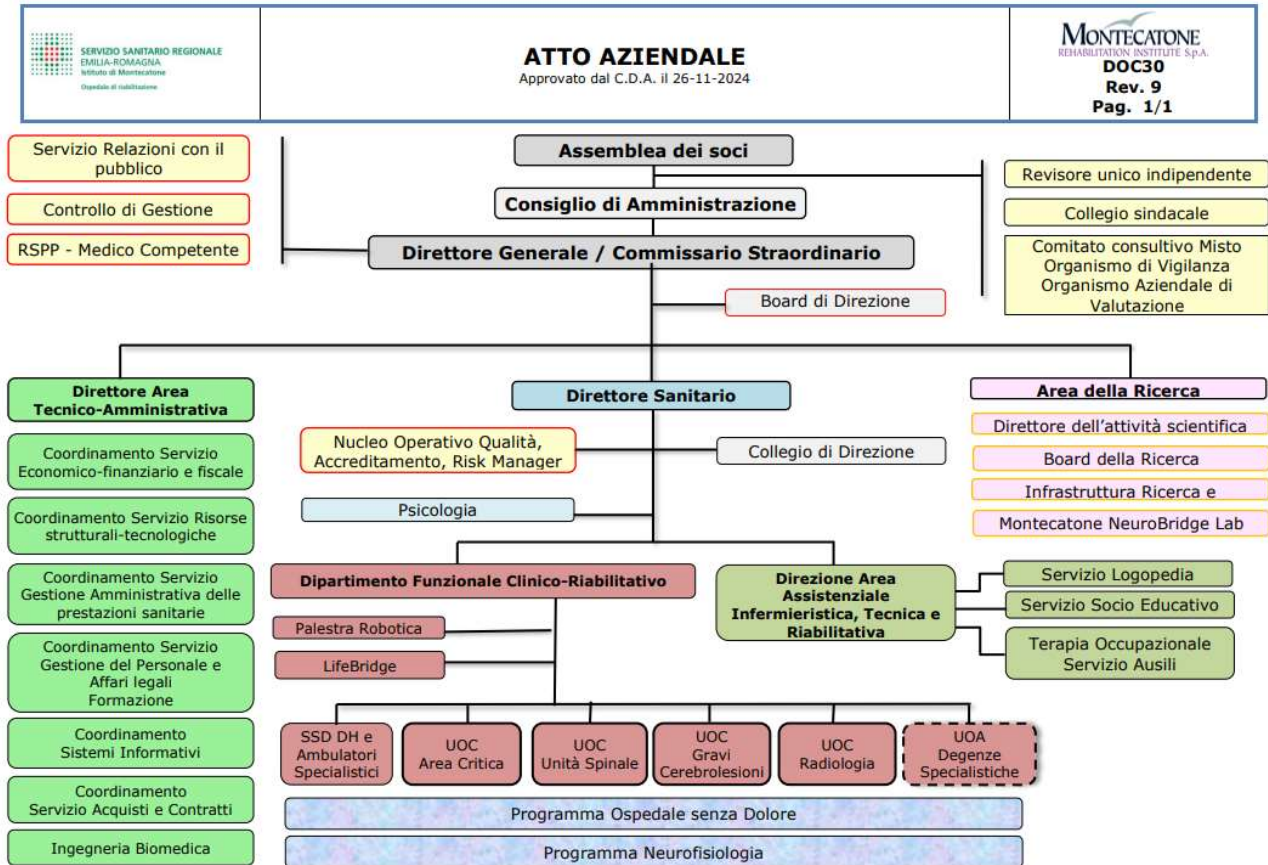
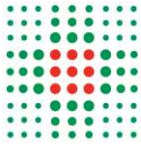
ruolo proprio della qualifica. Per alcune di queste unità sono stati consensualmente anche trasformati i relativi contratti di lavoro con assegnazione definitiva del profilo amministrativo.

Non esistono dirigenti nell'area tecnico-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.

Per quanto riguarda il personale sanitario, il rischio maggiore deriva dalla scarsità di personale sanitario qualificato disponibile sul mercato nazionale. Nel corso del 2025, aderendo a una proposta condivisa da altre aziende sanitarie della regione, sono stati attivati percorsi finalizzati ad integrare personale infermieristico con progetti di cross boarding.

G.4 ASSETTO ORGANIZZATIVO INTERNO E PRINCIPALI CARATTERISTICHE

Di seguito viene riportato l'Organigramma Aziendale pubblicato nella sezione dedicata di Società Trasparente approvato dal CdA il 26 novembre 2024. L'organigramma è stato oggetto di revisione in seguito alla nomina del Commissario Straordinario, nuova figura introdotta a fine 2023, al quale sono affidati poteri di ordinaria amministrazione e che risponde del proprio operato al Consiglio di Amministrazione. Conseguentemente a detta nomina vi è stata anche una riassegnazione dei poteri in delega, con l'obiettivo di avvicinare la struttura del sistema di governance dell'Istituto a quella tipica di un'azienda sanitaria pubblica dove il Responsabile dell'Area Tecnico-Amministrativa affianca Direttore Generale/Commissario Straordinario e il Direttore Sanitario.



