

---

**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

*Triennio 2022-2024*

---

<b>1. PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE</b>	<b>5</b>
1.1. Oggetto e finalità	5
1.2. La programmazione del monitoraggio del PTPCT	6
1.3. Normativa di riferimento	6
1.4. Le società partecipate pubbliche nel quadro normativo di riferimento	8
1.5. Definizione di corruzione	9
<b>2. I SOGGETTI DELLA PREVENZIONE</b>	<b>9</b>
2.1. Il responsabile della prevenzione della corruzione	9
2.1.1. Revoca del RPCT	11
2.2. Il Consiglio di Amministrazione	12
2.3. Il Collegio sindacale	12
2.4. L'Ufficio procedimenti disciplinari	12
2.5. I referenti della prevenzione	13
2.6. I Dirigenti, Quadri, Responsabili	13
2.7. I dipendenti	13
2.8. I collaboratori	14
2.9. Il RASA	14
2.10. L'Organismo di Vigilanza	14
2.11. PTCPT e <i>Performance</i>	14
<b>3. PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE IN OSPEDALE DI SASSUOLO S.P.A.</b>	<b>15</b>
3.1. Introduzione	15
3.2. Rapporti tra Modello di Organizzazione, gestione e controllo e Piano di Prevenzione della Corruzione	15
3.3. Integrazione e coordinamento fra RPCT e OdV	17
3.4. Procedura di formazione del PTCPT	18
3.5. Pubblicità	19

<b>3.6. Analisi di contesto</b>	<b>19</b>
3.6.1. Contesto esterno – Descrizione del profilo criminologico del territorio, aggiornamento anno 2022	19
3.6.2. Contesto interno – Ospedale di Sassuolo	20
<b>3.7. La struttura organizzativa di Ospedale di Sassuolo S.p.A.</b>	<b>21</b>
<b>4. RISK ASSESSMENT</b>	<b>21</b>
4.1 Mappatura dei processi	22
4.2 Individuazione delle Aree a Rischio	23
4.2. La valutazione del rischio	23
<b>5. LE MISURE PER LA GESTIONE DEL RISCHIO</b>	<b>27</b>
5.1 Monitoraggio e riesame	27
5.2 Esiti del monitoraggio	28
5.3 Riesame periodico della funzionalità complessiva del sistema	28
5.4 Pianificazione per il triennio 2022-2024	29
5.5 Misure di Prevenzione generali	29
5.2. Ulteriori misure di prevenzione generali	33
5.3. Misure di prevenzione specifiche	36
<b>6. ALTRE INIZIATIVE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE</b>	<b>41</b>
6.1 Inconferibilità e incompatibilità ex d.lgs. n. 39/2013	41
6.1.1 Inconferibilità	42
6.1.2. Incompatibilità	43
6.1.3. Gli accertamenti del RPC	45
6.2. <i>Revolving Doors</i>	46
6.3. Conferimento ed autorizzazione incarichi	47
6.3.2. Incarichi conferiti dalla Società ai dipendenti	48
6.3.3. Incarichi autorizzati dalla Società	48
6.4. Conflitto di Interesse e cause di astensione	48
6.5. Conflitto di interessi e personale dipendente	50
6.6. Conflitto di interessi e consulenti	51
6.7. Rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione	51
6.8. Codice di comportamento	55

<b>6.9. Red Flags – contratti pubblici</b>	<b>57</b>
<b>6.10. Sistema Sanzionatorio</b>	<b>58</b>
<b>6.11. Segnalazioni al Responsabile della Prevenzione della Corruzione</b>	<b>58</b>
<b>6.12. Monitoraggio e reportistica</b>	<b>60</b>
<b>6.13. Strumenti specifici di controllo</b>	<b>61</b>
<b>6.14. Formazione in materia di anticorruzione</b>	<b>63</b>
<b>7. PIANO DELLA TRASPARENZA</b>	<b>63</b>
<b>7.1. Premessa</b>	<b>63</b>
<b>7.2. La società</b>	<b>65</b>
<b>7.3. Procedimento di elaborazione e adozione del programma</b>	<b>67</b>
7.3.1. Programmazione della trasparenza	67
7.3.2. Nomina del Responsabile della trasparenza e elaborazione del programma	67
<b>7.4. Obiettivi strategici e obiettivi di periodo in materia di trasparenza</b>	<b>68</b>
<b>7.5. Termini di adozione del programma</b>	<b>69</b>
<b>7.6. Iniziative di comunicazione della trasparenza</b>	<b>70</b>
<b>7.7. Processo di attuazione del programma</b>	<b>70</b>
7.7.1. Mappa degli obblighi di comunicazione	70
7.7.2. Soggetti coinvolti nel processo di pubblicazione	71
7.7.3. Standard di pubblicazione	71
7.7.4. Definizione dei flussi informativi	72
Elenco dei produttori della documentazione e delle informazioni (titolarità della firma e delle responsabilità)	72
7.7.5. Monitoraggio dei flussi e delle Responsabilità	72
7.7.6. Attività di controllo del RPT	72
<b>7.8. Accesso civico e Accesso generalizzato</b>	<b>73</b>
<b>7.8.2. Introduzione</b>	<b>73</b>
<b>7.8.3. Distinzione tra accesso civico e accesso generalizzato</b>	<b>73</b>
<b>7.8.4. Ambito applicativo dell'accesso generalizzato</b>	<b>73</b>
<b>7.8.5. Disciplina interna</b>	<b>74</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 predispone, 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.

Finalità del PTPCT è quella di identificare le misure organizzative volte a contenere il rischio di assunzione di decisioni non imparziali. A tal riguardo spetta alle amministrazioni valutare e gestire il rischio corruttivo, secondo una metodologia che comprende l'analisi del contesto (interno ed esterno), la valutazione del rischio (identificazione, analisi e ponderazione del rischio) e il trattamento del rischio (identificazione e programmazione delle misure di prevenzione).

Il PTPCT costituisce un atto organizzativo fondamentale in cui è definita la strategia di prevenzione all'interno di ciascuna amministrazione.

La violazione da parte dei dipendenti delle misure di prevenzione previste nel PTPCT è fonte di responsabilità disciplinare (l. 190/2012, art. 1, co. 14). Tale previsione è confermata all'art. 1, co. 44 della l. 190/2012 secondo cui la violazione dei doveri contenuti nel codice di comportamento/etico, compresi quelli relativi all'attuazione del PTPCT, è fonte di responsabilità disciplinare.

Il PTPCT è adottato annualmente dal C.d.a. su proposta del RPCT.

Il presente documento costituisce l'aggiornamento del Piano triennale per la prevenzione della corruzione nell'ambito di Ospedale di Sassuolo s.p.a. per il triennio 2022-2024.

