

---

**MODELLO DI ORGANIZZAZIONE, GESTIONE E  
CONTROLLO EX D.LGS. N. 231/01  
OSPEDALE DI SASSUOLO S.p.A.**

ALL. 1)

PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

E

PIANO DELLA TRASPARENZA

L. n. 190/2012

---

<b>1. PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE</b>	<b>5</b>
1.1. Oggetto e finalità	5
1.2. Normativa di riferimento	5
1.3. Le società partecipate pubbliche nel quadro normativo di riferimento	7
1.4. Definizione di corruzione	8
<b>2. I SOGGETTI DELLA PREVENZIONE</b>	<b>8</b>
2.1. Il responsabile della prevenzione della corruzione	8
2.1.1. Revoca del RPCT	10
2.2. Il Consiglio di Amministrazione	11
2.3. I referenti della prevenzione	11
2.4. I Dirigenti, Quadri, Responsabili	11
2.5. I dipendenti	12
2.6. I collaboratori	12
2.7. L'Organismo di Vigilanza	12
2.8. Le società controllate – Aesculapio S.r.L.	12
<b>3. PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE IN OSPEDALE DI SASSUOLO S.P.A.</b>	<b>13</b>
3.1. Introduzione	13
3.2. Rapporti tra Modello di Organizzazione, gestione e controllo e Piano di Prevenzione della Corruzione 14	
3.3. Procedura di formazione del PTCP	15
3.4. Pubblicità	16
3.5. Analisi di contesto	17
3.5.1. Contesto esterno	17
3.4.2. Contesto interno – Ospedale di Sassuolo e Aesculapio	19
3.6. La struttura organizzativa di Ospedale di Sassuolo S.p.A.	20
3.7. La struttura organizzativa di Aesculapio S.r.L.	20

<b>4. RISK ASSESSMENT</b>	<b>20</b>
4.1 Individuazione delle Aree a Rischio	20
4.2. La valutazione del rischio	21
<b>5. LE MISURE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO</b>	<b>24</b>
5.1 Misure di Prevenzione generali	24
5.2. Misure di prevenzione specifiche	39
<b>6. ALTRE INIZIATIVE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE</b>	<b>67</b>
6.1 Inconferibilità e incompatibilità ex d.lgs. n. 39/2013	67
6.1.1 Inconferibilità	67
6.1.2. Incompatibilità	69
6.1.3. Gli accertamenti del RPC	71
6.2. <i>Revolving Doors</i>	72
6.3. Conferimento ed autorizzazione incarichi	73
6.3.2. Incarichi conferiti dalla Società ai dipendenti	73
6.3.3. Incarichi autorizzati dalla Società	74
6.4. Conflitto di Interesse e cause di astensione	74
6.5. Rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione	76
6.6. Codice di comportamento	79
6.7. Sistema Sanzionatorio	81
6.8. Segnalazioni al Responsabile della Prevenzione della Corruzione	81
6.9. Monitoraggio e reportistica	83
6.10. Formazione in materia di anticorruzione	84
<b>7. PIANO DELLA TRASPARENZA</b>	<b>85</b>
7.1. Premessa	85
7.2. La società	86
7.3. Procedimento di elaborazione e adozione del programma	88
7.3.1. Programmazione della trasparenza	88
7.3.2. Nomina del Responsabile della trasparenza e elaborazione del programma	88
7.4. Obiettivi strategici e obiettivi di periodo in materia di trasparenza	89

<b>7.5. Termini di adozione del programma</b>	<b>91</b>
<b>7.6. Iniziative di comunicazione della trasparenza</b>	<b>91</b>
<b>7.7. Processo di attuazione del programma</b>	<b>92</b>
7.7.1. Mappa degli obblighi di comunicazione	92
7.7.2. Soggetti coinvolti nel processo di pubblicazione	92
7.7.3. Standard di pubblicazione	93
7.7.4. Definizione dei flussi informativi	93
Elenco dei produttori della documentazione e delle informazioni (titolarità della firma e delle responsabilità)	93
7.7.5. Monitoraggio dei flussi e delle Responsabilità	93
7.7.6. Attività di controllo del RPT	94
<b>7.8. Accesso civico e Accesso generalizzato</b>	<b>94</b>
<b>7.8.2. Introduzione</b>	<b>94</b>
<b>7.8.3. Distinzione tra accesso civico e accesso generalizzato</b>	<b>95</b>
<b>7.8.4. Ambito applicativo dell'accesso generalizzato</b>	<b>95</b>
<b>7.8.5. Disciplina interna</b>	<b>95</b>

## **1. Piano di Prevenzione della Corruzione**

### **1.1. Oggetto e finalità**

Con la legge 6 novembre 2012, n. 190, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 265 del 13 novembre 2012, sono state approvate le "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione". Con tale provvedimento normativo è stato introdotto anche nel nostro ordinamento un sistema organico di prevenzione della corruzione, il cui aspetto caratterizzante consiste nell'articolazione del processo di formulazione e attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione su due livelli.

Ad un primo livello, quello "nazionale", il Dipartimento della Funzione Pubblica predispose, sulla base di linee di indirizzo adottate da un Comitato interministeriale, il Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.). Il P.N.A. è poi approvato dalla C.I.V.I.T., individuata dalla legge quale Autorità nazionale anticorruzione (attualmente la C.I.V.I.T. ha modificato la propria denominazione in A.N.AC.: Autorità Nazionale Anti Corruzione e per la valutazione e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche).

Al secondo livello, quello "decentrato", ogni amministrazione pubblica e ogni società controllata da un'amministrazione pubblica definisce un Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.), che, sulla base delle indicazioni presenti nel P.N.A., effettua l'analisi e valutazione dei rischi specifici di corruzione e conseguentemente indica gli interventi organizzativi volti a prevenirli.

Nell'ambito della strategia di prevenzione della corruzione, il P.T.C.P. si pone la finalità di perseguire i tre seguenti obiettivi principali:

- ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione;
- aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

### **1.2. Normativa di riferimento**

Il presente Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione è predisposto alla luce delle seguenti disposizioni:

- legge 6 novembre 2012 n. 190 (Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità della pubblica amministrazione);
- circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica (D.F.P.) n. 1/2013 e linee di Indirizzo emanate dalla Commissione per la Valutazione, l'Integrità e la Trasparenza (C.I.V.I.T.);
- D.Lgs. 235/2012 Testo Unico sulle incompatibilità ed i divieti di ricoprire cariche elettive e di governo;
- D.Lgs. 14.03.2013 n. 33 (Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni);
- D.Lgs. 08.04.2013 n. 39 (Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190), dettante la modifica della disciplina vigente in materia di attribuzione di incarichi dirigenziali e di incarichi di responsabilità amministrativa di vertice presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico

- Delibera 11.09.2013 n. 72 CIVIT Approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione;
- Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.) e relativi allegati;
- Circolare n. 1/2014 del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione, c. d "Circolare D'Alia";
- Orientamento n. 39/2014 A.N.AC;
- Protocollo d'intesa ANAC – Ministero dell'Interno, con allegate "Linee Guida per l'avvio di un circuito stabile e collaborativo tra ANAC - Prefetture UTG ed Enti Locali per la prevenzione dei fenomeni di corruzione e l'attuazione della trasparenza amministrativa" del 15 luglio 2014;
- Indirizzi per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza nelle società controllate o partecipate dal Ministero dell'economia e delle finanze" pubblicati in data 25 marzo 2015 dal MEF per consultazione;
- "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" pubblicate in data 25 marzo 2015 da ANAC per consultazione
- Delibera n. 13/2015 "Valutazioni dell'Autorità sui provvedimenti in materia di rotazione del personale all'interno del Corpo di Polizia di Roma Capitale";
- "Documento condiviso dal Ministero dell'economia e delle finanze e dall'ANAC per il rafforzamento dei meccanismi di prevenzione della corruzione e di trasparenza nelle società partecipate e/o controllate dal Mef" di dicembre 2014;
- Determinazione ANAC del 28 ottobre 2015;
- T.U. società partecipate (d.lgs. 19 agosto 2016, n. 175);
- Piano Nazionale Anticorruzione 2016;
- Determinazione ANAC n. 833/2016 "Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi d parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'ANAC in caso di incarichi inconferibili e incompatibili.
- D.lgs. n. 97/2016 in materia di "revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche"
- Delibera n. 1309/2016 "Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5, comma 2 del d.lgs. n. 33/2013";
- Delibera n. 1310/2016 "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. n. 33/2013 come modificato dal d.lgs. n. 97/2016";
- Piano Nazionale Anticorruzione 2017;
- Delibera n. 1134/2017 "Nuove 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 dagli enti pubblici economici".

### **1.3. Le società partecipate pubbliche nel quadro normativo di riferimento**

La legge 190/2012, “norma quadro” in materia di anticorruzione e trasparenza, stabilisce (art.1, comma 34) che le disposizioni dei commi da 15 a 33 dell’art.1 della Legge “si applicano anche alle società partecipate dalle amministrazioni pubbliche e alle loro controllate limitatamente alle attività di pubblico interesse, indicate e disciplinate dal Diritto nazionale e Comunitario”. Tali disposizioni riguardano, sommariamente, obblighi di trasparenza nell’attività amministrativa e di accesso agli atti del cittadini, di monitoraggio periodico del rispetto dei tempi procedurali, di obblighi/limitazioni e esclusioni di ricorso agli arbitrati nei contenziosi riguardanti gli appalti pubblici e di stipula dei “patti di integrità” con gli appaltatori o ditte partecipanti a selezione per appalti pubblici con clausole espresse di risoluzione o esclusione.

Gli obblighi di trasparenza dettati per le società partecipate, sono stati, tuttavia, ampliati dal D.L.90/2014, come convertito in L.114/2014, che riformulando l’articolo 11, comma 2, lett. b), del D.Lgs. 33/2013, ha previsto che le società partecipate sono tenute all’applicazione degli obblighi di trasparenza e pubblicità previsti dal D.Lgs. 33/2013 (obblighi ulteriori rispetto a quelli previsti dai commi 15-33 dell’articolo 1 della L. 190/2012) limitatamente all’attività di pubblico interesse disciplinata dal diritto nazionale e dell’Unione Europea. Conseguentemente, la limitazione alle sole disposizioni dei commi da 15 a 33 dell’articolo 1 della L.190/2012, è da considerarsi superata.

Il PNA, inoltre, obbliga le società partecipate da Enti pubblici a introdurre e implementare adeguate misure organizzative e gestionali per dare attuazione alle norme contenute nella L.190/2012. Tuttavia, al fine di evitare inutili ridondanze, come precisato nella sezione 2 – Azioni e Misure Generali del PNA, è consentito agli enti che hanno già adottato un “Modello di organizzazione e di gestione ai sensi del D.Lgs. 231/2001 (“Modello 231”) far perno su di esso, ma estendendo l’ambito di applicazione a tutti i reati compresi nella Legge 190 lato attivo e passivo anche in relazione al tipo di attività (società strumentali/società di interesse generale) e di denominare tali parti “Piani di prevenzione della corruzione”.

L’obbligo per le società partecipate di introdurre e implementare adeguate misure organizzative e gestionali per dare attuazione alle norme anticorruzione nonché alle norme sulla trasparenza deriva, altresì, dal Protocollo d’intesa ANAC – Ministero dell’Interno e dalle allegate “Linee Guida per l’avvio di un circuito stabile e collaborativo tra ANAC – Prefetture UTG ed Enti Locali per la prevenzione dei fenomeni di corruzione e l’attuazione della trasparenza amministrativa” del 15 luglio 2014, in forza delle quali è stato ribadito che la predisposizione del Piano Anticorruzione e del Programma per la Trasparenza spetta anche alle società partecipate.

Infine, l’art. 41 del d.lgs. n. 97/2016 ha previsto che tanto le pubbliche amministrazioni quanto gli altri soggetti di cui all’art. 2 bis, comma 2, del d.lgs. n. 33 del 2013 siano destinatari delle indicazioni contenute nel PNA. In particolare, mentre le pubbliche amministrazioni sono tenute a adottare un vero e proprio PTCP, i secondi devono adottare misure integrative di quelle adottate ai sensi del d.lgs. n. 231/2001.

Pertanto, non pare esservi dubbio circa la applicabilità della normativa anticorruzione anche agli enti di diritto privato in controllo pubblico, così come chiarito anche dalla delibera ANAC n. 1134/2017.

Nozione, quella di controllo pubblico, ricavabile dal d.lgs. n. 175/2016 che definisce, per quel che qui importa, come “controllo” «la situazione descritta nell’art. 2359 c.c.».

Su questo sfondo, come previsto dalla delibera ANAC n. 1134/2017, le società in controllo pubblico integrano il modello 231 con misure idonee a prevenire anche i fenomeni di corruzione e di illegalità in coerenza con le finalità della legge n. 190/2012. Queste misure devono fare riferimento a tutte le attività svolte ed è necessario siano ricondotte in un documento unitario che tiene luogo del Piano di prevenzione della corruzione anche ai fini della

valutazione dell'aggiornamento annuale e della vigilanza dell'ANAC. 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. È opportuno che tali misure esse siano costantemente monitorate anche al fine di valutare, almeno annualmente, la necessità del loro aggiornamento.

#### **1.4. Definizione di corruzione**

Il concetto di corruzione che viene preso a riferimento nel P.N.A. ha un'accezione ampia. Esso è comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati (cd. "*maladministration*").

Le situazioni rilevanti sono più ampie della fattispecie penalistica, che è disciplinata negli artt. 318, 319 e 319 ter, c.p., e sono tali da comprendere non solo l'intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati nel Titolo II, Capo I, del codice penale, ma anche le situazioni in cui – a prescindere dalla rilevanza penale – venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite ovvero l'inquinamento dell'azione amministrativa *ab externo*, sia che tale azione abbia successo sia nel caso in cui rimanga a livello di tentativo.

## **2. I soggetti della prevenzione**

### **2.1. Il responsabile della prevenzione della corruzione**

L'art. 1, comma 7, della L. 190/2012 prevede la nomina del responsabile della prevenzione della corruzione ("R.P.C.") per tutte le Pubbliche amministrazioni. Tale previsione è stata estesa dal PNA agli enti pubblici economici e agli enti di diritto privato in controllo pubblico, indicando la possibilità che tale figura sia individuata anche nell'Organismo di vigilanza, previsto ex D.lgs. n. 231/2001.

Come ribadito anche dal Piano Nazionale Anticorruzione 2016, si pone l'esigenza che il RPCT abbia adeguata conoscenza dell'organizzazione e del funzionamento dell'amministrazione, sia dotato della necessaria autonomia valutativa, che non sia in una posizione che presenti profili di conflitto di interessi e che sia scelto, di norma, tra i soggetti non assegnati ad uffici che svolgano attività di gestione e di amministrazione attiva.

In conformità a quanto previsto dalla legge n. 190/2012, la scelta del responsabile anticorruzione deve ricadere, preferibilmente, su dirigenti appartenenti al ruolo, che siano titolari di ufficio di livello dirigenziale generale.

Nelle sole ipotesi in cui la società sia priva di dirigenti, o questi siano in numero così limitato da dover essere assegnati esclusivamente allo svolgimento di compiti gestionali nelle aree a rischio corruttivo, il RPC potrà essere individuato in un profilo non dirigenziale che garantisca comunque le idonee competenze.

In questo caso, il Consiglio di amministrazione è tenuto ad esercitare una funzione di vigilanza stringente e periodica sulle attività del soggetto incaricato.

Al fine di garantire che il RPCT possa svolgere il proprio ruolo con autonomia ed effettività, come previsto dall'art. 41 del d.lgs. 97/2016, l'organo di indirizzo dispone «le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei» al RPCT.

È, dunque, altamente auspicabile, da una parte, che il RPCT sia dotato di una struttura organizzativa di supporto adeguata, per qualità del personale e per mezzi tecnici, al compito da svolgere. Dall'altra, che vengano assicurati al RPCT poteri effettivi di interlocuzione nei confronti di tutta la struttura, sia nella fase della predisposizione del Piano e delle misure sia in quella del controllo sulle stesse.

Il Piano Nazionale Anticorruzione 2016 precisa che, per quanto riguarda gli aspetti organizzativi, ferma restando l'autonomia di ogni amministrazione o ente, appare necessaria la costituzione di un apposito ufficio dedicato allo svolgimento delle funzioni poste in capo al RPCT. Ove ciò non sia possibile, è opportuno rafforzare la struttura di supporto mediante appositi atti organizzativi che consentano al RPCT di avvalersi di personale di altri uffici.

Le competenze conoscitive principali del RPCT devono essere:

- conoscenza dell'organizzazione sanitaria (ospedaliera/territoriale) e dei diversi processi che costituiscono gli elementi fondamentali per la produzione di servizi sanitari;
- conoscenza dei processi amministrativi e gestionali;
- capacità di valutare il contesto in cui opera un'azienda sanitaria e gli snodi importanti di funzionamento della macchina assistenziale ed amministrativa sulla base anche della conoscenza intersettoriale dell'azienda sanitaria e della rete di relazioni interne ed esterne della stessa in ambito locale, regionale ed extra regionale;
- conoscenza degli strumenti di programmazione aziendale e del sistema di valutazione delle performance per le necessarie interconnessioni tra questi e il PTPC.

Nella scelta del soggetto a cui affidare l'incarico di RPCT si dovrà tenere conto dei seguenti elementi idonei a influenzare positivamente o negativamente l'azione del RPCT:

- il livello di integrità del soggetto cui affidare l'incarico di RPCT;
- il livello di legittimazione/autorevolezza del soggetto all'interno dell'organizzazione e nelle relazioni con gli altri livelli di responsabilità aziendali;
- il grado di "dipendenza" del soggetto e del suo percorso di carriera da persone che operano all'interno dell'azienda (o che ne possono influenzare gli orientamenti dall'esterno);
- l'appartenenza a specifiche "comunità" (ad es. associazioni o altro);
- la mancanza di prospettive di realizzazione di azioni che possono richiedere tempi operativi medio/lunghi (rotazioni troppo brevi possono disincentivare l'attività di un RPCT);
- la necessità di rientro nel precedente percorso di carriera e quindi la convivenza nell'ambiente con ruoli diversi, ecc.;
- ulteriori eventuali fattori di "rischio" soggettivi evincibili ad es. dalla dichiarazione pubblica di interessi di cui alla modulistica standard resa disponibile in applicazione della specifica previsione contenuta nella determinazione ANAC n. 12/2015 – sezione II - Sanità.

La durata dell'incarico del RPCT deve essere fissata tenendo conto della non esclusività della funzione.

Infine, come ha ricordato la delibera ANAC n. 1134/2017, appare opportuno unificare nella stessa figura i compiti di responsabile della prevenzione della corruzione e di responsabile della trasparenza.

Su questo sfondo, Ospedale di Sassuolo S.p.A., rilevata la carenza di figure dirigenziali non coinvolte in mansioni aree a rischio corruttivo, ha deciso di affidare l'incarico di RPCT a un soggetto, con mansioni di quadro, con idonee competenze in materia.

Valutata l'impossibilità, all'interno di Ospedale di Sassuolo S.p.A., di costituire apposito ufficio dedicato allo svolgimento delle funzioni poste in capo al RPCT, si è previsto che quest'ultimo si avvalga, per lo svolgimento

della propria funzione, del personale impiegato negli altri uffici.

Pertanto, il CdA nella seduta del 14 settembre 2017, ha nominato il Rag. Giovanni Corradini – Responsabile Amministrazione – “Responsabile per la Prevenzione della Corruzione” e di “Responsabile della Trasparenza”, ai fini del D.Lgs. 39/2013 e anche ai fini del D.Lgs. 33/2013. e ha incaricato lo stesso di predisporre, gli schemi del piano anticorruzione e del programma della trasparenza.

In questa sede vengono attribuiti allo stesso i seguenti compiti e responsabilità (in conformità a quanto previsto dalla legge n. 190/2012):

- procedere, anche sulla base delle proposte avanzate dai Dirigenti/Quadri/Responsabili, alla formulazione del Piano da sottoporre all’approvazione del Consiglio di Amministrazione;
- procedere alla formulazione delle eventuali modifiche da apportare al Piano entro il 30 dicembre di ogni anno, da sottoporre alla successiva approvazione del C.d.A. entro il 31 gennaio di ogni anno, procedendo alla verifica dell’efficacia del Piano sulla base dei risultati raggiunti e delle proposte avanzate dai Dirigenti/Quadri/Responsabili;
- verificare l’efficace attuazione del Piano e della sua idoneità e proporre la modifica ex art.1, comma 10, legge 190/12;
- approvare e pubblicare sul sito della società la relazione dei risultati raggiunti, i monitoraggi e le azioni correttive poste in essere in attuazione delle prescrizioni contenute nel Piano.

Il RPCT dovrà periodicamente – con cadenza almeno semestrale – relazionare al Consiglio di amministrazione in ordine alle attività di prevenzione e contrasto della corruzione messe in campo.

Inoltre, il Responsabile della Prevenzione della corruzione, svolge i compiti indicati nella circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1 del 2013 e i compiti di vigilanza sul rispetto delle norme in materia di inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi nonché delle norme in materia di trasparenza.

Il D.lgs. 97/2016 stabilisce, inoltre, che l’organo di indirizzo disponga eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare che al RPCT siano attribuiti funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell’incarico con piena autonomia ed effettività.

Nella seduta del 20 aprile 2017 il C.d.A. ha provveduto a deliberare l’approvazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (Anni 2016 – 2018) e il programma della trasparenza.

### **2.1.1. Revoca del RPCT**

Come previsto dal PNA 2017 e dalla delibera ANAC n. 1134/2017, gli atti di revoca dell’incarico del RPCT devono essere motivati e comunicati all’ANAC che, entro 30 giorni, può formulare una richiesta di riesame qualora rilevi che la revoca sia correlata alle attività svolte dal Responsabile in materia di prevenzione della corruzione ai sensi dell’art. 15 del d.lgs. n. 139/2013.

Analoghi poteri sono stati attribuiti all’Autorità nel caso di misure discriminatorie nei confronti del RPCT.

Su questo sfondo, nell’ambito di Ospedale di Sassuolo s.p.a. eventuali atti di revoca dovranno essere adottati dal Consiglio di Amministrazione e debitamente motivati circa le ragioni che hanno condotto alla assunzione del provvedimento.

Il provvedimento dovrà dare debitamente conto dell’assenza di ragioni discriminatorie nei confronti del RPCT

sottese all'adozione dello stesso.

## **2.2. Il Consiglio di Amministrazione**

Il C.d.A. di Ospedale di Sassuolo S.p.A. è l'organo di indirizzo che nomina il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e vigila sul suo operato e sull'efficacia dell'azione svolta.

Il C.d.A. approva il Piano della prevenzione della corruzione e ogni proposta di aggiornamento e modifica dello stesso.

Il C.d.A. è inoltre, è competente ad adottare tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione e a prendere atto dei contenuti della relazione annuale predisposta dal Responsabile, con il rendiconto dettagliato sull'efficacia delle misure di prevenzione definite nel piano.

In considerazione della nomina del RPC in capo a una figura non dirigenziale, il Consiglio di amministrazione è comunque tenuto a esercitare una vigilanza stringente e periodica sull'operato del RPC.

Al fine di ottemperare a siffatto obbligo di vigilanza, viene previsto che il RPC trasmetta con cadenza semestrale al Consiglio di Amministrazione una relazione sull'attività svolta in materia di prevenzione della corruzione.

## **2.3. I referenti della prevenzione**

Al fine di consentire l'effettiva attuazione del Piano, e data la complessa e articolata organizzazione in cui tale Piano va ad operare, il Responsabile è coadiuvato dai Referenti per la prevenzione della corruzione.

In particolare, i Referenti svolgono attività informativa e propositiva nei confronti del Responsabile, affinché possa operare un costante monitoraggio sull'attività svolta dai Dirigenti/Quadri competenti e sull'osservanza delle misure contenute nel P.T.P.C..

I Referenti svolgono, altresì, i seguenti compiti:

- verificano la corretta applicazione del Piano nella struttura societaria;
- propongono aggiornamenti del Piano al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione;
- provvedono ad aggiornarsi sulla novità normative concernenti la materia della trasparenza e dell'anticorruzione e diffondono tali aggiornamenti;

Ospedale di Sassuolo S.p.A. ha optato per l'individuazione di un unico Referente, ovvero Rag. Corradini Giovanni, nominato "Referente" dal C.d.A., con Delibera del 14 settembre 2017.

## **2.4. I Dirigenti, Quadri, Responsabili**

Dirigenti/Quadri/Responsabili, titolari dei Processi/Attività a rischio corruzione individuati nel presente Piano, svolgono i seguenti compiti:

- partecipano al processo di ricognizione, determinazione, valutazione e gestione del rischio;
- svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile e del Referente;

- propongono misure di prevenzione;
- svolgono attività divulgativa e informativa nei confronti del personale loro assegnato;
- adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, sospensione e rotazione del personale;
- osservano le misure contenute nel P.T.P.C.

## **2.5. I dipendenti**

Tutti i dipendenti di Ospedale di Sassuolo S.p.A. svolgono i seguenti compiti:

- osservano le misure contenute nel P.T.P.C.;
- segnalano le situazioni di illecito al proprio Dirigente/Quadro/Responsabile.

## **2.6. I collaboratori**

I collaboratori a qualsiasi titolo di Ospedale di Sassuolo S.p.A. svolgono i seguenti compiti:

- osservano le misure contenute nel P.T.P.C.;
- segnalano le situazioni di illecito.

## **2.7. L'Organismo di Vigilanza**

Considerata la stretta connessione tra le misure adottate ai sensi del d.lgs. n. 231/2001 e quelle previste dalla legge n. 190/2012, le funzioni del RPCT dovranno essere svolte in costante coordinamento con quelle dell'OdV nominato ai sensi del citato decreto.

L'Organismo di Vigilanza di Ospedale di Sassuolo S.p.A.:

- prende visione del Piano, prima dell'adozione dello stesso da parte del Consiglio di Amministrazione per formulare eventuali proposte di modifica e/o integrazioni;
- segnala al Responsabile per la prevenzione della corruzione – operando in sinergia con lo stesso – le eventuali situazioni di illecito rilevate o segnalate.

L'OdV qualora lo ritenga necessario potrà richiedere per iscritto al R.P.C. una relazione sullo stato di attuazione del piano all'esclusivo fine di promuovere e garantire il necessario coordinamento nell'ambito delle rispettive prerogative.

Il RPCT potrà servirsi delle verifiche esperite dall'OdV in materia di anticorruzione e viceversa, ai fini dei rispettivi adempimenti di verifica.

## **2.8. Le società controllate – Aesculapio S.r.L.**

Ospedale di Sassuolo controlla, ai sensi dell'art. 2359, comma 1 c.c. le seguenti società:

- Aesculapio s.r.l. con sede legale in San Felice sul Panaro (MO), alla Via Degli Scienziati, n. 30. svolge attività di poliambulatorio privato per le funzioni di ortopedia, dermatologia, geriatria, medicina generale, cardiologia, oculistica, odontoiatria, urologia, chirurgia generale, ostetricia e ginecologia, otorinolaringoiatria, neuropsichiatria, endocrinologia, fisiatria, fisiokinesiterapia e rieducazione funzionale, medicina del lavoro, diagnostica per immagini, medicina dello sport con inclusione del rilascio delle certificazioni di idoneità alla pratica sportiva agonistica.  
Sotto il profilo organizzativo Aesculapio s.r.l. risulta avere una struttura alquanto ridotta, impiegando alle proprie dipendenze all'incirca 10 lavoratori con qualifica impiegatizia. Tra i dipendenti di Aesculapio s.r.l. non figurano Dirigenti e/o quadri.

Come previsto dalla det. ANAC del 17 giugno 2015, in caso di società indirettamente controllate, la capogruppo assicura che le stesse adottino le misure di prevenzione della corruzione ex L. 190/2012 in coerenza con quelle della capogruppo.

In particolare, laddove nell'ambito del gruppo vi siano società di ridotte dimensioni, la società capogruppo con delibera motivata in base a ragioni oggettive può introdurre le misure di prevenzione della corruzione relative alle predette società nel proprio MOG 231.

In tal caso il RPC della capogruppo è responsabile della attuazione delle misure anche all'interno delle società di ridotte dimensioni.

Il Piano triennale di prevenzione della corruzione, adottato con delibera del C.d.A. di Ospedale di Sassuolo S.p.A. del 20 aprile 2017 è stato trasmesso alla sua controllata Aesculapio S.r.L., la quale dovrà adeguarsi alle misure di prevenzione della corruzione implementate da Ospedale di Sassuolo S.p.A.

Su questo sfondo, il c.d.a. di Ospedale di Sassuolo S.p.A. con delibera 14 settembre 2017 ha deciso di attuare una programmazione unica della misure ex L. 190/2012 con la controllata Aesculapio S.r.L., la quale, a sua volta, ha nominato quale RPC il RPC della capogruppo, il rag. Giovanni Corradini.

### **3. Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione in Ospedale di Sassuolo S.p.A.**

#### **3.1. Introduzione**

Il P.T.P.C. rappresenta quindi lo strumento attraverso il quale l'amministrazione sistematizza e descrive un "processo" – articolato in fasi tra loro collegate concettualmente e temporalmente – che è finalizzato a formulare una strategia di prevenzione del fenomeno. In esso si delinea un programma di attività derivante da una preliminare fase di analisi che, in sintesi, consiste nell'esaminare l'organizzazione, le sue regole e le sue prassi di funzionamento in termini di "possibile esposizione" al fenomeno corruttivo. Ciò deve avvenire ricostruendo il sistema dei processi organizzativi, con particolare attenzione alla struttura dei controlli ed alle aree sensibili nel cui ambito possono, anche solo in via teorica, verificarsi episodi di corruzione.

Attraverso la predisposizione del P.T.P.C., in sostanza, l'amministrazione è tenuta ad attivare azioni ponderate e coerenti tra loro capaci di ridurre significativamente il rischio di comportamenti corrotti. Ciò implica necessariamente una valutazione probabilistica di tale rischiosità e l'adozione di un sistema di gestione del rischio

medesimo.

Il P.T.P.C. quindi è 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 responsabili per l'applicazione di ciascuna misura e dei tempi. Il P.T.P.C. è quindi uno strumento per l'individuazione di misure concrete da realizzare con certezza e da vigilare quanto ad effettiva applicazione e quanto ad efficacia preventiva della corruzione.

Il Piano è un documento di natura programmatica che ingloba tutte le misure di prevenzione obbligatorie per legge e quelle ulteriori, coordinando gli interventi.

### **3.2. Rapporti tra Modello di Organizzazione, gestione e controllo e Piano di Prevenzione della Corruzione**

Per evitare inutili ridondanze, il PNA ha stabilito che, qualora in una società sia già stato adottato il Modello di organizzazione e gestione ex d.lgs. n. 231/01, nella propria azione di prevenzione della corruzione si possa fare perno su esso, estendendone l'ambito di applicazione non solo ai reati contro la Pubblica Amministrazione previsti dal d.lgs. 231/01, ma anche a tutti quelli considerati nella L. 190/12, dal lato attivo e passivo, anche in relazione al tipo di attività svolto dall'ente. Tali parti dei Modelli, denominate Piani di prevenzione della corruzione, una volta adottate dal Consiglio di Amministrazione, devono essere trasmessi alle Amministrazioni Pubbliche vigilanti (Mef) ed essere pubblicati sul sito istituzionale della Società.

Il PNA fornisce, dunque, alcune indicazioni sul contenuto minimo dei Piani:

- individuazione delle aree a maggior rischio di corruzione, incluse quelle previste nell'art. 1, comma 16, della L. 190/2012, valutate in relazione al contesto, all'attività e alle funzioni dell'ente;
- previsione della programmazione della formazione, con particolare attenzione alle aree a maggior rischio di corruzione;
- previsione di procedure per l'attuazione delle decisioni dell'ente 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 di comportamento 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.

Ospedale di Sassuolo S.p.A. ha puntualmente svolto le necessarie attività di adeguamento alla normativa di cui al d.lgs. n. 231/2001: la prima versione del Modello di Organizzazione, Gestione e Controllo prescritto dall'articolo

6, c. 1, lett. a) del citato decreto (nel seguito anche il “Modello ex d.lgs. 231/01”) è stata approvata con delibera del Consiglio di Amministrazione del 6 febbraio 2014.

Contestualmente l'organo amministrativo della Società ha istituito anche l'organismo preposto all'attività di vigilanza e controllo sul funzionamento e l'osservanza del Modello e sul suo aggiornamento ( “O.d.V.”).

Negli anni successivi Ospedale di Sassuolo S.p.A. ha costantemente provveduto ad effettuare le opportune integrazioni, volte ad aggiornare i contenuti del Modello in considerazione delle modifiche intervenute alla struttura interna e alla normativa di riferimento.

Quanto indicato nel presente P.T.P.C., con particolare riguardo alla formazione ed alle misure di monitoraggio e di vigilanza sull'attuazione degli obblighi previsti nel Piano stesso, ivi inclusi quelli in tema di trasparenza, è stato dunque elaborato in coordinamento con i contenuti del Modello ex d.lgs. 231/01, come meglio specificato nel proseguo all'interno delle singole sezioni.

Al fine di garantire un'azione sinergica fra il Modello e il P.T.P.C., le prescrizioni e i piani di azione identificati nel Piano saranno considerati, ove applicabili, come presidi di controllo relativi alla prevenzione delle fattispecie di reato ex d.lgs. n. 231/2001 e costituiranno nuovi protocolli di controllo. Nell'espletamento dei propri compiti l'O.d.V. e il R.P.C. garantiranno, pertanto, il necessario coordinamento.

### **3.3. Procedura di formazione del PTCP**

La stesura del presente Piano Triennale di prevenzione della corruzione è stata quindi realizzata mettendo a sistema tutte le azioni operative proposte dai Responsabili e dai Dirigenti/Quadri e le azioni di carattere generale che ottemperano alle prescrizioni della L. 190/2012.

Particolare attenzione è stata posta nel garantire la “fattibilità” delle azioni previste, sia in termini operativi che finanziari (evitando spese o investimenti non coerenti con le possibilità finanziarie della Società).

In ottemperanza a quanto previsto dal P.N.A., le procedure utilizzate per l'adozione del Piano sono state le seguenti:

- coinvolgimento dei Dirigenti/Quadri e dei Responsabili operanti nelle aree a più elevato rischio nell'attività di analisi e valutazione, di proposta e definizione delle misure e di monitoraggio per l'implementazione del Piano; tale attività è stata il punto di partenza per la definizione di azioni efficaci rispetto alle esigenze della Società;
- rilevazione delle misure di contrasto già adottate e delle misure che si prevede di adottare in futuro;
- sinergia con quanto già realizzato o in atto nell'ambito della trasparenza, ivi compresi: il rinvio ai contenuti del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità come articolazione del presente Piano triennale anticorruzione;
- previsione ed adozione di specifiche attività di formazione del personale, con attenzione prioritaria al responsabile anticorruzione dell'amministrazione e ai dirigenti competenti per le attività maggiormente esposte al rischio di corruzione;
- sensibilizzazione dei Dirigenti/Quadri/Responsabili circa il problema dell'integrità dei comportamenti.

Il processo d'integrazione del Modello 231 con l'adozione del Piano si è sviluppato lungo le seguenti fasi:

- identificazione delle aree a rischio ai sensi della legge n. 190/2012;
- analisi e valutazione dei presidi previsti dal Modello 231;
- individuazione delle ulteriori azioni e iniziative di coinvolgimento dell'Organismo di Vigilanza nei lavori di implementazione del Piano;
- presentazione del Piano all'Organismo di Vigilanza;
- adozione del Piano da parte del Consiglio di Amministrazione.

Tale approccio ha consentito a Ospedale di Sassuolo S.p.A. di adottare il Piano ponendo massima attenzione ai processi attraverso cui misurare o stimare i rischi che possono influenzare le attività e gli obiettivi dell'organizzazione aziendale e sviluppare strategie per prevenirli e governarli. Si è proceduto, in via preliminare, al miglioramento della mappatura dei rischi integrandola con l'individuazione delle aree, dei processi e dei singoli uffici maggiormente esposti a rischio corruttivo, nonché ad una ricognizione delle regole, degli strumenti e delle misure già presenti nel Modello.

Il Piano, avuto riguardo della mappatura dei rischi e in esito alla detta ricognizione, intende:

- individuare le ulteriori misure e iniziative, di carattere organizzativo e gestionale, da coordinare con quelle già presenti nel Modello, al fine di garantire il massimo livello di prevenzione e di contrasto alla corruzione, in conformità alle richiamate indicazioni contenute nell'Allegato 1 del P.N.A.;
- instaurare appositi sistemi di controllo, informativi, disciplinari e sanzionatori;
- individuare appositi programmi formativi per tutto il personale e per quello operante nelle singole aree e uffici maggiormente esposti al rischio corruttivo.

Il Piano sarà aggiornato in base ai seguenti fattori:

- normative sopravvenute che impongono ulteriori adempimenti;
- emersione di rischi non considerati in fase di prima predisposizione della mappatura;
- nuovi indirizzi o direttive contenuti nel P.N.A. riferibili alle Aziende partecipate e/o controllate dalla P.A.;
- accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione.

La procedura di aggiornamento sarà la medesima di quella seguita per l'adozione del presente Piano.

### **3.4. Pubblicità**

Una volta adottato il Piano, ad esso viene data adeguata pubblicità sia all'interno sia all'esterno della società.

All'interno, mediante comunicazioni effettuate nei confronti del personale dipendente, in comando, nonché dei liberi professionisti.

All'esterno, mediante pubblicazione del Piano sul sito internet.

## 3.5. Analisi di contesto

### 3.5.1. Contesto esterno

Per quanto riguarda l'analisi del contesto esterno si intende richiamato il "Rapporto su attività e risultati di venti anni di politiche per la sicurezza e la polizia locale" pubblicato dalla Regione Emilia-Romagna aggiornato con i dati al 31/07/2014: il Rapporto racconta la storia e le attività del Servizio regionale in tre sezioni: le politiche per la sicurezza urbana, il sistema regionale della polizia locale e la prevenzione della criminalità organizzata e mafiosa e la promozione della cultura della legalità. Il rapporto è scaricabile dal sito della Regione all'indirizzo [http://autonomie.regione.emilia-romagna.it/criminalita-organizzata/avvisi/copy\\_of\\_criteri-per-la-concessione-dei-contributi-regionali-connessi-all2019attuazione-della-l-r-3-2011](http://autonomie.regione.emilia-romagna.it/criminalita-organizzata/avvisi/copy_of_criteri-per-la-concessione-dei-contributi-regionali-connessi-all2019attuazione-della-l-r-3-2011).

Nell'approfondimento sul problema in regione (<http://autonomie.regione.emilia-romagna.it/criminalita-organizzata/approfondimenti/problema-in-regione>) si legge e riporta quanto segue.