Per la lettura integrale dell'Atto Aziendale di organizzazione e funzionamento adottato dalla Società si rimanda al link [DOC30-Atto-Aziendale-rev9-26-11-2024.pdf](https://www.montecatone.it/Documenti/DOC30-Atto-Aziendale-rev9-26-11-2024.pdf) di pubblicazione in Società Trasparente.

Il rinnovo dell'**Accreditamento Istituzionale** dell'Ospedale di Montecatone risale a maggio 2023 a seguito di valutazione dell'Organismo Tecnicamente Accreditante della regione Emilia-Romagna che ha convalidato il mantenimento della conformità ai requisiti previsti dal modello di accreditamento regionale per le strutture sanitarie e il miglioramento continuo della qualità assistenziale.

Alla data di redazione del presente aggiornamento annuale al Piano, in sintesi, l'organizzazione e la regolamentazione della Montecatone R.I. Spa restano 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.

G.5 FONDAZIONE MONTECATONE ETS

Dal 1998 la Società ha dato vita ad una Fondazione (che nel 2025 ha completato l'iscrizione al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore) con il mandato di affiancare l'Ospedale; la Fondazione è gestita da un Consiglio di Amministrazione ed ha un Sindaco Revisore Unico attualmente nominati dal socio unico fondatore originario. Si è dotata di Modello ex Decreto Lgs. 231/2001.

Come già riferito nel paragrafo precedente G2 "Rapporti con il territorio e gli stakeholder", nel corso dell'ultimo quinquennio si è scelto di aumentare l'interazione operativa tra le due realtà, attraverso:

- la collaborazione per le iniziative di comunicazione esterna fino alla organizzazione congiunta di eventi rivolti alla cittadinanza e di campagne di raccolta fondi;
- la condivisione di alcune istruzioni operative relative alla gestione di attività di corollario alla vita ospedaliera (eventi ricreativi nel fine settimana, uscite ricreative);
- una convenzione pluriennale che affida alla Fondazione Montecatone Onlus la gestione del volontariato presente in Ospedale e consente l'accesso di volontari in Servizio Civile selezionati dalla Fondazione.

Nel corso del 2025, anche in vista del rinnovo della Convenzione in scadenza al 31.12.25, si sono avviati incontri finalizzati a migliorare l'integrazione tra i due enti, con riferimento specifico a:

- gestione dei beni conferiti dalla Fondazione all'Ospedale in comodato;
- gestione del servizio di trasporto persone ricoverate, tramite volontari e dipendenti della Fondazione.

G.6 MAPPATURA DEI PROCESSI

La mappatura dei processi e dei rischi associati legati alla prevenzione della corruzione 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;
- le aree di rischio individuate dal PNA come specifiche della Sanità; i principali processi associati alle aree di rischio, individuati dal PNA come specifici della Sanità;
- gli altri processi rilevanti per la struttura di MRI.

L'elenco dei processi mappati è contenuto nell'allegato 2 al presente PTPCT.

H. VALUTAZIONE DEL RISCHIO

ANAC con il PNA 2022 e suo più recente aggiornamento 2023 conferma le indicazioni sulla metodologia di analisi 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 controllati da Amministrazioni pubbliche e/o che curano un interesse pubblico, come MRI, per produrre gli effetti sperati. Per gli aspetti di valutazione del rischio, suggerisce di adottare l'approccio di tipo qualitativo illustrato nel PNA 2019 consentendone un'applicazione in modo graduale.

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

Nella fase di predisposizione del Piano si è altresì 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 – come già ribadito più volte nel presente documento - devono intendersi integrative dell'attuale Piano⁵.

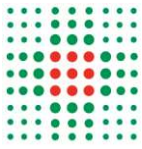
Anche alla luce delle indicazioni sopravvenute con l'approvazione del nuovo PNA 2025, si è ritenuto che la Mappatura effettuata e rappresentata con l'allegato 2 al presente Piano sia corretta e rappresentativa della realtà dell'Istituto; sarà cura del RPCT e dell'ufficio di supporto utilizzare le indicazioni di dettaglio del PNA 2025 nel corso del monitoraggio attivo previsto durante l'anno 2026.

H.1 ANALISI E VALUTAZIONE DEI PROCESSI

L'aggiornamento della mappatura delle aree esposte a rischio corruzione è stato effettuato richiedendo al Coordinatore/Responsabile di riferimento per MRI di compilare, con il sussidio dell'Ufficio Prevenzione Corruzione e Trasparenza, la sezione di competenza segnalata nella tabella "Mappatura Aree di Rischio/Processi, Registro dei rischi e Misure Specifiche" in cui devono essere riportati:

- le aree di rischio come individuate nel 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;

⁵ Il "MOG 231" di MRI è pubblicato sul sito istituzionale ed è consultabile accedendo al link [Modello organizzativo 231 - Istituto Montecatone](#)



- la valutazione del grado di rischio di ciascun processo.