Il PTPCT triennio 2022-2024 – si colloca in una linea di tendenziale continuità con i precedenti, sebbene sia stato necessario operare alcuni interventi di adeguamento, in funzione della struttura organizzativa e delle esperienze maturate.

L'elaborazione del PTPCT riflette le caratteristiche della struttura amministrativa, interessata nell'ultima annualità dalla riorganizzazione di alcuni uffici.

## 1.2. La programmazione del monitoraggio del PTPCT

Al fine di disegnare un'efficace strategia di prevenzione della corruzione è necessario che il PTPCT individui un sistema di monitoraggio sia sull'attuazione delle misure sia con riguardo al medesimo PTPCT. Nell'ambito delle risorse a disposizione della Società, il monitoraggio potrà essere attuato mediante sistemi informatici che consentano la tracciabilità del processo e la verifica immediata dello stato di avanzamento.

L'attività di monitoraggio non coinvolge soltanto il RPCT, ma interessa i referenti, laddove previsti, i dirigenti e, in particolare, l'Organismo di Vigilanza ai sensi del d.lgs. n. 231/2001.

In ogni caso dovrà essere assicurato un sistema di reportistica che consenta al RPCT di monitorare costantemente "l'andamento dei lavori" e di intraprendere le iniziative più adeguate nel caso di scostamenti.

## 1.3. 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;
- 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);
- Determinazione ANAC n. 833/2016 “Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi di 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”;
- 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”.
- Delibera n. 215/2019, recante “Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all’art. 16, comma 1, lettera l-quater, del d.lgs. n. 165 del 2000”.
- Decreto legge n. 76/2020, convertito con modifiche in legge n. 120/2020, recante “Misure urgenti per la semplificazione e l’innovazione digitali, anche relativamente alla disciplina dei contratti pubblici”;
- Decreto legge n. 77/2021, recante “Governance del Piano nazionale di rilancio e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure”;
- Orientamenti per la prevenzione della corruzione e della trasparenza del 3 febbraio 2022.

La stesura è stata effettuata nel rispetto delle disposizioni dei vari Piani Nazionali Anticorruzione, ovvero:

- Delibera Civit n. 72 del 11 settembre .2013 (Approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione);
- Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 (Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione);
- Determinazione ANAC n. 831 del 3 agosto 2016 (Piano Nazionale Anticorruzione 2016);
- Deliberazione ANAC n. 1208 del 22 novembre 2017 (Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione);
- Deliberazione ANAC n. 1074 del 21 novembre 2018 (Aggiornamento al Piano Nazionale 2018);
- Deliberazione ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019 (Piano Nazionale Anticorruzione 2019)

#### **1.4. 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.

## 1.5. 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.

Sia per la Convenzione ONU che per altre Convenzioni internazionali predisposte da organizzazioni internazionali, (es. OCSE e Consiglio d'Europa) firmate e ratificate dall'Italia, la corruzione consiste in comportamenti soggettivi impropri di un pubblico funzionario che, al fine di curare un interesse proprio o un interesse particolare di terzi, assuma (o concorra all'adozione di) una decisione pubblica, deviando, in cambio di un vantaggio (economico o meno), dai propri doveri d'ufficio, cioè dalla cura imparziale dell'interesse pubblico affidatogli.

Questa definizione, che è tipica del contrasto penalistico ai fenomeni corruttivi, volto ad evitare comportamenti soggettivi di funzionari pubblici (intesi in senso molto ampio, fino a ricomprendere nella disciplina di contrasto anche la persona incaricata di pubblico servizio), delimita il fenomeno corruttivo in senso proprio.

Nell'ordinamento penale italiano la corruzione non coincide con i soli reati più strettamente definiti come corruttivi (concussione, art. 317, corruzione impropria, art. 318, corruzione propria, art. 319, corruzione in atti giudiziari, art. 319-ter, induzione indebita a dare e promettere utilità, art. 319-quater), ma comprende anche reati relativi ad atti che la legge definisce come "condotte di natura corruttiva".

L'ANAC, con la propria delibera n. 215 del 2019, ha considerato come "condotte di natura corruttiva" tutte quelle indicate dall'art. 7 della legge n. 69 del 2015, che aggiunge ai reati prima indicati quelli di cui agli art. 319-bis, 321, 322, 322-bis, 346-bis, 353, 353-bis del codice penale.

## 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.

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, nonché di consulenti esterni specializzati in materia.

Pertanto, il CdA nella seduta del 15 febbraio 2021 ha nominato la dott.ssa Mariangela Vitone – Direzione Risorse Umane e Segreteria generale – “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.

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 inconferibilità 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.

### **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, definendo gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza che costituiscono contenuto necessario del PTPCT.

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 annuale al Consiglio di Amministrazione una relazione sull'attività svolta in materia di prevenzione della corruzione.

## **2.3. Il Collegio sindacale**

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 dal Collegio Sindacale quale organismo di controllo interno.

In particolare, il Collegio Sindacale:

- Partecipa al processo di ricognizione, determinazione, valutazione e gestione del rischio;
- Considera i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti attribuiti;
- Svolge compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa, secondo quanto stabilito dagli artt. 43 e 44 del d.lgs 33 del 2013;
- Esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato (art. 54 comma 5 d.lgs 165 del 2001) e ne verifica annualmente l'applicazione.

## **2.4. L'Ufficio procedimenti disciplinari**

L'ufficio procedimenti disciplinari svolge i seguenti compiti:

- Svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art. 55 bis d.lgs 165 del 2001);
- Provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 D.P.R. n. 3 del 1957; art. 1, comma 3, l. n. 20 del 1994; art. 331 c.p.p.);
- Verifica l'applicazione del Codice di comportamento, fornendo i relativi pareri, e ne propone l'aggiornamento.

## 2.5. 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.

## 2.6. 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.

## 2.7. I dipendenti

I dipendenti della Società devono essere messi a conoscenza del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e provvedono a darvi esecuzione per quanto di competenza.

In caso di conflitto di interessi e/o di incompatibilità anche potenziale, è fatto obbligo ai dipendenti responsabili di procedimento e/o competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale, di astenersi, ai sensi dell'art. 6 bis legge 241/1990, segnalando tempestivamente al proprio dirigente la situazione di conflitto.

Ogni dipendente che esercita competenze sensibili alla corruzione informa il proprio dirigente in merito al rispetto dei tempi procedimentali e di qualsiasi altra anomalia accertata, indicando, per ciascun procedimento nel quale i termini non sono stati rispettati, le motivazioni che giustificano il ritardo.

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.