*"[...] Tra i risultati principali della ricerca - che ci verranno illustrati nel dettaglio dal suo autore, Enzo Ciconte, e che gli ospiti di oggi ci aiuteranno a capire e interpretare meglio - ve ne sono alcuni su cui vorrei soffermarmi in apertura dei lavori. In primo luogo la storica diversità della nostra regione. [...] La ricerca dimostra che permangono quelle caratteristiche, già riscontrate in altre ricerche e più volte riconosciute anche dagli organi inquirenti e investigativi, di difficoltà di penetrazione e forte radicamento del fenomeno mafioso nella nostra regione. E' confermato, infatti, che in Emilia-Romagna, in alcuni particolari settori e aree, esiste una presenza significativa della 'ndrangheta e della camorra (mentre la presenza di cosa nostra è più irrilevante), ma non esistono attualmente forme di controllo capillare del territorio né condizionamenti della politica locale, se non con alcune eccezioni che nel rapporto di ricerca vengono descritte. E questo ci differenzia non solo dalle regioni a tradizionale insediamento mafioso, ma anche da altre aree del Nord. Ciò che ha protetto questa regione fino ad ora sono esattamente le caratteristiche del contesto ambientale, sociale, culturale e storico emiliano-romagnolo e si possono riassumere in questi elementi: - minore permeabilità della imprenditoria locale; strutture amministrative meno corrotte e corruttibili; ceto politico poco permeabile; resistenza culturale della società civile. Vediamo meglio questi fattori di diversità, partendo dalla scarsa permeabilità della imprenditoria locale. Il nostro tessuto economico è fondamentalmente sano - ci ricorda questa ricerca - e la convergenza di interessi tra imprenditori e mafiosi sulle attività criminali è ancora limitata. Ci sono eccezioni, alcune macroscopiche, come dimostra il caso Parmalat, altre minori. Capire meglio come e perché si creano sodalizi tra imprenditoria sana e criminalità ci aiuta a sottrarre alla criminalità organizzata stessa le opportunità di cui è alla ricerca per espandersi nel nostro territorio. Sottrarre opportunità, non lasciare che le organizzazioni criminali occupino spazi vuoti - cioè dove manca sostanzialmente l'intervento delle istituzioni -, impedire che l'imprenditoria sana trovi più vantaggioso fare affari con la mafia: questo deve guidare il nostro impegno negli anni futuri. Un altro elemento di diversità, collegato al precedente, è che la criminalità organizzata nei nostri territori non riesce ad estendere e condizionare in maniera massiccia il comportamento di imprenditori locali. Lo dimostra il fatto, documentato abbondantemente nella ricerca, che la maggior parte delle vittime di estorsioni e di altre forme di controllo mafioso sono coloro che provengono dalle stesse aree geografiche degli indagati. Un fatto questo che viene spiegato con la maggiore debolezza degli imprenditori conterranei (che conoscono la forza dell'intimidazione mafiosa) e che conferma ancora una volta la "ostilità" - in genere - del mondo imprenditoriale locale. La mafia, insomma, riproduce anche in Emilia-Romagna alcuni dei suoi comportamenti più tipici, ma tende a mantenerli limitati a gruppi che conoscono la cultura mafiosa e la subiscono. Sono confini che dobbiamo continuare a tenere ben saldi, lavorando al contempo affinché anche i cittadini provenienti dalle regioni con un forte radicamento delle mafie che vogliono lavorare e fare impresa onestamente nella nostra regione si sottraggano a questo rischio maggiore di coinvolgimento. Gli altri fattori "protettivi" sono rappresentati, come si diceva, da una pubblica amministrazione meno corrotta e corruttibile e dallo scarsa capacità di controllo dei politici. Quest'ultimo è un aspetto fondamentale. La mafia sfonda in un territorio quando riesce a controllare settori vasti della politica locale. In Emilia-Romagna, la ricerca lo*

evidenza, il contatto con la politica è più evanescente e appare sporadico, non strutturato. Anzi: gli atti intimidatori verso politici della nostra regione, dei sindaci in particolare, ma anche di esponenti di partito senza cariche amministrative, sono ormai numerosi. Questi fatti, anche recenti, indicano da un lato che l'aggressione mafiosa rischia di farsi più violenta anche in Emilia-Romagna, ma è anche la dimostrazione della capacità di resistenza della politica locale. Infine, la resistenza culturale della società civile. Secondo alcuni, questo aspetto ha anche rappresentato una debolezza, perché avrebbe consentito alla mafia di radicarsi proprio perché le nostre comunità non la riconoscono e quindi non ne colgono la presenza o addirittura la sottostimano, ritenendola impossibile in questa realtà. Se così è stato in passato, mi pare evidente che questo rischio non sia più presente e che le importanti sollecitazioni che vengono date alla società civile in questi ultimi anni rinforzeranno l'aspetto positivo – e non quello negativo, della sottovalutazione – della resistenza delle nostre comunità. In Emilia-Romagna le organizzazioni mafiose non hanno guadagnato legittimazione e consenso, non hanno costruito un proprio capitale sociale e se continuiamo la nostra azione con la stessa insistenza che ci ha caratterizzato fin d'ora credo che riusciremo a frenare i tentativi della mafia di costruire meccanismi di consenso sociale e di legittimazione. Ci sono però anche fattori importanti di vulnerabilità e qualche segnale di cambiamento. Questi "anticorpi" non hanno protetto completamente, come ben sappiamo, la nostra regione, ma hanno costretto le organizzazioni mafiose ad adottare meccanismi di infiltrazione diversi da quelli usuali, a rendersi assai più invisibili e quindi anche più difficilmente decifrabili. La loro azione si confonde spesso con quella di operatori che si muovono nella legalità. 'Nranghetisti e casalesi, le due organizzazioni più forti in Emilia-Romagna, puntano entrambe alla mimetizzazione sociale, a non richiamare l'attenzione e a passare inosservati, sapendo di muoversi in "terra nemica", come si dice nella ricerca. Inoltre, i clan hanno ancora bisogno dei cosiddetti "uomini-cerniera": esponenti del modo professionale locale che favoriscono le relazioni dei clan mafiosi con il contesto locale. Secondo la ricerca, siamo di fronte ad uno scambio secondo il quale l'organizzazione mafiosa mette a disposizione le risorse economiche e la reputazione mentre i soggetti criminali locali mettono a disposizione le conoscenze del territorio e le informazioni di cui dispongono. Anche questo è un settore di lavoro importante per la Regione, ed è qui che si deve costruire una grande alleanza tra le istituzioni e i mondi delle professioni. Le organizzazioni criminali si adattano ai contesti in cui si muovono, anche se permangono alcune caratteristiche strutturali rigide. Nella nostra regione un fattore attrattivo, lo sappiamo bene, è stata la ricchezza di questo territorio e la disponibilità di opportunità economiche. Ma anche la crisi economica in cui ci troviamo potrebbe rivelarsi un fattore di vulnerabilità perché le mafie non se ne vanno di fronte ad un contesto economico non più così fiorente come un tempo, ma cercano anzi di trarre vantaggio comunque dalla nuova situazione. Quanto viene descritto nella ricerca in relazione ai fenomeni dell'usura e del recupero crediti, oltre alle acquisizioni sospette di imprese in crisi, in parte ci conferma questa preoccupazione. Si usa appositamente il termine di "esproprio mafioso" per indicare che in alcune aree della regione i clan sono riusciti ad acquisire imprese e patrimoni sfruttando le difficoltà economiche di imprese prima non legate al mondo mafioso. La ragione di questo "esproprio mafioso", viene chiaramente indicata nella inadeguatezza del sistema bancario e nella scarsa protezione offerta dalle organizzazioni d'impresa. In altre parole, secondo l'autore della ricerca, il sistema economico e bancario locale non sempre ha saputo trovare risposte per gli imprenditori in difficoltà, che si sono così consegnati alla mafia senza che questa dovesse utilizzare la violenza. Anche qui la ricerca ci offre una pista importante da seguire per contrastare con più efficacia il radicamento dei clan in Emilia-Romagna. E' un tema aperto, ma è nostra convinzione che dove esistono forme ancora forti di regolazione efficace, anche e soprattutto territoriale, dell'economia e delle relazioni sociali la mafia faccia molta più fatica a radicarsi ed espandersi. Oggi l'Emilia-Romagna ha una occasione storica per confermare la sua diversità. Una occasione che nasce purtroppo da una tragedia come quella del terremoto. Leggendo le pagine di questa ricerca, i nomi dei paesi citati sono spesso gli stessi dei paesi oggi colpiti gravemente dal sisma dello scorso maggio. Il Presidente della Regione Emilia-Romagna Vasco Errani ha già annunciato, nei primi giorni dopo il terremoto, che in questo momento di particolare vulnerabilità di un'area importante anche sotto il profilo economico e che andrà incontro ad una

*fase lunga e complessa di ricostruzione, i rischi di una infiltrazione mafiosa sono forti più che mai. Siamo pronti a dare il nostro contributo, insieme alle altre istituzioni statali e ai comuni colpiti, affinché questo momento difficile della nostra comunità regionale non si riveli in futuro un'occasione per i clan mafiosi. E' il momento per dimostrare che i nostri "anticorpi" non sono solo uno slogan buono per un comunicato stampa, ma una realtà."*

Infine, sono già disponibili dati statistici su beni confiscati alla mafia e gli indicatori di criminalità organizzata in <http://autonomie.regione.emilia-romagna.it/criminalita-organizzata/approfondimenti/menu-laterale/statistiche> mentre nella sezione del sito regionale Statistica (<http://statistica.regione.emilia-romagna.it/giustizia>) si possono reperire dati ed analisi già realizzate su giustizia e sicurezza, ma con riferimento a reati non attinenti a quelli specifici di corruzione o comunque citati nella Determina ANAC 12/2015.

### **3.4.2 Contesto interno – Ospedale di Sassuolo e Aesculapio**

Il Nuovo Ospedale di Sassuolo è una delle strutture più moderne, attrezzate ed accoglienti dell'intera regione Emilia-Romagna; è composto da un edificio circolare su 3 livelli, da un edificio lineare di 5 piani adibito alla funzione ospedaliera vera e propria e da uno stabile destinato a Poliambulatorio. Nel corpo circolare, dove si trova l'ingresso, hanno sede i servizi di accoglienza ed informazione, la direzione sanitaria e amministrativa.

Si sviluppa su circa 40 mila metri quadrati di terreno nella prima cintura urbana a ridosso delle colline; dispone di oltre 250 posti letto, impiega circa 500 persone e serve prevalentemente gli oltre 110 mila residenti nei Comuni del distretto sanitario di Sassuolo e, per alcune discipline specifiche, anche quelli dei distretti di Pavullo e Vignola. L'integrazione con la rete ospedaliera provinciale permette di utilizzare la rete informatica per il rapido trasferimento di alcune importanti informazioni cliniche.

L'innovazione non coinvolge solamente le scelte costruttive, cliniche e tecnologiche: anche la gestione è infatti caratterizzata da un progetto completamente innovativo che – con l'intento di seguire un approccio capace di coniugare e sviluppare al meglio l'esperienza pubblica con quella privata – ha appunto visto la creazione di una società mista pubblico-privata della quale fanno parte l'Azienda USL di Modena, con il 51% delle azioni, ed una società privata, la Atrikè, con il 49%.

All'interno della società, l'Azienda Usl ha il ruolo di indirizzo e controllo sulla gestione, nomina il direttore sanitario, è proprietaria dell'immobile e determina il contratto di fornitura in coerenza con la programmazione sanitaria provinciale.

La sperimentazione gestionale ha quindi la finalità di applicare concretamente modalità di gestione innovativa ad un ospedale pubblico, data la connotazione e le finalità di servizio pubblico della struttura, la sua collocazione nell'ambito della rete ospedaliera provinciale, la necessità di garantire una stretta integrazione con il territorio di riferimento.

Fin dalla sua costituzione, la società di gestione ha effettuato importanti investimenti in tecnologie biomediche e realizzato importanti sinergie in ambito informatico con l'AUSL di riferimento come l'adozione di un innovativo Sistema Informativo Ospedaliero sulla frontiera clinico-sanitaria. Gli sforzi dell'Ospedale si stanno pertanto concentrando verso il raggiungimento di un'autonomia nella gestione amministrativa della struttura in modo digitale.

L'apertura e l'integrazione con la rete dei Servizi Sanitari distrettuali e provinciali caratterizza la nuova struttura ospedaliera con possibilità di scambio di competenze e di interrelazione con servizi territoriali, Medici di Medicina Generale ed altre realtà ospedaliere. I modelli organizzativi e gli assetti logistici portano ad un unico percorso clinico diagnostico, favorendo la presa in carico del paziente per gli accertamenti e le valutazioni polispecialistiche; in tale ottica è stata pensata la collocazione delle aree dedicate ad attività specialistica ambulatoriale in una sede

unica, la palazzina del poliambulatorio, e la concentrazione in aree omogenee per l'attività di day hospital polispecialistico e day service.

L'Ospedale di Sassuolo svolge quindi un servizio pubblico all'interno della rete dei servizi sanitari provinciali coerentemente con gli indirizzi di programmazione definiti e risponde alle esigenze di primo livello di attività ospedaliere (in regime ordinario e di ospedalizzazione diurna) ed ambulatoriali rappresentate dal Distretto di riferimento e, per alcune discipline specifiche, dall'intera area sud della provincia di Modena; per tali ambiti l'ospedale deve tendere ad assicurare il maggior livello di autosufficienza possibile, in una logica di integrazione all'interno della rete ospedaliera provinciale e con i servizi territoriali del Distretto. In alcune discipline (e/o nell'ambito di attività altamente specialistiche) l'ospedale di Sassuolo può rappresentare un punto di riferimento anche a valenza aziendale (Azienda USL). Eroga prestazioni sanitarie per i cittadini e l'utenza del territorio di riferimento in larga parte in convenzione ma anche, per alcuni ambiti specialistici, per pazienti di altre province e regioni e verso pazienti paganti in proprio o mediante assicurazioni, mutue integrative, ecc.

Con riguardo all'esistenza di cause penali eventualmente in corso e/o che hanno coinvolto direttamente l'Ospedale di Sassuolo e/o il suo personale, ad oggi pende una causa penale nei confronti di una dipendente Ausl in comando, denunciata dall'Ospedale di Sassuolo S.p.A. nel 2008 per aver alterato un referto medico allo scopo di favorire un conoscente ai fini assicurativi. Allo stato attuale pendono, altresì, alcune cause civili e penali per richieste di risarcimento danni avanzate da parte di utenti. Per tali cause, nello specifico, si faccia riferimento ad atti interni alla Società.

Per quanto concerne la società controllata Aesculapio S.r.L. con sede legale in San Felice sul Panaro (MO), alla Via Degli Scienziati, n. 30 si rileva che essa svolge attività di poliambulatorio privato per le funzioni di ortopedia, dermatologia, geriatria, medicina generale, cardiologia, oculistica, odontoiatria, urologia, chirurgia generale, ostetricia e ginecologia, otorinolaringoiatria, neuropsichiatria, endocrinologia, fisiatria, fisiokinesiterapia e rieducazione funzionale, medicina del lavoro, diagnostica per immagini, medicina dello sport con inclusione del rilascio delle certificazioni di idoneità alla pratica sportiva agonistica.

Con riguardo all'esistenza di cause penali eventualmente in corso e/o che hanno coinvolto direttamente Aesculapio S.r.L. e/o il suo personale, ad oggi non si registrano pendenze.

### **3.6. La struttura organizzativa di Ospedale di Sassuolo S.p.A.**

Per una dettagliata analisi della struttura organizzativa di Ospedale di Sassuolo si rinvia a quanto indicato nella parte speciale "B" del Modello 231 "Struttura organizzativa e sistema delle deleghe e dei poteri".

### **3.7. La struttura organizzativa di Aesculapio S.r.L.**

Sotto il profilo organizzativo Aesculapio s.r.l. risulta avere una struttura alquanto ridotta, impiegando alle proprie dipendenze all'incirca 10 lavoratori con qualifica impiegatizia. Tra i dipendenti di Aesculapio s.r.l. non figurano Dirigenti e/o quadri.

## **4. Risk Assessment**

### **4.1 Individuazione delle Aree a Rischio**

Pilastro fondamentale su cui si regge l'intera impalcatura del P.T.P.C. è l'individuazione dei possibili rischi corruttivi

che si annidano in alcune azioni, nonché nei procedimenti e nei processi nei quali si concretizza l'attività di Ospedale di Sassuolo S.p.A., in qualità di soggetto esercente "funzioni pubblicistiche" sul piano "oggettivo-contenutistico", ovvero come soggetto chiamato a svolgere attività aventi ad oggetto la cura di interessi pubblici in modo diretto ed immediato, in quanto gestore di servizio pubblico.

Concretamente l'analisi, presupposto indispensabile per una corretta gestione del rischio, passa attraverso più fasi che così si possono sintetizzare: a) Individuare il contesto nel quale è insito il rischio; b) Identificare i rischi; c) Analizzare i rischi, contestualizzandoli "nell'ambiente" nel quale essi si manifestano; d) Valutare i rischi ed individuare le strategie giuste per contrastarlo; e) Monitorare i rischi e le azioni di contrasto approntate; f) Aggiornare costantemente la mappatura dei rischi e delle azioni di contrasto.

Su questo sfondo, sono state individuate, sulla base delle informazioni fornite dai responsabili delle varie funzioni, nonché sulla base dell'attività di monitoraggio condotta all'OdV della società, le seguenti due categorie di aree oggetto di analisi:

- *AREE DI RISCHIO GENERALI*, ossia aree/settori di attività sensibili nell'ambito dei quali sussistono, in generale, pericoli attinenti al sistema complessivo della prevenzione della corruzione all'interno della realtà di Ospedale di Sassuolo S.p.A.
- *AREE DI RISCHIO SPECIFICHE*, ossia aree/settori specifici, relativi all'attività tipica svolta da Ospedale di Sassuolo S.p.A., rispetto ai quali sussiste il pericolo del verificarsi di condotte corruttive. Tali aree di rischio specifiche sono state individuate tenendo in considerazione, in particolare, la determinazione ANAC del 28 ottobre 2015.

#### **Aree di rischio generali per Ospedale di Sassuolo S.p.A.:**

- Contratti di appalto;
- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- Selezione e assunzione del personale;
- Incarichi e nomine.

#### **Aree di rischio specifiche per Ospedale di Sassuolo S.p.A.**

- Attività libero professionale e liste di attesa;
- Approvvigionamento di farmaci e dispositivi medici;
- Gestione delle sperimentazioni scientifiche;
- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero;
- Corretta gestione della cartella clinica;
- Corretta gestione e trasparenza delle liste di attesa;
- Marketing e libere professioni.

## **4.2. La valutazione del rischio**

L' Allegato 5 del P.N.A., prevede che un rischio sia analizzato secondo due dimensioni:

- la probabilità di accadimento, cioè la stima di quanto è probabile che il rischio si manifesti in quel processo, in relazione ad esempio alla presenza di discrezionalità, di fasi decisionali o di attività esterne a contatto con l'utente;
- l'impatto dell'accadimento, cioè la stima dell'entità del danno – materiale o di immagine – connesso

all'eventualità che il rischio si concretizzi.

L'indice di rischio si ottiene moltiplicando tra loro questa due variabili. Più è alto l'indice di rischio, pertanto, più è critico il processo dal punto di vista dell'accadimento di azioni o comportamenti non in linea con i principi di integrità e trasparenza.

Il *Risk Assessment* è un processo "on going" e richiede, pertanto, periodici adattamenti per riflettere i cambiamenti del business e dei rischi, dell'entità dei rischi e del loro impatto sul relativo sistema di controllo interno.

Il processo di valutazione del rischio è stato realizzato attraverso i seguenti tre step operativi:

### **Fase 1: Valutazione del Rischio Inerente**

La *Valutazione del Rischio Inerente* si ottiene dalla combinazione tra la *probabilità di manifestazione* e la *significatività dell'impatto*.

Il *Rischio Inerente* è definito come "il rischio connesso ad una attività e/o processo aziendale a prescindere dal livello di controllo presente nello stesso".

L'entità del *Rischio Inerente* (esprimibile in bassa/media/alta entità) è data dalla relazione tra la *frequenza di realizzazione* dell'attività/processo a rischio e l'*impatto negativo potenziale* generato dal verificarsi dell'evento.

La significatività dell'impatto viene valutata utilizzando criteri differenti, in funzione della tipologia dei rischi considerati.

### **Fase 2: Valutazione del Sistema di Controllo**

La *Valutazione del Sistema di Controllo* si ottiene attraverso la verifica della presenza di opportuni *presidi di controllo* (c.d. *protocolli preventivi*) adottati dall'Azienda.

Essa viene effettuata in base all'applicazione degli standard di controllo elencati – in relazione ad ogni "area a rischio generale" e ad ogni "area a rischio specifica" – e tenendo conto della complessità connessa alle eventuali azioni di miglioramento da implementare:

- Contesto interno ed esterno
- Congruità del Sistema delle deleghe, dei poteri e delle procure;
- Adeguata segregazione delle attività;
- Adeguatazza delle procedure;
- Tracciabilità delle attività/processi;
- Esistenza e adeguatezza di flussi informativi verso il management e verso l'Organismo di Vigilanza e il Responsabile della Prevenzione della Corruzione;
- Adeguatazza dei sistemi informativi aziendali a supporto dei processi.

Il sistema di Controllo Interno deve essere monitorato con un'attività che ne valuti nel tempo:

- l'effettività;
- l'adeguatezza (in termini di funzionalità ed efficienza);

- le eventuali necessità di aggiornamento.

### **Fase 3: Determinazione del Rischio Residuo**

La *Determinazione del Rischio Residuo* si ottiene dalla combinazione tra il *rischio inerente* e la *valutazione del sistema di controllo*.

Il *Rischio Residuo* si determina in base alla relazione tra l'*entità del rischio inerente* e la *valutazione dei controlli* che l'Azienda ha posto in essere per la mitigazione del rischio stesso.

Il processo di *Risk Assessment* – realizzato attraverso le tre fasi operative sopra descritte – ha condotto, pertanto, all'identificazione, alla valutazione e alla determinazione delle entità (esprimibile in **bassa/media/alta** entità) sia del ***rischio inerente***, sia del ***rischio residuo*** in relazione ad ogni "area a rischio" corruzione.

### **AREE DI RISCHIO GENERALI PER OSPEDALE DI SASSUOLO S.P.A.**

<b><u>AREE A RISCHIO GENERALI</u></b>	<b><u>RISCHIO INERENTE</u></b>	<b><u>RISCHIO RESIDUO</u></b>
CONTRATTI DI APPALTO	<b>ALTO</b>	<b>MEDIO</b>
GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO	<b>MEDIO</b>	<b>BASSO</b>
SELEZIONE E ASSUNZIONE DEL PERSONALE	<b>ALTO</b>	<b>MEDIO</b>
INCARICHI E NOMINE	<b>MEDIO</b>	<b>BASSO</b>

### **AREE DI RISCHIO SPECIFICHE PER OSPEDALE DI SASSUOLO S.P.A.**

<b><u>AREE A RISCHIO SPECIFICHE</u></b>	<b><u>RISCHIO INERENTE</u></b>	<b><u>RISCHIO RESIDUO</u></b>
ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE E LISTE DI ATTESA	<b>MEDIO</b>	<b>MEDIO</b>
APPROVVIGIONAMENTO DI FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI	<b>ALTO</b>	<b>MEDIO</b>
GESTIONE DELLE SPERIMENTAZIONI SCIENTIFICHE	<b>MEDIO</b>	<b>BASSO</b>

ATTIVITA' CONSEGUENTI AL DECESSO IN AMBITO INTRAOSPEDALIERO	<b>ALTO</b>	<b>MEDIO</b>
CORRETTA GESTIONE DELLA CARTELLA CLINICA	<b>ALTO</b>	<b>MEDIO</b>
CORRETTA GESTIONE E TRASPARENZA DELLE LISTE DI ATTESA	<b>ALTO</b>	<b>MEDIO</b>
MARKETING E LIBERE PROFESSIONI	<b>ALTO</b>	<b>MEDIO</b>

Come sopra specificato, Ospedale di Sassuolo S.p.A. in qualità di soggetto privato potenzialmente in grado di compiere reati contro la Pubblica Amministrazione, aveva già provveduto alla “mappatura del rischio” con il Modello di Organizzazione e Controllo ex d.lgs. n. 231/2001, adottato tenendo conto, oltre che delle fattispecie di reato sanzionate nel citato Decreto Legislativo (Cfr. “*risk assessment* Modello 231”) anche degli orientamenti della giurisprudenza e della dottrina prevalente, avvalendosi del supporto di professionisti esterni con comprovata esperienza nel settore.

## 5. Le misure per la gestione del rischio

Conformemente a quanto richiesto dalla legge n. 190 del 2012, Ospedale di Sassuolo S.p.A. adotta misure finalizzate alla prevenzione della corruzione con riferimento sia alla fase di formazione che di attuazione delle decisioni relative alle attività maggiormente esposte a rischio.

Le anzidette misure, come sottolinea l’Autorità Nazionale Anticorruzione, possono essere distinte in due differenti categorie: misure di prevenzione “generali” e misure di prevenzione “specifiche”. Le prime sono rivolte principalmente al sistema complessivo della prevenzione della corruzione e intervengono in maniera trasversale sull’intero sistema organizzativo dell’ente. Le seconde, invece, attengono a problemi specifici concernenti l’attività sanitaria, individuati nella fase di analisi dei rischi in Ospedale di Sassuolo S.p.A.

### 5.1 Misure di Prevenzione generali

#### 1) CONTRATTI DI APPALTO

##### ruoli aziendali coinvolti

Direzione Generale  
Direzione Amministrativa  
Ufficio acquisti  
Logistica  
Commissione di gara  
Responsabile unico del procedimento

Ufficio Provveditorato Ausl (Consulente esterno)

### **Attività sensibili**

- a) programmazione
- b) progettazione della gara
- c) selezione del contraente
- d) verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto
- e) esecuzione del contratto
- f) adesione agli strumenti delle centrali di committenza o dei soggetti aggregatori

### **protocolli preventivi**

1. gestione degli appalti di propria pertinenza e dei rapporti con le relative aziende da parte della Logistica, di concerto con la Direzione Amministrativa, sia per quanto concerne la fase di instaurazione di nuove gare, che per quanto riguarda la fase di controllo sul corretto svolgimento dei servizi;
2. Obbligo di adeguata motivazione in fase di programmazione in relazione a natura, quantità e tempistica della prestazione, sulla base di esigenze effettive e documentate emerse da apposita rilevazione nei confronti degli uffici richiedenti.
3. Audit interni su fabbisogno e adozione di procedure interne per rilevazione e comunicazione dei fabbisogni in vista della programmazione, accorpando quelli omogenei.
4. Programmazione annuale anche per acquisti di servizi e forniture.
5. Per servizi e forniture standardizzabili, nonché lavori di manutenzione ordinaria, adeguata valutazione della possibilità di ricorrere ad accordi quadro e verifica delle convenzioni/accordi quadro già in essere.
6. Controllo periodico e monitoraggio dei tempi programmati anche mediante sistemi di controllo interno di gestione in ordine alle future scadenze contrattuali (ad esempio, prevedendo obblighi specifici di informazione in relazione alle prossime scadenze contrattuali da parte del responsabile del procedimento ai soggetti deputati a programmare le procedure di gara).
7. Pubblicazione, sui siti istituzionali, di report periodici in cui siano rendicontati i contratti prorogati e i contratti affidati in via d'urgenza e relative motivazioni, nonché esplicitazione dei vari livelli di responsabilità e relativa asseverazione da parte dei vertici aziendali;
8. Per i beni e servizi che non rientrano per categoria e per importo nell'ambito di applicazione del d.p.c.m. 24 dicembre 2015 (in attuazione dell'art. 9, co. 3, del d.l. 66/2014), inserimento nel provvedimento autorizzativo della espressa indicazione che il bene o servizio acquistato della seguente specifica "non rientra tra le categorie merceologiche del settore sanitario come individuate dal d.p.c.m. di cui all'art. 9 co. 3 del d.l. 66/2014 e s.m.i. e relativi indirizzi applicativi";
9. Per rilevanti importi contrattuali previsione di obblighi di comunicazione/informazione puntuale nei confronti del RPC in caso di proroghe contrattuali o affidamenti d'urgenza da effettuarsi tempestivamente.
10. Utilizzo di avvisi di pre-informazione quando anche facoltativi.
11. Adozione di criteri trasparenti per documentare il dialogo con i soggetti privati e con le associazioni di categoria, prevedendo, tra l'altro, verbalizzazioni e incontri aperti al pubblico e il coinvolgimento del RPC.
12. Pubblicazione dell'elenco dei soggetti abilitati a svolgere la funzione di responsabili del procedimento di gara, con relativi curricula;
13. Formalizzazione dell'avvenuto coinvolgimento delle strutture richiedenti nella fase di programmazione, in modo da assicurare una maggiore trasparenza e tracciabilità dell'avvenuta condivisione delle scelte di approvvigionamento.
14. Obbligo di motivazione nella determina a contrarre in ordine sia alla scelta della procedura sia alla scelta del sistema di affidamento adottato ovvero della tipologia contrattuale (ad esempio appalto vs.

- concessione).
15. Obbligo di dettagliare nel bando di gara in modo trasparente e congruo i requisiti minimi di ammissibilità delle varianti progettuali in sede di offerta.
  16. Sottoscrizione da parte dei soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara di dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di interessi personali in relazione allo specifico oggetto della gara. Con cadenza periodica si procede a raccogliere ulteriore dichiarazione di assenza di interessi personali, al fine di verificare eventuali mutamenti intervenuti in corso di gara;
  17. Diffusione, tra gli operatori coinvolti, di documenti esplicativi delle possibili situazioni integranti conflitto di interessi, al fine di agevolare l'autovalutazione delle situazioni personali e relazionali con riferimento al contesto in cui ciascun soggetto si trova ad operare;
  18. Utilizzo di clausole standard conformi alle prescrizioni normative con riguardo a garanzie a corredo dell'offerta, tracciabilità dei pagamenti e termini di pagamento agli operatori economici.
  19. Previsione in tutti i bandi, gli avvisi, le lettere di invito o nei contratti adottati di una clausola risolutiva del contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità.
  20. Misure di trasparenza volte a garantire la nomina di RP a soggetti in possesso dei requisiti di professionalità necessari.
  21. Pubblicazione di un avviso in cui la stazione appaltante rende nota l'intenzione di procedere a consultazioni preliminari di mercato per la redazione delle specifiche tecniche.
  22. Con specifico riguardo alle procedure negoziate, affidamenti diretti, in economia o comunque sotto soglia comunitaria
  23. Predeterminazione nella determina a contrarre dei criteri che saranno utilizzati per l'individuazione delle imprese da invitare.
  24. Nella fase di pianificazione dell'acquisto, revisione delle caratteristiche tecniche qualora dall'analisi dei fornitori disponibili sul mercato non risultino garantite modalità di acquisto concorrenziali.
  25. Utilizzo di sistemi informatizzati per l'individuazione degli operatori da consultare.
  26. Direttive/linee guida interne, oggetto di pubblicazione, che disciplinino la procedura da seguire, improntata ai massimi livelli di trasparenza e pubblicità, anche con riguardo alla pubblicità delle sedute di gara e alla pubblicazione della determina a contrarre ai sensi dell'art. 37 del d.lgs. n. 33/2013.
  27. *Check list* di verifica degli adempimenti da porre in essere, anche in relazione alle direttive/linee guida interne adottate, da trasmettersi periodicamente al RPC.
  28. Previsione di procedure interne per la verifica del rispetto del principio di rotazione degli operatori economici presenti negli elenchi della stazione appaltante.
  29. Obbligo di comunicare al RPC la presenza di ripetuti affidamenti ai medesimi operatori economici in un dato arco temporale (definito in modo congruo dalla stazione appaltante).
  30. Verifica puntuale da parte dell'ufficio acquisti della possibilità di accorpate le procedure di acquisizione di forniture, di affidamento dei servizi o di esecuzione dei lavori omogenei.
  31. Direttive/linee guida interne che introducano come criterio tendenziale modalità di aggiudicazione competitive ad evidenza pubblica ovvero affidamenti mediante cottimo fiduciario, con consultazione di almeno 5 operatori economici, anche per procedure di importo inferiore a 40.000 euro.
  32. Utilizzo di elenchi aperti di operatori economici con applicazione del principio della rotazione, previa fissazione di criteri generali per l'iscrizione.
  33. individuazione chiara del soggetto aziendale responsabile, per i servizi di propria competenza, del controllo della completezza e correttezza dei documenti e nomina di un Responsabile Unico del procedimento. Evidenza del controllo della documentazione da inviare all'Ente appaltante per la partecipazione alla gara ed evidenza dell'approvazione (Direzione Amministrativa);
  34. accesso ristretto a determinati soggetti aziendali, chiaramente identificati, al sistema informatico utilizzato

- per la predisposizione dell'offerta di gara, al fine di impedire manipolazioni dei dati da trasmettere all'Ente appaltante;
35. controllo formale di conformità delle condizioni e dei termini della delibera di aggiudicazione a quanto previsto in fase di approvazione delle offerte;
  36. definizione delle responsabilità, per i servizi di propria competenza, dei soggetti coinvolti nel processo di partecipazione alle gare pubbliche (approvazione ed invio all'Ente della documentazione necessaria ai fini della definizione delle Offerte; definizione dei prezzi) (Responsabile Unico del procedimento);
  37. rappresentanza della società dei contatti diretti con l'Ente appaltante (es. apertura delle buste) nel rispetto del principio di segregazione delle funzioni;
  38. nomina di una Commissione di gara con funzione di redazione di capitolati, per la certificazione e il controllo periodico delle fatture relative ai servizi di appalto e la corrispondenza con i servizi effettivamente svolti dalle aziende che si sono aggiudicate i bandi (validazione delle fatture);
  39. per le gare fino a 500.000,00 euro, firma del Direttore Generale; per le gare superiori a 500.000,00 euro sottoposizione e approvazione da parte del C.d.A.;
  40. per le gare cui l'Ospedale di Sassuolo partecipa senza Ausl, le consulenze in materia vengono fornite dall'Ufficio Provveditorato dell'Ausl; in caso di partecipazione insieme all'Ausl (gara unica), si procede su due lotti;
  41. negli atti relativi agli appalti vengono indicati, almeno, i seguenti dati:
    - a. presenza o meno dell'oggetto dell'appalto negli atti di programmazione, con indicazione dell'identificativo dell'atto di programmazione;
    - b. oggetto e natura dell'appalto (lavori/servizi/forniture/misto con esplicitazione della prevalenza; in caso di contratto di *global service* comprensivo di diversi servizi, indicazione analitica dei diversi servizi, evidenziando eventuali beni e/o servizi ad esclusivo utilizzo della Direzione generale aziendale);
    - c. procedura di scelta del contraente e relativi riferimenti normativi (aperta/ristretta/competitiva con negoziazione/negoziata senza previa pubblicazione del bando/procedura sotto soglia);
    - d. importo dell'appalto, con specificazione anche dei costi derivanti dal ciclo di vita dell'appalto (ad es. per materiali connessi all'utilizzo e/o per manutenzioni);
    - e. termini temporali dell'appalto: durata dell'esigenza da soddisfare con l'appalto (permanente/*una tantum*), durata prevista dell'appalto, se disponibili, decorrenza e termine dell'appalto;
    - f. RUP e, quando nominati, direttore dei lavori, direttore dell'esecuzione e commissione di collaudo;
    - g. CIG e (se presente) CUP;
  42. Accessibilità online della documentazione di gara e/o delle informazioni complementari rese; in caso di documentazione non accessibile online, predefinita e pubblicazione delle modalità per acquisire la documentazione e/o le informazioni complementari.
  43. Sono sempre oggetto di pubblicazione i seguenti dati:
    - a. presenza o meno dell'oggetto dell'appalto negli atti di programmazione, con indicazione dell'identificativo dell'atto di programmazione;
    - b. fase della procedura di aggiudicazione o di esecuzione del contratto (indizione/aggiudicazione/affidamento/proroga del contratto/rinnovo del contratto ecc./risoluzione) nonché motivazioni di eventuali proroghe, rinnovi, affidamenti in via diretta o in via d'urgenza;
    - c. indicazione dell'operatore economico affidatario del medesimo appalto immediatamente precedente a quello oggetto della procedura di selezione;
    - d. RUP e, quando nominati, direttore dei lavori, direttore dell'esecuzione e commissione di collaudo;
    - e. CIG e (se presente) CUP;

- f. resoconto economico e gestionale dell'appalto, incluso l'ammontare delle fatture liquidate all'appaltatore.
44. Pubblicazione del nominativo dei soggetti cui ricorrere in caso di ingiustificato ritardo o diniego dell'accesso ai documenti di gara.
  45. Direttive/linee guida interne che individuino in linea generale i termini (non minimi) da rispettare per la presentazione delle offerte e le formalità di motivazione e rendicontazione qualora si rendano necessari termini inferiori.
  46. Predisposizione di idonei ed inalterabili sistemi di protocollazione delle offerte (ad esempio prevedendo che, in caso di consegna a mano, l'attestazione di data e ora di arrivo avvenga in presenza di più funzionari riceventi; ovvero prevedendo piattaforme informatiche di gestione della gara).
  47. Obblighi di trasparenza/pubblicità delle nomine e dei relativi curricula dei componenti delle commissioni e eventuali consulenti.
  48. Tenuta di albi ed elenchi di possibili componenti delle commissioni di gara suddivisi per professionalità.
  49. Scelta dei componenti delle commissioni, tra i soggetti in possesso dei necessari requisiti, mediante estrazione a sorte in un'ampia rosa di candidati.
  50. Definizione e pubblicazione delle modalità con cui procedere al sorteggio in caso di nomina di componenti esterni ai sensi dell'art. 77 del d.lgs. 50/2016;
  51. Rilascio da parte dei commissari di dichiarazioni attestanti: a) l'esatta tipologia di impiego/lavoro, sia pubblico che privato, svolto negli ultimi 5 anni; b) di non svolgere o aver svolto «alcun'altra funzione o incarico tecnico o amministrativo relativamente al contratto del cui affidamento si tratta» (art. 84, co. 4, del Codice); c) se professionisti, di essere iscritti in albi professionali da almeno 10 anni (art. 84, co. 8, lett. a), del Codice); d) di non aver concorso, «in qualità di membri delle commissioni giudicatrici, con dolo o colpa grave accertati in sede giurisdizionale con sentenza non sospesa, all'approvazione di atti dichiarati illegittimi» (art. 84, co. 6, del Codice); e) di non trovarsi in conflitto di interesse con riguardo ai dipendenti della stazione appaltante per rapporti di coniugio, parentela o affinità o pregressi rapporti professionali; f) assenza di cause di incompatibilità con riferimento ai concorrenti alla gara, tenuto anche conto delle cause di astensione di cui all'articolo 51 c.p.c., richiamato dall'art. 84 del Codice.
  52. Introduzione di misure atte a documentare il procedimento di valutazione delle offerte anormalmente basse e di verifica della congruità dell'anomalia, specificando espressamente le motivazioni nel caso in cui, all'esito del procedimento di verifica, la stazione appaltante non abbia proceduto all'esclusione.
  53. Nel caso in cui si riscontri un numero significativo di offerte simili o uguali o altri elementi, adeguata formalizzazione delle verifiche espletate in ordine a controllo/collegamento/accordo tra i partecipanti alla gara, tali da poter determinare offerte "concordate".
  54. *Check list* di controllo sul rispetto, per ciascuna gara, degli obblighi di tempestiva segnalazione all'ANAC in caso di accertata insussistenza dei requisiti di ordine generale e speciale in capo all'operatore economico.
  55. Direttive interne che prevedano l'attivazione di verifiche di secondo livello in caso di paventato annullamento e/o revoca della gara.
  56. Obbligo di segnalazione agli organi di controllo interno di gare in cui sia presentata un'unica offerta valida/credibile.
  57. Audit interno sulla correttezza dei criteri di iscrizione degli operatori economici negli elenchi e negli albi al fine di accertare che consentano la massima apertura al mercato (ad esempio, verifica dell'insussistenza di limitazioni temporali per l'iscrizione) e sulla correttezza dei criteri di selezione dagli elenchi/albi al fine di garantirne l'oggettività.
  58. Monitoraggio circa il tempo intercorrente tra la data di aggiudicazione della gara e la data di stipula del contratto;
  59. Rafforzamento dei meccanismi di monitoraggio dei rapporti con enti/soggetti, con i quali sono stati stipulati