H.2 IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEI RISCHI

La metodologia di valutazione utilizzata nel presente piano integra la metodologia di tipo quantitativo utilizzata nella redazione dei precedenti PTPC fino al 2021, con una valutazione più qualitativa basata su una scala di misurazione ordinale del rischio qualificato come basso, medio, alto.

Il Registro dei Rischi rappresenta la matrice in cui vengono elencati i rischi connessi ai singoli processi descritti e la relativa misurazione attribuita secondo una valutazione ponderata del rischio che tiene conto tra l'altro di elementi quali: frequenza, impatto, discrezionalità. Ogni rischio è stato calcolato, pertanto, partendo dal punteggio raggiunto nel 2021 combinando i valori 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) e soppesato dal Coordinatore alla luce della concreta attività del Servizio sulla base di un confronto con RPCT e gruppo di supporto.

Per mappatura aree di rischio s'intende la matrice nella quale vengono individuate le misure specifiche che l'organizzazione della Società ha attuato, o da mettere in campo al fine di attenuare, per quanto possibile, i rischi connessi ai singoli processi che sono stati descritti.

Le suddette tabelle sono poi completate con una programmazione triennale delle azioni di monitoraggio meglio descritta nel capitolo L e formano l'unitario Allegato 2 dal titolo "Mappatura Aree di Rischio/Processi, Registro dei rischi e Misure Specifiche" che costituisce parte integrante del presente Piano.

I. TRATTAMENTO DEL RISCHIO: PREVISIONE DELLE MISURE GENERALI

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 possono definirsi "generali" quanto si caratterizzano per la capacità di incidere sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione, intervenendo in modo trasversale sull'intera amministrazione o società.

Nei paragrafi che seguono sono descritte le misure generali.



I.1 INCOMPATIBILITÀ E INCONFERIBILITÀ DEGLI INCARICHI

Nell'arco del 2025 non si sono registrate problematiche nella raccolta delle dichiarazioni necessarie né per il reclutamento di personale, né per le posizioni dirigenziali, né per i componenti delle commissioni.

Come già indicato al paragrafo B "Processo di redazione e approvazione del PTPCT", è allo studio la recente delibera ANAC in materia n. 464/2025 ripresa nel capitolo ad hoc del nuovo PNA 2025, per valutare se sia necessario integrare la documentazione aziendale e come eventualmente processare la raccolta annuale delle dichiarazioni.

I.2 DIVIETO DI PANTOUFLAGE – DIVIETO DI POST EMPLOYMENT

Nel PNA 2022 è precisato che nelle società in controllo pubblico il divieto di pantouflage trova applicazione con riferimento agli incarichi di cui all'art. 1 del D.Lgs. n. 39/2013, ovvero gli incarichi amministrativi di vertice, gli incarichi dirigenziali interni ed esterni, gli incarichi di amministratore.

Tenuto conto delle specificità presenti per le società in controllo pubblico, della distribuzione dei poteri all'interno dell'organizzazione e dell'assenza di compensi per l'organo amministrativo e, soprattutto, della natura privatistica del rapporto di lavoro che si instaura con i dipendenti, si ritiene che il divieto di post employment possa valere solo per Direttore Generale/Commissario Straordinario, Direttore Sanitario, Direttore dell'Area tecnico-amministrativa e Direttore Scientifico, ossia per coloro i quali possono esercitare poteri autoritativi o negoziali mediante l'adozione di provvedimenti atti ad incidere in maniera determinante su un procedimento e quindi sul provvedimento finale. Tale orientamento non appare modificato alla luce delle Linee guida sul pantouflage emanate da ANAC nel 2024 (Linee Guida n. 1 – Delibera n. 493 del 25 settembre 2024).

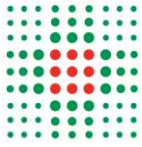
I.3 MISURE DI REGOLAMENTAZIONE

In occasione del rinnovo dell'accreditamento istituzionale dell'Ospedale, tra il 2022 e l'inizio del 2023 sono stati analizzati i processi aziendali maggiormente critici, nell'ottica di un accrescimento della qualità e dell'efficienza delle azioni, con risvolti positivi anche nell'ambito della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Gli atti/regolamenti oggetto di aggiornamento ritenuti più significativi per la prevenzione della corruzione e per il sistema di cui al D. Lgs. 231/2001 sono stati oggetto di analisi da parte dell'Organismo di Vigilanza sia attraverso la verifica diretta del testo, sia attraverso una verifica di applicazione nei fatti.