## 2.8. 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.

## 2.9. II RASA

Il piano nazionale anticorruzione 2016 qualifica l'individuazione del RASA, ovvero del soggetto responsabile dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante nella banca dati dei contratti pubblici esistente presso ANAC, come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

Ricopre il ruolo di RASA per Ospedale di Sassuolo s.p.a. il sig. Davide Lunati.

## 2.10. 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.

## 2.11. PTPCT e Performance

Al fine di realizzare un'efficace strategia di prevenzione del rischio di corruzione è, infatti, necessario che i PTPCT siano coordinati rispetto al contenuto di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti.

Devono quindi essere inclusi negli strumenti del ciclo della performance, in qualità di obiettivi e di indicatori per la prevenzione del fenomeno della corruzione, i processi e le attività di programmazione posti in essere per l'attuazione delle misure previste nel PTPCT.

In tal modo, le attività svolte per la predisposizione, l'implementazione e l'attuazione del PTPCT vengono introdotte in forma di obiettivi nel Piano della performance sotto il profilo della:

- *performance* organizzativa e, cioè, attuazione di piani e misure di prevenzione della corruzione, ovvero

la misurazione dell'effettivo grado di attuazione dei medesimi, nel rispetto delle fasi e dei tempi previsti (art. 8, co. 1, lett. b), d.lgs. 150/2009); sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini, i soggetti interessati, gli utenti e i destinatari dei servizi, anche attraverso lo sviluppo di forme di partecipazione e collaborazione (art. 8, co. 1, lett. e), d.lgs. 150/2009), al fine di stabilire quale miglioramento in termini di *accountability* riceve il rapporto con i cittadini l'attuazione delle misure di prevenzione;

- *performance* individuale (art. 9 del d.lgs. 150/2009). Vanno inseriti gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori, in particolare gli obiettivi assegnati al RPCT, ai dirigenti apicali in base alle attività che svolgono per prevenire il rischio di corruzione ai sensi dell'art. 16, co. 1, lett. I-bis), I-ter), I-quater) del d.lgs. 165/200114, ai referenti del responsabile della corruzione, qualora siano individuati tra il personale con qualifica dirigenziale.

### **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.

In particolare, si segnala che nell'anno 2020 il Modello 231 di Ospedale di Sassuolo S.p.a. ha visto un importante aggiornamento, prendendo in considerazione nuove fattispecie di recente introduzione, ovvero: a) Legge 9 gennaio 2019, n. 3 ("Legge Anticorruzione"), recante modifiche all'art. 25 del D.lgs. 231/2001, introducendo la fattispecie di cui all'art. 346bis c.p. (traffico di influenze illecite); b) Legge 3 maggio 2019, n. 39, introduttiva dell'art. 25quaterdecies del D.lgs. 231/2001 (Frode in competizioni sportive, esercizio abusivo di gioco o di scommessa e giochi d'azzardo esercitati a mezzo di apparecchi vietati); c) Decreto legge 6 ottobre 2019, n. 124, conv. con legge 19 dicembre 2019 n. 157, introduttivo dell'art. 25quinquiesdecies del D.lgs. 231/2001 (Reati tributari).

Nel corso dell'anno 2022 è stato disposto un ulteriore aggiornamento con particolare riguardo a: (i) modifiche di natura organizzativa a seguito della definizione di nuovi organigrammi e della revoca di precedenti procure; (ii) aggiornamenti di natura normativa, connessi a: d.lgs. n. 75/2020 in tema di reati fiscali e reati doganali; d.lgs. n. 184/2021 in tema di frodi e falsificazioni di mezzi di pagamento diversi dai contanti (art. 25 octies.1 d.lgs. n.



231/2001); (iii) recepimento delle Linee guida di Confindustria aggiornate al giugno 2021.

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. Integrazione e coordinamento fra RPCT e OdV

L'integrazione fra ODV 231 e RPCT, in termini operativi, è prevista dalle Linee Guida ANAC 1134/2017. Nell'ambito di Ospedale di Sassuolo s.p.a.

L'integrazione di realizza con i seguenti strumenti, per i diversi momenti in cui si realizza:

- in sede di elaborazione delle misure di contrasto dei fenomeni corruttivi:
  - con incontri, scambio di informazioni, elaborazione e predisposizione di misure condivise, anche in relazione alla verifica dell'adeguatezza del PTPCT alla realizzazione degli obiettivi strategici definiti dall'organo di indirizzo politico
  
- coordinamento dei controlli per la prevenzione dei rischi ex 231 e per la prevenzione della corruzione
  - con incontri periodici e scambio di informazione, fatti salvi i principi di riservatezza e segretezza insiti nella gestione della vigilanza ODV, anche per evitare sovrapposizioni e duplicazione di attività
  - con raccordo della vigilanza nei vari tipi di processi
  
- in sede di monitoraggio degli obblighi di trasparenza
  - con consegna dell'atto di monitoraggio del RPCT sull'attuazione degli obblighi di trasparenza all'ODV (semestrale)
  - con appositi incontri finalizzati al rilascio dell'attestazione degli obblighi di pubblicazione di competenza dell'ODV
  
- in sede di verifica delle segnalazioni ricevute (whistleblowing)
  - con tempestiva comunicazione, fatti salvi i criteri di tutela del segnalante e del segnalato, previsti dalla normativa vigente
  - con integrazione delle attività di verifica quando attivabili a seconda dei contenuti delle segnalazioni

### 3.4. 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 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.
- suggerimenti di miglioramento da parte di OdV e RPC riscontrati in sede di controllo.

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

### 3.5. 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.

### 3.6. Analisi di contesto

#### 3.6.1. Contesto esterno – Descrizione del profilo criminologico del territorio, aggiornamento anno 2022

(Fonte dei dati: studio del Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale – Settore sicurezza urbana e legalità)

Come ormai provato da diverse indagini delle forze investigative, anche in Emilia-Romagna si deve registrare una presenza criminale e mafiosa di lunga data, la cui pericolosità, per diverso tempo, è rimasta confinata nell'ambito dei mercati illeciti (soprattutto nel traffico degli stupefacenti), ma che in tempi recenti sembrerebbe esprimere caratteristiche più complesse.

Infatti occorre ricordare, in primo luogo, la progressione delle attività mafiose nell'economia legale, specie nel settore edile e commerciale, e, parallelamente, lo strutturarsi di un'area grigia formata da attori eterogenei, anche locali, con cui i gruppi criminali hanno stretto relazioni al fine di sfruttare opportunità e risorse del territorio (appalti, concessioni, acquisizioni di immobili o di aziende, ecc.).