- contratti, interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici, ai fini della verifica di eventuali relazioni di parentela o affinità con i dipendenti dell'area.
60. Per le gare di importo più rilevante, acquisizione da parte del RP di una specifica dichiarazione, sottoscritta da ciascun componente della commissione giudicatrice, attestante l'insussistenza di cause di incompatibilità con l'impresa aggiudicataria della gara e con l'impresa seconda classificata, avendo riguardo anche a possibili collegamenti soggettivi e/o di parentela con i componenti dei relativi organi amministrativi e societari, con riferimento agli ultimi 5 anni.
  61. Obbligo di menzione nei verbali di gara delle specifiche cautele adottate a tutela dell'integrità e della conservazione delle buste contenenti l'offerta.
  62. Individuazione di appositi archivi (fisici e/o informatici) per la custodia della documentazione.
  63. Pubblicazione delle modalità di scelta, dei nominativi e della qualifica professionale dei componenti delle commissioni di gara.
  64. Pubblicazione sul sito internet della amministrazione, per estratto, dei punteggi attribuiti agli offerenti all'esito dell'aggiudicazione definitiva.
  65. Obbligo di preventiva pubblicazione online del calendario delle sedute di gara.
  66. Check list relativa alla verifica dei tempi di esecuzione, da effettuarsi con cadenza prestabilita e trasmettersi al RPC e agli uffici di controllo interno al fine di attivare specifiche misure di intervento in caso di eccessivo allungamento dei tempi rispetto al cronoprogramma.
  67. Controllo sull'applicazione di eventuali penali per il ritardo.
  68. Fermi restando gli adempimenti formali previsti dalla normativa, previsione di una certificazione con valore interno, da inviarsi al RPC da parte del RP, che espliciti l'istruttoria interna condotta sulla legittimità della variante e sugli impatti economici e contrattuali della stessa (in particolare con riguardo alla congruità dei costi e tempi di esecuzione aggiuntivi, delle modifiche delle condizioni contrattuali, tempestività del processo di redazione ed approvazione della variante).
  69. Definizione di un adeguato flusso di comunicazioni al fine di consentire al RP ed al RPC di avere tempestiva conoscenza dell'osservanza degli adempimenti in materia di subappalto.
  70. In caso di subappalto, ove si tratti di società schermate da persone giuridiche estere o fiduciarie, obbligo di effettuare adeguate verifiche per identificare il titolare effettivo dell'impresa subappaltatrice in sede di autorizzazione del subappalto.
  71. Per opere di importo rilevante, pubblicazione online di rapporti periodici che sintetizzino, in modo chiaro ed intellegibile, l'andamento del contratto rispetto a tempi, costi e modalità preventivate in modo da favorire la più ampia informazione possibile.
  72. Pubblicazione, contestualmente alla loro adozione e almeno per tutta la durata del contratto, dei provvedimenti di adozione delle varianti.
  73. sistema di monitoraggio ed effettuazione di controlli periodici e/o a campione volti a verificare la congruità delle fatture ricevute dall'Ospedale, la qualità dei servizi offerti e la loro conformità; a fronte di gravi inadempimenti da parte dell'Azienda che si è aggiudicata l'appalto di servizio, contrattualmente si prevede la possibilità di applicare penali alla stessa (Logistica);
  74. in relazione all'approvvigionamento di materiali tramite processo di adesione agli strumenti delle centrali di committenza o dei soggetti aggregatori, rispetto delle seguenti misure:
    - a. in fase di programmazione:
      - I. obbligo di evidenziare, nella programmazione annuale, il ricorso agli strumenti delle centrali di committenza nonché di prevedere una sezione separata per le categorie riservate ai soggetti aggregatori;
      - II. adozione e pubblicazione di procedure interne di segregazione di responsabilità e compiti per le fasi di manifestazione, elaborazione, analisi e validazione del fabbisogno ed identificazione dei soggetti titolati a trasmettere i fabbisogni alle centrali;

- III. previsione di una fase di aggiornamento della programmazione in corso di anno;
- IV. previsioni di audit interni circa il rispetto dei tempi e delle codifiche di prodotti e servizi rilevati dalle centrali di committenza;
- V. obbligo di motivare sul piano tecnico e gestionale, anche mediante valutazioni di appropriatezza d'uso, la formulazione di bisogni che fuoriescano dagli standard comunicati alla centrale di committenza in corso di programmazione;
- b. In fase di adesione:
  - I. previsione di istanze di controllo interno (o di validazione tecnica) in caso di acquisizione di beni e servizi in quantità diverse da quelle programmate e comunicate;
  - II. adozione di modelli di contratto di adesione ad accordi quadro, convenzioni che standardizzino i processi di adesione anche mediante l'utilizzo di *check list* dei contenuti e dei passaggi obbligatori;
  - III. previsione generalizzata di documentare l'esame degli strumenti delle centrali;
  - IV. comunicazioni alle centrali di acquisto delle adesioni parziali o in quantità diverse da quelle programmate, accompagnate da eventuali relazioni circa la non compatibilità/sovrapponibilità con i fabbisogni espressi o emersi in seguito alla relativa comunicazione, nonché con le esigenze di appropriatezza d'uso sopravvenute;
  - V. attivazione di audit interni in caso di segnalazioni, osservazioni o richiami da parte delle centrali di committenza a causa di mancate o parziali adesioni che richiedano necessarie acquisizioni complementari, nonché in caso di mancato rispetto dei limiti temporali e quantitativi di adesione o di attivazione degli strumenti (mancato rispetto dei limiti minimi di ordinazione; dichiarazione di inadeguatezza dei tempi di consegna o realizzazione della prestazione, ecc.);
- c. In fase di esecuzione e rendicontazione dei singoli contratti:
  - I. pubblicazione delle acquisizioni realizzate in autonomia, a prescindere dagli importi;
  - II. necessità di motivazione in ordine alle esigenze sia tecniche che cliniche qualora l'acquisizione autonoma si fondi su ragioni di infungibilità;
  - III. pubblicazione delle acquisizioni in adesione che contengano delle variazioni rispetto ai profili qualitativi e quantitativi di beni e servizi oggetto delle convenzioni (oltre i limiti opzionali già previsti nei medesimi strumenti);
  - IV. previsione di una valutazione di *outcome* (oltre che di conformità, sui maggiori vantaggi ottenuti) in caso di acquisizioni autonome o in variazione rispetto agli standard previsti negli strumenti delle centrali;
  - V. pubblicazione dei certificati di conformità/parziale, conformità/mancata, conformità che tengano conto anche delle penali, delle sospensioni, delle verifiche e delle risoluzioni parziali, ecc.;
  - VI. trasmissione di report periodici alle centrali contenente le citate informazioni.

75. obbligo di tracciabilità dei flussi finanziari nei confronti della P.A. ai sensi della legge 13 agosto 2010 n. 136.

<i>Esistenza di procedure definite che regolano il processo</i>	Si (MOG 231 – parte speciale E)
<i>Esistenza di regole specifiche generali</i>	no
<i>I dati sono oggetto di pubblicazione in sezione società trasparente?</i>	si
<i>Eventi di rischio – indicatori</i>	Già definito nel MOG – parte speciale E

<i>Misure per eliminare o ridurre il rischio</i>	Misure già implementate: protocolli generali e specifici MOG 231.
<i>Misure per eliminare ridurre il rischio in Aesculapio</i>	Estensione dei protocolli generali e specifici MOG 231.
<i>Tempistica dell'implementazione delle misure</i>	--
<i>Sistema di monitoraggio delle misure</i>	Controlli OdV - RPC

## 2) GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

### attività sensibili

#### ruoli aziendali coinvolti

Direzione Sanitaria  
Direzione Amministrativa  
Responsabile Amministrazione e Finanza  
CIP (Centro Interno Prenotazioni)  
Soggetti abilitati ad emettere fattura  
Addetti al pagamento  
Responsabile Risorse Umane  
Ufficio Risorse Umane  
Società di Revisione

### attività sensibili

- a) Emissione, contabilizzazione e archiviazione delle fatture attive e delle note di credito
- b) Controlli sulla regolarità delle fatture attive
- c) Liquidazione delle prestazioni e incassi
- d) Gestione dei pagamenti (compresi i pagamenti correlati al personale e dei fornitori)
- e) Verifica della regolarità dei pagamenti (coincidenza tra destinatari e ordinanti dei pagamenti e controparti effettivamente coinvolte nelle transazioni)
- f) Liquidazione delle fatture
- g) Monitoraggio delle fatture da ricevere e in scadenza

### protocolli preventivi

1. fatturazione attiva e incassi per le prestazioni: emissione della fattura in doppia copia per la singola prestazione a pagamento e contestuale pagamento da parte dell'utente presso il CIP (Centro Interno Prenotazioni); una copia viene consegnata al Medico ed è condizione necessaria per l'esecuzione della prestazione; i pagamenti avvengono anche tramite contanti, ad esclusione delle prestazioni superiori ai 999,00 euro (CIP);
2. pagamento per attività intramoenia dei Medici: i Medici autorizzati a svolgere attività intramoenia esterna ritirano un ricettario con i dati dell'Ospedale presso l'Amministrazione, che viene compilato manualmente dagli addetti del centro o dal Medico stesso se svolge attività presso studi privati (Medici; CIP); l'originale della ricetta viene consegnato all'utente. A fine mese, il centro e/o il Medico effettua il bonifico di quanto introitato all'Ospedale; le copie delle ricevute emesse, con la fotocopia del Registro personale dei corrispettivi compilato, vengono fatti pervenire all'Ospedale (Ufficio Amministrazione e Finanza); i centri emettono fattura per le spese di messa a disposizione di spazi e attrezzature all'Ospedale; verifiche

mensili della corrispondenza fra visite refertate e fatture emesse: in assenza di fattura e in presenza di referto, emissione di un report da inviare alla Direzione Sanitaria, al fine di effettuare appositi controlli e verifiche sui Medici (Ufficio Amministrazione e Finanza; Direzione Sanitaria);

3. pagamenti per le visite presso la Società (medicina del lavoro; medicina sportiva): per la medicina sportiva le prestazioni vengono effettuate in base ad un contratto stipulato dalla Società con l'Ospedale, il quale prevede una serie di prestazioni e i pagamenti vengono erogati con scadenze prestabilite annualmente; per la medicina del lavoro, il contratto prevede determinate prestazioni e i singoli compensi;
4. pagamenti per l'attività del SSN in convenzione: stipula del contratto di committenza tra Ausl e Ospedale di Sassuolo, in cui viene definito il valore economico dell'attività che l'Ospedale effettua nei confronti dei cittadini modenesi, suddiviso per prestazioni erogate in regime di degenza e in specialistica ambulatoriale (importi soggetti a produzione, verificati dalla Regione ER) e comprensivo dei c.d. rimborsi a funzione, previsti da normative regionali e determinati dall'Ausl (intergrano la mancata copertura dei costi delle tariffe riconosciute). Il contratto viene stipulato dal Presidente e sottoposto al C.d.A. per approvazione; nella delegazione trattata sono presenti anche il Direttore Generale, il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo; evidenza dei passaggi e delle modifiche al contratto frutto della negoziazione tra le parti. All'interno del contratto vengono stabilite le attività e le modalità di tariffazione e pagamento.

Emissione mensile di due fatture: una, avente ad oggetto tutta l'attività ambulatoriale effettuata in regime di convenzione, viene – di norma – compensata con l'attività che l'Ausl svolge nei confronti dell'Ospedale di Sassuolo; per l'altra fattura, avente ad oggetto l'attività di degenza/ricovero, l'Ausl effettua il pagamento del saldo, tramite un bonifico standard al mese, previo controllo delle attività effettivamente svolte (Ufficio Amministrazione e Finanza).

Le prestazioni effettuate, prima del pagamento, vengono validate dalla Regione; al fine dell'accertamento della reale esistenza delle singole prestazioni specialistiche, a sistema informatico sono previsti il referto del Medico specialista, la presentazione della visita e il conseguente pagamento del ticket sanitario; per l'area degenze, a riprova dell'avvenuta prestazione, la cartella clinica viene compilata e codificata dal Medico, valorizzata sulla base della pre-codifica e controllata dall'Ufficio DRG;

5. pagamenti per attività svolte verso l'Inail: per le attività specialistiche effettuate nei confronti di associati Inail, emissione di fattura nei confronti dell'Inail di Modena, che procede al pagamento (Ufficio Amministrazione e Finanza); per l'attività di emissione di certificati di infortunio da parte del Pronto Soccorso, il Medico del PS effettua prestazione di infortunio e l'Inail di competenza emette un ordinativo di pagamento, facendo pervenire (entro 30 giorni) bonifico bancario all'Ospedale di Sassuolo; emissione di fattura solo ad avvenuto bonifico (Ufficio Amministrazione e Finanza);
6. pagamenti per attività svolte dal personale interno presso altre strutture ospedaliere o enti pubblici esterni: esistenza di accordi tra strutture ospedaliere o enti pubblici, a fronte dei quali viene emessa fattura, cui segue il relativo pagamento della prestazione (Ufficio Amministrazione e Finanza);
7. la Società potrà adottare il mezzo della compensazione finanziaria – nel rispetto della normativa vigente – solo ed esclusivamente nei confronti del proprio diretto creditore o debitore e, quindi, senza l'intermediazione di soggetti terzi, avendo cura di documentare debitamente l'operazione, a mezzo di scambio di lettere;
8. effettuazione di controlli formali e sostanziali dei flussi finanziari aziendali in entrata, che tengono conto della sede legale della Società controparte (es. paradisi fiscali, paesi a rischio terrorismo, etc.), degli istituti di credito utilizzati (sede delle banche coinvolte nelle operazioni) e di eventuali schermi societari e strutture fiduciarie utilizzate per eventuali operazioni straordinarie;
9. abbinamento in contabilità degli incassi delle fatture alle relative fatture, previa verifica del numero, dell'ammontare della fattura e dell'intestatario; indagine e ricalcolo delle partite non abbinate (Ufficio Amministrazione e Finanza);

10. si accettano assegni non trasferibili per qualsiasi importo; i pagamenti devono avvenire unicamente tramite i conti correnti della Società;
11. emissione di note di accredito a rettifica della fatturazione attiva (Ufficio Amministrazione e Finanza; CIP; Uffici abilitati ad emettere fattura); controllo sulla nota di accredito che fattura e nota siano abbinati e siano intestate allo stesso nominativo; registrazione e controllo dei documenti emessi (Responsabili degli Uffici che emettono le note di accredito);
12. segregazione di funzione fra chi effettua l'erogazione dei pagamenti (fatturazione passiva) e chi cura la contabilità dei fornitori; registrazione della fattura, una volta ricevuta; pagamento della fattura, previo visto ed avvallo del servizio competente; un volta registrata e vistata, la fattura viene caricata a sistema (Dock Finance), pronta per essere saldata alla scadenza; se non vi è il visto, la fattura rimane in sospeso;
13. pagamento dei fornitori – di norma – a 90 giorni; a scadenza fissa (15 del mese) vi sono i pagamenti dei professionisti, dei dipendenti e dei contributi; tutti gli altri pagamenti vengono effettuato a fine mese;
14. predisposizione delle distinte di pagamento, in base alla lista dei pagamenti in scadenza (Addetto ai pagamenti); per le Ri.Ba. viene fatta distinta sulla Banca in cui sono appoggiate quelle in scadenza; per i bonifici si procede secondo disponibilità dei conti bancari, vantaggi in termini di valuta, sui singoli istituti di credito;
15. inoltro delle distinte di pagamento alla banca, previa apposizione di firma digitale; il soggetto abilitato ad accedere al sistema tramite UserId e Password personali, crea la distinta e la firma in elettronico e predispone il pagamento; per importi elevati, è richiesta la doppia firma digitale;
16. pagamento stipendi: invio dell'elenco dei pagamenti per i dipendenti e dell'elenco dei pagamenti per i collaboratori a progetto all'Amministrazione da parte dell'Ufficio Risorse Umane (Ufficio Amministrazione e Finanza; Ufficio Risorse Umane); importazione dei file a sistema (applicativo Dock Finance) per la creazione delle distinte di pagamento; consegna al Direttore Amministrativo e al Responsabile Amministrazione e Finanza di un foglio firmato dal Responsabile Risorse Umane con gli stipendi da corrispondere ai dipendenti (Responsabile Risorse Umane); controllo della corrispondenza tra il contenuto delle distinte e il contenuto del prospetto firmato dal Responsabile Risorse Umane (Direttore Amministrativo; Responsabile Amministrazione e Finanza);
17. controllo di corrispondenza, effettuato a campione, dei cedolini da parte della Società di Revisione;
18. pagamento dei fornitori: per quanto riguarda gli aspetti economici attualmente la Direzione Amministrativa ha concordato un sistema di pagamento forfettario, che comunque prevede ogni trimestre un riepilogo e a fine anno viene fatta la chiusura della reale situazione (Direzione Amministrativa);
19. verifica mensile dei pagamenti (Direttore Amministrativo; Responsabile Amministrazione e Finanza);
20. esistenza di specifici controllo nel sistema informatico al fine di impedire la duplice registrazione di una stessa fattura;
21. obbligo di tracciabilità dei flussi finanziari nei confronti della P.A., ai sensi della l. 13 agosto 2010, n. 136.

<i>Esistenza di procedure definite che regolano il processo</i>	Si (MOG 231 – parte speciale E)
<i>Esistenza di regole specifiche generali</i>	no
<i>I dati sono oggetto di pubblicazione in sezione società trasparente?</i>	si
<i>Eventi di rischio – indicatori</i>	Già definito nel MOG – parte speciale E
<i>Misure per eliminare o ridurre il rischio</i>	Misure già implementate: protocolli generali e specifici MOG 231;
<i>Misure per eliminare ridurre il rischio in Aesculapio</i>	Estensione dei protocolli generali e specifici MOG 231.

<i>Tempistica dell'implementazione delle misure</i>	--
<i>Sistema di monitoraggio delle misure</i>	Controlli OdV - RPC

### 3) SELEZIONE E ASSUNZIONE DEL PERSONALE

#### ruoli aziendali coinvolti

Direttore Amministrativo  
Responsabile Servizi Amministrativi  
Direttore Sanitario  
Direttori Unità Operativa  
Responsabile Servizio Infermieristico e Tecnico  
Commissione di selezione  
Responsabile Risorse Umane  
Servizio Risorse Umane

#### attività sensibili

- a) Valutazione del fabbisogno di personale
- b) Individuazione delle posizioni da ricoprire mediante nuove assunzioni
- c) Gestione selezione del personale: definizione formale dei profili di potenziali candidati per le diverse posizioni da ricoprire
- d) Raccolta ed archiviazione della documentazione relativa alle candidature pervenute
- e) Analisi delle candidature e verifica della loro "idoneità" rispetto ai profili definiti
- f) Selezione del personale e formalizzazione dell'esito del processo
- g) Formulazione dell'offerta retributiva
- h) Redazione del contratto di lavoro e gestione della documentazione per l'avvio del rapporto di lavoro

#### protocolli preventivi

1. Formalizzazione dei requisiti richiesti per la posizione da ricoprire e delle valutazioni dei diversi candidati nelle diverse fasi del processo di selezione (Responsabili UO, Direzione Aziendale, Responsabile Gestione Risorse Umane, Servizio Risorse Umane):
  - in particolare, nelle fasi del percorso di Pianificazione annuale, i Responsabili dell'Unità Operativa, nel rispetto dei budget assegnati, formalizzano la richiesta di personale attraverso l'apposita "scheda di richiesta personale";
  - la Direzione Aziendale valuta le necessità di reclutamento di personale e fornisce indicazioni ed indirizzi in relazione alle richieste pervenute, sulla base delle quali il Servizio Risorse Umane attiva il reclutamento di personale; i Responsabili/Referenti possono formalizzare la richiesta di personale anche in corso d'anno attraverso richiesta/incontro con il Responsabile Gestione Risorse Umane, in cui vengono definiti gli aspetti peculiari della selezione (es. requisiti specifici o particolari);
  - i Responsabili della selezione, di concerto con il Servizio Risorse Umane, definiscono i profili e requisiti minimi per ruoli e figure professionali da reclutare e partecipano attivamente alla pianificazione e realizzazione del percorso di selezione;
2. sulla base dei fabbisogni di personale individuati viene attivato, a cura del Servizio Risorse Umane, il reclutamento del personale, secondo principi di trasparenza e di massima visibilità, definendo di volta in

volta, a seconda delle specifiche esigenze, gli strumenti operativi che permettono la massima accessibilità dei candidati ai percorsi di selezione;

3. individuazione dei canali e degli strumenti più opportuni (organi di stampa, modalità di effettuazione annunci, ecc.) che consentano una adeguata partecipazione dei candidati in coerenza con gli obiettivi di reclutamento di personale definiti; il Servizio Risorse Umane può raccogliere le candidature anche attraverso: elenchi delle domande di partecipazione a concorsi pervenute alle Azienda USL regionali; Banca Dati Interna dei curricula pervenuti in occasione di altre selezioni e/o spontaneamente inviati da persone con le specifiche competenze richieste; valutazione del personale interno attraverso l'esame delle professionalità già in forza alla struttura per verificare se vi sono operatori con le caratteristiche richieste; solo nel caso in cui questi canali di reclutamento non portino a candidature idonee, si avvia il percorso di selezione tramite agenzie specializzate nella ricerca di personale o tramite agenzie di somministrazione di lavoro temporaneo;
4. istituzione di una "Commissione di selezione" – con il compito di seguire tutte le fasi del processo di selezione – costituita da un componente del Servizio Risorse Umane, un Responsabile di selezione (in coerenza con la tipologia di operatori da selezionare) e un suo collaboratore per assicurare la attuazione delle fasi più operative del percorso di selezione; possono far parte della Commissione anche componenti del C.d.A.
5. definizione di modalità operative specifiche per l'attività di selezione: la Commissione, sulla base delle indicazioni fornite dalla Direzione Aziendale, definisce le modalità operative specifiche per effettuare le attività di selezione (es. eventuale stesura di una graduatoria, criteri modalità e tempi di validità delle domande e delle graduatorie stesse, ecc.);
6. la Commissione analizza tutte le domande ed i curriculum pervenuti per valutare i candidati che meglio rispondono ai requisiti di selezione definiti; in caso di un numero elevato di candidature, la Commissione può decidere di iniziare la selezione con una prova scritta o con altri strumenti al fine di effettuare una pre-selezione che consenta di snellire il percorso di individuazione dei candidati; la Commissione può utilizzare anche altri strumenti di valutazione per i casi in cui sia necessario restringere la rosa dei candidati, di norma effettuando colloqui di approfondimento finalizzati a valutare ulteriori aspetti, coerentemente con i requisiti richiesti per la copertura del ruolo;
7. registrazione – da parte della Commissione – di tutte le attività e gli esiti delle valutazioni, sulla scheda "Valutazione del Candidato"; una volta individuati i candidati che meglio rispondono ai criteri di selezione definiti, la Commissione effettua tutte le comunicazioni necessarie per informare i soggetti interessati dell'esito del percorso di selezione; tutti i candidati devono essere informati circa l'esito delle valutazioni effettuate;
8. il Servizio Risorse Umane avvia le pratiche per la definizione del rapporto di lavoro e sono attivate le azioni per consentire un adeguato inserimento dei nuovi operatori, secondo quanto stabilito all'interno di apposita procedura (Procedura di Gestione delle attività di inserimento del personale – PG04-B).
9. archiviazione della documentazione relativa al processo di selezione, al fine di garantire la tracciabilità dello stesso;
10. il Responsabile Gestione Risorse Umane (o in sua vece il Referente della selezione) contatta i candidati individuati durante le fasi di selezione per formulare la proposta di assunzione, in specifico per fornire informazioni sulla: descrizione dettagliata dei compiti e del ruolo da ricoprire; esplicitazione degli aspetti contrattuali ed economici; indicazione circa i tempi di inizio del rapporto di lavoro;
11. formulazione dell'offerta economica in base alle Linee Guida aziendali relative alla retribuzione e necessaria autorizzazione per offerte economiche superiore al limite definito per la posizione; definizione dei termini contrattuali ed economici e della data di inizio del nuovo rapporto di lavoro; redazione del contratto individuale di lavoro nel rispetto della normativa vigente; rilascio di dichiarazione di pre-assunzione al candidato che accetta l'incarico, su richiesta dello stesso;

12. il Servizio Risorse Umane raccoglie tutta la documentazione necessaria all'assunzione e predispone la documentazione amministrativa per l'avvio del rapporto di lavoro; il neo-assunto (circa 10 giorni prima dell'inizio del rapporto di lavoro) si presenta presso l'Ospedale per consegnare al Servizio Risorse Umane i documenti necessari all'assunzione;
13. contestualmente alla sottoscrizione del contratto di lavoro si provvede all'espletamento degli adempimenti di legge, ovvero: comunicazione contestuale dell'assunzione all'INAIL; (entro 5 giorni) comunicazione all'Ufficio di Collocamento; registrazione sul libro matricola; in caso di assunzione di dipendente extra-CEE, comunicazione entro 48 ore a Questura di Sassuolo; per personale part-time, entro 30 giorni, comunicazione alla DPL dell'orario effettuato da dipendente;
14. richiesta al candidato di una dichiarazione relativa a eventuali rapporti di parentela in grado di generare conflitti di interesse con esponenti della PA;
15. nel caso in cui occorra assumere un cittadino extracomunitario, la Società è tenuta a verificare: a) la regolarità dell'ingresso tramite i flussi di immigrazione con controllo dell'attribuzione di codice fiscale, mediante lo sportello unico di immigrazione (S.U.I.); b) la residenza anagrafica effettiva dichiarata e l'agibilità della stessa; c) l'apertura di un conto corrente bancario regolare sul quale effettuare obbligatoriamente il pagamento del salario;
16. il Servizio Risorse Umane fornisce al nuovo operatore tutte le informazioni necessarie per iniziare ad operare presso l'Ospedale (tipologia e durata del contratto, informazioni sul CCNL, sulla modalità/tempi della retribuzione, su gestione malattia/infortunio, su altre regole di gestione del rapporto di lavoro) e deve, inoltre, assicurare che l'operatore prenda contatto con gli uffici competenti per la prosecuzione del percorso di inserimento; l'operatore del Servizio Risorse Umane trasmette le informazioni inerenti l'assunzione ai Servizi che devono fornire tutte le informazioni e il supporto necessario a consentire un adeguato accoglimento ed inserimento del nuovo operatore, in specifico: Servizio Sistemi Informativi e Formazione, per le abilitazioni all'utilizzo dei programmi informatici e la formazione sul funzionamento dei software aziendali; Prevenzione e Protezione, per le informazioni relative alla sicurezza sul lavoro; Medicina del Lavoro, per la pianificazione della sorveglianza sanitaria; Direzione Sanitaria e Infermieristica, per le informazioni su ambito di lavoro e procedure operative; Ufficio Privacy;
17. il Responsabile Inserimento fornisce al neo-assunto le seguenti informazioni: obiettivi che il nuovo assunto deve raggiungere nel periodo di prova; personale/servizi con cui dovrà collaborare; organizzazione del reparto/servizio e i piani di attività dello stesso; procedure ed protocolli aziendali e loro collocazione; tutor e operatori del reparto/servizio; divisa/guardaroba e altri aspetti operativi; informazioni di carattere generale, su organigramma e funzionigramma dell'Ospedale e sull'Unità operativa di assegnazione; il Responsabile dell'Inserimento deve, inoltre, impostare il progetto di inserimento, definire le procedure operative, predisporre gli strumenti necessari, e coordinare l'attuazione dell'intero programma, vigilando che le varie fasi siano correttamente seguite; in particolare, il Responsabile dell'Inserimento ha la responsabilità di:
  - effettuare una valutazione dei nuovi operatori, in funzione di quanto previsto dalle "Schede Inserimento" predisposte, al fine di identificare le competenze-abilità già acquisite dal soggetto e quelle ancora da maturare, registrando le sue valutazioni nella Scheda stessa;
  - predisporre il piano personalizzato di inserimento dello specifico soggetto;
  - rendere disponibile la Scheda Inserimento predisposta ai soggetti incaricati del tutoraggio;
18. sulla base di quanto pianificato, il Tutor ha la responsabilità di curare l'addestramento della persona in prova, attraverso affiancamenti a personale già esperto; durante il periodo di inserimento gli operatori coinvolti (Responsabile dell'Inserimento, Tutor, neo assunto) dovranno fare periodicamente un excursus sulle nozioni/informazioni ricevute/fornite riprendendo i punti poco chiari; entro le scadenze indicate sulla Scheda, il Tutor deve esprimere una valutazione in merito alla acquisizione della metodologia di lavoro

- da parte della persona interessata, registrare tale giudizio sulla Scheda Inserimento e sottoporla sia alla valutazione del Responsabile Inserimento che al neo-assunto;
19. un mese prima (15 gg prima per Ausiliari/OSS) dello scadere del periodo di prova e sulla base del giudizio espresso dal Tutor relativamente agli aspetti tecnici, il Responsabile Inserimento è chiamato ad esprimere una valutazione globale di idoneità al ruolo del soggetto in prova (che preveda un esame anche degli aspetti relazionali ed organizzativi osservati durante il periodo di inserimento), che viene riportata nella Scheda Inserimento e può prevedere un ulteriore periodo di addestramento da pianificare su aspetti specifici sui quali si siano evidenziate delle carenze nelle metodologie acquisite; la Scheda compilata deve venire trasmessa in copia al Responsabile Risorse Umane;
  20. il Responsabile Risorse Umane ha la responsabilità di valutare i giudizi espressi dal Responsabile Inserimento e di proporre la conferma in servizio del candidato oppure la rescissione del contratto, annotando la proposta in calce alla stessa Scheda Inserimento; in caso di conferma in servizio, i dati relativi al neoassunto e Scheda Inserimento vengono inseriti nella “Cartella Matricolare” a cura del Servizio Gestione Risorse Umane;
  21. divieto di impiegare dipendenti che abbiano riportato condanne per taluno dei reati di cui agli artt. 600 *bis*, 600 *ter*, 600 *quater*, 600 *quinqies* e 609 *undecies* c.p., in attività professionali o attività volontarie organizzate che comportino contatti diretti e regolari con minori.

<i>Esistenza di procedure definite che regolano il processo</i>	Si (MOG 231 – parte speciale E)
<i>Esistenza di regole specifiche generali</i>	no
<i>I dati sono oggetto di pubblicazione in sezione società trasparente?</i>	si
<i>Eventi di rischio – indicatori</i>	Già definito nel MOG – parte speciale E
<i>Misure per eliminare o ridurre il rischio</i>	Misure già implementate: protocolli generali e specifici MOG 231;
<i>Misure per eliminare ridurre il rischio in Aesculapio</i>	Estensione dei protocolli generali e specifici MOG 231.
<i>Tempistica dell'implementazione delle misure</i>	--
<i>Sistema di monitoraggio delle misure</i>	Controlli OdV - RPC

#### 4) INCARICHI E NOMINE

##### ruoli aziendali coinvolti

Direttore Amministrativo  
 Responsabile Servizi Amministrativi  
 Direttore Sanitario  
 Direttori Unità Operativa  
 Responsabile Servizio Infermieristico e Tecnico  
 Commissione giudicatrice  
 Responsabile Risorse Umane  
 Servizio Risorse Umane

### **attività sensibili**

- a) Gestione affidamento incarichi: definizione formale dei profili di potenziali candidati per le diverse posizioni da ricoprire
- b) Affidamento incarichi e formalizzazione dell'esito del processo

### **protocolli preventivi**

1. periodiche verifiche, tramite l'acquisizione dell'idonea documentazione, sulla coerenza tra la richiesta di avvio di una procedura concorsuale e l'atto aziendale, la dotazione organica, le previsioni normative e i regolamentari del settore, le necessità assistenziali della popolazione afferente al bacino di utenza di riferimento, la sostenibilità economico finanziaria nel medio-lungo periodo;
2. previsione di limiti temporali massimi per l'assegnazione di incarichi temporanei;
3. costante monitoraggio delle tempistiche di avvio delle procedure concorsuali;
4. individuazione del profilo professionale adeguato rispetto alla struttura a cui l'incarico afferisce e connotato da elementi di specificità e concretezza;
5. in particolare, per la nomina del direttore sanitario si procede a:
  - a. avvio di procedura selettiva attraverso avviso/bando pubblico in cui siano esplicitati i requisiti previsti dalla normativa vigente nazionale ed eventualmente regionale;
  - b. costituzione della commissione selezionatrice;
  - c. predeterminazione dei criteri di selezione;
  - d. esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti di partecipazione e ai criteri di selezione di cui ai rispettivi punti a) e c);
  - e. pubblicazione degli atti del procedimento
6. per la procedura di sostituzione della dirigenza medica e sanitaria si procede a:
  - a. pubblicazione, aggiornamento e monitoraggio periodico del numero dei posti oggetto di sostituzione/sostituibili per anno;
  - b. esplicitazione in dettaglio e relativa pubblicizzazione della motivazione del ricorso alla sostituzione.
7. Per il conferimento di incarichi ai sensi dell'art. 15 *septies* d.lgs. 502/1992 si procede a:
  - a. pubblicazione, aggiornamento e monitoraggio periodici delle posizioni/funzioni non ricoperte;
  - b. esplicitazione in dettaglio e relativa pubblicizzazione della motivazione del ricorso alla suddetta procedura derogatoria, compresa la motivazione del mancato espletamento dei concorsi per il reclutamento ordinario e la motivazione alla base della durata dell'incarico;
  - c. esplicitazione, negli atti relativi al procedimento di nomina, della motivazione sottesa alla scelta in relazione ai requisiti professionali e ai criteri di selezione;
  - d. attribuzione al soggetto incaricato esclusivamente dell'unica funzione per la quale è stata attivata la specifica procedura, in relazione ai requisiti e alle caratteristiche per i quali la professionalità è stata scelta;
  - e. la durata dell'incarico deve cessare in ogni caso al completamento delle procedure concorsuali per la copertura in via ordinaria della posizione dirigenziale di cui trattasi;
8. monitoraggio dei sistemi di selezione dei membri della commissione giudicatrice e pubblicazione dei criteri di selezione degli stessi;
9. previsione di meccanismi di rotazione dei membri della commissione giudicatrice;
10. definizione di un periodo di tempo minimo che deve intercorrere tra la partecipazione ad una commissione giudicatrice e quella ad una nuova commissione;
11. verifica preliminare di eventuali profili di incompatibilità/ conflitto di interessi dei membri della commissione giudicatrice;
12. preventiva e specifica definizione dei criteri utilizzati per la valutazione dei candidati;

13. pubblicazione degli anzidetti criteri e degli altri atti ostensibili della procedura di selezione/ valutazione sul sito istituzionale;
14. pubblicazione di tutte le informazioni e i dati concernenti le procedure di conferimento degli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo, nonché degli incarichi di responsabile di dipartimento e di strutture semplici e complesse, ivi compresi i bandi e gli avvisi di selezione, lo svolgimento delle relative procedure, gli atti di conferimento;
15. tempestiva comunicazione e pubblicazione dei risultati della procedura concorsuale.