Si ritengono particolarmente rilevanti le seguenti misure regolamentari del 2025:

- semplificazione della modulistica per la raccolta delle dichiarazioni di assenza di conflitti di interesse: nel 2025 è stato adottato un unico modulo (M301) indirizzato a tutte le fattispecie finora trattate per categorie diverse di interlocutori (dipendenti, consulenti alla pari, consulenti/collaboratori)
- revisione del regolamento sull'accesso degli informatori del farmaco (Doc27, revisione ottobre 2025)



- revisione dell'IO 48 sul rilascio delle cartelle cliniche di adeguamento alla sentenza della Corte di Giustizia Europea che ha stabilito l'obbligo di rilasciare gratuitamente la prima copia della cartella clinica, in analogia alle aziende sanitarie regionali.

I.4 MISURE RELATIVE AGLI ACQUISTI E ALLA GESTIONE DEI CONTRATTI

Quest'area è stata oggetto di un radicale cambiamento normativo dapprima con l'entrata in vigore del Nuovo Codice degli Appalti e poi con le conseguenti indicazioni di ANAC contenute nell'aggiornamento di dicembre 2023 del Piano Nazionale Anticorruzione 2022.

RPCT ha convocato un apposito gruppo di lavoro per declinare le conseguenze operative di queste novità normative sulle attività quotidiane di approvvigionamento e individuare misure specifiche di verifica/controllo che potrebbero essere applicate su un campione rappresentativo di affidamenti sulla base delle check-list proposte da ANAC per le tipologie di affidamento diretto, allo scopo di consentire una verifica pratica, veloce e accurata della completezza e adeguatezza degli atti rispetto a elementi principali/critici della procedura. Nel 2025 è stato realizzato un primo step di verifica sugli acquisti e sulla corrispondenza dei CIG con le fatture pagate; nel corso del 2026 si andranno a valutare le eventuali ricadute delle disposizioni introdotte nel capitolo ad hoc del PNA 2025.

I.5 ROTAZIONE

Negli ultimi anni è stato di fatto necessario attuare la misura della rotazione del personale nell'area del comparto sanitario in conseguenza dell'elevato indice di turn-over e per la sostituzione di personale con funzioni apicali che ha cessato il rapporto di lavoro, nonché per le nuove nomine all'interno degli organismi i cui mandati erano giunti a scadenza.

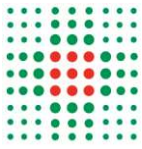
Per quanto attiene alla rotazione ordinaria, come accennato in precedenza, si segnala che essa risulta di difficile programmazione per i seguenti motivi:

- ridotte dimensioni della Società
- esiguità del numero di unità di personale amministrativo e di supporto
- infungibilità del personale sanitario

In merito all'istituto della rotazione cosiddetta straordinaria prevista dal legislatore che impone la rotazione *"del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva"* che creano un danno all'immagine di imparzialità dell'amministrazione, nel 2025 non si sono registrate tali fattispecie.

Si riporta con nota in calce link a un interessante atto ANAC del 3 luglio 2024 in merito alle peculiari criticità che presenta la rotazione in ambito sanitario in ragione della mission affidata agli enti del Servizio Sanitario ⁶.

⁶ <https://www.anticorruzione.it/-/news.11.07.24.rotazione.incarichi.sanita>



I.6 FORMAZIONE

I fabbisogni formativi sono individuati dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, in accordo con i Responsabili delle figure professionali; le iniziative formative vengono inserite anche nel Programma delle Attività Formative aziendale (PAF).

Nel corso del 2025 si sono svolte le seguenti iniziative di formazione di rilievo per l'anticorruzione e la trasparenza:

- *"Corso base sul sistema di prevenzione della corruzione nella Pubblica Amministrazione"*: il corso, già progettato a livello regionale attraverso la piattaforma di e-learning SELF, a disposizione degli enti aderenti alla Rete per l'Integrità e la Trasparenza di cui MRI fa parte, è stato accreditato come formazione a distanza (FAD) direttamente dalla Società. Il corso è stato rivolto a n. 28 operatori neoassunti di cui n. 26 hanno terminato il percorso e il 74% dei dipendenti in forza alla data del 31/12/2025 risulta aver completato la formazione di base.
- *"Giornata della Trasparenza -La trasparenza e il diritto di accesso: documentale, civico semplice e generalizzato"* - seminario promosso dalle Aziende Sanitarie AVEC e Ausl Romagna il 23 gennaio 2025 seguito in remoto dall'RPCT e dalle componenti dell'Ufficio Prevenzione Corruzione e Trasparenza.

La formazione programmata internamente per il 2026 conferma una strutturazione su due livelli:

- livello generale rivolto a tutti i dipendenti che riguarda le tematiche dell'etica della legalità e che prevede l'utilizzo della piattaforma regionale di e-learning SELF, con riguardo al corso di base sopra citato in tema di prevenzione della corruzione nella PA per i nuovi assunti;
- livello specifico rivolto al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e ai componenti del gruppo di supporto, ai componenti degli organismi di controllo, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio e ai dipendenti.