A rendere tale scenario ancora più complesso occorre considerare, inoltre, la presenza di gruppi criminali stranieri, i quali generalmente sono impegnati nella gestione di alcuni grandi traffici illeciti, sia in modo autonomo che in collaborazione con la criminalità autoctona (fra tutti, si ricorda il traffico degli stupefacenti e lo sfruttamento della prostituzione). Non vanno trascurati, da ultimo, il comparire della violenza e i tentativi di controllo mafioso del territorio, i cui segni più evidenti sono rappresentati dalle minacce ricevute da alcuni operatori economici, esponenti politici, amministratori locali o professionisti dell'informazione, oltre che dalla preoccupante consistenza numerica raggiunta dalle estorsioni, dai danneggiamenti e dagli attentati dinamitardi e incendiari (reati, questi, solitamente correlati fra di loro).

Secondo le recenti indagini giudiziarie, il nostro territorio oggi sembrerebbe essere quindi di fronte a un

fenomeno criminale e mafioso in via di sostanziale mutamento: non più isolato dentro i confini dei traffici illeciti come è avvenuto in passato, ma ormai presente anche nella sfera della società legale e capace di mostrare, quando necessario, i tratti della violenza tipici dei territori in cui ha avuto origine.

Le mafie di origine calabrese (l'ndrangheta) e campana (la camorra), come dimostrano i riscontri investigativi degli ultimi anni, sono senz'altro le organizzazioni criminali maggiormente presenti nel territorio dell'Emilia-Romagna.

Tuttavia va detto che esse agiscono all'interno di una realtà criminale più articolata di quella propriamente mafiosa, all'interno della quale avvengono scambi e accordi reciprocamente vantaggiosi fra i diversi attori sia del tipo criminale che economico-legale, al fine di accumulare ricchezza e potere.

A questa complessa realtà criminale, come è noto, partecipano anche singoli soggetti, i quali commettono per proprio conto o di altri soggetti, mafiosi e non, soprattutto reati finanziari (si pensi al riciclaggio), oppure offrono, sia direttamente che indirettamente, sostegno di vario genere alle organizzazioni criminali.

Il territorio dell'Emilia Romagna presenta un tasso elevato di reati da "colletti bianchi".

Questi dati obbligano le pubbliche amministrazioni a rafforzare le proprie misure di contrasto alla corruzione e ai reati corruttivi in genere, e ad attrezzarsi per evitare di collaborare, magari in modo ignaro, al riciclaggio, nell'economia legale, di proventi da attività illecite e quindi all'inquinamento dei rapporti economici, sociali e politici.

Ma anche per evitare, in uno scenario economico-sociale in ginocchio a causa della pandemia, che le ingenti risorse finanziarie e le misure di sostegno messe o che saranno messe in campo a favore della imprese non siano intercettate e non costituiscano un'ulteriore occasione per la criminalità organizzata.

### **3.6.2. Contesto interno – Ospedale di Sassuolo**

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.

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.

### **3.7. 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".

Nel dicembre 2020, è stato definito un nuovo organigramma di primo e secondo livello, che è stato recepito nell'ambito del Modello 231 e nel presente Piano.

## **4. Risk Assessment**

Le attività di analisi del contesto e di valutazione del rischio sono propedeutiche alla identificazione e progettazione delle misure di prevenzione della corruzione.

La revisione complessiva della mappatura dei processi e delle aree a rischio di Ospedale di Sassuolo s.p.a. è stata effettuata in sede di implementazione del Modello 231 e successivi aggiornamenti.

Non si sono registrate modifiche significative in grado di impattare su detta mappatura.

La metodologia utilizzata per tali attività è quella già individuata in fase di predisposizione del piano di prevenzione della corruzione, ovvero:

- i rischi sono stati individuati seguendo le indicazioni contenute nell'allegato n. 3 del PNA 2013 e nell'aggiornamento 2015 del Piano Nazionale Anticorruzione;

- per ciascun processo è stato stimato il valore della probabilità e il valore dell'impatto di eventuali eventi corruttivi;
- la stima della probabilità tiene conto, tra gli altri fattori, della discrezionalità e della complessità del processo e dei controlli vigenti, mentre l'impatto è misurato in termini economici, organizzativi e reputazionali;
- la valutazione del rischio è stata effettuata secondo la metodologia di cui all'allegato 5) del PNA 2013, nonché secondo le indicazioni contenute nel PNA 2019.

La mappatura dei processi è un modo efficace di individuare e rappresentare le attività dell'amministrazione e comprende l'insieme delle tecniche utilizzate per identificare e rappresentare i processi organizzativi, nelle proprie attività componenti e nelle loro interazioni con altri processi. In questa sede, la mappatura assume carattere strumentale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi.

La valutazione del rischio è la macro-fase del processo di gestione del rischio in cui lo stesso viene identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi, al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure correttive/preventive (trattamento del rischio).

Seguendo le indicazioni metodologiche già attuate nell'ambito dei Piani precedenti, l'attività di individuazione dei comportamenti a rischio è stata guidata da un principio di analiticità, seguendo l'impostazione prescelta nell'ambito del Modello 231.

Come primo passaggio, sono stati identificati i potenziali comportamenti che individuano un fenomeno di corruzione e/o riportato le azioni finalizzate a ottenere vantaggi illeciti attraverso corruzione o abusi di ruolo/funzione indicandone anche le finalità. Successivamente sono stati individuati i fattori abilitanti che agevolano lo stesso verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione.

Si è proceduto, quindi, alla misurazione del rischio alla luce delle analisi svolte, utilizzando la metodologia di analisi che si descriverà nel prosieguo, in cui il valore del rischio di un evento di corruzione è stato calcolato come il prodotto della probabilità dell'evento per l'intensità del relativo impatto.

La fase successiva, relativa al trattamento del rischio, "è la fase tesa a individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi" (Allegato 1 al PNA 2019).

Occorre, cioè individuare apposite misure di prevenzione della corruzione che, da un lato siano efficaci nell'azione di mitigazione del rischio, dall'altro siano sostenibili da un punto di vista economico ed organizzativo (altrimenti il PTPC sarebbe irrealistico e rimarrebbe inapplicato) e siano, infine, calibrate in base alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione.

La fase di individuazione delle misure deve essere impostata avendo cura di contemperare la sostenibilità anche della fase di controllo e di monitoraggio delle stesse, onde evitare la pianificazione di misure astratte e non realizzabili.

L'identificazione della concreta misura di trattamento del rischio deve rispondere ai principi di:

- neutralizzazione dei fattori abilitanti del rischio corruttivo;
- sostenibilità economica e organizzativa delle misure;
- adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione.