<i>Esistenza di procedure definite che regolano il processo</i>	Si (MOG 231 – parte speciale E)
<i>Esistenza di regole specifiche generali</i>	no
<i>I dati sono oggetto di pubblicazione in sezione società trasparente?</i>	no
<i>Eventi di rischio – indicatori</i>	Già definito nel MOG – parte speciale E
<i>Misure per eliminare o ridurre il rischio</i>	1. Misura da implementare: formalizzazione del prospetto attraverso l'utilizzo di form excel a contenuto predefinito entro cui i responsabili di unità possono effettuare le indicazioni ma senza incappare in errori di scelta
<i>Misure per eliminare ridurre il rischio in Aesculapio</i>	Estensione dei protocolli generali e specifici MOG 231.
<i>Tempistica dell'implementazione delle misure</i>	In via sperimentale per il 2016; a regime per il 2017
<i>Sistema di monitoraggio delle misure</i>	Verifica e controllo dell'uso della form. Controlli OdV - RPC

## 5.2. Misure di prevenzione specifiche

### 1) ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE E LISTE DI ATTESA

#### ruoli aziendali coinvolti

Ufficio Marketing e Libera Professione

Responsabile Marketing e Libera Professione

Dirigenti Medici, altre professionalità del ruolo sanitario (farmacisti, biologi, chimici, fisici e psicologi), dipendenti AUSL in stato di comando, dipendenti dell'Ospedale di Sassuolo S.p.A. e liberi professionisti a contratto con l'Ospedale di Sassuolo S.p.A. a cui si applica il "Regolamento Libera Professione Ospedale di Sassuolo"

#### attività sensibili

- a) Gestione delle visite gratuite/a pagamento
- b) Effettuazione in regime di libera professione di prestazioni erogabili
- c) Autorizzazioni all'effettuazione in regime libero-professionale di prestazioni non erogabili
- d) Esecuzione di prestazioni in libera professione/in orario di lavoro "marcato"
- e) Incasso e liquidazione dei proventi
- f) Verifiche e controllo sullo svolgimento delle attività istituzionali

#### protocolli preventivi

1. per attività Libero Professionale Intramuraria (intramoenia) s'intende l'attività che i dirigenti medici, veterinari e sanitari svolgono, previa autorizzazione, al di fuori dell'orario di lavoro e delle attività previste dall'impegno di servizio. L'attività di Libera Professione Intramuraria, che si aggiunge all'offerta istituzionale, è disciplinata dalla normativa nazionale, regionale ed aziendale. Scegliendo l'attività in libera professione il cittadino può chiedere l'esecuzione delle prestazioni ambulatoriali e/o di ricovero ad un professionista o ad una équipe di sua fiducia; le prestazioni sono soggette al pagamento di una tariffa, definita dal professionista d'intesa con l'Ospedale di Sassuolo ed una percentuale della tariffa viene trattenuta dall'Ospedale di Sassuolo a copertura dei costi;
2. le disposizioni del Regolamento Libera Professione Ospedale di Sassuolo, in fase di aggiornamento, si applicano ai Dirigenti Medici ed alle altre professionalità del ruolo sanitario (farmacisti, biologi, chimici, fisici e psicologi), ai dipendenti AUSL in stato di comando, ai dipendenti dell'Ospedale di Sassuolo S.p.A. e, con le opportune specificità, ai liberi professionisti a contratto con la Ospedale di Sassuolo S.p.A.;
3. l'attività libero-professionale intramuraria è esercitata nelle forme previste dal Regolamento Libera Professione Ospedale di Sassuolo e, possono essere erogate in regime libero-professionale le prestazioni del nomenclatore aziendale della specialistica ambulatoriale, in quanto di norma erogate nell'ambito dell'attività di istituto, comprese le prestazioni fuori LEA, purché rientranti nella medicina convenzionale, e le prestazioni ricomprese nell'ambito di Progetti Regionali. L'effettuazione in regime libero-professionale di prestazioni non erogabili a carico del Servizio Sanitario Nazionale o caratterizzate da altissima specializzazione o da elevato costo, deve essere preventivamente autorizzata con il parere favorevole del Collegio di Direzione e delle OO.SS maggiormente rappresentative della Dirigenza Medica-Veterinaria e Sanitaria a livello aziendale;
4. non sono invece erogabili in regime libero-professionale le attività previste per le emergenze e le attività di pronto soccorso, le prestazioni con caratteristiche cliniche/organizzative di emergenza o di urgenza non differibile, i ricoveri nei reparti di emergenza, di terapia intensiva e semintensiva e le prestazioni erogate per attività di trapianto e di emodialisi;
5. l'attività libero professionale, comunque classificata, ivi compresa l'attività di consulenza svolta in regime di convenzione, non deve essere in contrasto con i compiti di istituto, non deve creare conflitto con gli interessi dell'Azienda, non può comportare per il personale medesimo un impegno orario superiore all'orario di lavoro contrattualmente dovuto ed un volume di attività superiore a quella assicurata in regime istituzionale, è organizzata in modo da rendere ottimale l'utilizzo degli spazi e delle attrezzature e da garantire parità di accesso ai professionisti interessati;
6. preventiva e periodica verifica della sussistenza dei requisiti necessari allo svolgimento dell'attività libero professionale intramuraria (anche per quella da svolgersi presso studi professionali in rette) (UALP);
7. negoziazione dei volumi di attività in attività libero professionale intramuraria in relazione agli obiettivi istituzionali;
8. ricognizione e verifica degli spazi utilizzabili per lo svolgimento dell'attività libero professionale intramuraria tra quelli afferenti al patrimonio immobiliare dell'Ospedale;
9. fermo restando il principio che la libera professione viene espletata al di fuori dell'orario di lavoro e fatte salve le necessità istituzionali, l'attività libero professionale non può essere prestata nelle seguenti situazioni: a) malattia ed infortunio; b) aspettative, congedi per gravi patologie/handicap; c) guardia attiva e pronta disponibilità; d) permessi e distacchi politici e sindacali; e) riposi compensativi e pur sempre nel rispetto della normativa di legge e di contratto relative alla protezione e sicurezza della salute dei lavoratori; f) sciopero; g) ferie; h) rischio radiologico e anestesilogico; i) sospensione dal servizio; j) istituti normativi che prevedono la riduzione dell'orario di lavoro; k) congedi per maternità/paternità; l) permessi (retribuiti e non retribuiti) previsti da norme e contratti ovvero quando gli operatori sanitari che erogano o partecipano all'erogazione della prestazione siano soggetti ad impedimenti che, per precisi vincoli normativi, precludono non solo lo svolgimento dell'attività ordinaria, ma anche la stessa permanenza –

- seppur volontaria – negli ambienti di lavoro in quanto potenziali fonti di rischi e/o di pregiudizi per l'accertato stato di idoneità. L'attività libero-professionale non potrà comunque essere esercitata nelle situazioni in cui si pone in contrasto con la normativa e il CCNL vigenti;
10. l'attività libero professionale non può essere svolta in favore di soggetti pubblici o privati nei confronti dei quali il professionista eserciti funzioni di vigilanza o di controllo o funzioni di ufficiale di polizia giudiziaria;
  11. durante l'esercizio dell'attività libero-professionale non sono consentiti: l'uso del ricettario unico nazionale; l'attivazione di procedure di accesso alle prestazioni S.S.N. difformi da quanto previsto dalla normativa vigente;
  12. per il pagamento delle prestazioni effettuate in libera professione è fatto divieto al professionista di incassare direttamente i proventi;
  13. l'attività libero-professionale intramuraria ambulatoriale è svolta dai Dirigenti Sanitari al di fuori dell'orario di lavoro e dello svolgimento delle attività previste dall'impegno di servizio; il Dirigente Sanitario nello svolgimento dell'attività libero professionale al di fuori dell'orario di servizio è tenuto ad apposita rilevazione oraria distinta da quella istituzionale. Ove ragioni tecniche od organizzative, preventivamente individuate, e comunque eccezionali non consentano l'effettuazione delle prestazioni in regime libero-professionale al di fuori dell'orario di lavoro il Direttore della macrostruttura di appartenenza ne autorizza l'effettuazione in orario di lavoro. Congiuntamente alla liquidazione dei compensi verrà comunicato al dirigente interessato il numero di ore da rendere all'Azienda, calcolato con riferimento allo specifico tempario aziendale o, laddove la tipologia delle prestazioni non lo consenta (es. patologia clinica) alla tariffa oraria prevista dall'art. 14 CCNL 2002-2005 per la libera professione aziendale;
  14. l'attività di sala operatoria collegata al regime di ricovero ordinario o di day hospital è svolta al di fuori dell'orario di lavoro; qualora per motivi organizzativi non fosse possibile effettuare sedute di libera professione distinte da quelle istituzionali, congiuntamente alla liquidazione dei compensi verrà comunicato al dirigente interessato il numero di ore da rendere all'Azienda, calcolato con riferimento alla durata dell'intervento indicata nel registro operatorio;
  15. i proventi dell'attività libero professionale sono liquidati previa verifica positiva dell'assolvimento del debito orario istituzionale;
  16. in sede di definizione annuale del budget sono negoziati con i dirigenti responsabili delle équipe interessate, nel rispetto dei tempi concordati, i volumi di prestazioni istituzionali che, in relazione alle risorse assegnate, devono essere comunque assicurati; di conseguenza vengono concordati con i singoli dirigenti e con le équipe interessate i volumi di prestazioni libero-professionali intramurarie che, comunque, non possono superare i volumi di prestazioni istituzionali assicurati e neppure comportare un impegno orario superiore a quello contrattualmente dovuto;
  17. i piani di lavoro predisposti periodicamente dai responsabili delle strutture, allo scopo di dare attuazione coordinata alle disposizioni in materia di orario di lavoro e di impegno di servizio del personale dirigente, oltre a precisare l'articolazione dei tempi di lavoro e delle attività in relazione agli obiettivi, ai programmi da realizzare ed alle esigenze ordinarie e di emergenza, devono definire: l'articolazione oraria per soddisfare le prestazioni di attività istituzionale; l'articolazione delle attività libero-professionali e dei relativi orari in modo da garantire l'accesso alla stessa a tutto il personale che svolge attività libero professionale; gli spazi destinati allo svolgimento di attività libero-professionale, individuati anche come disponibilità temporale degli stessi; la domanda di autorizzazione, sia per l'attività ambulatoriale, individuale o di équipe, sia per l'attività di ricovero, è presentata dagli aventi titolo all'Ufficio Aziendale Libera Professione, che predisponde il provvedimento autorizzatorio a firma del Direttore Sanitario, acquisito il parere del Direttore Generale; nella domanda devono essere specificati: i giorni e gli intervalli orari proposti per lo svolgimento dell'attività; la sede in cui si intende svolgere l'attività; le prestazioni ed i relativi onorari;

18. la richiesta di consulto, con indicazione dei dati identificativi del paziente, del giorno, e dell'orario in cui deve essere reso, deve pervenire, al direttore dell'Ospedale di Sassuolo, che provvederà a rilasciare l'autorizzazione;
19. obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP dell'Ospedale con gestione delle agende dei professionisti in relazione alla gravità della patologia;
20. verifica periodica del rispetto dei volumi concordati in sede di autorizzazione;
21. per l'attività di ricovero, la valutazione delle prestazioni e la coerenza con l'attività programmata è riferita anche alla tipologia ed alla complessità degli interventi effettuati;
22. informatizzazione e pubblicazione, in apposita sezione del sito web aziendale di immediata visibilità, delle agende di prenotazione;
23. pubblicazione sul sito istituzionale dei criteri di formazione delle liste di attesa;
24. separazione dei percorsi interni di accesso alle prenotazioni tra attività istituzionale e attività libero professionale intramoenia;
25. utilizzo di classi di priorità clinica per accesso alle liste di attesa differenziate per tempo di attesa;
26. aggiornamento periodico delle liste di attesa istituzionali;
27. previsione nel regolamento aziendale di una disciplina dei ricoveri in regime di libera professione;
28. l'Azienda costituisce una funzione a supporto dell'attività libero professionale denominata Ufficio Aziendale Libera Professione (UALP), con funzioni di indirizzo, gestione e di marketing, al fine di coordinare e omogeneizzare tutte le competenze connesse alla progettazione, gestione, rilevazione e controllo della attività libero – professionali erogate dall'Azienda (Responsabile Marketing e Libera Professione);
29. il sistema informativo garantisce la tracciabilità dell'intero percorso della libera professione con particolare riferimento alla libera professione ambulatoriale individuale e di equipe;
30. utilizzo di un sistema di gestione informatica dell'attività libero professionale intramuraria dalla prenotazione alla fatturazione;
31. spetta al Direttore Sanitario, tramite i Direttori di macrostruttura (Presidio, Distretti, DSP, DSM), i Direttori dei Dipartimenti Ospedalieri e delle Unità Operative, ciascuno per l'area di competenza, vigilare sull'attività istituzionale dei propri collaboratori affinché non subisca interferenze dall'attività libero professionale dei Dirigenti autorizzati ad esercitarla;
32. i Direttori di U.O./Servizio/Dipartimento, qualora ravvisino, da parte dei propri collaboratori, irregolarità nello svolgimento dell'attività ne informano il Direttore della Macrostruttura di appartenenza del professionista per l'adozione di ogni necessaria iniziativa;
33. l'UALP, il Servizio Economico Finanziario, la Direzione di Struttura, il Servizio Personale, il SIA svolgono attività di supporto ai controlli effettuati nonché attività di specifico controllo e verifica per gli aspetti di competenza;
34. l'UALP supporta la Commissione aziendale di verifica e promozione dell'attività professionale (vedi art.30) nell'assolvimento delle sue funzioni di vigilanza e controllo e provvede inoltre a coordinare la predisposizione di una reportistica periodica sugli esiti dei controlli effettuati, da portare a conoscenza della Commissione Aziendale di verifica e promozione dell'attività Libero Professionale, del Collegio di Direzione e delle OO.SS maggiormente rappresentative a livello aziendale della Dirigenza Medico-Veterinaria e Sanitaria.

<i>Esistenza di procedure definite che regolano il processo</i>	Si (MOG 231 – parte speciale E)
<i>Esistenza di regole specifiche generali</i>	no

<i>I dati sono oggetto di pubblicazione in sezione società trasparente?</i>	no
<i>Eventi di rischio – indicatori</i>	Già definito nel MOG – parte speciale E
<i>Misure per eliminare o ridurre il rischio</i>	1. Misure già implementate: protocolli generali e specifici MOG 231;
<i>Misure per eliminare ridurre il rischio in Aesculapio</i>	Rischio non individuato
<i>Tempistica dell'implementazione delle misure</i>	--
<i>Sistema di monitoraggio delle misure</i>	Controlli OdV - RPC

## 2) APPROVVIGIONAMENTO DI FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI

### ruoli aziendali coinvolti

Direzione Sanitaria  
 Direzione Generale  
 C.d.A.  
 Consigliere Delegato  
 Direzione Amministrativa  
 Commissione Aziendale Dispositivi Medici (CADM)  
 Responsabile Ufficio Acquisti  
 Ufficio Acquisti  
 Responsabile Farmacia  
 Servizio di Farmacia Interna  
 Farmacisti  
 Unità Operativa  
 Reparto  
 Magazzino Economale Ausl  
 Magazzino Farmaceutico Interaziendale  
 Servizio Acquisti, Economale e Logistica dell'Ausl di Modena  
 Servizio Interno Aziendale (SIA)  
 Ingegneria clinica  
 Servizio Logistica  
 Gruppo di Acquisto Integrato

### attività sensibili

- a) Gestione dei contratti e delle convenzioni
- b) Scelta della controparte, definizione delle clausole contrattuali, stipula dei contratti o delle convenzioni
- c) Gestione delle richieste e ricerca dei beni da acquistare
- d) Definizione delle modalità di acquisto (acquisti in economia, acquisti in area vasta)
- e) Verifica dei beni acquistati
- f) Emissione degli ordini di acquisto

In particolare:

1. la Farmacia opera su mandato della Direzione Sanitaria e della Direzione Amministrativa ed effettua acquisti relativi a farmaci e dispositivi medici (Direzione Sanitaria; Direzione Amministrativa); l'Ufficio Acquisti opera sotto le dipendenze dell'Amministrazione e Finanza e del Direttore Amministrativo;
2. per quanto riguarda i farmaci, questi si distinguono in due categorie: a) farmaci a scorta presso il Magazzino Interaziendale Farmaci di Reggio Emilia, che agisce in ambito dell'Area Vasta Emilia Nord; per Modena, Reggio Emilia, Parma e Piacenza, gli acquisti vengono effettuati tramite gara "Aven" o "Intercenter"; b) farmaci a scorta, che vengono acquistati direttamente tramite la ditta, su richiesta dell'Unità Operativa. Gli stupefacenti vengono acquistati direttamente in ditta dalla Farmacia, su delega del Direttore Sanitario (Unità Operativa; Servizio di Farmacia Interna; Direzione Sanitaria);
3. nei farmaci, i principi attivi sono individuati dalla Regione e ricompresi nel Prontuario terapeutico regionale; la Regione, con legge regionale, ha previsto che all'interno degli ospedali si debbano utilizzare i farmaci del prontuario di area di appartenenza (c.d. Area Vasta); nell'ambito dell'atto costitutivo della società e del regolamento degli acquisti è espressamente previsto che l'ospedale di Sassuolo possa/debba accedere agli acquisti tramite area vasta: se il prodotto farmaceutico richiesto dalle Unità Operative è presente in area vasta (ottenuto con gara d'appalto), l'Ospedale di Sassuolo, attraverso il Servizio di Farmacia Interna lo acquista in area vasta, in quanto, di regola, economicamente più conveniente. Tuttavia, ove l'Ospedale di Sassuolo riesca ad avere condizioni economiche più favorevoli, può acquistarlo direttamente dalla ditta produttrice; tutto ciò che non è ricompreso nei prontuari, viene richiesto attraverso richieste motivate personalizzate (Servizio di Farmacia Interna); tale richiesta viene vagliata dai Farmacisti ed autorizzata dal Direttore Sanitario (Farmacisti; Direzione Sanitaria); per gli stupefacenti il prezzo viene sempre definito in area vasta e soggiace alle disposizioni di legge del D.P.R. 309 del 1990; il Direttore Sanitario è responsabile della gestione degli stupefacenti e i Farmacisti agiscono per delega scritta (Direzione Sanitaria; Farmacisti);
4. i dispositivi medici si distinguono in: a) prodotti sanitari, presenti a scorta o acquistati direttamente in ditta; b) prodotti protesici, acquistati in ditta direttamente o in conto deposito;
5. i dispositivi medici a scorta presso il Magazzino Farmaceutico Interaziendale di Reggio Emilia sono dispositivi c.d. "invasivi" (dal 2° in giù); i dispositivi medici a scorta presso il Magazzino Economico Provinciale di Modena sono invece dispositivi di classe 1 (entrano in contatto col paziente in esterno) e prodotti comuni (es. spugne, materiale ospedaliero, cancelleria, etc.); se i prodotti richiesti sono già presenti in magazzino di Area Vasta (acquisti tramite gara, sia su Reggio Emilia che su Modena), questi vengono acquistati direttamente; se invece i prodotti non sono presenti in magazzino, esistono due strade: se si tratta di attività o prodotti esclusivi utilizzati solo dall'Ospedale di Sassuolo, si valuta la disponibilità di alternative sul mercato e si procede con l'acquisizione di diversi preventivi; se si tratta di dispositivi medici di interesse generale per la provincia, viene inviata la richiesta alla Commissione Interaziendale dei Dispositivi Medici (CADM) per una valutazione a livello di commissione scientifica e preliminare, affinché la codifica di questo prodotto sia unica per tutti gli ospedali che lo utilizzano (CADM);
6. per i dispositivi medici impiantabili protesici, esistono gare di riferimento provinciale e relative graduatorie che individuano delle specifiche sugli impianti, cui ci si affida in caso di necessità di acquisto; nell'eventualità in cui i prodotti richiesti dai medici non siano presenti all'interno di queste gare, se è una protesi richiesta per singolo intervento e quindi per singolo paziente, con autorizzazione della Direzione Sanitaria e/o Amministrativa viene codificato, acquisito e il codice viene bloccato subito dopo l'acquisizione, al fine di evitare nuovi acquisti (Direzione Sanitaria; Direzione Amministrativa);
7. nell'eventualità in cui il clinico acquisisca direttamente il prodotto dal fornitore, l'Ufficio Acquisti emette un ordine di acquisto *ex post*, a copertura del materiale utilizzato (Ufficio Acquisti);
8. raccolta di dichiarazioni annuali concernenti relazioni e/o interessi che possono coinvolgere i professionisti di area sanitaria o amministrativa nell'espletamento di attività inerenti alla funzione che

- implichino responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, nonché altre tecnologie;
9. previsione di report periodici volti a monitorare l'acquisto di prodotti direttamente da parte dei clinici, report funzionali altresì ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive anche con riferimento all'associazione farmaco-prescrittore e farmaco-paziente;
  10. nel caso in cui i Primari richiedano dispositivi medici non utilizzati all'interno dell'Ospedale, ma già in commercio, le relative richieste vengono viste dalla Direzione Sanitaria e dalla Cadm (Ufficio Acquisti; Direzione Sanitaria; CADM);
  11. per i materiali il cui ingresso nell'organizzazione sanitaria avviene tramite contratti di comodato d'uso o valutazioni "in prova", pubblicazione sul sito istituzionale delle seguenti informazioni relative alle tecnologie introdotte:
    - a. nominativo del richiedente/utilizzatore;
    - b. tipologia della tecnologia;
    - c. estremi dell'autorizzazione della direzione sanitaria;
    - d. durata/termini di scadenza;
    - e. valore economico della tecnologia;
    - f. eventuali costi per l'azienda sanitaria correlati all'utilizzo della tecnologia;
  12. qualsiasi onere economico relativo a donazioni o prove dimostrative (inclusi i materiali di consumo) deve essere posto totalmente a carico del soggetto che propone all'azienda sanitaria la prova dimostrativa;
  13. all'Ufficio Acquisti pervengono le richieste riguardanti non solo i dipendenti medici e il materiale ad uso paziente, ma anche tutto il materiale informatico, arredi, manutenzione per arredi, cancelleria, etc.; per gli acquisti di apparecchiature biomedicali, occorre invece la richiesta del Reparto, l'autorizzazione della Direzione Sanitaria e Direzione Amministrativa in sede di pre-budget al fine di stilare un elenco di priorità; la richiesta così autorizzata viene trasmessa all'Ingegneria clinica che verifica sul mercato le varie offerte. Se il prodotto è in gara si autorizza quello già vagliata in gara (a meno che non ci siano delle esigenze particolari), altrimenti, si procede secondo il regolamento di acquisto di beni e servizi (Ufficio Acquisti; Reparto; Direzione Sanitaria; Direzione Amministrativa; Ingegneria clinica);
  14. agli acquisti di logistica alberghiera (es. pasti, pulizie, lavanderia, arredi), provvede il Servizio logistica alberghiera, mediante gare interne ad evidenza pubblica senza attingere a quelle applicate dall'AUSL;
  15. per gli acquisti relativi ai sistemi informativi, le richieste provenienti dai vari servizi dell'Ospedale vengono valutate dal Sistema Informativo Aziendale di concerto con Direzione Sanitaria e Direzione Amministrativa, in considerazione della disponibilità economica e delle priorità; anche in tal caso si procede o meno tramite gara a seconda dell'importo, e sulla base di eventuali altre gare già aggiudicate (SIA; Direzione Sanitaria; Direzione Amministrativa);
  16. tutti gli ordini di acquisto, con esclusione di quelli effettuati dal SAT e di quelli fatti direttamente dai clinici, passano attraverso l'Ufficio Acquisti.

<i>Esistenza di procedure definite che regolano il processo</i>	Si (MOG 231 – parte speciale E)
<i>Esistenza di regole specifiche generali</i>	no
<i>I dati sono oggetto di pubblicazione in sezione società trasparente?</i>	si
<i>Eventi di rischio – indicatori</i>	Già definito nel MOG – parte speciale E
<i>Definizione del livello di rischio</i>	Medio

<i>Misure per eliminare o ridurre il rischio</i>	Misure già implementate: protocolli generali e specifici MOG 231;
<i>Misure per eliminare ridurre il rischio in Aesculapio</i>	Estensione dei protocolli generali e specifici MOG 231.
<i>Tempistica dell'implementazione delle misure</i>	--
<i>Sistema di monitoraggio delle misure</i>	Controlli OdV - RPC

### 3) GESTIONE DELLE SPERIMENTAZIONI SCIENTIFICHE

#### ruoli aziendali coinvolti

Sponsor committente/Finanziatore  
 Comitato Etico Indipendente  
 Direzione Sanitaria  
 Direttore Generale  
 Direzione Amministrativa  
 Amministrazione  
 Legale Rappresentante  
 Responsabile legale  
 Responsabile Scientifico della sperimentazione  
 Sanitario preposto alla sperimentazione  
 Responsabile Risorse Umane  
 Servizio di Farmacia  
 Responsabili ed operatori coinvolti nella sperimentazione (ognuno per le proprie competenze)

#### attività sensibili

- a) Programmazione e gestione delle sperimentazioni cliniche
- b) Verifica dei requisiti generali e ammissione della sperimentazione:
  1. Rispetto del diritto alla salute e della persona umana
  2. Parere favorevole del Comitato Etico Indipendente
  3. Consenso della Direzione Sanitaria
  4. Conformità alle finalità di assistenza
  5. Consenso libero e informato dell'interessato
  6. Adeguata e costante informazione del paziente
  7. Rispetto delle regole di riservatezza
  8. Possibilità di interruzione della sperimentazione
  9. Aderenza ai principi europei di Buona Pratica Clinica
- c) Rilascio delle autorizzazioni per lo svolgimento delle sperimentazioni
- d) Redazione, comunicazione ed esame dell'elaborato finale
- e) Gestione degli aspetti amministrativi e contabili:
  1. Corresponsione e indicazione dettagliata di tutte le remunerazioni derivanti dalle sperimentazioni cliniche
  2. Definizione delle destinazioni e delle modalità di utilizzo delle remunerazioni

#### protocolli preventivi

1. L'Ospedale di Sassuolo S.p.A. ha adottato e reso operativo un Regolamento per la disciplina, la programmazione e la gestione delle sperimentazioni cliniche come innovazione assistenziale, allo scopo di definire modalità operative e responsabilità ed assicurare che, nello svolgimento delle funzioni istituzionali assegnate all'Ospedale, non interferiscano interessi ricollegabili all'industria sanitaria, con particolare riferimento all'industria farmaceutica che potrebbe influenzare l'imparzialità nelle valutazioni e nelle decisioni che ne conseguono; il Regolamento si basa, pertanto, sul principio della trasparenza nei processi sia di funzionamento che decisionali e la responsabilità di tutti coloro che, lavorando o collaborando con l'Ospedale di Sassuolo, partecipano alle decisioni che riguardano la salute dei cittadini (Direzione Sanitaria);
2. sono soggette al Regolamento per la gestione delle sperimentazioni scientifiche dell'Ospedale di Sassuolo le sperimentazioni cliniche, le indagini cliniche su dispositivi medici, gli studi osservazionali farmacologici/non farmacologici;
3. raccolta di dichiarazioni annuali concernenti relazioni e/o interessi che possono coinvolgere i professionisti di area sanitaria o amministrativa nell'espletamento di attività inerenti alla funzione che implicino responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di ricerca, sperimentazioni, nonché sponsorizzazioni;
4. la sperimentazione è ammessa solo se:
  - non risulti in contrasto col diritto alla salute e con il rispetto della persona umana; in particolare sia garantita la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti in sperimentazione;
  - sia stato rilasciato apposito parere favorevole da parte del Comitato Etico Indipendente, secondo quanto previsto dalle normative vigenti in materia (Comitato Etico Indipendente);
  - sia conforme alle finalità di assistenza, non interferisca con le normali attività sanitarie e non prolunghi la degenza ospedaliera; l'obiettivo sia una evoluzione del concetto di salute inteso come miglioramento della qualità e quantità di vita del paziente;
  - sia fornita adeguata informazione al paziente;
  - venga richiesto e rilasciato il libero e informato consenso del diretto interessato e per i soggetti minori di 18 anni, e per gli interdetti e gli inabili, anche di chi esercita rispettivamente la tutela e la curatela, nel rispetto delle leggi vigenti, tenendo presenti i principi etici. Tale consenso dovrà essere richiesto sia per la sperimentazione che per il trattamento di tutti i dati personali e sanitari, ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003; il consenso informato deve essere convalidato con la firma del soggetto. L'espressione del consenso, se il paziente è ricoverato, deve essere menzionata nella cartella clinica a cura del Responsabile della sperimentazione; il consenso può essere revocato dal paziente, e/o chi per lui, in qualsiasi momento (Responsabile Scientifico della sperimentazione);
  - preveda l'obbligo di tenere periodicamente informato il paziente, che può avvalersi in tutte le fasi della sperimentazione della consulenza del proprio Medico di fiducia; ogni studio sperimentale sia condotto da personale esperto, in ambienti adatti e ottemperante a protocolli predefiniti;
  - venga mantenuta strettamente riservata ogni notizia di carattere medico e/o personale, rispettando le regole di riservatezza e confidenzialità previste dalle disposizioni normative;
  - il sanitario si impegni ad interrompere in qualsiasi momento la sperimentazione di fronte a rischi o situazioni impreviste e/o su richiesta del paziente;
  - sia aderente ai principi europei di Buona Pratica Clinica, utilizzando standard di etica e qualità scientifica per progettare, condurre, registrare e relazionare gli studi clinici che coinvolgono soggetti umani;
5. inoltro della documentazione relativa al progetto di sperimentazione – unitamente alla documentazione prevista dalla vigente normativa in materia –, con l'accettazione del Sanitario che ne assume la responsabilità, alla Direzione Sanitaria (almeno 10 giorni prima del rilascio dell'autorizzazione) per il nulla

osta propedeutico alla firma del Legale Rappresentante dell'Ospedale di Sassuolo (Sanitario preposto alla sperimentazione; Direzione Sanitario; Legale Rappresentante); alla domanda deve essere allegata la seguente documentazione: tutta la documentazione tecnico-scientifica inerente l'applicazione operativa della sperimentazione; la richiesta di parere del Comitato Etico ed ogni altro atto di assenso eventualmente necessario, ai sensi della vigente normativa; il testo definitivo della convenzione economica;

6. chiara individuazione dell'effettivo titolare dell'impresa sponsor soprattutto ove il contratto venga stipulato con soggetti aventi sede in Stati Esteri e/o paesi a fiscalità agevolata, al fine di verificare l'esistenza di indicatori di rischio secondo la normativa antiriciclaggio;
7. necessità che trascorra un congruo lasso di tempo tra il finanziamento per la ricerca e la cessazione di eventuali contratti a titolo oneroso con il soggetto che finanzia la ricerca o sue imprese collegate;
8. il rilascio dell'autorizzazione per lo svolgimento della sperimentazione è subordinato all'individuazione del Responsabile Scientifico, al parere favorevole del Comitato Etico di riferimento, al nulla osta della Direzione Sanitaria, alla previsione di copertura dei costi, con particolare riguardo al rimborso degli eventuali beni acquistati e alle prestazioni strumentali e specialistiche aggiuntive (Responsabile Scientifico della sperimentazione; Comitato Etico Indipendente; Direzione Sanitaria); anche nel caso in cui sia l'Ospedale di Sassuolo S.p.A. a proporre un progetto di sperimentazione, la Direzione Sanitaria effettua una prima valutazione e poi trasmette la documentazione al Comitato Etico provinciale che può bocciare il progetto, richiedere opportuni approfondimenti, esprimere parere favorevole; ottenuto il consenso del Comitato Etico, la Direzione Sanitaria autorizza l'avvio della sperimentazione (Comitato Etico Indipendente; Direzione Sanitaria);
9. rilascio dell'autorizzazione per lo svolgimento della sperimentazione dall'Autorità competente, identificata per espressa volontà normativa nel "Direttore Generale o Responsabile legale delle strutture sanitarie pubbliche, o equiparate a quelle pubbliche, ove si svolge la sperimentazione" (D.L. n. 211 del 24 giugno 2003) (Direttore Generale; Responsabile legale);
10. la Direzione Sanitaria vigila sulla corretta applicazione di quanto prescritto in qualsiasi fase della ricerca, di norma tramite verifiche sul campo di un campione statisticamente significativo dei casi arruolati nella sperimentazione; la Direzione Sanitaria ha la facoltà di interrompere la sperimentazione in corso, nel caso si evidenzino irregolarità, con provvedimento motivato e, dell'eventuale interruzione, viene data comunicazione al Comitato Etico, al Direttore Generale ed al Legale Rappresentante dell'Ospedale di Sassuolo S.p.A. (Direzione Sanitaria);
11. comunicazione e trasmissione, al termine della sperimentazione, da parte del Sanitario responsabile alla Direzione Sanitaria e Amministrativa dell'Ospedale, di un "elaborato finale" in cui viene riassunto l'esito dello studio, allo scopo di procedere anche per gli aspetti amministrativi e contabili (Responsabile Scientifico della sperimentazione; Sanitario preposto alla sperimentazione; Direzione Sanitaria; Direzione Amministrativa);
12. documentazione, da parte dello Sponsor committente, dell'avvenuta copertura assicurativa per la responsabilità civile verso terzi per i rischi conseguenti lo studio, sia in favore dei pazienti che dei responsabili di studio (Sponsor committente/Finanziatore);
13. lo Sponsor committente si assume ogni responsabilità per eventuali danni arrecati a persone, cose e all'Azienda Ospedaliera stessa derivanti dalla sperimentazione (Sponsor committente/Finanziatore);
14. allo Sponsor committente spettano tutti gli oneri connessi con la fornitura di farmaci da sperimentare per tutta la durata della ricerca e per tutti i pazienti arruolati, ivi compresa la fornitura di placebo e/o farmaci di controllo; al committente verranno addebitati i costi aggiuntivi delle procedure clinico-diagnostico e terapeutiche correlate con la ricerca stessa e non prevista, per il caso trattato, dalla consolidata pratica clinica; al committente verrà addebitato ogni altro costo aggiuntivo che l'istituzione dovrà affrontare per effetto della sperimentazione; gli addebiti di cui ai punti precedenti verranno effettuati dalla Direzione

- Amministrativa dell'Ospedale, sentito il Sanitario responsabile della sperimentazione (Direzione Amministrativa; Sanitario preposto alla sperimentazione; Responsabile Scientifico della sperimentazione; Sponsor committente/Finanziatore);
15. indicazione dettagliata di tutte le remunerazioni derivanti dalla sperimentazione clinica sulla convenzione, per entità, modalità di corresponsione e destinazione (Direzione Amministrativa; Amministrazione);
  16. la ripartizione dei proventi derivanti dalla sperimentazione prevede:
    - a. la detrazione delle spese da sostenersi (costi diretti della sperimentazione). Tali spese possono includere:
      - I. costi per accertamenti di laboratorio o strumentali, aggiuntivi rispetto a quelli previsti dalla pratica assistenziale corrente;
      - II. costi per la raccolta/spedizione di materiali biologici;
      - III. costi per la gestione separata dei farmaci in sperimentazione;
      - IV. costi di materiale di consumo o di materiale inventariabile necessario per la sperimentazione (ove non forniti direttamente dallo sponsor);
      - V. rimborsi ai pazienti;
      - VI. spese per acquisizione di collaborazioni tecnico-professionali finalizzate alla conduzione delle sperimentazioni;
      - VII. spese di gestione, analisi dei dati, test di laboratorio aggiuntivi, spese di spedizione dei materiali;
      - VIII. spese di formazione/aggiornamento del personale coinvolto nelle sperimentazioni;
      - IX. spese di acquisizione di apparecchiature tecnico scientifiche;
    - b. la ripartizione del ricavo netto secondo criteri trasparenti prestabiliti nell'anzidetta convenzione;
  17. i Sanitari preposti alle sperimentazioni operano, ad oggi, a titolo gratuito; le somme ricavate dall'Amministrazione quale quota parte del 50% del compenso complessivo saranno utilizzate a favore della Struttura Complessa o Semplice che ha condotto la sperimentazione e, su proposta del Responsabile, per l'attivazione di contratti di lavoro autonomo e/o borse di studio in nessun caso rinnovabili o prorogabili, per finanziare attività di formazione o di aggiornamento del personale medico e paramedico, l'acquisto di attrezzature e/o di apparecchiature medicali, per altre esigenze della Struttura stessa, che saranno oggetto di valutazione da parte della Direzione Sanitaria (Amministrazione; Responsabile Scientifico della sperimentazione; Direzione Sanitaria);
  18. le somme relative alla sperimentazione verranno corrisposte solo dopo l'esame dell'"elaborato finale" da parte della Direzione Aziendale dell'Ospedale di Sassuolo e non oltre 60 giorni dalla presentazione del rendiconto allo Sponsor interessato (Direzione Sanitaria; Direzione Amministrativa);
  19. elaborazione di appositi indicatori di rischio relativi al rapporto tra i volumi di attività svolta nell'ambito delle sperimentazioni cliniche e l'attività istituzionale dell'Ospedale e monitoraggio periodico da parte della Direzione Sanitaria delle situazioni rilevate dai suddetti indicatori;
  20. gestione della campionatura – ai sensi dell'art. 7, ultimo comma D.M. 23/11/1982 –, compresa la registrazione degli attivi, da parte del Servizio di Farmacia e ricevimento, distribuzione e eventuale restituzione del materiale oggetto di sperimentazione, non utilizzato (Servizio di Farmacia);
  21. divieto di sperimentazioni con oneri completamente a carico del SSN, salvo quanto previsto dal Decreto del Ministero della Salute 17/12/2004; divieto di rapporti diretti o indiretti fra ricercatori e committenti delle ricerche con riguardo agli aspetti di natura economica della convenzione; divieto di compenso dei pazienti sottoposti a sperimentazione;
  22. i risultati delle sperimentazioni, dopo il pagamento di tutte le somme dovute all'Ospedale di Sassuolo S.p.A. in conformità a quanto disposto ed esplicitato in dettaglio e nelle cifre definite nella relativa convenzione, sono di proprietà dello Sponsor committente, al quale spetta altresì di rilasciare ai Sanitari sperimentatori l'eventuale autorizzazione alla relativa pubblicazione in riviste specializzate italiane e

straniere (Sponsor committente/Finanziatore); agli effetti della pubblicazione, il rapporto intercorrerà direttamente tra Sponsor committente e Sanitari sperimentatori, anche associati, restando esclusa l'Amministrazione dell'Ospedale di Sassuolo S.p.A. da ogni iniziativa, intervento e responsabilità in merito (Sponsor committente/Finanziatore; Sanitario preposto alla sperimentazione; Responsabile Scientifico della sperimentazione);

23. segnalazione al rispettivo Ordine Professionale della Provincia competente per iscrizione, in caso di inosservanza delle norme contenute nel procedimento disciplinare (Responsabile Risorse Umane).