Detta formazione sarà definita in armonia con la programmazione dell'Organismo di Vigilanza 231. Al momento della redazione del presente piano sono previsti momenti formativi a cura dell'OdV su:

- aggiornamento procedura di segnalazione e regolamento whistleblowing e contenuti del Codice Etico e Comportamentale (per coordinatori sanitari e medici, in continuità con quanto già proposto ai coordinatori amministrativi e sanitari nel 2023 e nel 2024)
- reati informatici.

La locandina della Giornata della Trasparenza organizzata annualmente dalle Aziende Sanitarie di Area Vasta Emilia Centro e Ausl della Romagna in programma per il giorno



20.02.2026 è stata pubblicata anche nel sito istituzionale della MRI; l'evento è stato seguito dall'RPCT.

I.7 WHISTLEBLOWING

Nel corso del 2023 è stato aggiornato l'allegato 1 alla parte generale del MOG "Procedura di segnalazione e regolamento whistleblowing ai sensi del D.Lgs. 231/2001, della L. 190/2012 e del D.Lgs. 24/2023" volto a disciplinare la tutela e le modalità di segnalazione degli illeciti da parte di dipendenti o soggetti esterni della Società.

Si prevede di verificarne l'aderenza alle delibere ANAC n. 478 e n. 479 di fine novembre 2025 e di completare l'eventuale revisione entro la fine del 2026.

Nel corso del 2025 non sono pervenute segnalazioni né attraverso la piattaforma dedicata di whistleblowing né attraverso le caselle di posta elettroniche e fisiche dedicate a RPCT o OdV.

L. TRATTAMENTO DEL RISCHIO: PREVISIONE DELLE MISURE SPECIFICHE

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 possono definirsi "specifiche" laddove incidono su particolari problemi individuati tramite l'analisi del rischio.

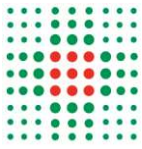
Le misure specifiche adottate dalla Società, improntate secondo criteri di gradualità e sostenibilità delle misure medesime tenuto conto delle peculiarità e dell'assetto organizzativo aziendale, sono analizzate nel documento:

- Allegato 2 PTPCT: MAPPATURA AREE DI RISCHIO/PROCESSI, REGISTRO DEI RISCHI E MISURE SPECIFICHE

La tabella mette in relazione, a fronte di ogni area di rischio individuata sotto il profilo della prevenzione della corruzione e dei relativi processi e sottoprocessi, le procedure e le disposizioni già in atto, di modo che il livello di rischio (espresso secondo una graduazione tra "basso", "medio" e "alto") visualizza la valutazione condivisa rispetto al rischio residuo.

Con la collaborazione dei coordinatori e delle figure referenti per ciascuna area di rischio, sono state poi individuate alcune misure specifiche aggiuntive, che si è ritenuto di poter programmare per le annualità 2026 o 2027 o 2028 (colonna H della tabella), concentrando l'attenzione sugli ambiti a maggior rischio o quelli su cui è stato possibile individuare interventi effettivamente sostenibili dall'organizzazione in grado di migliorare l'organizzazione stessa e rendere più efficienti/efficaci le misure in essere.

Solo per queste misure aggiuntive, si è quindi dettagliato (colonne M, N, O, P, Q) il percorso che si ritiene di attivare per garantire un monitoraggio attivo da parte dell'Ufficio



Anticorruzione, definendo specifici indicatori di monitoraggio, target attesi e tempi di attuazione.

M. SEZIONE TRASPARENZA

Nel contesto del servizio sanitario la trasparenza costituisce strumento essenziale per una maggiore consapevolezza e responsabilità individuale e sociale del cittadino al momento della scelta delle modalità e delle condizioni di accesso al servizio e strumento di attuazione concreta dei principi di eguaglianza e di universalità su cui si fonda il servizio sanitario pubblico. Per questo motivo, la legislazione amplia l'area della pubblicità obbligatoria a specifici e rilevanti aspetti concernenti l'organizzazione, le attività strumentali e le prestazioni fornite dalle strutture del SSN, tenuto conto della peculiare natura del servizio sanitario e della sua "sensibilità", sia nella prospettiva della prevenzione della corruzione sia in quella della tutela dei diritti dei cittadini.

Montecatone R.I. S.p.A., sin dall'entrata in vigore del D. Lgs. 33/2013, ha ritenuto strategico adottare un'interpretazione estesa della normativa sulla trasparenza, riconoscendo fin da subito ulteriori obblighi informativi 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 sempre cercato di mantenere un approccio coerente con gli aggiornamenti normativi, con le indicazioni della Regione Emilia-Romagna (OIV-SSR), 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, oltre che un'efficace misura di prevenzione della corruzione.

MRI ha aggiornato e alimentato i dati pubblicati sul sito istituzionale nella sezione dedicata "Società Trasparente", indicando puntualmente le modalità e i tempi di pubblicazione delle informazioni oltre che i responsabili dell'elaborazione e aggiornamento, della trasmissione e pubblicazione delle informazioni, al fine di garantire, all'interno dei singoli Servizi, un pieno coinvolgimento ed una puntuale responsabilizzazione oltreché una più chiara definizione delle competenze, al fine di realizzare, quanto più possibile, un elevato standard di trasparenza.