#### **4.1 Mappatura dei processi**

La mappatura dei processi è un requisito indispensabile per la formulazione di adeguate misure di prevenzione e incide sulla qualità complessiva della gestione del rischio. Infatti, una compiuta analisi dei processi consente di

identificare i punti più vulnerabili e, dunque, i rischi di corruzione che si generano attraverso le attività svolte dall'amministrazione.

## 4.2 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

La valutazione del rischio è la macro-fase del processo di gestione del rischio in cui lo stesso è identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure



correttive/preventive (trattamento del rischio).

La valutazione del rischio si articola in tre fasi: l'identificazione, l'analisi e la ponderazione.

Ai fini dell'identificazione dei rischi è necessario:

- a) definire l'oggetto di analisi;
- b) utilizzare opportune tecniche di identificazione e una pluralità di fonti informative;
- c) individuare i rischi associabili all'oggetto di analisi e formalizzarli nel PTPCT.

L'analisi del rischio ha un duplice obiettivo. Il primo è quello di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente, attraverso l'analisi dei cosiddetti fattori abilitanti della corruzione. Il secondo è quello di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al 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;
- Adeguatezza 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;
- Adeguatezza 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.**

<u>AREE A RISCHIO SPECIFICHE</u>	<u>RISCHIO INERENTE</u>	<u>RISCHIO RESIDUO</u>
ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE E LISTE DI ATTESA	<b>ALTO</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

Il trattamento del rischio è la fase volta ad individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi. In tale fase, non ci si deve limitare a proporre delle misure astratte o generali, ma si deve progettare l'attuazione di misure specifiche e puntuali e prevedere scadenze ragionevoli in base alle priorità rilevate e alle risorse disponibili.

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.

La seconda fase del trattamento del rischio ha come obiettivo quello di programmare adeguatamente e operativamente le misure di prevenzione della corruzione dell'amministrazione. La programmazione delle misure rappresenta un contenuto fondamentale del PTPCT.

La programmazione delle misure consente, inoltre, di creare una rete di responsabilità diffusa rispetto alla definizione e attuazione della strategia di prevenzione della corruzione, principio chiave perché tale strategia diventi parte integrante dell'organizzazione e non diventi fine a se stessa.

### 5.1 Monitoraggio e riesame

Il monitoraggio e il riesame periodico costituiscono una fase fondamentale del processo di gestione del rischio attraverso cui verificare l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione nonché il complessivo funzionamento del processo stesso e consentire in tal modo di apportare tempestivamente le modifiche necessarie.

Il monitoraggio è un'attività continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento del rischio, mentre il riesame è un'attività svolta ad intervalli programmati che riguarda il funzionamento del sistema nel suo complesso. Per quanto riguarda il monitoraggio si possono distinguere due sotto-fasi:

- il monitoraggio sull'attuazione delle misure di trattamento del rischio;
- il monitoraggio sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio

Il monitoraggio sullo stato di attuazione delle misure individuate dal Piano triennale di prevenzione della corruzione è il vero obiettivo degli strumenti anti-corruzione, in quanto evidenzia che cosa la società sia concretamente in grado di attuare, in termini di prevenzione dei comportamenti corruttivi.

Per questa ragione, rilevata anche la necessità delle figure interne di avvalersi di esperti in materia e di risorse dedicate all'attività di monitoraggio, per il PTPCT 2022-2024, si è deciso di supportare l'attività del RPCT con l'ausilio di consulenti esperti in ambito anticorruzione.

Come già ricordato, oltre alle verifiche svolte dall'OdV, il RPCT – contando anche sul supporto continuativo dei consulenti esterni – svolgerà verifiche con cadenza trimestrale, in ordine all'applicazione delle misure per la mitigazione del rischio corruzione.

L'obiettivo delle verifiche è quello di accertare la corretta applicazione delle misure predisposte, secondo le modalità e nei tempi previsti, e la reale efficacia delle stesse in termini di prevenzione del rischio di fenomeni corruttivi o di *mala gestio*, attraverso l'attuazione di condizioni che ne rendano più difficile la realizzazione.

## 5.2 Esiti del monitoraggio

Per quanto riguarda le misure di carattere generale, è emerso che nel complesso presentano un buon grado di attuazione. Restano da implementare alcune misure, la cui attuazione non è stato possibile nell'anno 2020 anche a fronte di una importante riorganizzazione societaria.

Sul piano delle misure di carattere generale si segnala l'attività nell'anno 2020 della piattaforma *whistleblowing* per la gestione delle segnalazioni anonime e riservate.

Per quanto riguarda le misure di carattere specifico, si è rilevata generalizzata attuazione e un buon livello di realizzazione.

In primo luogo perché prevalentemente si tratta di misure già presenti ed attuate nella/e passata/e programmazione/i; in secondo luogo perché la maggior parte sono misure poste in essere in modo strutturale e continuativo all'interno degli uffici.

Il principale punto di debolezza riscontrato è stato, invece, un difetto nella fase della loro programmazione e rendicontazione.

In questo senso, il supporto di consulenti esterni all'attività del RPCT potrà garantire il supporto necessario per superare questo rilievo.

Sempre per quanto riguarda le misure di carattere specifiche e nell'ottica di superare questo rilievo, è stata implementata, nell'ambito del presente PTPCT 2022-2024, una specifica mappatura dei processi e delle attività sensibili, recante, tra le altre cose, l'indicazione delle misure di trattamento del rischio e la programmazione delle attività. La tabella costituisce un allegato al presente PTPCT 2022-2024.

## 5.3 Riesame periodico della funzionalità complessiva del sistema

Il riesame è un'attività svolta ad intervalli programmati che riguarda il funzionamento del sistema nel suo complesso.

Il processo di gestione del rischio, le cui risultanze confluiscono nel PTPCT, deve essere organizzato e realizzato in maniera tale da consentire un costante flusso di informazioni e *feedback* in ogni sua fase e deve essere svolto secondo il principio guida del "miglioramento progressivo e continuo".

Il riesame periodico della funzionalità complessiva del sistema nonché degli organi da coinvolgere nel riesame è svolto con frequenza annuale, anche al fine di supportare la redazione del Piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza per il triennio successivo e il miglioramento delle misure di prevenzione.

Il riesame periodico della funzionalità del sistema di gestione del rischio è un momento di confronto e dialogo tra i soggetti coinvolti nella programmazione dell'amministrazione affinché vengano riesaminati i principali passaggi e risultati al fine di potenziare gli strumenti in atto ed eventualmente promuoverne di nuovi. In tal senso, il riesame del Sistema riguarda tutte le fasi del processo di gestione del rischio al fine di poter individuare rischi emergenti, identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per analisi e ponderazione del rischio.