<i>Esistenza di procedure definite che regolano il processo</i>	Si (MOG 231 – parte speciale E)
<i>Esistenza di regole specifiche generali</i>	no
<i>I dati sono oggetto di pubblicazione in sezione società trasparente?</i>	no
<i>Eventi di rischio – indicatori</i>	Già definito nel MOG – parte speciale E
<i>Misure per eliminare o ridurre il rischio</i>	Misure già implementate: protocolli generali e specifici MOG 231;
<i>Misure per eliminare ridurre il rischio in Aesculapio</i>	Rischio non individuato
<i>Tempistica dell'implementazione delle misure</i>	--
<i>Sistema di monitoraggio delle misure</i>	Controlli OdV - RPC

#### 4) ATTIVITA' CONSEQUENTI AL DECESSO IN AMBITO INTRAOSPEDALIERO

##### **ruoli aziendali coinvolti**

Direzione Sanitaria  
Segreteria della DS  
Ufficio Infermieristico  
Coordinatore infermieristico  
Personale infermieristico di UO  
Infermiere di Reparto  
Personale di Reparto  
Medico Necroscopo  
Medico di PS  
Medicina Legale  
Operatore Triage di PS  
Infermiere di PS  
Medico anatomo-patologo  
Servizio di Anatomia Patologica  
Medico ginecologico  
Ufficio di DRG  
Operatori del Servizio di Vigilanza

Punto Informativo

Operatori del Punto Informativo

Agenzie di Onoranze Funebri

Ditta esterna (addetta al trasporto salme)

#### **attività sensibili**

- a) Gestione dei decessi:
  - 1. Decesso in Reparto con/senza diagnosi di morte
  - 2. Richiesta di cremazione
  - 3. Chiusura e archiviazione della cartella clinica
  - 4. Decesso per malattia infettiva/diffusiva
  - 5. Decesso del paziente in PS (Pronto Soccorso) e gestione del giunto cadavere
  - 6. Gestione dei nati morti
- b) Gestione dei rapporti con l'Autorità Giudiziaria per le "salme non libere"
- c) Gestione dei rapporti con le Agenzie Funebri e accesso alle camere mortuarie

#### **protocolli preventivi**

- 1. la procedura dell'Ospedale di Sassuolo, che definisce modalità e responsabilità per la gestione dei decessi, si applica in tutti i casi di decesso di pazienti presso l'Ospedale stesso;
- 1. **modalità operative e primi adempimenti:** il Medico, dopo avere constatato il decesso del paziente, avvisa i familiari e registra in cartella clinica l'ora e la causa del decesso (Medico di Reparto);
- 2. il personale sanitario del reparto avvisa i familiari che è necessario contattare un'Agenzia di Onoranze Funebri;
- 3. il Coordinatore infermieristico o il personale infermieristico dell'Unità Operativa in cui si è avuto il decesso consegna ai familiari del defunto la lettera informativa della Direzione Sanitaria (condoglianze); il modulo di Delega per la formalizzazione della scelta dell'Agenzia di Onoranze Funebri (Coordinatore infermieristico; Personale infermieristico di UO);
- 4. dopo il decesso, la salma deve rimanere in reparto (nell'apposito locale/area sosta salme per i reparti che ne sono dotati), per almeno due ore (periodo di osservazione di due ore); se il decesso avviene in Pronto Soccorso, l'osservazione di due ore della salma avviene presso il locale sosta salme del reparto di Cardiologia;
- 5. nel caso in cui venga effettuato il tanatogramma (a cura del personale del reparto/servizio che ha in carico il paziente deceduto), la salma potrà essere trasportata, anticipatamente rispetto al trascorrere delle due ore, presso la sala vestizione delle camere ardenti e il Medico Necroscopo può procedere all'accertamento della realtà di morte anche prima della 15° ora dal decesso. Qualora i familiari lo richiedano, il cadavere può essere trasportato (a bara aperta) presso l'abitazione per essere ivi esposto secondo quanto previsto dalla normativa; il tanatogramma dovrà essere conferito dal personale del reparto che ha in carico il paziente deceduto, insieme a tutta la documentazione, alla Segreteria della Direzione Sanitaria o direttamente al Medico Necroscopo in Pronto Soccorso; la Segreteria della Direzione Sanitaria consegna il tanatogramma al Medico Necroscopo in PS, che prende visione e referta il tanatogramma ed esegue la visita necroscopica (Segreteria della DS; Medico Necroscopo);
- 6. nel caso in cui non si proceda all'esecuzione del tanatogramma, il Medico Necroscopo procede all'accertamento necroscopico presso la sala vestizione delle camere ardenti non prima della 15° ora dal decesso e non oltre la 30° ora dal decesso (Medico Necroscopo);
- 7. il trasferimento delle salme dalle Unità Operative/Servizi al locale vestizione e preparazione salme delle camere ardenti è a cura del Personale del Reparto che ha in carico il paziente deceduto e potrà essere

- effettuato mediante barella, trascorse due ore dal decesso oppure dopo eventuale esecuzione di tanatogramma (qualora effettuato) (Personale di Reparto);
8. il trasporto delle salme dalle Unità Operative di Lungodegenza e Medicina Riabilitativa al locale vestizione e preparazione salme è a cura di una Ditta esterna che deve essere contattata dal Personale di Reparto e che potrà effettuare il trasporto nella fascia oraria di apertura delle Camere Ardeni (Ditta esterna);
  9. per i decessi nelle ore notturne è comunque indicato il trasporto della salma presso la sala vestizione a cura di un Infermiere di Reparto e dell'operatore della Vigilanza in turno, preventivamente contattato (Infermiere di Reparto; Operatori del Servizio di Vigilanza);
  10. il Coordinatore infermieristico o il personale infermieristico dell'Unità Operativa in cui si è avuto il decesso comunica al personale del Punto Informativo l'avvenuto trasferimento della salma presso le Camere Ardeni (Coordinatore infermieristico; Personale infermieristico di UO);
  11. il Medico che constata il **decesso con diagnosi di morte** annota in cartella clinica l'exitus del paziente, precisandone l'orario, compila il modulo di Avviso di decesso e la scheda ISTAT che, insieme all'eventuale tanatogramma effettuato, vengono consegnati dal Personale di Reparto, terminate le due ore di osservazione, a Segreteria della Direzione Sanitaria o direttamente al Medico Necroscopo in Pronto Soccorso (Medico di Reparto; Personale di Reparto);
  12. *(nei giorni di apertura)* la Segreteria della Direzione Sanitaria predispose (inserendo i dati anagrafici del paziente deceduto) in duplice copia il modulo del certificato di visita necroscopica e dell'eventuale attestato per cremazione e li consegna, insieme all'originale della scheda ISTAT e del modulo Avviso di decesso e insieme all'eventuale tanatogramma, al Medico Necroscopo in Pronto Soccorso; trattiene copia dell'avviso di decesso e della scheda ISTAT, prima di consegnare gli originali al Medico Necroscopo in PS (Segreteria della DS);
  13. il Medico Necroscopo di PS effettua l'accertamento necroscopico, anche attraverso l'eventuale tanatogramma (in quest'ultimo caso lo referta); compila e firma il certificato di visita necroscopica e l'eventuale attestato per la cremazione, in duplice copia; una copia di tali moduli viene inserita nell'apposito raccoglitore per la Direzione Sanitaria, collocato presso l'OBI, insieme all'eventuale tanatogramma utilizzato in ausilio all'accertamento della realtà di morte; l'altra copia, con firma in originale, viene consegnata insieme al resto della documentazione (Avviso di decesso, scheda ISTAT) al Triage del Pronto Soccorso (Medico Necroscopo);
  14. l'Operatore del Triage di PS consegna la documentazione in originale (avviso di decesso, scheda ISTAT, certificato di visita necroscopica, eventuale attestato per la cremazione) all'Agenzia di Onoranze Funerarie per il conferimento al Comune (Ufficio di Stato Civile) (Operatore Triage di PS);
  15. l'operatore della Segreteria della Direzione Sanitaria avrà cura di ritirare dall'OBI di Pronto Soccorso la copia del certificato di visita necroscopica e dell'eventuale attestato per cremazione e l'originale del tanatogramma contenuti nel raccoglitore per la Direzione Sanitaria (Segreteria della DS);
  16. *(nei giorni di chiusura)* la documentazione (avviso di decesso, scheda ISTAT, eventuale tanatogramma) viene inviata dal Reparto in cui si è verificato il decesso direttamente al Medico Necroscopo in PS;
  17. il Medico Necroscopo effettua l'accertamento necroscopico, anche attraverso l'eventuale tanatogramma effettuato (in quest'ultimo caso lo referta); predispose, compila e firma il certificato di visita necroscopica e l'eventuale attestato per la cremazione; consegna tutta la documentazione in originale (avviso di decesso, scheda ISTAT, verbale di visita necroscopica, eventuale attestato per la cremazione) all'infermiere del proprio ambulatorio di PS; inserisce l'eventuale tanatogramma utilizzato in ausilio all'accertamento della realtà di morte nell'apposito raccoglitore per la Direzione Sanitaria, collocato presso l'OBI (Medico Necroscopo);
  18. l'Infermiere dell'ambulatorio di PS effettua copia di tutta la documentazione (avviso di decesso, scheda ISTAT, verbale di visita necroscopica, eventuale attestato per la cremazione) e la inserisce nell'apposito raccoglitore per la Direzione Sanitaria, collocato presso l'OBI; consegna tutta la documentazione in

- originale (avviso di decesso, scheda ISTAT, certificato di visita necroscopica, eventuale attestato per la cremazione) all'operatore del Triage di PS (Infermiere di PS);
19. l'Operatore del Triage di PS consegna all'Agenzia di Onoranze Funebri tutta la documentazione in originale (avviso di decesso, scheda ISTAT, certificato di visita necroscopica, eventuale attestato per la cremazione) per il conferimento al Comune (Ufficio di Stato Civile) (Operatore Triage di PS);
  20. alla riapertura della Segreteria della Direzione Sanitaria, l'operatore della Segreteria stessa avrà cura di ritirare dall'OBI di Pronto Soccorso le copie della suddetta documentazione e l'eventuale tanatogramma inseriti nel raccoglitore per la Direzione Sanitaria;
  21. in caso di **Richiesta di Cremazione**, l'Agenzia di Onoranze Funebri segnala alla Segreteria della Direzione Sanitaria (o direttamente al Triage di Pronto Soccorso) che il cadavere dovrà essere cremato; in caso di paziente portatore di pace maker, si dovrà procedere prima della cremazione, alla rimozione dello stesso; la Segreteria della Direzione Sanitaria predispone il modulo *Attestato per Cremazione* e lo consegna al Medico Necroscopo per la compilazione e la firma; nei giorni e orari di chiusura della Segreteria il modulo deve essere predisposto direttamente dal Medico Necroscopo; nei casi di cremazione di cadavere deve essere esclusa l'evenienza di una morte improvvisa o sospetta ovvero di un decesso quale conseguenza di un reato (Agenzie di Onoranze Funebri; Segreteria della DS; Medico Necroscopo);
  22. il Medico di Reparto annota in cartella clinica l'exitus del paziente, precisandone l'orario; chiude la cartella clinica e la SDO; le cartelle cliniche vengono consegnate dal Reparto all'Ufficio DRG (Medico di Reparto); l'operatore dell'Ufficio DRG inserisce in cartella clinica copia della scheda ISTAT, copia del certificato di visita necroscopica, l'originale del tanatogramma, se effettuato, denuncia di reato trasmessa all'Autorità Giudiziaria nei casi di morte in cui si ravvisi ipotesi di reato e referto autoptico (Ufficio DRG); gli addetti della Segreteria della Direzione Sanitaria procedono all'archiviazione delle cartelle e procedono alla compilazione del registro necroscopico informatico; questi archiviano inoltre presso apposito archivio della Segreteria copia della documentazione relativa al decesso (Segreteria della DS);
  23. le malattie infettive-diffusive che richiedono particolari precauzioni sono quelle riportate nell'elenco pubblicato dal Ministero della Sanità di cui all'art. 1 del Decreto del Ministero della Sanità del 15 dicembre 1990 per le classi 1, 2, 3; le prescrizioni in caso di morte dovuta ad una delle malattie infettive-diffusive comprese in tale elenco rinviano attualmente alla Legge regionale n.19/2004 e in particolare all'art 9;
  24. in caso di **Decesso senza diagnosi di morte** (richiesta di autopsia a scopo di riscontro diagnostico) la Richiesta di riscontro diagnostico avviene secondo le seguenti modalità:
    - Nei giorni feriali, il Medico che constata il decesso e che intende richiedere il riscontro diagnostico avvisa la Direzione Sanitaria e la Segreteria della Direzione Sanitaria contatta telefonicamente il Servizio di Anatomia Patologica del Policlinico di Modena per avvisare del riscontro e concordare modalità e tempi per l'invio della salma; compila il modulo "*Avviso di decesso*", il modulo "*Richiesta di autopsia a scopo di riscontro diagnostico*" completo delle informazioni cliniche e il modulo dell'*autorizzazione al trasporto di salma al Servizio di Anatomia Patologica*; trasmette il modulo "*Richiesta di autopsia a scopo di riscontro diagnostico*" in Anatomia Patologica via fax, cui è opportuno allegare anche l'eventuale documentazione clinica necessaria (es. verbale di PS se il paziente è deceduto in PS, consulenze specialistiche se rilevanti, ecc.); consegna gli originali di tutta la modulistica alla Segreteria della Direzione Sanitaria; prende contatti con l'Anatomia Patologica per fornire eventuali informazioni cliniche utili e, infine, ne da comunicazione ai familiari del deceduto.
    - La Segreteria della Direzione Sanitaria consegna gli originali della modulistica all'Agenzia di Onoranze Funebri (di turno) – che effettua il trasporto della salma in Anatomia Patologica e trattiene una copia di tale documentazione – e compila il registro interno delle autopsie.
    - L'Agenzia di turno dovrà conferire l'originale del modulo "*Avviso di decesso*" all'Ufficio di Stato Civile del Comune e l'originale del modulo "*Richiesta di autopsia a scopo di riscontro diagnostico*"

al Servizio di Anatomia Patologica, contestualmente alla consegna della salma; il trasporto della salma avviene a cura dell'Agenzia di Onoranze Funebri in turno per il Comune di Sassuolo contattata dalla Segreteria della Direzione Sanitaria, con oneri a carico dell'Ospedale. I familiari possono richiedere il rientro della salma, dopo il riscontro diagnostico, dall'Anatomia Patologica alle Camere Ardeni dell'Ospedale; l'Agenzia di turno dovrà farsi carico dell'eventuale viaggio di ritorno e comunicare il rientro della salma alla Segreteria della Direzione Sanitaria (anche gli oneri del viaggio di ritorno sono a carico dell'Ospedale).

- Il certificato di visita necroscopica viene compilato prima del riscontro diagnostico dal Medico anatomo-patologo, mentre la scheda ISTAT viene compilata dal Medico anatomo-patologo dopo il riscontro diagnostico; certificato e scheda Istat vengono consegnati in busta chiusa da un operatore dell'Anatomia Patologica all'addetto dell'Agenzia di Onoranze Funebri scelta dai familiari per le esequie, al momento della consegna della salma, dopo il riscontro diagnostico, per il conferimento all'Ufficio di Stato Civile del Comune. Al termine del riscontro diagnostico, il Medico che l'ha richiesto, contatta l'Anatomia Patologica per avere le prime informazioni sulla causa di morte al fine di informare i familiari. Nell'attesa, la cartella clinica del paziente deve essere inviata all'ufficio DRG (che tiene in stand-by la chiusura della SDO fino all'arrivo del referto autoptico completo).
- Successivamente, al completamento degli accertamenti istologici, il Servizio di Anatomia Patologica invia al Reparto che ha richiesto il riscontro diagnostico il referto autoptico completo. Il Medico del Reparto che ha richiesto il riscontro diagnostico informa i familiari in relazione al referto autoptico completo e consegna quest'ultimo in originale alla Segreteria della Direzione Sanitaria, che a sua volta consegna all'Ufficio DRG il referto autoptico completo per l'inserimento in cartella clinica (in caso di decesso presso il Pronto Soccorso, il referto autoptico completo deve essere allegato all'originale del verbale di PS) (Medico di Reparto; Segreteria della DS; Agenzie di Onoranze Funebri; Medico Anatomo-Patologo; Servizio di Anatomia Patologica; Ufficio di DRG).

Nei giorni di chiusura della Segreteria della DS (venerdì dopo le ore 15.00, sabato e domenica e festivi), vengono seguite le indicazioni descritte all'interno della Procedura di Gestione Decessi (PG19-A) e le attività della stessa – che provvede a completare le pratiche di sua competenza– riprendono il lunedì mattina successivo o il giorno post-festivo.

25. in caso di **Giunto Cadavere per cause naturali**, il Medico di Pronto Soccorso compila il modulo "Avviso giunto cadavere", lo trasmette, insieme al *verbale di Pronto Soccorso*, alla Medicina Legale del Policlinico – che provvederà agli adempimenti successivi e ne trasmette una copia per conoscenza alla Segreteria di Direzione Sanitaria; l'originale deve essere consegnato all'Agenzia di Onoranze Funebri individuata dai familiari per il conferimento all'Ufficio di Stato Civile del Comune; il Medico infine avvisa i familiari, i quali provvedono a scegliere un'Agenzia di Onoranze di Funebri (Medico di PS);
26. la Medicina Legale del Policlinico contatta il Medico curante del paziente per verificare se quest'ultimo ha gli elementi per compilare l'ISTAT con le cause di morte; nel caso in cui il Medico curante conosca le cause di morte, quest'ultimo procede a compilare l'ISTAT e il Medico legale del Policlinico procede alla visita necroscopica presso la Struttura in cui è giunto il cadavere; se invece il medico curante non conosce le cause di morte, la Medicina Legale del Policlinico dispone il riscontro diagnostico e incarica l'Agenzia (solitamente quella scelta dai familiari) per il trasporto della salma in Medicina Legale (Medicina Legale);
27. l'Agenzia di Onoranze Funebri dovrà conferire tutta la documentazione in originale (*Avviso Giunto Cadavere, scheda ISTAT e Certificato di Visita Necroscopica*) all'Ufficio di Stato Civile del Comune (l'Agenzia di Onoranze Funebri);
28. nel caso di **Giunto Cadavere per cause in cui si ravvisa l'ipotesi di reato**, il Medico di PS deve, oltre al resto, avvisare altresì telefonicamente l'Autorità Giudiziaria e attenderne le disposizioni; deve tenere a

- disposizione in Pronto Soccorso tutta la documentazione sanitaria del paziente nel caso venga richiesta dall'Autorità Giudiziaria (es. verbale di PS con firma e timbro in originale del medico, foglio del 118, copia dell'avviso giunto cadavere) (Medico di PS);
29. nel caso in cui venga disposta l'autopsia giudiziaria, l'Agenzia di Onoranze per il trasporto della salma in Medicina Legale viene individuata dall'Autorità Giudiziaria; in questo caso l'originale del modulo "Avviso giunto cadavere", insieme al *verbale di Pronto Soccorso*, accompagna la salma in Medicina Legale e deve essere consegnato dal PS all'Agenzia incaricata dall'Autorità Giudiziaria;
  30. la restante documentazione (*scheda ISTAT, certificato di visita necroscopica*) viene compilata dal Medico legale, incaricato dall'Autorità Giudiziaria all'esecuzione dell'autopsia e viene conferita all'Ufficio di Stato Civile dall'Agenzia incaricata dai familiari per le esequie (Medico Legale);
  31. nel caso in cui l'Autorità giudiziaria non ravvisi ipotesi di reato e rilasci il nulla osta alla sepoltura (non viene disposta l'autopsia giudiziaria), la Direzione Sanitaria avvisa la Medicina Legale del Policlinico e trasmette via fax alla stessa l'atto della Procura con il nulla osta alla sepoltura (Direzione Sanitaria);
  32. più genericamente, in tutti i casi in cui si ravvisino ipotesi di reato il Medico che ha constatato il decesso compila l'*Avviso di decesso*, avvisa la Direzione Sanitaria e telefonicamente l'Autorità Giudiziaria alla quale trasmette la *denuncia di reato* che deve essere inserita in cartella clinica/allegata al verbale di PS. In questi casi e in tutti i casi di salma a disposizione dell'Autorità Giudiziaria il personale di reparto dovrà sistemare la salma in locale riservato (locale in cui è collocata la cella frigo) e non accessibile (chiuso a chiave); i familiari non possono vedere la salma e l'Agenzia di Onoranze per il trasporto della salma è individuata dall'Autorità Giudiziaria. La restante documentazione (scheda ISTAT, certificato di visita necroscopica) viene compilata dal Medico legale incaricato dall'Autorità Giudiziaria all'esecuzione dell'eventuale autopsia (Medico di Reparto; Agenzie di Onoranze Funebri; Medico Legale);
  33. in caso di **nato morto** deve essere sempre richiesto il riscontro diagnostico da parte del Medico ginecologo che ha assistito al parto, seguendo l'iter e le modalità descritte nella Procedura di Gestione Decessi (PG19-A); in particolare, il Medico ginecologico compila l'attestato di nascita con la specifica "nato morto" e consegna l'originale ai genitori, trattenendone una copia da inviare alla Segreteria della DS; il Personale di reparto dovrà sistemare il nato morto in un locale riservato (Medico ginecologico);
  34. gli Operatori del Servizio di Vigilanza dell'Ospedale, cui compete l'apertura/chiusura delle camere ardenti, effettuano sopralluoghi giornalieri presso i locali e l'area circostante, verificando il rispetto di tutte le prescrizioni e indicazioni contenute nel "Regolamento Servizio Camere Ardenti"; detti sopralluoghi possono essere intensificati in particolari momenti di iper-afflusso di salme, su richiesta della Direzione Sanitaria (Operatori del Servizio di Vigilanza; Direzione Sanitaria);
  35. il Coordinatore infermieristico o il personale infermieristico dell'Unità Operativa in cui si è avuto il decesso consegna ai familiari del deceduto la lettera informativa della Direzione Sanitaria (condoglianze) e il modulo di Delega per la formalizzazione della scelta dell'Agenzia di Onoranze Funebri (Coordinatore infermieristico/Personale infermieristico di UO);
  36. il trasferimento delle salme dalle Unità Operative/Servizi al locale vestizione e preparazione salme delle camere ardenti è a cura del Personale del Reparto che ha in carico il paziente deceduto e potrà essere effettuato mediante barella, trascorse due ore dal decesso oppure dopo eventuale esecuzione di tanatogramma (qualora effettuato); il trasporto delle salme dalle Unità Operative di Lungodegenza e Medicina Riabilitativa al locale vestizione e preparazione salme è a cura di una Ditta esterna che deve essere contattata dal Personale di Reparto e che potrà effettuare il trasporto nella fascia oraria di apertura delle Camere Ardenti; per i decessi nelle ore notturne è comunque indicato il trasporto della salma presso la sala vestizione a cura di un Infermiere di Reparto e dell'Operatore della vigilanza in turno, preventivamente contattato (Personale di Reparto; Ditta esterna; Infermiere di Reparto; Operatori del Servizio di Vigilanza);

37. nella fascia oraria 8-20, il Coordinatore infermieristico o il Personale infermieristico dell'Unità Operativa in cui si è avuto il decesso comunica al personale del Punto Informativo l'avvenuto trasferimento della salma presso le Camere Ardeni (per i trasferimenti effettuati nella fascia oraria 20-8, tale comunicazione dovrà essere effettuata al mattino successivo entro le ore 8.30) (Coordinatore infermieristico; Personale infermieristico di UO; Punto Informativo);
38. la scelta dell'Agenzia di Onoranze Funebri è completamente libera, frutto della volontà dei familiari che contattano direttamente e privatamente l'Agenzia prescelta; la scelta dell'Agenzia avviene quindi liberamente da parte dei familiari del defunto che commissionano il servizio funebre; presso il Punto informativo dell'Ospedale è disponibile un elenco telefonico per i familiari che ne avessero bisogno per l'individuazione di un' Agenzia;
39. è fatto divieto assoluto a tutto il Personale dell'Ospedale di suggerire nominativi ed indirizzi di Imprese funebri e di procurare servizi alle stesse o di fornire agli incaricati delle Agenzie di onoranze funebri qualsiasi informazione su eventuali decessi di ricoverati; la divulgazione di tali informazioni comporta responsabilità penali e disciplinari per il personale ospedaliero;
40. previsione nel Codice Etico di Ospedale di Sassuolo S.p.A. di obblighi di riservatezza relativi all'evento decesso per tutti gli operatori addetti al servizio;
41. le Agenzie sono tenute all'osservanza delle regole deontologiche di categoria; tutto il personale adibito al servizio deve essere professionalmente qualificato e costantemente aggiornato sulle tecniche di manipolazione, sulle buone pratiche di lavorazione, sull'igiene, sulla sicurezza e prevenzione in conformità a quanto previsto dal Regolamento CE n° 852/2004 e dal D.Leg. N° 81/2008;
42. è fatto divieto assoluto al personale delle Agenzie di Onoranze Funebri di chiedere informazioni al Personale ospedaliero su eventuali decessi di pazienti ricoverati in Ospedale e di effettuare trattative con i familiari del deceduto all'interno dei Reparti; è fatto altresì divieto assoluto al personale delle Agenzie di Onoranze Funebri di pubblicizzare in qualsiasi modo e con qualsiasi mezzo la propria attività all'interno dell'area ospedaliera (inclusi parcheggi e area cortiliva della Struttura ospedaliera e delle camere ardenti);
43. costante monitoraggio dei costi e dei tempi di assegnazione del servizio di camere mortuarie a una stessa impresa o gruppo di imprese;
44. in caso di salme di pazienti deceduti in Ospedale, l'accesso alle camere ardenti da parte degli addetti dell'Agenzia Funebre è possibile solo previa esibizione al Punto Informativo dell'Ospedale della delega firmata dai familiari e di un documento di identità; solo a seguito di questi adempimenti, l'Operatore del Punto Informativo dell'Ospedale potrà consegnare le chiavi della sala vestizione all'addetto dell'Agenzia Funebre (Operatori del Punto Informativo); solo il Personale di Reparto è autorizzato a fornire ai familiari il modulo di delega per la formalizzazione della scelta dell'Agenzia Funebre (Personale di Reparto);
45. in caso di trasferimento di salma o cadavere proveniente da struttura esterna all'Ospedale (abitazione, RSA, altro Ospedale, etc.) presso le camere ardenti dell'Ospedale, l'Agenzia di onoranze funebri incaricata deve richiedere l'autorizzazione alla Direzione Sanitaria, che viene concessa solo dopo la verifica della disponibilità del posto presso le camere ardenti e rilasciata dalla Segreteria della Direzione Sanitaria o dall'Ufficio Infermieristico; l'operatore reperibile della Direzione Sanitaria che autorizza la sosta della salma deve darne comunicazione al personale del Punto Informativo (Agenzie di Onoranze Funebri; Direzione Sanitaria; Segreteria della DS; Ufficio Infermieristico);
46. in caso di salme/cadaveri che provengono da struttura esterna all'Ospedale (abitazione, RSA, altro Ospedale, ecc.), non è richiesto all'Agenzia di esibire al Punto Informativo la delega dei familiari ma è sempre necessario avvisare il Punto Informativo dell'arrivo della salma/cadavere;
47. l'Agenzia di Onoranze deve compilare l'apposito registro – per tutte le salme che vengono accolte presso le camere ardenti dell'Ospedale – collocato presso il Punto Informativo dell'Ospedale specificando: nome e cognome della salma/cadavere; data di nascita/decesso; provenienza (Reparto interno, Abitazione, Struttura, altro ospedale, ecc.); denominazione dell'Agenzia che effettua il trasporto; Data e ora di

- arrivo/consegna chiavi per accedere alla sala vestizione; orario di riconsegna al Punto Informativo delle chiavi della sala vestizione ; data e ora di partenza del feretro dalle Camere Ardentì; firma dell'operatore dell'Agenzia che compila il registro (Agenzie di Onoranze Funebri);
48. il personale dell'Agenzia deve rendersi sempre identificabile e può accedere alle Camere Ardentì nelle fasce orarie di apertura del servizio, ivi trattenendosi solo per le operazioni necessarie; il personale delle Agenzie non autorizzato potrà essere allontanato in qualsiasi momento dagli operatori del Servizio di Vigilanza dell'Ospedale;
  49. al termine delle operazioni, il personale delle Agenzie di onoranze funebri deve provvedere al riordino, alla sanificazione e disinfezione dei locali, mediante i prodotti specifici forniti dall'Ospedale (Agenzie di Onoranze Funebri);
  50. è fatto obbligo a chiunque di osservare e far osservare le norme del Regolamento; le Agenzie di Onoranze Funebri autorizzate ad accedere alle Camere Ardentì si impegnano a rispettare il Regolamento in ogni suo punto, sottoscrivendo l'accettazione in calce di ogni delega;
  51. la Direzione Sanitaria dell'Ospedale di Sassuolo, qualora ne ricorrano gli estremi, segnala alle autorità competenti eventuali atti di inosservanza delle presenti disposizioni, con facoltà di procedere anche in sede disciplinare nei confronti dei propri dipendenti eventualmente inadempienti, non tollerando in alcun modo l'inosservanza, da parte di qualsiasi Agenzia funebre, delle regole contenute nel Regolamento (Direzione Sanitaria).

<i>Esistenza di procedure definite che regolano il processo</i>	Si (MOG 231 – parte speciale E)
<i>Esistenza di regole specifiche generali</i>	no
<i>I dati sono oggetto di pubblicazione in sezione società trasparente?</i>	no
<i>Eventi di rischio – indicatori</i>	Già definito nel MOG – parte speciale E
<i>Misure per eliminare o ridurre il rischio</i>	Misure già implementate: protocolli generali e specifici MOG 231;
<i>Misure per eliminare ridurre il rischio in Aesculapio</i>	Estensione dei protocolli generali e specifici MOG 231.
<i>Tempistica dell'implementazione delle misure</i>	--
<i>Sistema di monitoraggio delle misure</i>	Controlli OdV - RPC

## 5) CORRETTA GESTIONE DELLA CARTELLA CLINICA

### ruoli aziendali coinvolti

Direttore Sanitario (DS) (e/o suo delegato)  
 Segreteria DS (Direzione Sanitaria)  
 Direttore di stabilimento (e/o altri delegati)  
 Direttore di Dipartimento  
 Direttore/Responsabile di Unità Operativa (UO)  
 Unità Operativa (UO)

Medico/Infermiere competente

Coordinatore Infermieristico

Ufficio DRG (Diagnosis Related Groups)

Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)

Tutti gli Operatori coinvolti nelle attività inerenti alla gestione della documentazione clinico-sanitaria

**attività sensibili** Gestione e corretta tenuta della cartella clinica:

1. Compilazione, registrazione ed identificazione della cartella clinica

- a) Gestione degli accessi alla visione e dei rilasci di copie di cartelle cliniche e referti
- b) Chiusura delle cartelle cliniche e processo di archiviazione
- c) Gestione dei controlli e delle verifiche su corretta tenuta e conservazione della documentazione clinico-sanitaria

**protocolli preventivi**

1. puntuale rispetto delle indicazioni operative per la corretta tenuta della documentazione sanitaria, che definiscono i criteri, le modalità e le responsabilità, con particolare riferimento alla cartella clinica, nelle fasi della compilazione, consultazione, archiviazione, rilascio/consegna della stessa agli aventi diritto (Tutti gli Operatori coinvolti nelle attività inerenti alla gestione della documentazione clinico-sanitaria) (Procedura per la gestione della documentazione sanitaria e per la consegna agli utenti; Procedura per la corretta tenuta della cartella clinica);
2. adeguata gestione della documentazione sanitaria, con particolare riferimento alla tenuta della cartella clinica, al fine di garantirne la corretta compilazione da parte di tutti coloro che intervengono nel processo assistenziale del paziente, l'adeguata conservazione e la pronta disponibilità della cartella per tutti gli operatori, il paziente e per quanti, anche se non operatori sanitari, possono avere accesso alla consultazione della stessa (Tutti gli Operatori coinvolti nelle attività inerenti alla gestione della documentazione clinico-sanitaria);
3. le indicazioni operative per la corretta tenuta della documentazione sanitaria si applicano alle cartelle cliniche in uso presso tutte le Unità Operative che effettuano attività di ricovero dei pazienti e/o prestazioni ambulatoriali (Unità Operative); alla Direzione Sanitaria che ha compiti di vigilanza e controllo (Direzione Sanitaria); agli Uffici addetti al rilascio, alla consultazione e all'archiviazione della documentazione sanitaria (Segreteria DS; Ufficio DRG; URP);
4. corretta identificazione della cartella clinica, che deve essere contrassegnata da un numero unico per l'intero Ospedale (c.d. codice nosologico) e non sono ammesse numerazioni interne assegnate dalle singole UO alla parte di cartella di propria competenza (Tutti gli Operatori coinvolti nelle attività inerenti alla gestione della documentazione clinico-sanitaria);
5. fedele registrazione – all'interno della cartella clinica – di quanto attuato sul paziente (c.d. processo di cura), con compilazione delle varie sezioni previste dalla cartella (es. procedure diagnostiche, terapeutiche/assistenziali, riabilitative, diario clinico, referti, acquisizione del consenso/dissenso informato, informative e dichiarazioni di volontà del paziente ricoverato, etc.); identificazione dell'operatore tramite apposizione di firma leggibile e/o firma e timbro, sigla depositata; identificazione dell'autore della registrazione, quindi del professionista sanitario intervenuto con finalità clinico-assistenziali nel corso dell'episodio del ricovero (es. medici, infermieri, specializzandi, ostetriche, fisioterapisti, etc.) (Unità Operativa; Medico/Infermiere competente);
6. l'accesso alla visione e il rilascio di copie di cartelle cliniche sono regolati dall'art. 15 del "Regolamento di accesso alla documentazione amministrativa aziendale" approvato con Delibera del Direttore Generale n. 99 del 19 giugno 2007, dal "Regolamento Aziendale vigente di accesso alle cartelle cliniche" (come da Delibera n. 2372 del 29 dicembre 1995 – Modificato dall'art. 3 "Lettera del Direttore Sanitario") e dai

Regolamenti Aziendali in materia di *privacy*, che definiscono l'elenco dei soggetti abilitati alla richiesta di visione o al rilascio di copie (Segreteria DS; Ufficio DRG; URP);

7. i documenti e le informazioni contenute nella cartella clinica devono rispondere ai seguenti requisiti:
  - rintracciabilità: possibilità di risalire a tutte le attività, agli esecutori, ai materiali e ai documenti che costituiscono le componenti dell'episodio di ricovero, dall'ammissione alla dimissione della persona assistita; per ogni singola registrazione, nella documentazione sanitaria devono essere identificabili il momento dell'accadimento con data e ora e l'autore della registrazione, come da disposizioni aziendali;
  - pertinenza: correlazione delle informazioni riportate in cartella rispetto alle esigenze informative definite;
  - chiarezza: intelligibilità di grafia ed esposizione;
  - veridicità: dati ed eventi devono essere annotati contestualmente al loro verificarsi o nell'immediata successione degli stessi (attualità e tempestività delle annotazioni); la cartella clinica deve essere integra; i dati identificativi del soggetto che rappresenta la fonte delle informazioni riportate – se diverso dal paziente – devono essere specifiche; i fatti, gli atti eseguiti e le informazioni attinenti al processo di cura e al percorso assistenziale devono essere pertinenti; i referti devono essere allegati alla cartella, senza trascrizione dei risultati degli esami;
  - completezza: esaustivo inserimento in cartella di tutti gli elementi/moduli che la compongono;
8. la chiusura della cartella deve essere effettuata nel più breve tempo possibile, compatibilmente con il tempo necessario all'acquisizione dei referti di tutti gli esami effettuati nel corso del ricovero, ma non ancora pervenuti al momento della dimissione e per la compilazione della SDO; in caso di referti di accertamenti pervenuti successivamente alla dimissione del paziente, gli stessi devono essere visionati dal medico di UO responsabile del caso che ne darà tempestiva comunicazione all'interessato, provvedendo altresì ad inserirli in cartella prima della chiusura della stessa (Medico competente; Direttore/Responsabile di UO);
9. alla conclusione dell'episodio di ricovero, il Direttore/Responsabile di UO che dimette il paziente (o un suo delegato) – prima della consegna della cartella clinica ai fini dell'archiviazione – deve esaminare e firmare la cartella clinica, attestandone la regolare compilazione e correttezza (Direttore/Responsabile di UO);
10. la chiusura della cartella clinica deve prevedere una fase di verifica e di autovalutazione circa la corretta compilazione e completezza della stessa da parte del Direttore/Responsabile dell'UO (o un suo delegato); nel caso in cui, in esito a tale verifica, emerga l'evidenza di sezioni non compilate o compilate inadeguatamente, di referti o di altra documentazione mancante ovvero di qualsivoglia altra non conformità, sarà compito del Direttore/Responsabile di UO provvedere ai necessari correttivi, nel rispetto dei criteri di rintracciabilità, chiarezza, veridicità e completezza (Direttore/Responsabile di UO);
11. sono previste le seguenti verifiche: verifiche trimestrali presso le Unità Operative, riguardanti la corretta tenuta e la conservazione delle cartelle cliniche (Direttore/Responsabile di UO); controllo a campione (non inferiore al 5%) per ogni UO (Direttore/Responsabile di UO); periodici audit dipartimentali in cui vengono mostrati – per ogni UO – i risultati delle indagini svolte, vengono definiti obiettivi e eventuali correttivi per il trimestre successivo in ogni Dipartimento; collegamento di tali attività a incentivi/disincentivi di budget; subordinazione della verifica dei Direttori/Responsabili di UO anche alle attività relative alla corretta compilazione e tenuta delle cartelle cliniche e della documentazione sanitaria (Direttore di stabilimento; Direttore Sanitario);
12. terminata la compilazione della cartella clinica da parte dell'Unità Operativa e conclusi i controlli effettuati dall'Ufficio di DRG, la cartella viene presa in carico dalla Segreteria della Direzione Sanitaria, che la traccia prima nel proprio archivio e successivamente la archivia fisicamente (UO; Ufficio di DRG; Segreteria della DS);

13. l'archiviazione della cartella clinica è di competenza dell'UO di dimissione del paziente (fino alla permanenza della cartella in reparto (Unità Operativa); dell'archivio centralizzato (dal momento dell'arrivo della cartella in archivio), in specie la Segreteria della DS;
14. il **Direttore Sanitario** ha una responsabilità generale sull'archiviazione e sulla conservazione delle cartelle dopo la loro chiusura presso l'archivio centralizzato; effettua una vigilanza di tipo generale sul rispetto dell'integrità e della completezza della documentazione clinica, attraverso l'uso di specifiche procedure in cui si sostanzia l'attività di vigilanza; dichiara la conformità delle copie della documentazione clinica consegnate agli aventi diritti (Direttore Sanitario);
15. il **Direttore di stabilimento** ha una responsabilità generale sull'archiviazione e sulla conservazione delle cartelle dopo la loro chiusura presso l'archivio di stabilimento; effettua una vigilanza di tipo generale sul rispetto dell'integrità e della completezza della documentazione clinica, attraverso l'uso di specifiche procedure in cui si sostanzia l'attività di vigilanza; dichiara la conformità delle copie della documentazione clinica consegnate agli aventi diritti (Direttore di stabilimento);
16. il **Direttore/Responsabile di UO** vigila sull'integrità e sulla completezza della documentazione clinica con verifica alla chiusura della medesima; supervisiona la corretta tenuta della cartella clinica tramite idonei strumenti (es. audit, verifiche periodiche e/o a campione); è responsabile della corretta conservazione in reparto della cartella clinica (Direttore/Responsabile di UO);
17. il **Medico/Infermiere competente** è responsabile della corretta e completa compilazione relativa agli atti compiuti personalmente sul paziente e della registrazione degli eventi osservati durante il proprio turno;
18. il **Coordinatore Infermieristico** ha la corresponsabilità – unitamente al Direttore/Responsabile di UO – della corretta conservazione in reparto della cartella clinica; supervisiona e vigila sulla corretta compilazione della parte infermieristica della cartella clinica.