Montecatone R.I. S.p.A. si è quindi conformata alle linee guida ANAC n. 1134 dell'8 novembre 2017 (aggiornamento delle linee guida 8/2015) che hanno chiarito l'ambito soggettivo degli obblighi di trasparenza estendendo alle società in controllo pubblico come Montecatone R.I. S.p.A. (art. 3 bis, comma 2, lettera 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 presso la Società. Si aggiunga, inoltre, per le società in controllo pubblico come MRI, l'obbligo di pubblicazione delle attestazioni previsto dalla Delibera 141/2018 - punto 1.2. lett. b) - che ha reso, pertanto, dovuto ciò che Montecatone R.I. S.p.A. aveva in larga parte già pubblicato in analogia con le altre strutture pubbliche.

MRI, che opera istituzionalmente nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale, ha riconosciuto per la propria dirigenza logica applicazione dell'art. 41 del D. Lgs. 33/2013, che disciplina la trasparenza nel Servizio Sanitario Nazionale.

L'evoluzione normativa e giurisprudenziale in tema di riservatezza sui dati personali (GDPR Regolamento (UE) 2016/679) e obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, unitamente alle note interpretative regionali, ha suggerito a MRI, data la sua particolare natura giuridica, una attenta comparazione dei contrapposti diritti in gioco in tema di pubblicazione dei dati in questione, arrivando alla conclusione di non procedere alla pubblicazione dei dati previsti ai punti c e d del 1° comma dell'art.15, nelle more di aggiornamenti chiarificatori.

Nel corso del 2025 Montecatone R.I. S.p.A. ha provveduto ad alimentare e monitorare le pubblicazioni secondo gli impegni assunti con lo schema Allegato 1 al Piano.

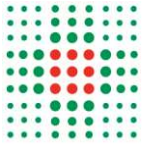
In capo all'Organismo Aziendale di Valutazione è stata riconfermata la funzione di verificare l'assolvimento degli obblighi di trasparenza previsti dal D. Lgs. 33/2013 con l'intento di promuoverne l'applicazione in collaborazione con il RPCT. A tale proposito, la verifica è stata condotta autonomamente, come istruttoria, dai singoli componenti dell'OAV a partire dal 31.05.2025 e successivamente attuata in modo collegiale in occasione della riunione del 19.06.2025 svoltasi presso la sede della Società attraverso la verifica delle pubblicazioni presenti sul sito istituzionale della Società. In conformità alla Delibera ANAC 192/2025, la relativa attestazione risulta acquisita con ricevuta ANAC numero di registro 83804 del 19.06.2025 entrambe pubblicate nella sezione dedicata di Società Trasparente.

Per il 2026, fatte salve autoverifiche periodiche da parte dei Responsabili della pubblicazione o eventuali verifiche straordinarie disposte da ANAC, si prevede di programmare l'abituale attestazione prevista annualmente da ANAC.

Misura	Tipologia	Responsabile	Tempi	Indicatore
Monitoraggio assolvimento obblighi di pubblicazione	Misura di controllo	OAV e RPCT	Entro tempistica disposta da ANAC	Attestazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione secondo le indicazioni ANAC

Inoltre, per quanto riguarda il monitoraggio del regolare funzionamento dei flussi informativi per la pubblicazione dei dati nella sezione Società Trasparente suggerito nel PNA 2022, si prevede che sia l'Ufficio Prevenzione Corruzione e Trasparenza, attraverso le funzioni di supporto, a segnalare semestralmente ai Responsabili individuati eventuali anomalie con riguardo alle voci che compongono l'Allegato 1 Trasparenza.

Nel corso del 2025 Montecatone R.I. S.p.A. ha continuato a pubblicare nella sezione Società Trasparente Altri Contenuti – Dati ulteriori - i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio ed i riferimenti delle misure che garantiscono la copertura assicurativa per la responsabilità civile verso terzi e verso i prestatori d'opera, sulla base di



quanto disposto dalla Legge 8 marzo 2017 n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" (ex art. 4 e art. 10).

Altra misura di trasparenza è l'istituto dell'accesso civico, previsto dal D. Lgs. 33/2013 come novellato dal D. Lgs. 97/2016, che 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, secondo quanto previsto all'art. 5-bis dello stesso decreto sopra citato ed in applicazione delle "Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 co.2 del D.Lgs. 33/2013" elaborate da ANAC con Delibera 1309/2016.

A tal fine, Montecatone R.I. S.p.A. ha aggiornato la tabella relativa agli accessi civici rilevando, nel corso del 2025, richieste di accesso documentale (ai sensi della L. 241/1990) e una richiesta di accesso generalizzato ai sensi del D. Lgs. 33/2013.