Il riesame periodico è coordinato dal RPCT ed è realizzato con il contributo metodologico dell'Organismo di Vigilanza – che svolge anche funzioni di OIV – e/o delle strutture di vigilanza e *audit* interno.

Relativamente all'anno 2021, è stata avviata a fine anno l'attività di riesame contestualmente all'attività di aggiornamento dei processi, con particolare riguardo a: (i) rapporti con Agenzie Funebri; (ii) attività libero professionale; (iii) gare e contratti di appalto.

## 5.4 Pianificazione per il triennio 2022-2024

### 2022

- Controllo delle dichiarazioni in tema di conflitti di interesse
- Formazione in materia di d.lgs. n. 231/2001 e in materia di anticorruzione
- Formazione specialistica per il personale coinvolto nell'area dei rapporti con le Agenzie Funebri
- redazione di appositi indicatori di "Red Flags" per l'area rapporti con Agenzie Funebri

### 2023

- Verifica assenza conflitto di interessi e pantouflage in sede di colloqui (responsabile della procedura in base a quanto asserito da CV).
- Affinamento del *risk assessment* per le aree di rischio specifiche, già comunque oggetto di valutazione nell'ambito del MOG 231;
- Sviluppo ulteriori indicatori di Red Flags

### 2024

- Azioni e attività di controllo delle prestazioni delle misure adottate al fine di apportare miglioramenti al sistema di gestione di rischio.

## 5.5 Misure di Prevenzione generali

### 1) CONTRATTI DI APPALTO

Si rinvia al Modello 231 e alle procedure interne per la descrizione dei protocolli di gestione del rischio

<i>Esistenza di procedure definite che regolano il processo</i>	Si (MOG 231 – parte speciale E)
---	---------------------------------

<i>Esistenza di regole generali</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Segregazione delle funzioni</li> <li>- Rotazione degli operatori con ruolo attivo nei processi di acquisto Viene perseguita, compatibilmente con le esigenze organizzative e le necessarie competenze specialistiche, per il RUP, i componenti dei gruppi tecnici e per i Commissari di gara.</li> <li>- Corretta gestione dei conflitti di interesse</li> <li>- Procedure informatizzate</li> </ul>
<i>Esistenza di regole specifiche</i>	<p>Recepite all'interno del Modello 231 e sopra riportate nell'ambito dei "protocolli preventivi"</p> <p>Nel corso dell'anno 2022 è stata implementata la procedura PGS 15 "Regolamento per la gestione degli acquisiti di beni e servizi e lavori"</p>
<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>Sistema di monitoraggio delle misure</i>	Controlli OdV - RPC
<i>Aggiornamento – programmazione di nuove misure</i>	L'aggiornamento e la programmazione di nuove misure verrà valutata anche alla luce delle indicazioni e dei suggerimenti provenienti dalle verifiche condotte dell'OdV e dal RPCT

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

Si rinvia al Modello 231 e alle procedure interne per la descrizione dei protocolli di gestione del rischio

<i>Esistenza di procedure definite che regolano il processo</i>	Si (MOG 231 – parte speciale E)
<i>Esistenza di regole generali</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Segregazione delle funzioni</li> <li>- Procedure informatizzate</li> </ul>

<i>Esistenza di regole specifiche</i>	Recepite all'interno del Modello 231 e sopra riportate nell'ambito dei "protocolli preventivi"
<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>Sistema di monitoraggio delle misure</i>	Controlli OdV - RPC
<i>Aggiornamento – programmazione di nuove misure</i>	L'aggiornamento e la programmazione di nuove misure verrà valutata anche alla luce delle indicazioni e dei suggerimenti provenienti dalle verifiche condotte dell'OdV e dal RPCT

### 3) SELEZIONE E ASSUNZIONE DEL PERSONALE

Si rinvia al Modello 231 e alle procedure interne per la descrizione dei protocolli di gestione del rischio

<i>Esistenza di procedure definite che regolano il processo</i>	Si (MOG 231 – parte speciale E)
<i>Esistenza di regole generali</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Segregazione delle funzioni</li> <li>- Corretta gestione dei conflitti di interesse</li> <li>- Previsioni in tema <i>pantouflage</i> e <i>revolving doors</i></li> <li>- Nel corso dell'anno 2022 è stata aggiornata la procedura PGS08 "gestione delle attività di selezione del personale"</li> </ul>
<i>Esistenza di regole specifiche</i>	Recepite all'interno del Modello 231 e sopra riportate nell'ambito dei "protocolli preventivi"
<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>Sistema di monitoraggio delle misure</i>	Controlli OdV - RPC
<i>Aggiornamento – programmazione di nuove misure</i>	L'aggiornamento e la programmazione di nuove misure verrà valutata anche alla luce delle indicazioni e dei suggerimenti provenienti dalle verifiche condotte dell'OdV e dal RPCT

#### 4) INCARICHI E NOMINE

Si rinvia al Modello 231 e alle procedure interne per la descrizione dei protocolli di gestione del rischio

<i>Esistenza di procedure definite che regolano il processo</i>	Si (MOG 231 – parte speciale E)
<i>Esistenza di regole generali</i>	- Segregazione delle funzioni - Verifica inconfiribilità e incompatibilità
<i>Esistenza di regole specifiche</i>	Recepte all'interno del Modello 231 e sopra riportate nell'ambito dei "protocolli preventivi"
<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>	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>Sistema di monitoraggio delle misure</i>	Verifica e controllo dell'uso della form. Controlli OdV - RPC
<i>Aggiornamento – programmazione di nuove misure</i>	L'aggiornamento e la programmazione di nuove misure verrà valutata anche alla luce delle indicazioni e dei suggerimenti provenienti dalle verifiche condotte dell'OdV e dal RPCT



## 5.2. Ulteriori misure di prevenzione generali

Oltre alle misure sopra riportate, sono previste ulteriori misure generali – compendiate anche nel successivo paragrafo n. 6 e 7) – che riguardano in particolare:

- la trasparenza (si veda il paragrafo 7);
- la diffusione del Codice Etico ai sensi del d.lgs. n. 231/2001 e del Codice di comportamento AUSL e delle buone pratiche e valori, fra cui l'obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse;
- le incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali;
- le attività successive alla cessazione del rapporto di lavoro (*revolving doors*);
- la nomina di commissioni di gara e concorso, assegnazioni a uffici e conferimento incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la PA;
- la tutela del dipendente che effettua segnalazioni (c.d. *whistleblower*);
- la formazione in materia di anticorruzione e in materia di d.lgs. n. 231/2001;
- autorizzazioni allo svolgimento di incarichi di ufficio – attività ed incarichi extra istituzionali;
- patti di integrità
- implementazione di indicatori *red flags* nell'ambito dei contratti