<i>Esistenza di procedure definite che regolano il processo</i>	Si (MOG 231 – parte speciale E)
<i>Esistenza di regole specifiche generali</i>	no
<i>I dati sono oggetto di pubblicazione in sezione società trasparente?</i>	no
<i>Eventi di rischio – indicatori</i>	Già definito nel MOG – parte speciale E
<i>Misure per eliminare o ridurre il rischio</i>	Misure già implementate: protocolli generali e specifici MOG 231;
<i>Misure per eliminare ridurre il rischio in Aesculapio</i>	Estensione dei protocolli generali e specifici MOG 231.
<i>Tempistica dell'implementazione delle misure</i>	--
<i>Sistema di monitoraggio delle misure</i>	Controlli OdV - RPC

## 6) CORRETTA GESTIONE E TRASPARENZA DELLE LISTE DI ATTESA

### **ruoli aziendali coinvolti**

Responsabile CIP, Ufficio specialistico ambulatoriale, Centralino e Front Office (in breve, Responsabile di settore, RS)

CIP (Centro Interno di Prenotazione)

CUP (Centro Unico delle Prenotazioni)

Ufficio specialistico ambulatoriale

Centralino e Front Office

Primario di Reparto

Caposala di Reparto

Medico competente/di Reparto

Qualsiasi operatore appartenente al Reparto

Operatori addetti alle liste di attesa

### **attività sensibili e reati astrattamente ipotizzabili**

- a) Gestione dei calendari di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali
- b) Gestione e trasparenza delle liste di attesa

### **protocolli preventivi**

1. gestione e prenotazione, tramite il sistema informatizzato CUP (Centro Unico delle Prenotazioni), delle visite per piccole prestazioni ambulatoriali, che non comportano ricovero ospedaliero e dipendono dall'Ausl (visite di "primo livello"). Il CUP rientra nel SSN e l'Ospedale di Sassuolo fornisce un servizio alla Regione. L'Ospedale non tiene la lista di attesa delle visite che dipendono dal CUP e le visite inserite nel CUP vengono smistate in tutte le strutture sotto l'Ausl di riferimento. Per le prenotazioni tramite CUP è stato predisposto specifico protocollo organizzativo dell'Ausl di Modena (Regolamentazione della gestione dei calendari di prenotazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali);
2. gestione e prenotazione, tramite il sistema informatizzato CIP (Centro Interno di Prenotazione), delle sole visite interne all'Ospedale successive alla prima, avvenuta tramite CUP (visite di "secondo livello"). Le visite inserite nel CIP vengono eseguite solo all'interno dell'Ospedale di Sassuolo. La registrazione e la prenotazione delle visite sono informatizzate in un sistema operativo condiviso con l'Ausl;
3. previsione di un monitoraggio periodico dell'attività di prenotazione; l'Ausl effettua – ogni 5/6 mesi – un controllo a campione, analizzando i tempi di attesa di alcune prestazioni, confrontando la data di richiesta della prestazione da parte del paziente e la data di fissazione della stessa;
4. l'accesso al sistema informatizzato CIP è consentito solo agli operatori accreditati tramite personali UserID e password identificative. Il sistema informatizzato rileva eventuali prestazioni "forzate" che non rispettino le liste di attesa, dandone evidenza. Eventuali spostamenti devono essere giustificati e registrati. Le visite di secondo livello (prenotate tramite CIP) vengono fissate anche a seconda delle prescrizioni del medico e del tipo di controllo che deve essere effettuato. Gli unici casi che possono giustificare uno scostamento sull'ordine delle visite riguardano le urgenze. Gli operatori che accedono e lavorano contemporaneamente sul sistema di inserimento delle visite nel CIP, effettuano un controllo reciproco immediato;
5. tutte le visite effettuate tramite prenotazioni CUP e CIP rientrano nelle prestazioni del SSN;
6. ogni prenotazione – sia per il CUP sia per il CIP – riporta il codice dell'operatore e la data in cui è avvenuto l'intervento sul sistema. Ogni accesso ed ogni prenotazione rimangono tracciati;
7. funzionalità di allineamento fra CUP provinciale e sistema di programmazione dell'attività dell'Ospedale di Sassuolo: dal sistema CUP provinciale devono essere scaricate sul sistema di programmazione dell'attività di Sassuolo, in ragione giornaliera, le agende relative agli erogatori di Sassuolo; per costruzione, le agende del CUP provinciale non possono essere sovrapposte a quelle di Sassuolo;

8. inserimento di un paziente in lista di attesa da parte del Medico di Reparto (oppure un Medico di Equipe), previa verifica dei criteri di ammissibilità o mediante visita del paziente (o in altri modi); il Medico produce così una voce aggiuntiva della lista di attesa per ricovero; la prenotazione di ricovero deve contenere almeno i seguenti elementi essenziali: numero di prenotazione, data di immissione in lista d'attesa, estremi anagrafici del paziente in attesa, data presunta di ingresso, patologia per la quale si attende il ricovero, il medico che ha immesso il paziente in lista, livello di urgenza, etc. (Medico competente/di Reparto);
9. la lista di attesa deve essere considerata una delle possibili tipologie di contatto; specificando l'identificativo della posizione in lista di attesa sarà possibile erogare determinate prestazioni che presuppongono l'esistenza di un contatto con la struttura;
10. segnalazione – quando si libera un posto in Reparto o quando esistono altri prerequisiti, da parte del Medico di Reparto al Caposala della necessità di convocazione del paziente, scegliendolo dalla lista in base a determinati criteri predefiniti (ad es. codice di gravità, ordine cronologico di messa in lista, etc.) (Medico competente/di Reparto); convocazione del paziente da parte del Caposala di Reparto (Caposala di Reparto); disposizione del ricovero da parte del Medico di Reparto, il quale produce la c.d. “base di ricovero” (che comprende almeno i seguenti dati: estremi anagrafici del paziente, diagnosi di ingresso, tipologia di ricovero, data di disposizione del ricovero, etc.); all'atto della disposizione del ricovero viene compilata la data di accettazione sulla prenotazione di ricovero al fine di calcolare, a posteriori, il tempo medio di permanenza in lista dei pazienti (Medico competente/di Reparto);
11. possibilità, per il Medico di Reparto, di variare in qualsiasi momento le informazioni contenute in una prenotazione di ricovero (ad es. può essere variata l'urgenza del caso se le condizioni di salute del paziente sono cambiate, può essere cancellata una posizione se il paziente rinuncia alla prenotazione, etc.) (Medico competente/di Reparto); registrazione di tutte le variazioni alle liste di attesa e di chi ha apportato tali modifiche, al fine di poter ricostruire la storia della lista di attesa da parte della Direzione Sanitaria;
12. consultazione delle liste di attesa per ricovero del Reparto, da parte di qualsiasi appartenente al Reparto stesso ed in qualsiasi momento (Qualsiasi operatore appartenente al Reparto);
13. in caso di accettazione del paziente prenotato, il Medico ricerca e seleziona il paziente nella lista dei prenotati del giorno; nel caso in cui il paziente posseda già una cartella ambulatoriale, viene aperta tale cartella; nel caso in cui, invece, si tratti di un primo contatto con la struttura, verrà creata una nuova cartella (Medico di Reparto);
14. la Direzione Sanitaria si occupa del monitoraggio dell'organizzazione delle sale operatorie da parte dei Medici che operano come liberi professionisti; calendarizzazione dei giorni in cui i liberi professionisti possono usufruire delle sale operatorie; se i liberi professionisti utilizzano le sale operatorie come “marcati”, maturando ore come dipendenti dell'Ospedale, necessità di comunicare alla Direzione Sanitaria le attività svolte in orario da dipendenti come libero professionisti e decurtazione dallo stipendio delle ore così impiegate (Direzione Sanitaria); controlli incrociati effettuati dalla Direzione Sanitaria, volti alla verifica delle attività esercitate dai liberi professionisti durante l'orario di lavoro come operanti del SSN (Direzione Sanitaria);
15. gli interventi effettuati in libera professione possono essere effettuati solo nei giorni della settimana a ciò riservati; in caso di necessità di intervento in libera professione, compatibilmente con la disponibilità delle sale operatorie, in giorno/orario diverso da quelli stabiliti a calendario, la Direzione Sanitaria può esprimere il proprio consenso al Medico di Reparto, salvo che siano stati eseguiti e terminati gli interventi prenotati tramite SSN e salvo che il professionista non risulti “marcato” mentre esercita la libera professione (Medico competente/di Reparto; Direzione Sanitaria);
16. le procedure per la gestione delle liste di attesa, delle visite ambulatoriali e dei controlli sono conformi alle procedure dell'Ausl, la quale richiede all'Ospedale di Sassuolo la disponibilità di un numero determinato di interventi e visite, fornito dall'Ospedale in base alla disponibilità dei Medici dei Reparti; le liste operatorie

vengono stilate anche in base alle priorità di intervento indicate nelle schede dei singoli pazienti dal Primario del Reparto, unitamente all'Operatore addetto alle liste di attesa (Primario di Reparto; Operatori addetti alle liste di attesa).

<i>Esistenza di procedure definite che regolano il processo</i>	Si (MOG 231 – parte speciale E)
<i>Esistenza di regole specifiche generali</i>	no
<i>I dati sono oggetto di pubblicazione in sezione società trasparente?</i>	no
<i>Eventi di rischio – indicatori</i>	Già definito nel MOG – parte speciale E
<i>Misure per eliminare o ridurre il rischio</i>	Misure già implementate: protocolli generali e specifici MOG 231;
<i>Misure per eliminare ridurre il rischio in Aesculapio</i>	Estensione dei protocolli generali e specifici MOG 231.
<i>Tempistica dell'implementazione delle misure</i>	--
<i>Sistema di monitoraggio delle misure</i>	Controlli OdV - RPC

## 7) MARKETING E LIBERE PROFESSIONI

### ruoli aziendali coinvolti

Ufficio Marketing e Libera Professione

Responsabile Marketing e Libera Professione

Dirigenti Medici, altre professionalità del ruolo sanitario (farmacisti, biologi, chimici, fisici e psicologi), dipendenti AUSL in stato di comando, dipendenti dell'Ospedale di Sassuolo S.p.A. e liberi professionisti a contratto con l'Ospedale di Sassuolo S.p.A. a cui si applica il "Regolamento Libera Professione Ospedale di Sassuolo"

### attività sensibili

- a) Gestione delle visite gratuite/a pagamento
- b) Effettuazione in regime di libera professione di prestazioni erogabili
- c) Autorizzazioni all'effettuazione in regime libero-professionale di prestazioni non erogabili
- d) Esecuzione di prestazioni in libera professione/in orario di lavoro "marcato"
- e) Incasso e liquidazione dei proventi
- f) Verifiche e controllo sullo svolgimento delle attività istituzionali
- g) Sponsorizzazione dell'attività di formazione

### protocolli preventivi

concreti, ovvero:

1. per attività Libero Professionale Intramuraria (intramoenia) s'intende l'attività che i dirigenti medici, veterinari e sanitari svolgono, previa autorizzazione, al di fuori dell'orario di lavoro e delle attività previste dall'impegno di servizio. L'attività di Libera Professione Intramuraria, che si aggiunge all'offerta istituzionale, è disciplinata dalla normativa nazionale, regionale ed aziendale. Scegliendo l'attività in libera professione il cittadino può chiedere l'esecuzione delle prestazioni ambulatoriali e/o di ricovero ad un professionista o ad una équipe di sua fiducia; le prestazioni sono soggette al pagamento di una tariffa,

- definita dal professionista d'intesa con l'Ospedale di Sassuolo ed una percentuale della tariffa viene trattenuta dall'Ospedale di Sassuolo a copertura dei costi;
2. le disposizioni del Regolamento Libera Professione Ospedale di Sassuolo, in fase di aggiornamento, si applicano ai Dirigenti Medici ed alle altre professionalità del ruolo sanitario (farmacisti, biologi, chimici, fisici e psicologi), ai dipendenti AUSL in stato di comando, ai dipendenti dell'Ospedale di Sassuolo S.p.A. e, con le opportune specificità, ai liberi professionisti a contratto con la Ospedale di Sassuolo S.p.A.;
  3. l'attività libero-professionale intramuraria è esercitata nelle forme previste dal Regolamento Libera Professione Ospedale di Sassuolo e, possono essere erogate in regime libero-professionale le prestazioni del nomenclatore aziendale della specialistica ambulatoriale, in quanto di norma erogate nell'ambito dell'attività di istituto, comprese le prestazioni fuori LEA, purché rientranti nella medicina convenzionale, e le prestazioni ricomprese nell'ambito di Progetti Regionali. L'effettuazione in regime libero-professionale di prestazioni non erogabili a carico del Servizio Sanitario Nazionale o caratterizzate da altissima specializzazione o da elevato costo, deve essere preventivamente autorizzata con il parere favorevole del Collegio di Direzione e delle OO.SS maggiormente rappresentative della Dirigenza Medica-Veterinaria e Sanitaria a livello aziendale;
  4. non sono invece erogabili in regime libero-professionale le attività previste per le emergenze e le attività di pronto soccorso, le prestazioni con caratteristiche cliniche/organizzative di emergenza o di urgenza non differibile, i ricoveri nei reparti di emergenza, di terapia intensiva e semintensiva e le prestazioni erogate per attività di trapianto e di emodialisi;
  5. l'attività libero professionale, comunque classificata, ivi compresa l'attività di consulenza svolta in regime di convenzione, non deve essere in contrasto con i compiti di istituto, non deve creare conflitto con gli interessi dell'Azienda, non può comportare per il personale medesimo un impegno orario superiore all'orario di lavoro contrattualmente dovuto ed un volume di attività superiore a quella assicurata in regime istituzionale, è organizzata in modo da rendere ottimale l'utilizzo degli spazi e delle attrezzature e da garantire parità di accesso ai professionisti interessati;
  6. precisazione nella richiesta di autorizzazione allo svolgimento di attività extra impiego dell'eventuale ruolo quale membro di una commissione di gara nell'ambito dell'ospedale;
  7. preventiva e periodica verifica della sussistenza dei requisiti necessari allo svolgimento dell'attività libero professionale intramuraria (anche per quella da svolgersi presso studi professionali in rette) (UALP);
  8. negoziazione dei volumi di attività in attività libero professionale intramuraria in relazione agli obiettivi istituzionali;
  9. ricognizione e verifica degli spazi utilizzabili per lo svolgimento dell'attività libero professionale intramuraria tra quelli afferenti al patrimonio immobiliare dell'Ospedale;
  10. fermo restando il principio che la libera professione viene espletata al di fuori dell'orario di lavoro e fatte salve le necessità istituzionali, l'attività libero professionale non può essere prestata nelle seguenti situazioni: a) malattia ed infortunio; b) aspettative, congedi per gravi patologie/handicap; c) guardia attiva e pronta disponibilità; d) permessi e distacchi politici e sindacali; e) riposi compensativi e pur sempre nel rispetto della normativa di legge e di contratto relative alla protezione e sicurezza della salute dei lavoratori; f) sciopero; g) ferie; h) rischio radiologico e anestesilogico; i) sospensione dal servizio; j) istituti normativi che prevedono la riduzione dell'orario di lavoro; k) congedi per maternità/paternità; l) permessi (retribuiti e non retribuiti) previsti da norme e contratti ovvero quando gli operatori sanitari che erogano o partecipano all'erogazione della prestazione siano soggetti ad impedimenti che, per precisi vincoli normativi, precludono non solo lo svolgimento dell'attività ordinaria, ma anche la stessa permanenza – seppur volontaria – negli ambienti di lavoro in quanto potenziali fonti di rischi e/o di pregiudizi per l'accertato stato di idoneità. L'attività libero-professionale non potrà comunque essere esercitata nelle situazioni in cui si pone in contrasto con la normativa e il CCNL vigenti;

11. l'attività libero professionale non può essere svolta in favore di soggetti pubblici o privati nei confronti dei quali il professionista eserciti funzioni di vigilanza o di controllo o funzioni di ufficiale di polizia giudiziaria;
12. durante l'esercizio dell'attività libero-professionale non sono consentiti: l'uso del ricettario unico nazionale; l'attivazione di procedure di accesso alle prestazioni S.S.N. difformi da quanto previsto dalla normativa vigente;
13. per il pagamento delle prestazioni effettuate in libera professione è fatto divieto al professionista di incassare direttamente i proventi;
14. l'attività libero-professionale intramuraria ambulatoriale è svolta dai Dirigenti Sanitari al di fuori dell'orario di lavoro e dello svolgimento delle attività previste dall'impegno di servizio; il Dirigente Sanitario nello svolgimento dell'attività libero professionale al di fuori dell'orario di servizio è tenuto ad apposita rilevazione oraria distinta da quella istituzionale. Ove ragioni tecniche od organizzative, preventivamente individuate, e comunque eccezionali non consentano l'effettuazione delle prestazioni in regime libero-professionale al di fuori dell'orario di lavoro il Direttore della macrostruttura di appartenenza ne autorizza l'effettuazione in orario di lavoro. Congiuntamente alla liquidazione dei compensi verrà comunicato al dirigente interessato il numero di ore da rendere all'Azienda, calcolato con riferimento allo specifico tempario aziendale o, laddove la tipologia delle prestazioni non lo consenta (es. patologia clinica) alla tariffa oraria prevista dall'art. 14 CCNL 2002-2005 per la libera professione aziendale;
15. l'attività di sala operatoria collegata al regime di ricovero ordinario o di day hospital è svolta al di fuori dell'orario di lavoro; qualora per motivi organizzativi non fosse possibile effettuare sedute di libera professione distinte da quelle istituzionali, congiuntamente alla liquidazione dei compensi verrà comunicato al dirigente interessato il numero di ore da rendere all'Azienda, calcolato con riferimento alla durata dell'intervento indicata nel registro operatorio;
16. i proventi dell'attività libero professionale sono liquidati previa verifica positiva dell'assolvimento del debito orario istituzionale;
17. in sede di definizione annuale del budget sono negoziati con i dirigenti responsabili delle équipe interessate, nel rispetto dei tempi concordati, i volumi di prestazioni istituzionali che, in relazione alle risorse assegnate, devono essere comunque assicurati; di conseguenza vengono concordati con i singoli dirigenti e con le équipe interessate i volumi di prestazioni libero-professionali intramurarie che, comunque, non possono superare i volumi di prestazioni istituzionali assicurati e neppure comportare un impegno orario superiore a quello contrattualmente dovuto;
18. i piani di lavoro predisposti periodicamente dai responsabili delle strutture, allo scopo di dare attuazione coordinata alle disposizioni in materia di orario di lavoro e di impegno di servizio del personale dirigente, oltre a precisare l'articolazione dei tempi di lavoro e delle attività in relazione agli obiettivi, ai programmi da realizzare ed alle esigenze ordinarie e di emergenza, devono definire: l'articolazione oraria per soddisfare le prestazioni di attività istituzionale; l'articolazione delle attività libero-professionali e dei relativi orari in modo da garantire l'accesso alla stessa a tutto il personale che svolge attività libero professionale; gli spazi destinati allo svolgimento di attività libero-professionale, individuati anche come disponibilità temporale degli stessi; la domanda di autorizzazione, sia per l'attività ambulatoriale, individuale o di équipe, sia per l'attività di ricovero, è presentata dagli aventi titolo all'Ufficio Aziendale Libera Professione, che predispone il provvedimento autorizzatorio a firma del Direttore Sanitario, acquisito il parere del Direttore Generale; nella domanda devono essere specificati: i giorni e gli intervalli orari proposti per lo svolgimento dell'attività; la sede in cui si intende svolgere l'attività; le prestazioni ed i relativi onorari;
19. la richiesta di consulto, con indicazione dei dati identificativi del paziente, del giorno, e dell'orario in cui deve essere reso, deve pervenire, al direttore dell'Ospedale di Sassuolo, che provvederà a rilasciare l'autorizzazione;
20. obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP dell'Ospedale con gestione delle agende dei professionisti in relazione alla gravità della patologia;

21. verifica periodica del rispetto dei volumi concordati in sede di autorizzazione;
22. per l'attività di ricovero, la valutazione delle prestazioni e la coerenza con l'attività programmata è riferita anche alla tipologia ed alla complessità degli interventi effettuati;
23. aggiornamento periodico delle liste di attesa istituzionali;
24. previsione nel regolamento aziendale di una disciplina dei ricoveri in regime di libera professione;
25. l'Azienda costituisce una funzione a supporto dell'attività libero professionale denominata Ufficio Aziendale Libera Professione (UALP), con funzioni di indirizzo, gestione e di marketing, al fine di coordinare e omogeneizzare tutte le competenze connesse alla progettazione, gestione, rilevazione e controllo della attività libero – professionali erogate dall'Azienda (Responsabile Marketing e Libera Professione);
26. il sistema informativo garantisce la tracciabilità dell'intero percorso della libera professione con particolare riferimento alla libera professione ambulatoriale individuale e di equipe;
27. utilizzo di un sistema di gestione informatica dell'attività libero professionale intramuraria dalla prenotazione alla fatturazione;
28. spetta al Direttore Sanitario, tramite i Direttori di macrostruttura (Presidio, Distretti, DSP, DSM), i Direttori dei Dipartimenti Ospedalieri e delle Unità Operative, ciascuno per l'area di competenza, vigilare sull'attività istituzionale dei propri collaboratori affinché non subisca interferenze dall'attività libero professionale dei Dirigenti autorizzati ad esercitarla;
29. i Direttori di U.O./Servizio/Dipartimento, qualora ravvisino, da parte dei propri collaboratori, irregolarità nello svolgimento dell'attività ne informano il Direttore della Macrostruttura di appartenenza del professionista per l'adozione di ogni necessaria iniziativa;
30. l'UALP, il Servizio Economico Finanziario, la Direzione di Struttura, il Servizio Personale, il SIA svolgono attività di supporto ai controlli effettuati nonché attività di specifico controllo e verifica per gli aspetti di competenza;
31. l'UALP supporta la Commissione aziendale di verifica e promozione dell'attività professionale (vedi art.30) nell'assolvimento delle sue funzioni di vigilanza e controllo e provvede inoltre a coordinare la predisposizione di una reportistica periodica sugli esiti dei controlli effettuati, da portare a conoscenza della Commissione Aziendale di verifica e promozione dell'attività Libero Professionale, del Collegio di Direzione e delle OO.SS maggiormente rappresentative a livello aziendale della Dirigenza Medico-Veterinaria e Sanitaria;
32. qualora la formazione dei professionisti sita sponsorizzata con fondi provenienti da imprese private, la richiesta di sponsorizzazione deve essere indirizzata direttamente alla Direzione Sanitaria e non ai singoli professionisti. Dette richieste non devono mai essere nominative ma deve essere l'Ospedale ad indicare e autorizzare i dipendenti idonei a beneficiarne, in relazione al ruolo organizzativo e al fabbisogno formativo;
33. le risorse derivanti dalle sponsorizzazioni sono utilizzate attraverso l'istituzione di un fondo dedicato alla formazione dei professionisti, da gestire secondo criteri di rotazione, imparzialità e con modalità che garantiscano la piena trasparenza.

<i>Esistenza di procedure definite che regolano il processo</i>	Si (MOG 231 – parte speciale E)
<i>Esistenza di regole specifiche generali</i>	no
<i>I dati sono oggetto di pubblicazione in sezione società trasparente?</i>	no
<i>Eventi di rischio – indicatori</i>	Già definito nel MOG – parte speciale E

<i>Misure per eliminare o ridurre il rischio</i>	Misure già implementate: protocolli generali e specifici MOG 231;
<i>Misure per eliminare ridurre il rischio in Aesculapio</i>	Rischio non rilevato
<i>Tempistica dell'implementazione delle misure</i>	--
<i>Sistema di monitoraggio delle misure</i>	Controlli OdV - RPC

## 6. Altre iniziative per la prevenzione della corruzione

### 6.1 Inconferibilità e incompatibilità ex d.lgs. n. 39/2013

Il d.lgs. 39/2013 recante "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190", ha introdotto, una serie articolata e minuziosa di cause di inconferibilità e incompatibilità con riferimento agli incarichi amministrativi di vertice, agli incarichi dirigenziali o di responsabilità, interni e esterni, nelle Pubbliche Amministrazioni e negli enti di diritto privato in controllo pubblico ed agli incarichi di amministratore di ente di diritto privato in controllo pubblico. Scopo della norma è evitare che incarichi che richiedono imparzialità e distanza da interessi particolari siano affidati a soggetti che, per la provenienza o per precedenti comportamenti tenuti, possano far dubitare della propria personale imparzialità.

Ai sensi dell'art. 17 del citato decreto, gli atti di conferimento di incarichi adottati in violazione delle disposizioni ivi contenute ed i relativi contratti sono nulli.

Il successivo art. 19, con riferimento, invece, ai casi di incompatibilità, prevede la decadenza dall'incarico e la risoluzione del relativo contratto, di lavoro subordinato o autonomo, decorso il termine perentorio di quindici giorni dalla contestazione all'interessato, da parte del RPC, dell'insorgere della causa di incompatibilità.

Nei casi in cui siano stati conferiti incarichi dichiarati nulli ai sensi dell'art. 17 sopra richiamato, l'art. 18 prevede per coloro che si sono resi responsabili della violazione del divieto in parola, l'impossibilità per i tre mesi successivi alla dichiarazione di nullità dell'atto, di conferire gli incarichi di propria competenza. Detta sanzione inibitoria si accompagna alle responsabilità per le conseguenze economiche degli atti adottati, espressamente richiamate dalla disposizione de qua.

Come indicato dalla determina ANAC n. 833/2016, La vigilanza sull'osservanza delle norme in materia di inconferibilità e incompatibilità è demandata al responsabile della prevenzione della corruzione e alla Autorità nazionale anticorruzione.

Ospedale di Sassuolo S.p.A., in aggiunta alle prescrizioni della norma in esame, prevede statutariamente ulteriori cause di ineleggibilità/incompatibilità relativamente alla carica di amministratore, oltre a specifici limiti al cumulo delle cariche.

#### 6.1.1 Inconferibilità

Nel quadro sopra delineato, l'inconferibilità viene introdotta come misura ai sensi della quale l'eventuale

comportamento viziato da interessi impropri viene evitato con il divieto di accesso all'incarico. Il d.lgs. 39/2013 stabilisce, infatti, che per inconferibilità si debba intendere: la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi previsti dal presente decreto a coloro che abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, a coloro che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi, a coloro che siano stati componenti di organi di indirizzo politico.

E', dunque, una misura caratterizzata dalla temporaneità: essa, infatti, non mira ad un'esclusione permanente dal conferimento dell'incarico, ma ad impedire che il soggetto che si trovi in una posizione tale da comprometterne l'imparzialità, acceda all'incarico senza soluzione di continuità; invero, decorso un adeguato periodo di tempo fissato dalla norma (cd. "di raffreddamento"), la condizione ostativa viene meno e l'incarico torna solitamente conferibile a quel soggetto.

Trattasi, dunque, di misure generali e preventive, che Ospedale di Sassuolo S.p.A. applica:

- agli incarichi conferiti ai membri del Consiglio di Amministrazione
- ai Dirigenti con contratto di lavoro subordinato
- agli incarichi di consulenza e collaborazione di cui all'art. 3, c. 6, d.lgs. 39/2013.

Ai fini dell'accertamento della sussistenza o meno delle cause di inconferibilità i membri del Consiglio di Amministrazione, i Dirigenti, i Consulenti/Collaboratori all'atto dell'accettazione della carica all'atto dell'assunzione o della nomina all'atto della stipula del contratto forniscono alla struttura aziendale competente la dichiarazione sostitutiva di certificazione dell'insussistenza delle cause di inconferibilità di cui al d.lgs. 39/2013, resa nei termini e alle condizioni dell'art. 46 del d.P.R. 445/2000.

Tali dichiarazioni sono rinnovate annualmente, entro il 31 gennaio di ogni anno per tutta la durata dell'incarico/contratto o su specifica richiesta del Responsabile della prevenzione della corruzione, il quale, al fine di effettuare le verifiche di competenza, può chiedere che la Società fornisca anche il certificato dei carichi pendenti e il certificato del casellario giudiziale del singolo Amministratore/Dirigente/Consulente o Collaboratore.

Le dichiarazioni sono inoltre pubblicate nella sezione Società Trasparente del sito internet della Società, ai sensi dell'art. 20 del d.lgs. 39/2013 ed in ottemperanza a quanto definito in merito nel P.T.

In caso di sussistenza di cause di inconferibilità, la Società si astiene dal conferire l'incarico/stipulare il contratto.

Qualora la situazione di inconferibilità insorga successivamente:

- la Società da tempestiva comunicazione al R.P.C. in merito alla situazione di inconferibilità che dovesse emergere dalle dichiarazioni di cui sopra o di cui la Società stessa dovesse venire a conoscenza nel corso dello svolgimento dell'incarico/contratto;
- una volta ricevuta la comunicazione di cui al precedente punto o, comunque, qualora dovesse venire a conoscenza dell'esistenza/insorgenza della causa di inconferibilità, il R.P.C., previa informativa al Responsabile Risorse Umane, procede ad effettuare la contestazione formale ai sensi dell'art. 15, c. 1, del d.lgs. 39/2013;
- qualora, a seguito della contestazione e del contraddittorio che ne dovesse seguire, sia confermata la sussistenza della causa di inconferibilità, la Società, informandone contestualmente il R.P.C. che provvede a convocare l'organo competente affinché questo:

- prenda atto della mancata accettazione della carica o della rinuncia alla carica a causa della situazione di inconferibilità e proceda a nuova nomina, ovvero dichiarare la decadenza dall'incarico e proceda a nuova nomina (Amministratori)
- in caso di inconferibilità temporanea o permanente, provvede ai sensi dell'art. 3, c. 4, d.lgs. 39/2013, eventualmente anche irrogando la sanzione disciplinare ritenuta più idonea (Dirigenti);
- in caso di inconferibilità permanente, provvede a risolvere il contratto di consulenza/collaborazione, ovvero in caso di inconferibilità temporanea, sospende l'incarico per tutta la durata dell'inconferibilità, riservandosi eventuali ulteriori misure ai sensi dell'art. 3, c. 6, d.lgs. 39/2013 - per tutto il periodo della sospensione non spetta alcun trattamento economico (Consulenti/Collaboratori)

A queste ipotesi di inconferibilità si aggiunge quella prevista dall'art. 11, co. 11, del d.lgs. 175/2016, ai sensi del quale «Nelle società di cui amministrazioni pubbliche detengono il controllo indiretto, non è consentito nominare, nei consigli di amministrazione o di gestione, amministratori della società controllante, a meno che siano attribuite ai medesimi deleghe gestionali a carattere continuativo ovvero che la nomina risponda all'esigenza di rendere disponibili alla società controllata particolari e comprovate competenze tecniche degli amministratori della società controllante o di favorire l'esercizio dell'attività di direzione e coordinamento».

### **6.1.2. Incompatibilità**

Diversamente dall'inconferibilità, l'incompatibilità mira ad impedire che possa permanere nell'incarico chi si trovi in particolari situazioni di conflitto.

In particolare, la norma disciplina i casi di incompatibilità dei Dirigenti, del Direttore Generale e del Presidente, come di seguito riportato.

#### **Direttore generale e Presidente**

- incompatibili con lo svolgimento in proprio di un'attività professionale, se questa è regolata, finanziata o comunque retribuita dall'Amministrazione o dall'ente che conferisce l'incarico;
- incompatibili con l'assunzione, nel corso dell'incarico, delle seguenti cariche:
  - Presidente del Consiglio dei Ministri;
  - Ministro;
  - Vice Ministro;
  - Sottosegretario di Stato;
  - Commissario straordinario del Governo ex art. 11, L. 400/88;
  - Parlamentare;
- incompatibili con l'assunzione e il mantenimento, nel corso dell'incarico, delle seguenti cariche all'interno dell'ente di appartenenza:
  - membro del C.d.A.;
  - Presidente;
  - Amministratore Delegato;

#### **Dirigenti**

- incompatibili con l'assunzione, nel corso dell'incarico, delle seguenti cariche:

- Presidente del Consiglio dei Ministri;
- Ministro;
- Vice Ministro;
- Sottosegretario di Stato;
- Commissario straordinario del Governo ex art. 11, L. 400/88;
- Parlamentare.

Ai fini dell'accertamento della sussistenza o meno delle cause di incompatibilità, tutti i membri del Consiglio di Amministrazione, all'atto del conferimento della carica, nonché i dirigenti all'atto dell'assunzione, forniscono alla struttura aziendale competente la dichiarazione sostitutiva di certificazione dell'insussistenza delle cause di incompatibilità ex d.lgs. 39/2013, resa nei termini e alle condizioni dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000.

Tali dichiarazioni sono rinnovate annualmente, entro il 31 gennaio di ogni anno per tutta la durata dell'incarico o su richiesta del R.P.C. e sono pubblicate nella sezione Società Trasparente del sito internet della Società, ai sensi dell'art. 20 del d.lgs. 39/2013 ed in ottemperanza a quanto definito in merito nel P.T.

In caso di sussistenza di cause di incompatibilità:

- la Società da tempestiva comunicazione al R.P.C. in merito alla situazione di incompatibilità che dovesse emergere dalle dichiarazioni di cui sopra o di cui la Società stessa dovesse venire a conoscenza nel corso dello svolgimento dell'incarico/contratto;
- una volta ricevuta la comunicazione di cui al precedente punto o, comunque, qualora dovesse venire a conoscenza dell'esistenza/insorgenza di una causa di incompatibilità, il R.P.C., previa informativa al Responsabile Risorse Umane, procede ad effettuare la contestazione formale ai sensi dell'art. 15, c. 1, del d.lgs. 39/2013, affinché l'interessato provveda alla sua rimozione (rinuncia all'incarico incompatibile) entro 15 (quindici) gg dal ricevimento della contestazione e ne dia comunicazione al Responsabile e alla Società entro il medesimo termine.

Nel caso in cui, trascorso tale termine, perduri la situazione di incompatibilità, la Società, informandone contestualmente il R.P.C., convoca l'organo competente affinché questo:

- prenda atto della mancata accettazione della carica o della rinuncia alla carica a causa della situazione di incompatibilità non sanata e proceda a nuova nomina (Amministratore)
- dichiari la decadenza dall'incarico e proceda a nuova nomina, ai sensi dell'art. 19, c. 1, d.lgs 39/2013 (Amministratore)
- risolva il contratto di lavoro ai sensi dell'art. 19, c. 1, d.lgs 39/2013 (Dirigente)

In caso di contestazione della permanenza di una causa di incompatibilità, effettuata dalla Società ai fini della successiva risoluzione del contratto di lavoro (ex art. 19, c. 1, d.lgs. 39/2013) del Dirigente nominato R.P.C./R.T., la Società stessa:

- trasmette tempestivamente la contestazione motivata all'ANAC, sospendendo l'adozione delle decisioni per un termine di 30 gg dal ricevimento della stessa, affinché l'Autorità possa formulare una richiesta di riesame ai sensi dell'art. 15, c. 3, d.lgs. 39/2013;
- decorso tale termine senza che l'ANAC abbia dato seguito alla comunicazione ricevuta, risolve il contratto di lavoro.

### 6.1.3. Gli accertamenti del RPC

#### **Inconferibilità**

Come previsto dalla determina ANAC n. 833/2013, qualora, quindi, il RPC venga a conoscenza del conferimento di un incarico in violazione delle norme del d.lgs. n. 39 o di una situazione di incompatibilità, deve avviare un procedimento di accertamento. Nel caso di una violazione delle norme sulle inconferibilità la contestazione della possibile violazione va fatto nei confronti tanto dell'organo che ha conferito l'incarico quanto del soggetto cui l'incarico è stato conferito.

Detta contestazione costituisce solo l'atto iniziale di una attività che può essere ordinariamente svolta esclusivamente dal Responsabile e che comprende due distinti accertamenti: uno, di tipo oggettivo relativo alla violazione delle disposizioni sulle inconferibilità; un secondo, successivo al primo, destinato, in caso di sussistenza della inconferibilità, a valutare l'elemento psicologico di colpevolezza in capo all'organo che ha conferito l'incarico, ai fini dell'eventuale applicazione della sanzione interdittiva di cui all'art. 18 del decreto.

Accertata, quindi, la sussistenza della causa di inconferibilità dell'incarico, il RPC dichiara la nullità della nomina e procede alla verifica dell'elemento soggettivo del dolo o della colpa, anche lieve, dei soggetti che all'atto della nomina componevano l'organo che ha conferito l'incarico, ai fini della applicazione della sanzione inibitoria prevista all'art. 18 del d.lgs. n. 39/2013.

Il procedimento avviato nei confronti del soggetto cui l'incarico è stato conferito deve svolgersi nel rispetto del principio del contraddittorio affinché possa garantirsi la partecipazione degli interessati. L'atto di contestazione, da portare a conoscenza anche dei soggetti che hanno conferito l'incarico, oltre a contenere una brevissima indicazione del fatto, della nomina ritenuta inconferibile e della norma che si assume violata, contiene anche l'invito a presentare memorie a discolpa, in un termine congruo, tale da consentire, comunque, l'esercizio del diritto di difesa (non inferiore a cinque giorni).

Dichiarata la nullità dell'incarico inconferibile, prende avvio il distinto procedimento di accertamento dell'elemento soggettivo della colpevolezza in capo all'organo conferente l'incarico, che deve svolgersi nel rispetto del principio del contraddittorio, coinvolgendo tutti i componenti dell'organo conferente che erano presenti al momento della votazione.

A riguardo, si evidenzia come la sanzione inibitoria che vieta all'organo conferente di affidare incarichi di propria competenza per un periodo pari tre a mesi, è una sanzione personale, di natura interdittiva, fissa e non graduabile, che non può essere irrogata a prescindere da una indagine sull'elemento psicologico di chi deve subirla.

#### **Incompatibilità**

Nel caso della sussistenza di una causa di incompatibilità, l'art. 19 prevede la decadenza e la risoluzione del relativo contratto, di lavoro subordinato o autonomo, decorso il termine perentorio di quindici giorni dalla contestazione all'interessato, da parte del RPC, dell'insorgere della causa di incompatibilità.

Il RPC provvederà ad avviare un solo procedimento, per l'accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità.

Una volta accertata la sussistenza di una situazione di incompatibilità, il RPC contesta all'interessato l'accertamento compiuto. Dalla data della contestazione decorrono i 15 giorni, che impongono, in assenza di una

opzione da parte dell'interessato, l'adozione di un atto con il quale viene dichiarata la decadenza dall'incarico Tale atto può essere adottato su proposta del RPC.

In questo caso l'accertamento è di tipo oggettivo: basta accertare la sussistenza di una causa di incompatibilità.

## **6.2. Revolving Doors**

La legge 190/2012 ha introdotto una nuova disciplina delle attività successive alla cessazione del rapporto di lavoro, il c.d. *pentoufrage* o *revolving doors*, volta a contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro. L'art. 53, c. 16-ter, del d.lgs. 165/2001 stabilisce, infatti, che "I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri."

L'art. 21 del d.lgs. 39/2013 estende tale disciplina agli enti di diritto privato in controllo pubblico, indicando che "Ai soli fini dell'applicazione dei divieti di cui al comma 16-ter dell'articolo 53 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, sono considerati dipendenti delle pubbliche amministrazioni anche i soggetti titolari di uno degli incarichi di cui al presente decreto, ivi compresi i soggetti esterni con i quali l'amministrazione, l'ente pubblico o l'ente di diritto privato in controllo pubblico stabilisce un rapporto di lavoro subordinato o autonomo. Tali divieti si applicano a far data dalla cessazione dell'incarico".

L'intento della norma è dunque di evitare che coloro che esercitano poteri autoritativi o negoziali sfruttino la posizione ricoperta all'interno della Società/Pubblica Amministrazione, al fine di ottenere un nuovo incarico (subordinato o autonomo) presso una società terza con la quale hanno intrattenuto rapporti di lavoro. Come correttamente specificato dal PNA, i limiti non sono estendibili a tutti i dipendenti/collaboratori, bensì unicamente a "coloro che, negli ultimi tre anni, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'amministrazione con riferimento allo svolgimento di attività presso i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi. I dipendenti interessati sono coloro che per il ruolo e la posizione ricoperti nell'amministrazione hanno avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto e, quindi, coloro che hanno esercitato la potestà o il potere negoziale con riguardo allo specifico procedimento o procedura".

In sostanza, una volta cessato il rapporto di lavoro con la Società/Pubblica Amministrazione, tali soggetti non possono avere alcun tipo di rapporto di lavoro autonomo o subordinato con i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi stipulati, derivanti dall'esercizio dei propri poteri.

In tale ambito gli "Indirizzi per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza nelle società controllate o partecipate dal Ministero dell'economia e delle finanze" del Mef, in linea con quanto parimenti indicato da ANAC, stabiliscono, infatti, che "Ai fini dell'applicazione dell'articolo 53, comma 16-ter, del d.lgs. n. 165 del 2001, le società adottano le misure organizzative necessarie a evitare l'assunzione di dipendenti pubblici che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto di pubbliche amministrazioni, nei confronti delle società stesse. Negli interpellati, o comunque nelle varie forme di selezione del personale presso le società, è inserita detta causa ostativa allo svolgimento di attività lavorativa o professionale e i soggetti interessati sono tenuti a rendere la dichiarazione di insussistenza di tale causa all'atto del conferimento del rapporto. Saranno inoltre effettuate verifiche, sia d'ufficio sia in seguito a segnalazione".

Ai fini dell'accertamento della sussistenza o meno delle cause ostative di cui all'art. 53, c. 16- ter del d.lgs. 165/2001 all'atto della stipula del contratto il candidato fornisce, dunque, alla struttura aziendale competente la dichiarazione sostitutiva di certificazione, resa nei termini e alle condizioni dell'art. 46 del d.P.R. 445/2000, con la quale dichiara di non aver esercitato, negli ultimi tre anni di servizio, poteri autoritativi o negoziali all'interno dell'Amministrazione di provenienza, di cui Ospedale di Sassuolo S.p.A. sia stato destinatari.