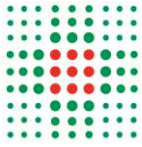
I contenuti della Sottosezione di primo livello Bandi di gara e contratti riprendono quelli degli allegati alla delibera ANAC 264/2023 come modificata dalla delibera ANAC 601/2023. Essi sono stati oggetto di analisi per quanto attiene all'effettiva applicabilità alle Aziende sanitarie delle singole voci ed ai termini / alle modalità di pubblicazione e l'Organismo Indipendente di Valutazione regionale ha diffuso utili indicazioni operative per l'adeguamento di detta sezione dei siti aziendali ⁷.

Alla luce delle indicazioni ANAC e del progressivo consolidamento dei sistemi di interoperabilità delle piattaforme digitali attivati dal 1/1/2024, secondo quanto previsto dal nuovo Codice degli Appalti, nel corso del 2026 MRI proseguirà quindi all'adeguamento delle pubblicazioni affinché le prescrizioni in materia di trasparenza dei contratti pubblici possano essere completamente assolte.

Dal 2024 gli obblighi di trasparenza di bandi di gare e contratti prevedono infatti che: per ogni CIG venga pubblicato il collegamento ipertestuale univoco che rinvii ai dati relativi al ciclo di vita del contratto presenti nella Banca Dati Nazionale di Contratti Pubblici (BDNCP); gli atti, le informazioni e i documenti non soggetti alla comunicazione alla BDNCP vengano integralmente pubblicati; i dati relativi a gare e affidamenti precedentemente pubblicati tramite file xml e invio pec ad ANAC (ex art. 1, co.32, L. 190/2012, ora abrogato) siano inviati alla BDNCP tramite piattaforma di approvvigionamento digitale certificata.

Con l'intento di consentire un più agevole ed omogeneo popolamento della sezione Società Trasparente e in conformità ai requisiti di qualità delle informazioni, ANAC, con Delibera n. 495 del 25 settembre 2024, ha approvato 3 schemi di pubblicazione (utilizzo delle risorse pubbliche, organizzazione, controlli su attività e organizzazione) concedendo un periodo transitorio di dodici mesi che scade a gennaio 2026 per aggiornare la propria pagina di Società Trasparente ai suddetti schemi (MRI ha provveduto a conformarsi da ottobre 2025).

⁷ Prot. 15/03/2024.0282536.U e Prot. 23/10/2024.1198343.U avente ad oggetto: Atti e documenti da pubblicare in "amministrazione trasparente" – sottosezione "Bandi di gara e contratti".



Nella medesima delibera ha inoltre approvato il documento *“Istruzioni operative per una corretta attuazione degli obblighi di pubblicazione ex d.lgs. 33/2013”* contenente raccomandazioni utili per la pubblicazione su requisiti di qualità dei dati, procedure di validazione, controlli anche sostitutivi e meccanismi di garanzia attivabili su richiesta di chiunque vi abbia interesse. Nel 2025 ANAC ha approvato la Delibera n. 481 del 3 dicembre con cui sono state apportate modifiche agli schemi di pubblicazione (schema di utilizzo delle risorse pubbliche e schema dei controlli su organizzazione) di cui alla citata Delibera n. 495 e integrazioni al documento di Istruzioni Operative.

ANAC ha approvato altresì (con Delibera n. 497 del 3 dicembre 2025) cinque schemi di pubblicazione ai sensi dell’art. 48 del D. Lgs. 33/2013, concedendo un periodo transitorio di dodici mesi per aggiornare la propria pagina di Società Trasparente. Il PNA 2025 ha introdotto una parte speciale sulla Trasparenza, basata sull’Analisi effettuata da ANAC sulle criticità riscontrate analizzando la Sezione Amministrazione Trasparente – ed ha inserito una serie di azioni finalizzate ad aumentare i livelli di trasparenza ed accessibilità delle informazioni pubblicate nelle sezioni *“Amministrazione Trasparente”*.

Il 2026 vedrà quindi Montecatone R.I. S.p.A. impegnata nella predisposizione, pubblicazione e aggiornamento continuo dei dati con l’obiettivo di soddisfare il disposto normativo, cercando di dare evidenza di ogni processo logico che ne sostenga la corretta interpretazione, garantendo contestualmente la cancellazione dei dati secondo le tempistiche indicate, specificatamente quelli personali relativi ad atti la cui efficacia è cessata, anche in considerazione della fase di avvio del nuovo sito istituzionale previsto a marzo 2026.

M.1 RESPONSABILI DELLA INDIVIDUAZIONE E/O ELABORAZIONE DEI DATI, DELLA TRASMISSIONE E DELLA PUBBLICAZIONE

Dal 2017, in attuazione del PTPCT 2017, alla luce delle disposizioni recate dal D. Lgs. 97/2016 e dunque dal PNA 2016, MRI ha individuato i Responsabili della individuazione e/o produzione dei dati oggetto di pubblicazione. Essi provvedono direttamente agli adempimenti di trasparenza di cui al presente Piano, indicando ai sensi della relativa disciplina i documenti, le informazioni e i dati destinati ad essere pubblicati sul sito istituzionale della società nella sezione dedicata.