Misure	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile
Diffusione del codice Etico e del codice di comportamento AUSL	Prosecuzione della divulgazione del Codice Etico e del Codice di comportamento di AUSL, recepito da Ospedale di Sassuolo s.p.a. ne. Gennaio 2019.	Già in essere	Direzione generale
Inserimento di clausole contrattuali in materia di d.lgs. n. 231/2001	Inserimento all'interno di tutti i contratti di specifica clausola contrattuale in materia di d.lgs. n. 231/2001	Già in essere	Direzione generale
Formazione	Formazione generale e specifica in materi di anticorruzione	Sono stati definiti i contenuti di un corso di formazione in ambito anticorruzione e trasparenza per il personale dipendente. Il corso è stato elaborato in modalità FAD. Nell'anno 2022 si procederà a completare il percorso di formazione per il personale dipendente, prevedendo che il corso sia altresì somministrato anche al personale neoassunto	Risorse umane
	Formazione generale e specifica in materia di d.lgs. n. 231/2001	Già in essere	Risorse umane

Misure	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile
Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro	Nei contratti di assunzione del personale prevedere la clausola del divieto di prestare attività lavorativa per i 3 anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale dello stesso	Implementata nel corso del 2021	Risorse umane
	Nota informativa a tutti i dipendenti	Da implementare nell'anno 2022	
	Prevedere nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti la condizione di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto PA nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto.	Implementata nel corso del 2022	Ufficio acquisti
<p>Piattaforma whistleblowing</p> <p>Analisi delle segnalazioni</p>	<p>Tutti coloro i quali intendono corrispondere con il Responsabile della prevenzione della corruzione al fine di segnalare condotte e comportamenti sintomatici di episodi o fenomeni corruttivi imputabili a strutture e al personale (quali ad esempio: richieste di documenti che appaiono pretestuosamente volte a far appesantire inutilmente i procedimenti amministrativi oppure che evidenziano ritardi inammissibili per l'adozione dei provvedimenti richiesti tali da occultare richieste illecite da parte dei dipendenti) possono farlo mediante utilizzando l'apposita procedura di segnalazione, pubblicata sul sito internet.</p> <p>Per le segnalazioni da parte del personale dipendente, sono previste varie misure di protezione del segnalante, anch'esse disciplinate nell'ambito della procedura di segnalazione</p>	<p>È stata implementata una specifica piattaforma per la gestione delle segnalazioni in materia di whistleblowing, che è in via di attivazione</p> <p>È stata altresì adottata una specifica procedura di segnalazione, recante specifiche misure di tutela per il whistleblower.</p> <p>Nel corso dell'anno 2022 è pervenuta una segnalazione che è stata oggetto di uno specifico approfondimento da parte del RCPT e dell'OdV</p>	<p>Responsabile anticorruzione</p> <p>OdV</p>

Misure	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile
Analisi sezione del sito web denominata "Amministrazione Trasparente"	Attraverso la periodica consultazione della sezione del sito web denominata "Amministrazione trasparente", viene verificato lo stato di attuazione delle misure di trasparenza previste nel Piano.	Già in essere Nel corso dell'anno 2021 è stata effettuata una specifica attività di aggiornamento della sezione	Responsabile anticorruzione
Controllo sui precedenti penali ai fini dell'assegnazione degli incarichi dirigenziali	L'accertamento avviene mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000 e pubblicata sul sito della Società. In caso di violazione delle previsioni di inconfiribilità, ai sensi dell'art. 17 del D. Lgs. n. 39/2013, l'incarico è nullo	Già in essere	Direzione amministrativa
Controllo circa la sussistenza di eventuali condizioni ostative in capo ai dipendenti e/o soggetti cui l'organo di indirizzo politico intende conferire incarichi dirigenziali	L'accertamento avviene mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000 e pubblicata sul sito della Società (art. 20 del decreto legislativo n. 39/2013).	Già in essere	Direzione amministrativa
Controllo circa la sussistenza di eventuali incompatibilità in capo ai titolari di incarichi dirigenziali	L'accertamento avviene mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000 e pubblicata sul sito della Società (art. 20 del decreto legislativo n. 39/2013), all'atto del conferimento dell'incarico e annualmente (e su richiesta).	Già in essere	Direzione amministrativa
Autorizzazioni allo svolgimento di incarichi di ufficio Attività ed incarichi extraistituzionali	Implementare e pubblicizzare una Regolamento sul regime degli incarichi esterni conferiti ai dipendenti di Ospedale di Sassuolo s.p.a.	Da implementare	Risorse Umane
Patti di integrità	Redazione di patti di integrità da inserire negli atti di gara e applicazione a tutte le procedure di gara	Implementati nel corso dell'anno 2021 nell'ambito del Regolamento degli acquisti	Direzione amministrativa

Misure	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile
Indicatori di Red Flags	Implementazione di un elenco di indicatori di Red Flags (segnali di allarme) nell'ambito dei contratti, da diffondere tra il personale, anche nell'ottica di una oggettività nelle attività di controllo	Implementati nell'anno 2021 con riguardo all'area acquisti e gare. Da implementare nell'anno 2022 con riguardo all'area dei rapporti con le Agenzie Funebri	Direzione amministrativa  RPCT  OdV

### 5.3. Misure di prevenzione specifiche

Come già ricordato, per quanto riguarda le misure di carattere specifiche, è stata implementata, nell'ambito del presente PTPCT 2022-2024, una specifica mappatura dei processi e delle attività sensibili, recante, tra le altre cose, l'indicazione delle misure di trattamento del rischio e la programmazione delle attività.

La tabella costituisce un allegato al presente PTPCT 2022-2024 e costituisce una declinazione più specifica – anche nell'ottica della programmazione - delle misure di seguito riportate.