In caso di sussistenza della causa ostativa all'assunzione, la Società si astiene dallo stipulare il contratto. Nel caso in cui la Società venga a conoscenza della causa solo successivamente, provvede a risolvere il relativo contratto ed a darne comunicazione al R.P.C.. A tal fine verranno inserite apposite clausole nei contratti stipulati a far data dall'adozione del presente P.T.P.C..

### **6.3. Conferimento ed autorizzazione incarichi**

La legge 190/2012 introduce alcune modifiche all'art. 53 del d.lgs. 165/2001 in materia di incompatibilità, cumulo di impieghi ed incarichi. Come infatti esplicitato anche dal PNA "il cumulo in capo ad un medesimo dirigente o funzionario di incarichi conferiti dall'amministrazione può comportare il rischio di un'eccessiva concentrazione di potere su un unico centro decisionale.

La concentrazione del potere decisionale aumenta il rischio che l'attività amministrativa possa essere indirizzata verso fini privati o impropri determinati dalla volontà del dirigente stesso. Inoltre, lo svolgimento di incarichi, soprattutto se extra-istituzionali, da parte del dirigente o del funzionario, può realizzare situazioni di conflitto di interesse che possono compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa, ponendosi altresì come sintomo dell'evenienza di fatti corruttivi".

In sede di autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali, vanno dunque accuratamente valutati tutti gli aspetti ed i profili di potenziale incompatibilità/conflitto di interessi, in relazione al ruolo/funzioni svolte dal dipendente, tenendo tuttavia in considerazione che "talvolta lo svolgimento di incarichi extra-istituzionali costituisce per il dipendente un'opportunità, in special modo se dirigente, di arricchimento professionale utile a determinare una positiva ricaduta nell'attività istituzionale ordinaria; ne consegue che [...] la possibilità di svolgere incarichi va attentamente valutata anche in ragione dei criteri di crescita professionale, culturale e scientifica nonché di valorizzazione di un'opportunità personale che potrebbe avere ricadute positive sullo svolgimento delle funzioni istituzionali ordinarie da parte del dipendente".

La Società, ispirandosi ai principi sopra enunciati, intende dunque disciplinare il conferimento e l'autorizzazione di alcune tipologie di incarichi.

#### **6.3.2. Incarichi conferiti dalla Società ai dipendenti**

La Società può conferire ai propri dipendenti, dirigenti e non, incarichi non compresi nelle ordinarie attività lavorative, purché normativamente o statutariamente previsti, previa verifica:

- del possesso da parte del dipendente dei requisiti e della specifica professionalità richiesti;
- dell'assenza di cause di incompatibilità, sia di diritto che di fatto, e/o di situazioni di conflitto di interessi;

Non vi rientrano, invece, gli incarichi di membro di commissione di gara o di responsabile del procedimento e simili, in quanto compresi negli ordinari compiti e doveri d'ufficio e per i quali le verifiche sulle cause di incompatibilità e l'eventuale sussistenza del conflitto di interessi vengono effettuate sulla base della specifica normativa di riferimento e delle procedure aziendali.

### **6.3.3. Incarichi autorizzati dalla Società**

#### **Incarichi a titolo oneroso**

I dipendenti, dirigenti e non, sono tenuti a richiedere la preventiva autorizzazione alla Società con riguardo all'accettazione di incarichi a titolo oneroso, provenienti da altre società/persone fisiche che svolgono attività d'impresa o commerciale o da enti/Pubbliche Amministrazioni.

Il dipendente, informato il Direttore di riferimento, inoltra formale richiesta al Direttore Generale, affinché questi – con il supporto delle competenti Funzioni aziendali – valuti l'eventuale sussistenza di cause di incompatibilità, sia di fatto che di diritto, o situazioni di conflitto di interessi, anche potenziale, e comunichi tempestivamente e motivatamente al dipendente l'autorizzazione o il diniego allo svolgimento dell'incarico, anche in relazione ad eventuali rischi reputazionali per la Società.

Sono esclusi dalla richiesta di autorizzazione gli incarichi a titolo oneroso che non implicano il coinvolgimento del dipendente in considerazione delle competenze o del ruolo che lo caratterizza all'interno della Società.

#### **Incarichi a titolo gratuito**

Ancorché non siano oggetto di pubblicazione, i dipendenti, dirigenti e non, sono inoltre tenuti a comunicare alla Società l'attribuzione di incarichi gratuiti che rientrano nelle ordinarie attività del dipendente e che implicano il coinvolgimento professionale del medesimo. In tal caso il dipendente informato il Direttore di riferimento, invia la comunicazione al Direttore Generale, che – con il supporto delle competenti Funzioni aziendali – deve valutare tempestivamente l'eventuale sussistenza di situazioni di conflitto di interesse anche potenziale o eventuali rischi reputazionali per la Società e, se del caso, comunicare al dipendente il diniego o i limiti allo svolgimento dell'incarico.

Sono esclusi dalla comunicazione gli incarichi a titolo gratuito che non implicano il coinvolgimento del dipendente in considerazione delle competenze o del ruolo che lo caratterizza all'interno della Società.

### **6.4. Conflitto di Interesse e cause di astensione**

La Legge 190/2012 presta una particolare attenzione alle misure di prevenzione di carattere soggettivo, con le quali la tutela è anticipata al momento di individuazione degli organi che sono deputati a prendere decisioni e ad esercitare il potere nelle Pubbliche Amministrazioni.

Di seguito si riporta una sintesi delle cause di astensione obbligatoria e facoltativa che la normativa stabilisce con riguardo ai membri delle commissioni di gara, laddove sorgano situazioni di incompatibilità/conflitto di interessi

**ASTENSIONE OBBLIGATORIA** ex art. 77, d.lgs. 50/2016:

- i commissari non devono aver svolto né possono svolgere alcun'altra funzione o incarico tecnico o amministrativo relativamente al contratto del cui affidamento si tratta
- coloro che nel biennio precedente hanno rivestito cariche di pubblico amministratore non possono essere nominati commissari giudicatori relativamente a contratti affidati dalle amministrazioni presso le quali hanno esercitato le proprie funzioni di istituto
- sono esclusi da successivi incarichi di commissario coloro che, in qualità di membri delle commissioni giudicatrici, abbiano concorso, con dolo o colpa grave accertati in sede giurisdizionale con sentenza non

sospesa, all'approvazione di atti dichiarati illegittimi

- si applicano ai commissari e ai segretari delle commissioni le cause di astensione previste dall'articolo 51 c.p.c., dall'art. 35-bis d.lgs. 165/2001, nonché dall'art. 42 del d.lgs. 50/2016.

#### ASTENSIONE OBBLIGATORIA ex art. 51, c. 1, c.p.c.

il commissario ha l'obbligo di astenersi:

- se ha interesse nella causa o in altra vertente su identica questione di diritto
- se egli stesso o la moglie è parente fino al quarto grado o legato da vincoli di affiliazione, o è convivente o commensale abituale di una delle parti o di alcuno dei difensori
- se egli stesso o la moglie ha causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito con una delle parti o alcuno dei suoi difensori
- se ha dato consiglio o prestato patrocinio nella causa, o ha deposto in essa come testimone, oppure ne ha conosciuto come magistrato in altro grado del processo o come arbitro o vi ha prestato assistenza come consulente tecnico
- se è tutore, curatore, amministratore di sostegno, procuratore, agente o datore di lavoro di una delle parti; se, inoltre, è amministratore o gerente di un ente, di un'associazione anche non riconosciuta, di un comitato, di una società o stabilimento che ha interesse nella causa

#### ASTENSIONE OBBLIGATORIA ex art. 35bis, lett. c) d.lgs. 165/01:

- coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale (reati contro la P.A.) non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere

#### ASTENSIONE FACOLTATIVA ex art. 51, c. 2, c.p.c.

- obbligo di astensione nel caso in cui esistono gravi ragioni di convenienza

Fermo restando il principio generale sancito dall'art. 23 del Codice etico a carico di tutti i Destinatari del Modello ex d.lgs. 231/01, in ragione del quadro normativo sopra delineato la Società prevede la verifica della presenza/assenza delle cause di conflitto di interessi/incompatibilità, così come indicate nel paragrafo precedente, per determinati incarichi:

- Presidente della commissione di gara, sia interno che esterno
- membro della commissione di gara, sia interno che esterno

Il soggetto individuato quale candidato per uno dei ruoli di cui sopra provvede, dunque, a fornire alla struttura

aziendale competente, attraverso la compilazione di un'apposita scheda, la dichiarazione (i) sul rispetto dei principi contenuti nell'art. 23 del Codice etico; (ii) sulla sussistenza o meno delle cause di incompatibilità/conflicto di interessi.

Gli interessati sono tenuti, inoltre, a dichiarare la sopravvenienza di una causa di incompatibilità/conflicto di interessi, in qualsiasi fase essa intervenga, informando sia il responsabile gerarchico che l'O.d.V.

Le decisioni intraprese conseguentemente devono essere documentate e motivate.

L'O.d.V. viene informato in merito a ciascuno dei precedenti casi e, a sua volta, aggiorna periodicamente il R.P.C. in merito alle attività di cui sopra, segnalando tempestivamente le eventuali criticità che dovesse riscontrare.

## **6.5. Rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione**

Come indicato nel PNA (All. 1-par. B.5), "la rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione rappresenta una misura di importanza cruciale tra gli strumenti di prevenzione della corruzione [...] l'alternanza tra più professionisti nell'assunzione delle decisioni e nella gestione delle procedure, infatti, riduce il rischio che possano crearsi relazioni particolari tra amministrazioni ed utenti, con il conseguente consolidarsi di situazioni di privilegio e l'aspettativa a risposte illegali improntate a collusione".

In tale ottica, la normativa vigente in tema di anticorruzione ha richiamato questo concetto in più di un'occasione, stabilendo che:

- il Dipartimento della funzione pubblica (D.F.P.) deve definire criteri generali per assicurare □ la rotazione dei dirigenti nei settori particolarmente esposti alla corruzione (art. 1, c. 4, lett. e), L. 190/2013);
- le Pubbliche amministrazioni centrali definiscono e trasmettono al D.F.P. 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 (art. 1, c. 5, lett. b), L. 190/2013);
- il responsabile della prevenzione della corruzione procede alla verifica, d'intesa con il dirigente competente, dell'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione (art. 1, c. 10, lett. b), L. 190/2013);
- i dirigenti dispongono con provvedimento motivato la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva (art. 16, c. 1, lett. l)-quater, d.lgs. 165/2001).

Inoltre, l'ANAC, con la Delibera n. 13 del 4 febbraio 2015 recante "Valutazioni dell'Autorità sui provvedimenti in materia di rotazione del personale all'interno del Corpo di Polizia di Roma Capitale", ha esplicitato alcuni aspetti di carattere generale di un certo rilievo:

- 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 contenuto tecnico. Pertanto non si deve dare luogo a misure di rotazione se esse comportano la sottrazione di competenze professionali specialistiche da uffici cui sono affidate attività ad elevato contenuto tecnico;

- 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 le esigenze di tutela oggettiva dell'amministrazione (il suo prestigio, la sua imparzialità, la sua funzionalità) con tali diritti;
- i criteri di rotazione devono essere previsti nei P.T.P.C. e nei successivi atti attuativi e i provvedimenti di trasferimento devono essere adeguatamente motivati;
- sui criteri generali di rotazione deve essere data informazione alle OO.SS. Tale informazione consente alle organizzazioni sindacali di presentare proprie osservazioni e proposte, ma non apre alcuna fase di negoziazione in materia.

Successivamente, l'ANAC ha emanato le "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" - pubblicate per consultazione in data 25 marzo 2015 - al fine di meglio delineare l'ambito soggettivo di applicazione della predetta disciplina e, al contempo, di adeguare i contenuti di alcune norme ai soggetti di natura privatistica, evidenziando come "le Linee Guida sostituiscono integralmente i contenuti del PNA in materia di misure di prevenzione della corruzione che devono essere adottate dagli enti di diritto privato in controllo pubblico (...)".

Ne deriva che l'ANAC - nel ribadire il concetto della rotazione quale strumento efficace per fronteggiare il rischio di corruzione costituito dalla circostanza che uno stesso soggetto possa sfruttare un potere o una conoscenza nella gestione di processi caratterizzati da discrezionalità e da relazioni intrattenute con gli utenti per ottenere vantaggi illeciti - afferma: "Al fine di ridurre tale rischio e avendo come riferimento la l. 190/2012 che attribuisce particolare efficacia preventiva alla rotazione, quest'ultima misura potrebbe essere attuata anche dalle società. Essa implica una più elevata frequenza del turnover di quelle figure preposte alla gestione di processi più esposti al rischio di corruzione.

La rotazione non deve comunque tradursi nella sottrazione di competenze professionali specialistiche ad uffici cui sono affidate attività ad elevato contenuto tecnico. Altra misura efficace, in combinazione o alternativa alla rotazione, potrebbe essere quella della distinzione delle competenze, che attribuisce a soggetti diversi i compiti di: a) svolgere istruttorie e accertamenti; b) adottare decisioni; c) attuare le decisioni prese d) effettuare verifiche".

Del pari gli "Indirizzi per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza nelle società controllate o partecipate dal Ministero dell'economia e delle finanze", pubblicati in pari data per consultazione, indicano quale misura alternativa alla rotazione, nel caso in cui emerga l'esigenza di salvaguardare la funzionalità di attività ad elevato contenuto tecnico, la distinzione delle competenze, che attribuisce a soggetti diversi i compiti di: a) svolgere istruttorie e accertamenti; b) adottare decisioni; c) attuare le decisioni prese; d) effettuare verifiche.

Su questo sfondo la Società ha avviato le necessarie valutazioni onde analizzare la possibilità di attuare la rotazione del personale e le connesse criticità che, se trascurate e non correttamente calibrate, potrebbero poi inficiare l'effettiva applicazione della misura preventiva; nello specifico:

- la normativa applicabile alle società per azioni
- eventuali criticità di natura giuslavoristica
- particolari esigenze organizzative e gestionali tali da garantire la continuità dell'azione operativa
- l'esigenza di salvaguardare la funzionalità di attività ad elevato contenuto tecnico/professionale/specialistico
- il complessivo sistema dei controlli aziendali ed i presidi previsti dal presente Piano, ivi inclusa la

segregazione delle funzioni, già attuati dalla Società, ritenuti idonei a governare efficacemente i rischi per i quali è prevista la rotazione del personale

Nel rispetto delle modalità di seguito riportate, Ospedale di Sassuolo S.p.A. effettua da tempo diverse tipologie di rotazione del personale, come di seguito meglio rappresentato.

Inoltre la Società adotta già la misura ulteriore della segregazione delle funzioni – ritenuta dall'ANAC del pari efficace rispetto alla rotazione – finalizzata alla suddivisione delle attività di un dato processo aziendale tra più utenti e funzioni diverse.

La segregazione delle funzioni è sostanzialmente applicata attraverso l'adeguata separazione dei poteri e delle responsabilità fra le diverse funzioni aziendali e, soprattutto, attraverso il coinvolgimento nei vari processi di distinti soggetti muniti di diversi poteri/responsabilità, affinché nessuno possa disporre di poteri illimitati e svincolati dalla verifica altrui.

La segregazione dei poteri, dunque, consente di distribuire le facoltà e le responsabilità a seconda delle competenze di ciascun soggetto coinvolto nell'attività aziendale: pertanto, poiché le fasi in cui si articola un processo vengono ricondotte a soggetti diversi, allora nessuno di questi può essere dotato di poteri illimitati, favorendo in tal modo l'attività di controllo sulle fasi più sensibili di ciascun processo.

Le modalità di rotazione adottate dalla Società contemperano le esigenze dettate dalla legge con quelle dirette a garantire il buon andamento e la continuità dell'azione della Società stessa; nello specifico la rotazione viene effettuata:

- nel pieno rispetto delle norme vigenti applicabili alle società per azioni e/o alle società  controllate dallo Stato
- nel pieno rispetto delle norme giuslavoristiche in materia e dei diritti sindacali dei  lavoratori
- considerando l'effettiva fungibilità delle mansioni affidate e le competenze specifiche necessarie per ricoprire/svolgere determinati ruoli/attività; si dà luogo a misure di rotazione solo se esse non comportano la sottrazione di competenze professionali specialistiche da uffici cui sono affidate attività ad elevato contenuto tecnico
- in base all'organico disponibile
- tenuto conto delle risorse economiche disponibili e nel rispetto del budget approvato dal  Consiglio di Amministrazione

Nel seguito le diverse tipologie di rotazione del personale già attuate dalla Società.

### **Rotazione dell'incarico**

La Società effettua la rotazione del personale con riguardo al conferimento dei seguenti incarichi, nel rispetto della normativa vigente in materia di acquisizione di beni, servizi e forniture:

- Presidente della commissione di gara
- membro della commissione di gara

A tal fine la Società programma sessioni formative in materia, rivolte a tutto il personale dipendente che è

chiamato anche a svolgere il ruolo di Presidente e Commissario di gara, purché il ruolo aziendale ricoperto non risulti incompatibile con gli incarichi sopra indicati. La tempistica della rotazione è legata al conferimento dell'incarico.

### **Rotazione per cause di incompatibilità/conflicto di interessi**

Fermo restando il principio generale sancito dal Codice etico di segnalazione di cause di conflitto di interessi/incompatibilità, per determinati ruoli operativi è prevista la dichiarazione formale, attraverso la compilazione di un'apposita scheda, della presenza/assenza di cause di conflitti di interesse/incompatibilità per i seguenti incarichi:

- Presidente della commissione di gara
- membro della commissione di gara

La Società effettua, pertanto, la rotazione/sostituzione del personale in caso di sussistenza/insorgenza di cause di incompatibilità/conflicto di interesse con riguardo agli incarichi di cui sopra.

### **Rotazione per cause di inconferibilità ex d.lgs. 39/2013**

In caso di sussistenza di una causa di inconferibilità di cui al d.lgs. 39/2013, a carico di un Dirigente, la Società opera con le modalità di cui all'art. 3, c. 4, d.lgs. 39/2013

## **6.6. Codice di comportamento**

«Secondo quanto previsto dall'art. 54, comma 5, d.lgs. 165/2001 e dell'art. 1, comma 2, del Codice, ciascuna amministrazione deve definire [...] un proprio codice di comportamento. A tal fine, la ANAC definisce criteri, linee guida e modelli uniformi per singoli settori o tipologie di amministrazione. In ogni caso, i Codici settoriali dovranno individuare regole comportamentali differenziate a seconda delle specificità professionali, delle aree di competenza e delle aree di rischio».

L'adozione di tali codici da parte delle amministrazioni pubbliche e degli ulteriori destinatari dei precetti della l. 190/2012 e del P.N.A. deve tenere conto, in via primaria, così come previsto dalla delibera n. 75/2013 della CIVIT (linee guida per la redazione dei codici di comportamento), delle regole contenute nel d.p.r. 16 aprile 2013, n. 62, intitolato "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165" ("Regolamento").

Tale regolamento, che rappresenta, dunque, il codice di comportamento generalmente applicabile nel pubblico impiego privatizzato, deve costituire la base minima e indefettibile di ciascun codice di comportamento adottato dalle varie amministrazioni e dagli altri soggetti tenuti ad uniformarsi alle norme sopracitate.

In via preliminare pertanto si fa espresso richiamo, a quanto previsto dal regolamento n. 62/2013, ed a tal fine anch'esso viene allegato al presente Modello.

In conseguenza di ciò pertanto, ciascun dipendente:

- rispetta le prescrizioni contenute nel piano per la prevenzione della corruzione, presta la sua collaborazione al responsabile della prevenzione della corruzione e, segnala al proprio superiore

- gerarchico eventuali situazioni di illecito nell'amministrazione di cui sia venuto a conoscenza;
- non potrà chiedere, sollecitare o accettare, per sé o per altri, regali o altre utilità salvo quelli di modico valore nell'ambito delle normali relazioni di cortesia. Per regali di modico valore si intendono quelli di importo non superiore a 150 euro annui. Tale limite deve considerarsi inteso anche come cumulo di più regali ed omaggi di valore inferiore fatti o ricevuti dalla medesima persona. Le singole direzioni sono tenute a rendere noto, anche in forma orale, ai terzi i quali a vari fini intrattengano i contatti con la Società dell'esistenza di tale limite. Nel caso, nonostante le avvertenze di cui al precedente paragrafo, dovesse essere ricevuto un regalo e/o un omaggio di valore superiore a tale ammontare, il singolo dipendente dovrà avvisare la Direzione di appartenenza, che a sua volta ne darà notizia al R.P.C. il quale ne curerà la restituzione;
  - pur nel rispetto del principio di libertà di associazione, non potrà far parte di associazioni o organizzazioni (esclusi partiti e sindacati) in conflitto di interesse con l'ente pubblico. In ogni caso il dipendente comunicherà al proprio responsabile gerarchico l'avvenuta partecipazione/o iscrizione ad organizzazione e/o ad associazioni i cui fini potrebbero apparire in conflitto con quelli della Società;
  - all'atto dell'assegnazione dell'ufficio, dovrà informare per iscritto la Società di tutti i rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione retribuita intrattenuti con soggetti privati negli ultimi tre anni;
  - si asterrà dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni in situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici;
  - utilizzare e/o diffondere informazioni conosciute, direttamente e/o indirettamente, per ragioni d'ufficio a fini privati e/o comunque in maniera tale da ledere gli interessi della Società;
  - utilizzare, salvi i casi di urgenza, per fini personali telefono e collegamento a internet dell'amministrazione;
  - utilizzare, salvi i casi di urgenza, per fini personali il parco auto aziendale;
  - diffondere notizie non vere sulla Società, sull'attività e sugli altri dipendenti.

Parte integrante e fondamentale del presente Codice di comportamento nonché del Modello, è il poi Codice etico adottato da Ospedale di Sassuolo S.p.A., adottato con delibera del CdA del 6 febbraio 2014.

In relazione al presente allegato ed ai noti fini anti corruttivi, si richiamano le regole di comportamento previste dall'articolo 17 del Codice etico Codice Etico di Ospedale di Sassuolo S.p.A.:

“L'Ospedale di Sassuolo S.p.A. garantisce piena trasparenza e completezza informativa nei rapporti con la Pubblica Amministrazione e individua e definisce i canali di comunicazione con tutti gli interlocutori (a titolo meramente esemplificativo, i Ministeri, le Regioni, l'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, l'Agenzia delle Entrate, etc.) sia a livello locale, sia a livello nazionale ed internazionale.

In particolare, l'assunzione di impegni nei confronti della Pubblica Amministrazione (di seguito, anche PA) è riservata alle funzioni aziendali a ciò preposte ed autorizzate, le quali sono tenute ad assolvere ai propri compiti con integrità, indipendenza e correttezza. I rapporti sono, altresì, improntati alla massima collaborazione, dovendo in ogni caso evitare di ostacolare l'attività istituzionale e sono svolti preservando, nelle relazioni intrattenute con le stesse, corretti ambiti di reciproca indipendenza, evitando ogni azione o atteggiamento che possa essere interpretato quale tentativo di influenzarne impropriamente le decisioni.

Con riferimento ai rapporti con la PA, è fatto divieto ai Destinatari di promettere od offrire a Pubblici Ufficiali ovvero Incaricati di Pubblico Servizio o a dipendenti, in genere, della Pubblica Amministrazione doni (non solo sotto forma di somme in denaro, ma anche beni), benefici o altre utilità per promuovere o favorire gli interessi della Società in

sede di assunzione di impegni e/o di gestione dei rapporti di qualsivoglia natura con la Pubblica Amministrazione. In particolare, è vietato:

- esibire documenti falsi e/o alterati alla PA, ovvero sottrarre e/o omettere l'esibizione, qualora dovuta, di documenti, informazioni o dati di qualsiasi tipo, ovvero dal tenere una condotta tendente a trarre in inganno la PA, in particolare per ciò che riguarda la gestione delle attività relative ai ricoveri ed alle pratiche terapeutiche e/o ambulatoriali per conseguire in modo indebito rimborsi per attività erogate in convenzione con il SSN e/o per ottenere contributi, finanziamenti, mutui agevolati o altre erogazioni dello stesso tipo da parte dello Stato, delle Comunità europee o di altri enti pubblici.
- offrire ai soggetti sopra citati, anche in occasioni di festività, omaggi, fatta eccezione per regalie di valore simbolico direttamente ascrivibili a normali relazioni di cortesia commerciale e, comunque, tali da non poter ingenerare, nell'altra parte ovvero in un terzo estraneo ed imparziale, l'impressione che esse siano finalizzate ad acquisire dalla Società o concedere alla Società indebiti vantaggi, ovvero tali da ingenerare comunque l'impressione di illegalità o immoralità;
- esaminare o proporre strumentalmente opportunità di impiego di dipendenti della Pubblica Amministrazione (o parenti ed affini) e/o opportunità commerciali di qualsiasi altro genere che potrebbero indebitamente avvantaggiarli, al di fuori dell'ordinario trattamento riservato alla clientela;
- effettuare spese di rappresentanza ingiustificate o non previste contrattualmente e con finalità diverse dalla mera promozione dell'immagine aziendale;
- fornire o promettere di fornire, sollecitare od ottenere informazioni e/o documenti riservati o comunque tali da poter compromettere l'integrità o la reputazione di una o entrambe le parti;
- favorire, nei processi d'acquisto, fornitori e sub-fornitori solo perché indicati dai dipendenti stessi della Pubblica Amministrazione come condizione per lo svolgimento successivo delle attività;
- tenere una condotta ingannevole che possa indurre la Pubblica Amministrazione in errore nella valutazione tecnico-economica dei prodotti e servizi offerti/forniti, o influenzare indebitamente la decisione della Pubblica Amministrazione;

I Destinatari sono tenuti a verificare che le erogazioni pubbliche, i contributi o i finanziamenti agevolati, erogati in favore della Società, siano utilizzati per lo svolgimento delle attività o la realizzazione delle iniziative per le quali sono stati concessi; qualsiasi utilizzo diverso da quello per il quale sono stati erogati è vietato.

Chiunque riceva richieste esplicite o implicite o proposte di benefici di qualsiasi natura da Pubblici Ufficiali ovvero Incaricati di Pubblico Servizio deve immediatamente:

- sospendere ogni rapporto con gli stessi;
- informare tempestivamente l'Amministrazione della Società e, per iscritto, l'Organismo di Vigilanza."

## **6.7. Sistema Sanzionatorio**

La violazione e/o l'inosservanza delle disposizioni contenute nel piano di prevenzione della Corruzione da luogo a responsabilità disciplinare nelle forme e nei modi previsti dalla Parte Speciale B "Sistema Sanzionatorio" del presente Modello, a cui interamente si rinvia, con la doverosa precisazione che la fase pre-istruttoria e quella istruttoria all'irrogazione della sanzione sarà gestita dal R.P.C. e non dall'OdV.

## **6.8. Segnalazioni al Responsabile della Prevenzione della Corruzione**

Attualmente Ospedale di Sassuolo S.p.A., nell'ambito del Modello ex d.lgs. 231/01, ha previsto alcuni canali per

consentire la comunicazione da e verso l'O.d.V., sia relativamente ai dipendenti che ai soggetti esterni alla Società:

- ha creato una casella istituzionale di posta elettronica (odv@ospedalesassuolo.it), a cui far confluire eventuali segnalazioni; tale indirizzo è pubblicato sul sito internet della Società, nella sotto- sezione dedicata all'Organismo di Vigilanza
- è stato implementato un apposito canale per le segnalazioni anonime, anche in via informatica, ai sensi del novellato art. 6 d.lgs. n. 231/2001.
- ha costruito sulla intranet aziendale, nell'Area Società, una sezione dedicata all'Organismo di Vigilanza dove sono presenti, oltre alla normativa 231 e al Modello, anche tutti i riferimenti utili per contattare l'Organismo stesso.

Dato il tenore della norma ed il ruolo che viene riconosciuto al *whistleblowing* quale importante strumento di prevenzione della corruzione, Ospedale di Sassuolo S.p.A. intende proseguire nel percorso già avviato:

- implementando un sistema di segnalazione ad uso dei dipendenti, che consenta la gestione delle segnalazioni stesse sia da parte dell'O.d.V. che del R.P.C., ciascuno per quanto di rispettiva competenza, ed al tempo stesso garantisca la figura del *whistleblower*;
- consentendo anche ai soggetti esterni di effettuare comunicazioni/segnalazioni attraverso il medesimo sistema, andando così a sostituire le due caselle istituzionali di posta elettronica dell'O.d.V. e del R.P.C., ai fini di una maggiore efficienza nella gestione delle comunicazioni/segnalazioni in generale da parte dei citati organi.

Recentemente si è provveduto all'aggiornamento del Modello 231 anche con riferimento all'introduzione del sistema di *whistleblowing*.

Nell'ottica di integrare i due sistemi di segnalazione – oggi parificati anche per quanto riguarda la tutela del dipendente che segnala gli illeciti – è stata pertanto creata un'unica procedura di segnalazione, alla quale si rinvia.

### **Comunicazioni/segnalazioni ad opera di esterni**

Le informazioni per consentire le comunicazioni/segnalazioni da parte di soggetti esterni verranno fornite tramite il sito internet della Società, all'interno delle sotto-sezioni dedicate all'O.d.V. e al R.P.C. nella sezione "Amministrazione Trasparente".

### **Segnalazioni ad opera di dipendenti – disciplina del *whistleblowing***

Dell'implementazione del sistema di segnalazione ad uso dei dipendenti verrà data comunicazione a tutto il personale, fornendo tutte le indicazioni e le informazioni necessarie.

L'identità del segnalante verrà protetta dagli organi destinatari della segnalazione in ogni contesto successivo alla segnalazione, salvo i casi in cui, in seguito a disposizioni di legge speciale, l'anonimato non possa essere opposto (ad es. in caso di indagini penali, tributarie o amministrative, ispezioni, ecc.).

Inoltre, in caso di procedimento disciplinare che dovesse derivare in seguito ad una segnalazione, l'identità del segnalante potrà essere rivelata a chi irroga la sanzione disciplinare e al destinatario della stessa, nei seguenti casi:

- consenso del segnalante;
- se la contestazione è fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione stessa e la conoscenza dell'identità è assolutamente indispensabile per la difesa del destinatario della sanzione disciplinare.

### **Divieto di discriminazione**

Fuori dei casi di responsabilità a titolo di calunnia o diffamazione, ovvero per lo stesso titolo ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, il dipendente che segnala all'O.d.V. e/o al R.P.C. condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia.

Per misure discriminatorie si intendono le irrogazioni di sanzioni disciplinari ingiustificate, le molestie sul luogo di lavoro ed ogni altra forma di ritorsione che determini condizioni di lavoro intollerabili.

### **Azioni successive**

Il R.P.C., unitamente all'O.d.V. se competente, in tutti i casi in cui ha conoscenza di una violazione del P.T.P.C. (ivi incluso il P.T. e il Codice etico), per effetto di una segnalazione ritenuta fondata, svolge un'attività istruttoria sui contenuti della segnalazione stessa con le modalità indicate nel sistema sanzionatorio.

L'utilizzo del sistema di *whistleblowing* sopra rappresentato, si considera adottato in via sperimentale e potrà, dunque, essere oggetto di revisione successivamente alla prima fase di avvio - seppur nel rispetto di tutti i principi sopra enunciati.

## **6.9. Monitoraggio e reportistica**

In base all'art. 1, c. 10 della L. 190/2012, il R.P.C. ha, tra gli altri, il compito di verificare l'efficace attuazione del P.T.P.C. e la sua idoneità a prevenire il rischio di corruzione, anche al fine di proporre al C.d.A. le modifiche che, all'esito dei controlli, si rendesse necessario apportare al Piano stesso. L'attività di verifica consiste, dunque, nell'accertamento del rispetto delle misure preventive previste nel P.T.P.C. da parte della struttura aziendale oggetto di analisi.

A tal fine il R.P.C. definisce un piano dei controlli per monitorare le aree maggiormente critiche.

Al fine di garantire un'azione sinergica fra il Modello ex d.lgs. 231/01 e il P.T.P.C., le prescrizioni e i piani di azione identificati nel Piano saranno considerati, ove applicabili, come presidi di controllo relativi alla prevenzione delle fattispecie di reato ex d.lgs. 231/2001 e costituiranno nuovi protocolli di controllo.

Nell'espletamento dei propri compiti l'O.d.V. e il R.P.C. garantiranno il necessario coordinamento; le attività di controllo saranno condotte in un'ottica di integrazione e di coordinamento anche con le verifiche disposte dall'O.d.V. ai sensi del d.lgs. 231/2001.

Nell'ambito dell'attività di monitoraggio il R.P.C. si può avvalere del supporto dei Referenti per l'anticorruzione, ciascuno per quanto di rispettiva competenza; ove lo ritenga necessario, il R.P.C. può avvalersi, informato il relativo Referente per l'anticorruzione, anche della collaborazione degli addetti della struttura aziendale di

riferimento per attività tecniche di verifica, oltre che del supporto motivato di consulenti esterni, nell'ambito delle risorse assegnate dalla Società.

Per quanto riguarda le misure di monitoraggio e di vigilanza degli obblighi di trasparenza, si richiama integralmente quanto specificatamente indicato nel P.T.

Il R.P.C. riferisce periodicamente al Consiglio di Amministrazione, con cadenza almeno trimestrale, sull'attività svolta in relazione all'incarico conferito. La relazione viene inviata, per quanto di rispettiva competenza, anche al Collegio sindacale, all'O.d.V. e al R.T., nel caso differisca dal R.P.C.

Attualmente, data la scelta della Società di individuare in un unico soggetto i due ruoli di Responsabile per la trasparenza e di Responsabile della prevenzione della corruzione, l'obbligo di reportistica trimestrale di fine esercizio è assolto ai sensi dell'art. 1, comma 14 della L. 190/2012, in base al quale il R.P.C., entro il 15 dicembre di ogni anno, pubblica nella sezione Società Trasparente della Società e trasmette al C.d.A. una relazione recante i risultati dell'attività svolta, con le modalità e di contenuti specificatamente indicati dall'ANAC.

Eventuali criticità che dovessero essere segnalate dai Referenti o rilevate dal R.P.C. nell'ambito della propria attività di controllo vengono evidenziate all'interno della relazione trimestrale e sono oggetto di tempestiva valutazione da parte del gruppo di lavoro unitamente al Responsabile stesso, al fine di individuare la più opportuna risoluzione.

## **6.10. Formazione in materia di anticorruzione**

La legge 190/2012 attribuisce un ruolo fondamentale all'attività formativa nell'ambito della realizzazione del sistema di prevenzione della corruzione. Per pretendere il rispetto delle regole occorre, infatti, creare un ambiente di diffusa percezione della necessità di tale osservanza: pertanto, affinché l'attività di prevenzione della corruzione sia davvero efficace, è fondamentale la formazione della cultura della legalità, rendendo residuale la funzione di repressione dei comportamenti difforni.

Ospedale di Sassuolo S.p.A., consapevole del valore del momento formativo, intende operare allo scopo di garantire la conoscenza, da parte di tutto il personale, del contenuto della normativa in tema di anticorruzione e trasparenza, nonché degli elementi posti a presidio dell'attuazione della stessa. Le finalità che la Società ritiene opportuno perseguire per mezzo della formazione, tendono, dunque, in primo luogo a creare consapevolezza sulla responsabilità/obblighi definiti dalla normativa, nonché ad aumentare l'attenzione sui temi dell'etica e della legalità, quali elementi determinanti per costruire e implementare il sistema di prevenzione della corruzione della Società.

In tale contesto Ospedale di Sassuolo S.p.A. si è dotata di procedure interne finalizzate alla definizione di un Piano annuale della formazione, idoneo a garantire la corretta selezione e formazione del personale anche con riguardo alle tematiche relative all'anticorruzione e alla trasparenza.

La formazione, con riferimento al personale da inserire nei vari percorsi formativi, le attività di sensibilizzazione e quelle di informazione del personale nei settori di interesse sono gestite dal Responsabile Risorse Umane, sulla base dei fabbisogni individuati dal R.P.C., in coordinamento con l'O.d.V. per le correlate tematiche di competenza. In particolare il Responsabile Risorse Umane fornisce il supporto organizzativo e logistico per l'erogazione degli interventi formativi.

L'attività di formazione riguarda tutto il personale e dovrà essere prevista e realizzata sia al personale neo-inserito sia in occasione di modifiche del P.T.P.C., del P.T. e del Modello ex d.lgs. 231/01 o di ulteriori circostanze di fatto

o di diritto che ne determinino la necessità.

## 7. Piano della Trasparenza

### 7.1. Premessa

La trasparenza è un obiettivo e uno strumento trasversale affermatosi progressivamente negli ultimi anni e recentemente codificato nel Decreto legislativo n. 33 del 20 aprile 2013, “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”. La normativa recente definisce la trasparenza come l’accessibilità totale delle informazioni concernenti l’organizzazione e l’attività delle pubbliche amministrazioni, per favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e dell’utilizzo delle risorse pubbliche. Principi coerenti con quanto affermato dall’articolo 9 del Codice Etico Approvato dal Consiglio di Amministrazione di Ospedale di Sassuolo S.p.A. del 6 febbraio 2014.

Il decreto n. 33/2013 introduce inoltre nuovi e rilevanti obblighi di pubblicazione che si estendono all’intera attività e si ripercuotono sulla stessa organizzazione della società chiamata a fare propria la cultura e la pratica della trasparenza. La trasparenza richiama un’etica della responsabilità, poiché oltre ad efficienza ed efficacia, i cittadini richiedono oggi maggiore correttezza e coerenza nel comportamento della pubblica amministrazione e delle proprie partecipate al fine di assicurare una funzione continuativa e strutturata in una logica di *accountability*.

Il Programma triennale per la trasparenza e l’integrità, è previsto dall’articolo 10 del Decreto trasparenza (d.lgs. n. 33/2013), come modificato dal DL 90/2014 convertito dalla L. 114/2014 e dal d.lgs. 97/2016 che prevede che tutte le amministrazioni pubbliche e le società partecipate da enti pubblici redigano e approvino un Programma, che deve tra l’altro definire le misure, i modi e le iniziative volti all’attuazione degli obblighi di pubblicazione, ivi comprese le misure organizzative e le procedure tecniche volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi.