Coerentemente con quanto disposto all’art. 10, comma 1, del D. Lgs. 33/2013 modificato dal D. Lgs. 97/2016, MRI indica altresì nella tabella allegata al Piano triennale i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati.

I nominativi dei soggetti responsabili della individuazione e/o produzione dei dati, della trasmissione e della pubblicazione indicati nella tabella della Trasparenza sono tempestivamente aggiornati in coerenza dei cambiamenti ed evoluzione degli assetti dei servizi dell’Area Tecnico-Amministrativa.

Con la Delibera n. 495 del 25.09.2024 richiamata nel precedente paragrafo, ANAC ha formalizzato una nuova fase del processo di pubblicazione dei dati propedeutica alla loro



diffusione, cosiddetta Fase di Validazione definita come *“un processo che assicura la corrispondenza dei dati finali (pubblicati) con una serie di caratteristiche qualitative”* allo scopo di assicurare un certo livello di qualità ai dati e alle informazioni (in termini di comprensibilità, conformità, attendibilità) mediante una sistematica attività di verifica prima della relativa diffusione da parte di soggetto con adeguate competenze e conoscenze. Nel corso del 2025 detto documento è stato oggetto di analisi da parte di MRI per quanto attiene alla modalità di effettiva applicabilità anche con riferimento alle indicazioni condivise durante gli incontri dei tavoli di coordinamento degli RPCT AVEC e regionali.

Nel 2026 sarà posta particolare attenzione alla parte del PNA 2025 che descrive le condizioni per cui un documento può essere considerato accessibile, anche in considerazione del fatto che l’inclusione delle persone con disabilità costituisce un elemento essenziale della Mission di questo Istituto.

M.2 RESPONSABILE DELL’ANAGRAFE DELLA STAZIONE APPALTANTE (RASA)

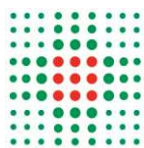
Ogni stazione appaltante è tenuta a nominare il soggetto responsabile (RASA) dell’inserimento e dell’aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante stessa.

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; la scelta di Montecatone è stata di tenere distinto RASA da RPCT.

Al fine di assicurare l’effettivo inserimento dei dati nell’Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA) e relativo aggiornamento annuale, si è proceduto all’individuazione del RASA con atto di nomina N° prot. 525 del 27/03/2017 rinnovato il 25/10/2023 con Prot. n. 2023/1943 nella persona del Dott. Federico Lorenzini, il quale si è attivato per l’abilitazione del profilo utente di RASA ed ha provveduto ad inserire ed inviare le informazioni richieste e a ottenere in data 3 gennaio 2018 il rilascio dell’attestato di iscrizione della Montecatone Rehabilitation Institute S.p.A. all’Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti.

N. ALLEGATI

- **Allegato 1** PTPCT: TRASPARENZA
- **Allegato 2** PTPCT: MAPPATURA AREE DI RISCHIO/PROCESSI, REGISTRO DEI RISCHI E MISURE SPECIFICHE



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Istituto di Montecatone

Ospedale di riabilitazione

Elenco degli acronimi e delle abbreviazioni più utilizzati

ANAC	Autorità Nazionale Anticorruzione
AUSA	Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti
AVEC	Area Vasta Emilia Centro
BDNCP	Banca Dati Nazionale Contratti Pubblici
C.d.A	Consiglio di Amministrazione
CUP	Codice Unico di Progetto
DGR	Delibera di Giunta Regionale
D.Lgs.	Decreto Legislativo
DPO/RPD	Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei Dati
D.P.R.	Decreto del Presidente della Repubblica
GAP	Gruppo Aziendale Privacy
GDPR	General Data Protection Regulation n. 2016/679
INTERCENT-ER	Agenzia per lo sviluppo dei mercati telematici della Regione Emilia-Romagna
MOG/MODELLO 231	Modello Organizzativo Gestionale previsto dal D.Lgs. n. 231/2001
MRI	Montecatone Rehabilitation Institute S.p.A.
OAV	Organismo Aziendale di Valutazione
ODV	Organismo di Vigilanza ai sensi del D.Lgs. n. 231/2001
OIV-SSR	Organismo Indipendente di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale
PA	Pubblica Amministrazione
PAF	Piano Aziendale Formazione
PNA	Piano Nazionale Anticorruzione
PTPCT	Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
RASA	Responsabile Anagrafe Stazione Appaltante
RER	Regione Emilia-Romagna
RPCT	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
RSPP	Responsabile Servizio Prevenzione Protezione
RT	Responsabile Trasparenza
RUP	Responsabile Unico del Procedimento
SAM	Servizio Acquisti Metropolitan
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
SSR	Servizio Sanitario Regionale