**Il Programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità 2017-2019** di Ospedale di Sassuolo S.p.A. è redatto, tenuto conto di quanto previsto:

- dalla Delibera Civit n. 50/2013 - Linee guida per l’aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l’integrità 2014.2016 ed i suoi allegati;
- l’Orientamento n. 31 del 28 maggio 2014 dell’ANAC concernente l’interpretazione dell’art. 22, c. 2, del d.lgs. n. 33/2013, secondo il quale per “incarichi di amministratore” degli enti e delle società - di cui alle lettere da a) a c) del comma 1 del medesimo articolo - si intendono quelli di Presidente e di componente del Consiglio di Amministrazione, o di altro organo con analoghe funzioni comunque denominato, e di amministratore delegato. Per ciascuno di essi devono essere pubblicati il nominativo dell’amministratore, il tipo di incarico e il relativo trattamento economico complessivo.
- la Determinazione ANAC n 8/2015, pubblicata su G.U. s.g. n. 152 del 3/7/2015, avente ad oggetto «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»
- l’orientamento n. 24 del 23 settembre 2015 dell’ANAC, con il quale l’Autorità ha formulato indicazioni in merito all’applicazione della sanzione disposta dall’art. 22, co. 4 del d.lgs. n. 33/2013 consistente nel

divieto per le pubbliche amministrazioni di erogare somme a qualsiasi titolo in favore di enti pubblici vigilati, enti di diritto privato in controllo pubblico e società partecipate come individuati nel co. 1 dell'art. 22 citato, nei casi di omessa o incompleta pubblicazione dei dati indicati nel medesimo articolo 22 del decreto;

- dal Piano nazionale anticorruzione 2016;  
Delibera n. 1309/2016 “Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all’accesso civico di cui all’art. 5, comma 2 del d.lgs. n. 33/2013”;
- Delibera n. 1310/2016 “Prime linee guida recanti indicazioni sull’attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. n. 33/2013 come modificato dal d.lgs. n. 97/2016”;
- Piano Nazionale Anticorruzione 2017;
- Delibera n. 1134/2017 “Nuove 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 dagli enti pubblici economici”.

## **7.2. La società**

Dal punto di vista organizzativo, Ospedale di Sassuolo S.p.A. si avvale di una struttura imperniata sul principio della separazione delle funzioni.

*L’Assemblea dei Soci*, oltre alle competenze previste dallo statuto, ha il compito di nomina dei componenti del Consiglio di Amministrazione e del Direttore Generale.

*Il Consiglio di Amministrazione* ha un ruolo di governo e di indirizzo strategico; più in dettaglio, svolge la funzione di definizione degli indirizzi strategici, di approvazione del budget e verifica degli andamenti (anche in termini reddituali), di garanzia di coerenza con la programmazione sanitaria locale e regionale e di garante nei confronti della AUSL della coerente integrazione della struttura all’interno della rete di servizi sanitari nella quale è collocata; il Presidente è il Legale rappresentante e mantiene i rapporti istituzionali con l’esterno. Il Consiglio di Amministrazione, su proposta del socio pubblico, ha il compito di nominare il Direttore Sanitario.

Alle sedute del Consiglio di Amministrazione partecipano, di norma, il Direttore Generale, il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo.

*Il Direttore Generale* (risponde gerarchicamente al Consiglio di Amministrazione) deve assicurare il corretto fluire della diuturna gestione della società, nel rispetto dei ruoli e nelle mansioni stabiliti nell’organigramma approvato dall’organo amministrativo, è responsabile della gestione e del budget assegnato e, mediante l’attuazione delle deleghe conferite, persegue il raggiungimento degli obiettivi gestionali e strategici definiti dal Consiglio di Amministrazione.

*Il Direttore Sanitario* (risponde gerarchicamente al Direttore Generale) è responsabile del governo clinico e della produzione delle attività sanitarie delle strutture aziendali e, nell’ambito dell’autonomia tecnico-professionale, raggiunge gli obiettivi assegnati dal Direttore Generale, oltre a concorrere all’attuazione delle strategie e degli obiettivi gestionali definiti dal Consiglio di Amministrazione.

*Il Direttore Amministrativo* (risponde gerarchicamente al Direttore Generale) è responsabile delle funzioni amministrative, della gestione economica e del raggiungimento degli obiettivi assegnati dal Direttore Generale, oltre a concorrere all’attuazione delle strategie e degli obiettivi gestionali definiti dal Consiglio di Amministrazione.

Il modello prevede l'individuazione di importanti *funzioni di supporto* che forniscono i *sistemi, meccanismi e strumenti* per il governo delle attività e la presa delle decisioni.

Tali funzioni sono collocate a supporto, in parte, del Direttore Sanitario e, in parte, del Direttore Amministrativo, in relazione alla attinenza prevalente del supporto che forniscono per il governo gestionale o per il governo clinico.

A supporto del Direttore Sanitario vi sono le seguenti funzioni:

- *Servizio infermieristico;*
- *Qualità e Accreditamento;*
- *Logistica comfort e Igiene ospedaliera;*
- *Sicurezza e Prevenzione;*
- *Servizio Farmacia;*
- *Servizio Ingegneria Clinica;*
- *Fisica Medica.*

A supporto del Direttore Amministrativo vi sono le seguenti funzioni:

- *Amministrazione e Finanza;*
- *Controllo di Gestione;*
- *Risorse Umane;*
- *Sistema Informativo;*
- *Servizio Attività Tecniche;*
- *Marketing e Libera Professione;*
- *Accettazione e Cup.*

Direttamente in staff al Direttore Generale si colloca la funzione di *Relazioni esterne–Comunicazione*.

Tutte le funzioni di supporto assicurano, attraverso procedure e modalità operative condivise, una forte integrazione e collaborazione reciproca al fine di consentire una gestione delle attività sanitarie efficace ed efficiente.

La parte operativa clinica si articola in cinque Dipartimenti Funzionali:

1. *Dipartimento Area medica*
2. *Dipartimento Area chirurgica*
3. *Dipartimento Materno Infantile*
4. *Dipartimento dei Servizi*
5. *Dipartimento Diagnostico/Immagini*

Tali dipartimenti hanno lo scopo di gestire in modo integrato e flessibile le attività sanitarie che presentano ambiti di omogeneità; la funzione dei Dipartimenti è soprattutto di assicurare l'integrazione tra le diverse attività che afferiscono al dipartimento stesso, attraverso la condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici, di protocolli e linee guida per la gestione clinica dei pazienti. All'intero dei dipartimenti, i Responsabili di Struttura Operativa hanno la responsabilità della gestione dei pazienti secondo i criteri di buona prassi clinica e assicurano la gestione delle attività nella Struttura Operativa nel quadro della programmazione definita.

Per una più dettagliata individuazione della struttura organizzativa di Ospedale di Sassuolo S.p.A. si rinvia alla parte speciale "B" del Modello 231 della società.

### **7.3. Procedimento di elaborazione e adozione del programma**

#### **7.3.1. Programmazione della trasparenza**

Come indicato nella delibera ANAC 831/2016 e ribadito dalla successiva delibera n. 1310/2016 appare opportuno optare per piena integrazione del Programma triennale della trasparenza e dell'integrità nel Piano triennale di prevenzione della corruzione.

#### **7.3.2. Nomina del Responsabile della trasparenza e elaborazione del programma**

In seguito all'entrata in vigore della L. 190/2012 e del d.lgs 33/2013 – così come modificato dal dl 90/2014, convertito in L. 114 del 11 agosto 201 – in data 14/09/17 il Consiglio di Amministrazione di Ospedale di Sassuolo S.p.A. ha nominato il responsabile amministrativo, rag. Giovanni Corradini, quale Responsabile per la trasparenza e Responsabile della prevenzione della corruzione, in ossequio a quanto stabilito dall'art. 43 del citato d.lgs., il quale prevede che tali ruoli possano coincidere nel medesimo soggetto.

In favore alla coincidenza dei ruoli depone anche la delibera ANAC n. 131072017.

Il Responsabile per la trasparenza della Società ha il compito di:

- redigere e aggiornare il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità di Ospedale di Sassuolo s.p.a., che viene adottato dal Consiglio di Amministrazione;
- effettuare una costante attività di controllo sull'adempimento da parte della Società degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate;
- riferire al Consiglio di Amministrazione della Società e segnalare i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione al Consiglio stesso, all'Organismo di Vigilanza ex d.lgs. 231/01, all'ANAC e al Responsabile Risorse Umane, ai fini dell'eventuale attivazione delle azioni più opportune e/o del procedimento disciplinare;
- controllare e garantire la regolare attuazione dell'accesso civico sulla base di quanto stabilito dal d.lgs. 33/13.

Il Progetto Trasparenza è stato strutturato in fasi – identificate sotto il profilo della consequenzialità logico-metodologica piuttosto che dell'effettiva successione temporale – che si riassumono sinteticamente nel seguito:

- Fase 1: Start up
  - o individuazione referenti delle Direzioni impattate dal Progetto
  - o definizione Progetto nella sua complessità e delle modalità operative di esecuzione del progetto stesso
  - o raccolta ed analisi della documentazione rilevante
- Fase 2: Analisi
  - o verifica articolazione sezione Amministrazione Trasparente
  - o individuazione interventi correttivi
  - o attività di adeguamento
- Fase 3: Mappatura dati
  - o mappatura dati pubblicati
  - o individuazione dati da pubblicare nelle sezioni/contenuti
  - o condivisione dati/contenuti
  - o individuazione responsabile trasmissione e responsabile pubblicazione dei dati
  - o avvio attività di immissione/pubblicazione dati
  - o definizione flussi vs sezione
  - o definizione tempistica pubblicazione/aggiornamento
  - o definizione misure di monitoraggio a supporto dell'attività di controllo dell'adempimento da parte del Responsabile
- Fase 4: Obiettivi
  - o definizione obiettivi in materia di trasparenza posti dagli organi di vertice / dati ulteriori che la Società si impegna a pubblicare entro la fine dell'anno e nel triennio
  - o definizione iniziative e strumenti di comunicazione per la diffusione dei contenuti del Programma e dei dati
- Fase 5: Programma
  - o redazione Programma triennale per la trasparenza e l'integrità
  - o condivisione con le Direzioni interessate e il vertice
  - o sottoposizione del Programma al CdA per l'approvazione
  - o pubblicazione del Programma

#### **7.4. Obiettivi strategici e obiettivi di periodo in materia di trasparenza**

Il Programma viene adottato con il duplice obiettivo strategico posto dal Consiglio di Amministrazione di:

- promuovere il concetto di trasparenza all'interno della Società con particolare attenzione al ruolo di

strumento di prevenzione della corruzione; in tal senso il Programma è parte integrante del Piano triennale di prevenzione della corruzione;

- assicurare l'alimentazione costante e continua dei dati da pubblicare nella sezione Amministrazione Trasparente, secondo il modello e la tempistica individuate nel Processo di attuazione del Programma.

In tale ambito, gli obiettivi di breve periodo sono:

- miglioramento complessivo della qualità della sezione Amministrazione Trasparente, con particolare attenzione alla visibilità e completezza dei dati (Settori interessati: tutti)
- implementazione del sistema di archiviazione dei dati pubblicati nella sezione Amministrazione Trasparente, che consenta l'archiviazione periodica del dato nella sotto-sezione "Archivio", in base a quanto definito in tema dall'art. 9 del d.lgs. 33/13 (Settori interessati: Amministrazione; Risorse umane; SIA)

Gli obiettivi di lungo periodo sono:

- assicurare l'informatizzazione della gestione dei flussi per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione Amministrazione Trasparente, da utilizzare anche ai fini del monitoraggio;
- garantire la massima trasparenza nella pubblicazione dei dati, avviando a tale scopo riflessioni e confronti all'interno del gruppo di lavoro coordinato dal Responsabile per la trasparenza, al fine di individuare e pubblicare dati ulteriori;
- assicurare la formazione del personale interno al fine di una maggiore sensibilizzazione sul tema e la diffusione della cultura della trasparenza;
- individuare le più opportune modalità di coinvolgimento degli *stakeholder*;
- definizione degli strumenti informatici idonei alla rilevazione dell'effettivo utilizzo dei dati da parte degli utenti della sezione Amministrazione Trasparente;

Per il Consiglio di amministrazione della società la comunicazione e la trasparenza devono costituire un elemento culturale e comportamentale, sia all'interno dell'Ospedale che nei confronti dei cittadini utenti.

All'interno dell'organizzazione, la trasparenza dovrà presiedere e connotare i rapporti tra gli organi, la struttura amministrativa e sanitaria, tra la Dirigenza ed i collaboratori, i percorsi di carriera, il controllo di gestione e la valutazione dei risultati, il sistema informativo, la comunicazione, l'attività negoziale, le procedure di aggiudicazione e tutte le scelte da qualsiasi livello operate.

All'esterno dell'Istituto la trasparenza dovrà caratterizzare tutta la comunicazione, sia nei confronti degli utenti che della stampa.

Tra gli obiettivi principali del presente aggiornamento del Piano, figura quello di migliorare la fase relativa alla pubblicazione dei dati e alla qualità degli stessi.

In particolare, nell'ambito di tale obiettivo, sarà da valutare la previsione di azioni volte al miglioramento:

- della fase di pubblicazione, individuando espressamente i nominativi dei soggetti e degli uffici responsabili delle specifiche attività di pubblicazione;
- della qualità dei dati pubblicati nel senso che, oltre alla necessità di pubblicare i dati in formato di tipo aperto, deve essere garantito, anche, il costante aggiornamento, la tempestività, la completezza, la semplicità di consultazione, la facile accessibilità e la comprensibilità dei dati e delle informazioni

pubblicate. Dovrà essere inoltre garantita la conformità ai documenti originali, nonché l'indicazione della provenienza e della riutilizzabilità.

Altro obiettivo posto dal presente aggiornamento del Piano è quello di implementare gli strumenti di accesso civico e di accesso generalizzato, in ossequio alle previsioni di cui alla delibera ANAC n. 1309/2016.

Infine, ulteriore obiettivo che si pone il presente aggiornamento è quello di strutturare in maniera sistematica la disciplina dell'accesso civico e dell'accesso generalizzato nell'ambito di Ospedale di Sassuolo, anche creando un apposito regolamento interno sull'accesso che fornisca un quadro organico e coordinato dei profili relativi alle tipologie di accesso.

## **7.5. Termini di adozione del programma**

Il Responsabile per la trasparenza sottopone il Programma all'attenzione del Consiglio di Amministrazione della Società ai fini della sua adozione entro il 31 gennaio di ogni anno, in ottemperanza a quanto disposto dall'art. 10 del d.lgs 33/2013.

Conseguentemente alla delibera:

- il Programma viene pubblicato sul sito internet della Società, all'interno della sezione Amministrazione Trasparente;
- viene data comunicazione della pubblicazione a tutto il personale della Società ed all'Organismo di Vigilanza ex d.lgs. 231/01.

## **7.6. Iniziative di comunicazione della trasparenza**

Ospedale di Sassuolo S.p.A. ha inserito nel proprio sito istituzionale la sezione "Amministrazione Trasparente", in costante aggiornamento sotto la supervisione del Responsabile per la trasparenza e con il supporto del gruppo di lavoro, come già in precedenza segnalato.

Al fine di sensibilizzare le strutture aziendali e diffondere la cultura della trasparenza, è cura del Responsabile per la trasparenza programmare – in collaborazione con l'ufficio Risorse Umane nell'ambito della formazione prevista in materia di prevenzione della corruzione – un ciclo di sessioni formative rivolto a tutto il personale dipendente, anche con lo scopo di illustrare gli obiettivi che il Consiglio di Amministrazione ha stabilito di adottare in tale ambito.

In attesa dell'avvio delle sessioni formative, la Società attua comunque altre forme di comunicazione/informazione interna, tra le quali si segnalano: (i) la pubblicazione nella intranet aziendale della normativa in materia di trasparenza e anticorruzione, incompatibilità e inconfiribilità di incarichi (L. 190/2012 – d.lgs. 33/2013 – d.lgs. 39/2013); (ii) la segnalazione dell'avvio del Progetto trasparenza e del Progetto anticorruzione; (iii) la segnalazione della costituzione della nuova sezione Amministrazione Trasparente e della pubblicazione dei vari dati.

La condivisione e la partecipazione ai processi agevola la cultura della trasparenza e dell'integrità, per tale motivo Ospedale di Sassuolo S.p.A. si impegna a coinvolgere tutto il personale nelle iniziative volte a diffondere i contenuti del Programma.

Al fine di ottemperare agli obiettivi strategici oggetto del presente aggiornamento, dovranno essere promosse idonee iniziative formative finalizzate a favorire una partecipazione attiva in primo luogo da parte dei Responsabili

di tutte gli uffici cui è attribuito l'onere del costante aggiornamento delle informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria, con l'obiettivo di divulgare le principali novità introdotte dal Programma.

Dovrà essere inoltre effettuata apposita segnalazione tramite email personale a ciascun dipendente e collaboratore. Analoga modalità andrà adottata in occasione della prima assunzione in servizio.

## **7.7. Processo di attuazione del programma**

Ai sensi dell'art. 43 del d.lgs. 33/2013, il tempestivo e regolare flusso dei dati da pubblicare è garantito dai responsabili delle funzioni in cui è articolata l'organizzazione della Società, in base alle rispettive competenze e con le modalità qui indicate; in tale ambito i Responsabili verificano e garantiscono l'esattezza e la completezza dei dati.

In questa sezione, sono individuate le misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi delle informazioni da pubblicare, prevedendo uno specifico sistema delle responsabilità e indicando i nominativi dei responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati, delle informazioni e dei documenti.

### **7.7.1. Mappa degli obblighi di comunicazione**

La Mappa degli obblighi di pubblicazione è basata sull'allegato alla delibera Civit n. 50/2013 ("Linee guida per l'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014.2016") e riprende l'articolazione in sottosezioni e livelli prevista per le sezioni Amministrazione trasparente dei portali istituzionali.

Per ogni singolo obbligo di pubblicazione vengono indicati:

- i contenuti di dettaglio dell'obbligo;
- la tempistica di pubblicazione e di aggiornamento del dato.

Essa indica inoltre:

- se c'è modifica "strutturale" rispetto al precedente programma
- come deve avvenire l'aggiornamento del dato per il 2016-2018

### **7.7.2. Soggetti coinvolti nel processo di pubblicazione**

**Responsabile per la Trasparenza:** svolge tutti i compiti previsti dalla legislazione nazionale inerenti a questa figura, ed in particolare:

- il Responsabile della trasparenza svolge un'attività di stimolo per l'affermazione di una cultura della trasparenza e di controllo sull'adempimento da parte della società degli obblighi di pubblicazione previsti nella normativa vigente;
- assicura la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate;
- provvede alla redazione e all'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità;
- è altresì Responsabile dell'accesso civico previsto all'articolo 5 del decreto legislativo n.33 del 2013, del quale controlla e assicura la regolare attuazione.

**Responsabile della pubblicazione del dato:** provvede a pubblicare i dati nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale di Ospedale di Sassuolo S.p.A.

**Responsabili di area, unità, strutture speciali e funzioni:** provvedono a fornire le informazioni al responsabile della trasparenza ed all'incaricato della pubblicazione del dato necessarie secondo la propria competenza e collocazione all'interno della struttura societaria

**Organismo di Vigilanza 231:** è il soggetto che viene individuato per la vigilanza sull'adempimento degli obblighi di trasparenza.

### 7.7.3. Standard di pubblicazione

Come previsto dalla delibera ANAC 1310/2010 si ritiene opportuno conformarsi, quanto alle modalità operative per la pubblicazione, alle seguenti indicazioni:

- ove possibile, esposizione in tabelle dei dati oggetto di pubblicazione: modalità sintetica per aumentare il livello di comprensibilità e di semplicità di consultazione dei dati, assicurando agli utenti della sezione "Amministrazione trasparente" la possibilità di reperire informazioni chiare e immediatamente fruibili;
- indicazione della data di aggiornamento del dato, documento ed informazione: necessità, quale regola generale, di esporre, in corrispondenza di ciascun contenuto della sezione "Amministrazione trasparente", la data di aggiornamento, distinguendo quella di "iniziale" pubblicazione da quella del successivo aggiornamento.

In ogni caso i dati dovranno essere pubblicati in maniera completa e in formato aperto.

La durata della pubblicazione del dato è fissata in 5 anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione.

### 7.7.4. Definizione dei flussi informativi

**Elenco dei produttori della documentazione e delle informazioni (titolarità della firma e delle responsabilità)**

*Si rinvia all'apposita tabella allegata al Piano.*

### 7.7.5. Monitoraggio dei flussi e delle Responsabilità

Le azioni di monitoraggio costituiscono un importante indicatore per valutare la qualità dei dati e delle informazioni pubblicate, che saranno oggetto di controlli specifici, per verificare la loro esattezza, accuratezza e aggiornamento.

Le **attività di vigilanza sono attribuite all'ODV 231**, secondo quanto previsto dalla Det. ANAC 8/2015. Nello specifico, nel secondo dei tali atti è indicato che "Ciascuna società è tenuta inoltre ad individuare un soggetto che curi l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione, in analogia a quanto avviene nelle pubbliche amministrazioni a carico degli Organismi Indipendenti di Valutazione.

Per omogeneità di comportamento, si ritiene debba essere individuato per tale funzione l'Organismo di Vigilanza". Inoltre, il C.d.A ha maggiori poteri di vigilanza perché il Responsabile non ha qualifica dirigenziale. Secondo quanto previsto dal verbale della seduta del C.d.A. di nomina del responsabile della prevenzione della corruzione, la

maggiore vigilanza si esplicita nella richiesta di relazione al C.d.A. ogni 6 mesi delle attività svolte dal Responsabile per la prevenzione della corruzione unitamente al Responsabile della Trasparenza.

#### **7.7.6. Attività di controllo del RPT**

Le attività di controllo riguardano tutta la sezione “Amministrazione trasparente” del sito istituzionale di Ospedale di Sassuolo S.p.A.

Delle attività di controllo è redatto apposito atto del Responsabile, che viene trasmesso sia al Responsabile della Prevenzione della corruzione (forma di raccordo fra i due soggetti, richiesta da Det. ANAC 8/2015 e DGR 1175/205) che ad ODV 231, al quale il Programma affida i compiti di vigilanza.

Il responsabile provvede a richiedere i dati ai Responsabili che detengono le informazioni, ovvero a comunicare al Responsabile della pubblicazione dei dati la pubblicazione delle informazioni che sono già disponibili o immediatamente recuperabili.

In seguito al monitoraggio effettuato in conclusione di ogni annualità verrà redatta e pubblicata nelle sezioni Amministrazione trasparente la relazione sullo stato d’attuazione del Programma triennale, specificando eventuali ritardi e/o scostamenti e le azioni correttive previste e/o attuate.

La relazione sull’attuazione del programma precedente da parte del Responsabile della Trasparenza è inserita come parte integrante dell’aggiornamento annuale del programma, in modo che anche questa venga approvata dall’Assemblea dei Soci, unitamente al Programma dell’anno di riferimento.

In caso di inadempienza alle richieste del Responsabile, esso è tenuto all’applicazione delle sanzioni indicate nel sistema sanzionatorio.

### **7.8. Accesso civico e Accesso generalizzato**

#### **7.8.2. Introduzione**

Ai sensi del d.lgs. n. 33/2013 così come novellato dal d.lgs. n. 97/2016 “chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del presente decreto, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, secondo quanto previsto dall’art. 5-bis”

La qual cosa si traduce, in estrema sintesi, in un diritto di accesso non condizionato dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti ed avente ad oggetto tutti i dati e i documenti e informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli per i quali è stabilito un obbligo di pubblicazione.

Nel novellato d.lgs. n. 33/2013 è la libertà di accedere ai dati e ai documenti, cui corrisponde una diversa versione dell’accesso civico, a divenire centrale nel nuovo sistema, in analogia agli ordinamenti aventi il *Freedom of Information Act (FOIA)*, ove il diritto all’informazione è generalizzato e la regola generale è la trasparenza mentre la riservatezza e il segreto eccezioni.

In coerenza con il quadro normativo, il diritto di accesso civico generalizzato si configura - come il diritto di accesso civico disciplinato dall’art. 5, comma 1 - come diritto a titolarità diffusa, potendo essere attivato “*da chiunque*” e non essendo sottoposto ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente (comma 3). A ciò si aggiunge un ulteriore elemento, ossia che l’istanza “*non richiede motivazione*”. In altri termini, tale nuova tipologia di accesso civico risponde all’interesse dell’ordinamento di assicurare ai cittadini (a “*chiunque*”), indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridiche soggettive, un accesso a dati, documenti e informazioni detenute da pubbliche amministrazioni e dai soggetti indicati nell’art. art. 2-bis del d.lgs. 33/2013 come modificato

dal d.lgs. 97/2016.

### **7.8.3. Distinzione tra accesso civico e accesso generalizzato**

L'accesso è circoscritto ai soli atti, documenti e informazioni oggetto di obblighi di pubblicazione e costituisce un rimedio alla mancata osservanza degli obblighi di pubblicazione imposti dalla legge, sovrapponendo al dovere di pubblicazione, il diritto del privato di accedere ai documenti, dati e informazioni interessati dall'inadempienza.

L'accesso generalizzato si delinea come affatto autonomo ed indipendente da presupposti obblighi di pubblicazione e come espressione, invece, di una libertà che incontra, quali unici limiti, da una parte, il rispetto della tutela degli interessi pubblici e/o privati indicati all'art. 5 bis, commi 1 e 2, e dall'altra, il rispetto delle norme che prevedono specifiche esclusioni

### **7.8.4. Ambito applicativo dell'accesso generalizzato**

L'accesso civico generalizzato è esercitabile relativamente "ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione", ossia per i quali non sussista uno specifico obbligo di pubblicazione.

### **7.8.5. Disciplina interna**

Come previsto dalla delibera ANAC n. 1309/2016, Ospedale di Sassuolo intende dotarsi di:

- a) soluzioni organizzative al fine di coordinare la coerenza delle risposte sui diversi tipi di accesso.  
In particolare, anche al fine di evitare comportamenti disomogenei tra gli uffici della struttura, verrà strutturato un apposito regolamento interno sull'accesso, che prevedrà sezioni dedicate alle varie tipologie di accesso. La sezione dedicata all'accesso generalizzato avrà cura di disciplinare anche gli aspetti procedurali interni per la gestione delle richieste, provvedendo a:
  - individuare gli uffici competenti a decidere sulle richieste di accesso generalizzato;
  - disciplinare la procedura per la valutazione caso per caso delle richieste di accesso.
- b) Disciplina interna sugli aspetti procedurali per esercitare l'accesso con i contenuti, adottando adeguate soluzioni organizzative - ad esempio la concentrazione delle richieste in unico ufficio dotato di risorse professionali adeguate - che ai fini istruttori dialoga con gli altri uffici che detengono i dati richiesti.
- c) un registro delle richieste di accesso presentate (per tutte le tipologie di accesso), che verrà pubblicato sul sito internet nella sezione "società trasparente".  
Il registro dovrà riportare l'elenco delle richieste con l'oggetto e la data e il relativo esito con la data della decisione, oscurando i dati personali eventualmente presenti. Il registro dovrà essere aggiornato almeno ogni 6 mesi.



<b>MAPPA DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE 2017-2019</b>			
<b>Sezioni / Sotto-sezioni</b>	<b>Contenuto</b>	<b>Destinatario dell'obbligo di pubblicazione</b>	<b>Tempistica</b>
<b>DISPOSIZIONI GENERALI</b>			
Programma per la trasparenza e l'integrità	Programma 2017-2019 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Testo del Programma</li> <li>• Verbale di approvazione da parte dell'Organo competente</li> <li>• Relazione sull'attuazione del programma</li> </ul> Programma 2015-2017 <ul style="list-style-type: none"> <li>• Testo del Programma</li> <li>• Verbale di nomina del responsabile della Trasparenza</li> <li>• Atto di adozione del Direttore Operativo</li> <li>• Verbale di approvazione da parte dell'Organo competente</li> </ul> MOG 231	Segreteria di direzione generale	Annuale per il Programma e per gli atti di adozione Una tantum per il verbale di nomina del responsabile
Atti Generali	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riferimenti normativi con i relativi link alla banca dati "Normattiva"</li> <li>• Atto costitutivo</li> <li>• Statuto</li> <li>• Codice di etico</li> </ul>	Segreteria di direzione generale	Tempestivo
<b>ORGANIZZAZIONE</b>			
Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consiglieri di amministrazione in carica (anche se gratuiti)</li> <li>• Consiglieri di amministrazione cessati (anche se gratuiti)</li> <li>• Direttore generale               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cv dei componenti</li> <li>- Verbali di nomina e Delibere regionali correlate</li> </ul> </li> </ul>	Segreteria di Direzione generale	Tempestivo  La dichiarazione ex art. 14 d.lgs. n. 33/2013 e la dichiarazione dei redditi vanno presentate una sola volta entro tre mesi dalla

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presenza alle sedute</li> <li>- Dichiarazioni ai sensi dell'art. 14 d.lgs. 33/2013</li> <li>- Inserimento sezione con dati C.d.A. precedenti in vigore di Programmi per la trasparenza</li> <li>- Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti</li> <li>- Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici</li> <li>- Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica</li> <li>- Copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sulle persone fisiche o del quadro riepilogativo</li> <li>- Attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi</li> </ul>		<p>nomina e resta pubblicata fino alla cessazione</p> <p>La attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale vanno presentata annualmente</p>
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare al momento dell'incarico, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica</li> </ul>	RPCT	Tempestivo
Articolazione degli uffici	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Articolazione degli uffici e relative competenze</li> <li>• Organigramma</li> <li>• Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici</li> </ul>	Responsabile Risorse Umane	Tempestivo
Telefono e posta elettronica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate</li> </ul>	Segreteria di Direzione Generale	Tempestivo
<b>CONSULENTI E COLLABORATORI</b>			
Elenco Consulenze e collaborazioni attivate	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elenchi che riportano i nominativi di coloro che hanno avuto da Ospedale di Sassuolo S.p.A. incarico di consulenza.</li> <li>• Per ogni incarico vengono forniti: estremi dell'atto di conferimento; oggetto della prestazione; ragione</li> </ul>	Direzione amministrativa	Entro 30 giorni dal conferimento dell'incarico (da pubblicare in tabelle)

	dell'incarico; CV aggiornato; compensi; tipo di procedura seguita per la selezione del contraente		
	CV, durata, compenso, oggetto, referente Ospedale di Sassuolo, modalità di selezione, procedura specifica		
Attestazioni della mancanza di conflitti di interessi e cause di inconferibilità degli incarichi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le attestazioni sono raccolte in sede di firma del contratto di incarico. Nelle tabelle di pubblicazione dei contratti a persone fisiche sono indicati i risultati di verifica delle attestazioni.</li> </ul>		Entro 30 giorni dal conferimento dell'incarico (da pubblicare in tabelle)
<b>PERSONALE</b>			
Incarichi di Direttore generale	<ul style="list-style-type: none"> <li>Per ciascun titolare di incarico: sintesi dei dati del contratto; CV; compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico; importi di viaggi di servizio e missioni; dati relativi all'assunzione di altre cariche presso enti provati o pubblici e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti; altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei relativi compensi; Dichiarazioni ai sensi dell'art. 14 d.lgs. 33/2013; Copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sulle persone fisiche o del quadro riepilogativo; Attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi; dichiarazione della insussistenza di una delle cause di inconferibilità; dichiarazione della insussistenza di una delle cause di incompatibilità; aumentare complessivo degli emolumenti</li> </ul>	Segreteria Direzione Generale	<p>Tempestivo</p> <p>La dichiarazione ex art. 14 d.lgs. n. 33/2013 e la dichiarazione dei redditi vanno presentate una sola volta entro tre mesi dalla nomina e resta pubblicata fino alla cessazione</p> <p>La attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale vanno presentata annualmente</p>
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarico di direttore generale	<ul style="list-style-type: none"> <li>Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare al momento dell'incarico, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica</li> </ul>	RPCT	Tempestivo

<p>Titolari di incarichi dirigenziali</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Per ciascun titolare di incarico: sintesi dei dati del contratto; CV; compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico; importi di viaggi di servizio e missioni; dati relativi all'assunzione di altre cariche presso enti provati o pubblici e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti; altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei relativi compensi; dichiarazione della insussistenza di una delle cause di inconferibilità; dichiarazione della insussistenza di una della cause di incompatibilità; aumentare complessivo degli emolumenti</li> </ul>	<p>Direzione amministrativa</p>	<p>Tempestivo</p> <p>La dichiarazione ex art. 14 d.lgs. n. 33/2013 e la dichiarazione dei redditi vanno presentate una sola volta entro tre mesi dalla nomina e resta pubblicata fino alla cessazione</p> <p>La attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale vanno presentata annualmente</p>
<p>Dirigenti cessati</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Per ciascun titolare di incarico: sintesi dei dati del contratto; CV; compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico; importi di viaggi di servizio e missioni; dati relativi all'assunzione di altre cariche presso enti provati o pubblici e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti; altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei relativi compensi; dichiarazione della insussistenza di una delle cause di inconferibilità; dichiarazione della insussistenza di una della cause di incompatibilità; aumentare complessivo degli emolumenti</li> <li>Solo per Direttore generale: Dichiarazioni ai sensi dell'art. 14 d.lgs. 33/2013; Copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sulle persone fisiche o del quadro riepilogativo; Attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi</li> </ul>	<p>Direzione amministrativa e Segreteria di Direzione Generale per i dati relativi al Direttore generale</p>	<p>Nessuno</p>
<p>Dotazione Organica</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Numero del personale a tempo determinato e a tempo indeterminato in servizio</li> </ul>	<p>Responsabile Risorse Umane</p>	<p>Annuale</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Costo complessivo del personale a tempo determinato in servizio</li> <li>Costo complessivo del personale a tempo determinato in servizio</li> </ul>		
Tassi di assenza	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tassi di assenza trimestrali da pubblicare in tabelle distinti per uffici di livello dirigenziale</li> </ul>	Responsabile Risorse Umane	Trimestrale
Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso</li> </ul>	Responsabile risorse umane	Tempestivo
Contrattazione collettiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>CCNL di riferimento</li> </ul>	Responsabile Risorse Umane	Tempestivo
Contrattazione integrativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contratti Integrativi stipulati</li> <li>Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa</li> </ul>	Responsabile Risorse Umane	Annuale
<b>SELEZIONE DEL PERSONALE</b>			
Criteri e modalità	<ul style="list-style-type: none"> <li>Procedure che stabiliscono le modalità di reclutamento del personale</li> </ul>	Responsabile Risorse Umane	Tempestivo
Procedure selettive	<ul style="list-style-type: none"> <li>Per ciascuna procedure selettiva: avviso di selezione, criteri di selezione; esito della selezione</li> </ul>	Responsabile risorse umane	Tempestivamente
<b>PERFORMANCE</b>			
Ammontare complessivo dei premi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Criteri di distribuzione dei premi al personale e ammontare aggregato dei premi effettivamente distribuiti</li> </ul>	Responsabile risorse umane	Tempestivo
<b>ENTI CONTROLLATI</b>			
Società partecipate	<ul style="list-style-type: none"> <li>Per ciascuna delle società partecipate: ragione sociale; misura della partecipazione; durata dell'impegno; onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul</li> </ul>	Direzione amministrativa	Annuale

	<p>bilancio della società; numero dei rappresentanti della società negli organi di governo e trattamento economico a ciascuno di essi spettante; risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi; incarichi di amministratore (link al sito dell'ente); collegamento il sito della controllata</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali</li> </ul>		Tempestivo per le operazioni sulle partecipazioni
<b>BANDI DI GARA E CONTRATTI</b>			
Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Codice CIG</li> <li>• Struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco operatori invitati presentare offerte, numero di offerenti che hanno partecipato, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate</li> <li>• Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG), struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)</li> </ul>	Direzione amministrativa	<p>Tempestivo</p> <p>Annuale per le tabelle riassuntive</p>
Atti di aggiudicazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali (se tenuti alla programmazione ai sensi del Codice dei contratti)</li> </ul>	Direzione amministrativa	Tempestivo
Atti di aggiudicazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Per ciascuna procedura: Avvisi di preinformazione, delibera a contrarre o atto equivalente; avvisi e bandi; avviso sui risultati della procedura di affidamento; avvisi</li> </ul>	Direzione amministrativa	Tempestivo

	<p>sistema di qualificazione; affidamenti; informazioni ulteriori</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Provvedimenti di esclusione e di ammissione</li> <li>• Composizione della commissione giudicatrice e curricula dei componenti</li> <li>• Testo integrale di tutti i contratti di acquisto di beni e di servizi di importo unitario stimato superiore a 1 mln di euro in esecuzione del programma biennale e suoi aggiornamenti</li> <li>• Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione</li> </ul>		
<b>BILANCI</b>			
Bilancio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bilancio di esercizio in forma integrale e semplificata, anche con ricorso a rappresentazioni grafiche</li> </ul>	Direzione amministrativa	Annuale (entro 30 giorni dalla data di approvazione)
<b>BENI IMMOBILI E GESTIONE PATRIMONIO</b>			
Patrimonio immobiliare	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elenco degli immobili posseduti da Ospedale di Sassuolo SpA e informazioni identificative degli immobili (tipo, dimensione, localizzazione, valore)</li> </ul>	Direzione amministrativa	Tempestiva
Canoni di locazione o affitto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elenco dei canoni di locazione o di affitto versati o percepiti da Ospedale di Sassuolo SpA</li> </ul>	Direzione amministrativa	Tempestiva
<b>CONTROLLI E RILIEVI</b>			
Organo di controllo che svolge le funzioni di OIV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nominativi dei componenti dell'OdV</li> <li>• Attestazione sull'assolvimento dell'obbligo di pubblicazione</li> </ul>	Direzione amministrativa	Tempestiva  Annuale per quanto riguarda l'attestazione
Revisione dei conti	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relazione dei revisori</li> </ul>	Direzione amministrativa	Tempestiva
<b>SERVIZI EROGATI</b>			
Servizi erogati	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Carta dei servizi o documento concernente gli standard di qualità</li> </ul>	Direzione sanitaria	Tempestiva
Servizi erogati	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi, e il relativo andamento nel tempo</li> </ul>	Direzione amministrativa, quanto ai costi	Annuale per quanto riguarda ai costi

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Liste di attesa e criteri di formazione delle stesse, tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata</li> <li>Agende di prenotazione relative alle liste di attesa</li> </ul>	Direzione sanitaria	Tempestiva
<b>PAGAMENTI</b>			
Dati sui pagamenti	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dati sui pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari</li> </ul>	Direzione amministrativa	Trimestrale
Indicatore di tempestività dei pagamenti	<ul style="list-style-type: none"> <li>Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)</li> <li>Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti</li> <li>Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici</li> </ul>	Direzione amministrativa	Annuale
IBAN e pagamenti informatici	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento</li> </ul>	Direzione amministrativa	Tempestivo
<b>ALTRI CONTENUTI</b>			
Prevenzione della corruzione	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nome del Responsabile della Prevenzione della corruzione e recapito dello stesso</li> <li>Verbale di nomina</li> <li>Lettera di nomina</li> <li>Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione 2016-2018</li> <li>Verbale di approvazione del CDA</li> </ul>	Segreteria Direzione generale	Tempestivo

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relazione sullo stato di attuazione secondo il modello ANAC 2015</li> <li>• Modulo per la segnalazione da parte di dipendenti</li> <li>• Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013</li> </ul>		
Accesso civico semplice	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza/o del soggetto cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale</li> </ul>	Segreteria di Direzione generale	Tempestivo
Accesso civico generalizzato	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale</li> <li>• Elenco delle richieste di accesso con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione (registro accessi)</li> </ul>	Segreteria di Direzione generale	Tempestivo  Semestrale quanto al registro accessi
MODELLO 231	Modello 231 approvato con delibera del CdA Verbale CdA di nomina dei componenti del OdV Link alla sezione dedicata sul MOG 231 nel sito istituzionale di Ospedale di Sassuolo S.p.A.	Segreteria di Direzione generale	Tempestivo