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

Si rinvia al Modello 231 e alle procedure interne per la descrizione dei protocolli di gestione del rischio

<i>Esistenza di procedure definite che regolano il processo</i>	Si (MOG 231 – parte speciale E)
<i>Esistenza di regole generali</i>	- Segregazione delle funzioni  - Procedure informatizzate
<i>Esistenza di regole specifiche</i>	Recepte all'interno del Modello 231 e sopra riportate nell'ambito dei "protocolli preventivi" Nel corso dell'anno 2022 è stata implementata la procedura PG 80 in tema di Regolamento per la gestione delle attività libero professionali.
<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>	1. Misure già implementate: protocolli generali e specifici MOG 231;
<i>Sistema di monitoraggio</i>	Controlli OdV - RPC

<i>delle misure</i>	
<i>Aggiornamento – programmazione di nuove misure</i>	L'aggiornamento e la programmazione di nuove misure verrà valutata anche alla luce delle indicazioni e dei suggerimenti provenienti dalle verifiche condotte dell'OdV e RPC

## 2) APPROVVIGIONAMENTO DI FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI

Si rinvia al Modello 231 e alle procedure interne per la descrizione dei protocolli di gestione del rischio

<i>Esistenza di procedure definite che regolano il processo</i>	Si (MOG 231 – parte speciale E)
<i>Esistenza di regole generali</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Segregazione delle funzioni</li> <li>- Rotazione degli operatori con ruolo attivo nei processi di acquisto Viene perseguita, compatibilmente con le esigenze organizzative e le necessarie competenze specialistiche, per il RUP, i componenti dei gruppi tecnici e per i Commissari di gara.</li> <li>- Corretta gestione dei conflitti di interesse</li> <li>- Procedure informatizzate</li> </ul>
<i>Esistenza di regole specifiche</i>	Recepte all'interno del Modello 231 e sopra riportate nell'ambito dei "protocolli preventivi"
<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>Sistema di monitoraggio delle misure</i>	Controlli OdV - RPC
<i>Aggiornamento – programmazione di nuove misure</i>	L'aggiornamento e la programmazione di nuove misure verrà valutata anche alla luce delle indicazioni e dei suggerimenti provenienti dalle verifiche condotte dell'OdV e RPC

### 3) GESTIONE DELLE SPERIMENTAZIONI SCIENTIFICHE

Si rinvia al Modello 231 e alle procedure interne per la descrizione dei protocolli di gestione del rischio

<i>Esistenza di procedure definite che regolano il processo</i>	Si (MOG 231 – parte speciale E)
<i>Esistenza di regole generali</i>	- Segregazione delle funzioni - Procedure informatizzate
<i>Esistenza di regole specifiche</i>	Recepte all'interno del Modello 231 e sopra riportate nell'ambito dei "protocolli preventivi"
<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>Sistema di monitoraggio delle misure</i>	Controlli OdV - RPC
<i>Aggiornamento – programmazione di nuove misure</i>	L'aggiornamento e la programmazione di nuove misure verrà valutata anche alla luce delle indicazioni e dei suggerimenti provenienti dalle verifiche condotte dell'OdV e RPC

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

Si rinvia al Modello 231 e alle procedure interne per la descrizione dei protocolli di gestione del rischio

<i>Esistenza di procedure definite che regolano il processo</i>	Si (MOG 231 – parte speciale E)
<i>Esistenza di regole generali</i>	- Segregazione delle funzioni
<i>Esistenza di regole specifiche</i>	Recepte all'interno del Modello 231 e sopra riportate nell'ambito dei "protocolli preventivi"

<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; A fronte di una segnalazione pervenuta, in base alle verifiche effettuate dall'OdV e dal RPCT, si è ritenuto, allo stato, si procedere con una attività di formazione specialistica con riguardo al personale coinvolto nell'area a rischio in questione. Verranno altresì implementati appositi indicatori di Red Flags.
<i>Tempistica dell'implementazione delle misure</i>	Anno 2022
<i>Sistema di monitoraggio delle misure</i>	Controlli OdV - RPC
<i>Aggiornamento – programmazione di nuove misure</i>	L'aggiornamento e la programmazione di nuove misure verrà valutata anche alla luce delle indicazioni e dei suggerimenti provenienti dalle verifiche condotte dell'OdV e RPC

## 5) CORRETTA GESTIONE DELLA CARTELLA CLINICA

Si rinvia al Modello 231 e alle procedure interne per la descrizione dei protocolli di gestione del rischio

<i>Esistenza di procedure definite che regolano il processo</i>	Si (MOG 231 – parte speciale E)
<i>Esistenza di regole generali</i>	- Segregazione delle funzioni - Procedure informatizzate
<i>Esistenza di regole specifiche</i>	Recepite all'interno del Modello 231 e sopra riportate nell'ambito dei "protocolli preventivi"
<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>Sistema di monitoraggio delle misure</i>	Controlli OdV - RPC
<i>Aggiornamento – programmazione di nuove misure</i>	L'aggiornamento e la programmazione di nuove misure verrà valutata anche alla luce delle indicazioni e dei suggerimenti provenienti dalle verifiche condotte dell'OdV e RPC

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

Si rinvia al Modello 231 e alle procedure interne per la descrizione dei protocolli di gestione del rischio

<i>Esistenza di procedure definite che regolano il processo</i>	Si (MOG 231 – parte speciale E)
<i>Esistenza di regole generali</i>	- Segregazione delle funzioni - Procedure informatizzate
<i>Esistenza di regole specifiche</i>	Recepte all'interno del Modello 231 e sopra riportate nell'ambito dei "protocolli preventivi"
<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>Sistema di monitoraggio delle misure</i>	Controlli OdV – RPC
<i>Aggiornamento – programmazione di nuove misure</i>	L'aggiornamento e la programmazione di nuove misure verrà valutata anche alla luce delle indicazioni e dei suggerimenti provenienti dalle verifiche condotte dell'OdV e RPC



## 7) MARKETING E LIBERE PROFESSIONI

Si rinvia al Modello 231 e alle procedure interne per la descrizione dei protocolli di gestione del rischio

<i>Esistenza di procedure definite che regolano il processo</i>	Si (MOG 231 – parte speciale E)
<i>Esistenza di regole generali</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Segregazione delle funzioni</li> <li>- Corretta gestione dei conflitti di interesse</li> <li>- Procedure informatizzate</li> </ul>
<i>Esistenza di regole specifiche</i>	<p>Recepite all'interno del Modello 231 e sopra riportate nell'ambito dei "protocolli preventivi"</p> <p>Nel corso dell'anno 2022 è stata implementata la procedura PG 80 in tema di Regolamento per la gestione delle attività libero professionali.</p>
<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>Sistema di monitoraggio delle misure</i>	Controlli OdV - RPC
<i>Aggiornamento – programmazione di nuove misure</i>	L'aggiornamento e la programmazione di nuove misure verrà valutata anche alla luce delle indicazioni e dei suggerimenti provenienti dalle verifiche condotte dell'OdV e 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 inconfiribilità 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 Inconfiribilità**

Nel quadro sopra delineato, l'inconfiribilità 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 inconfiribilità 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 inconfiribilità 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:
  - o prenda atto della mancata accettazione della carica o della rinuncia alla carica a causa della situazione di inconferibilità e proceda a nuova nomina, ovvero dichiari la decadenza dall'incarico e proceda a nuova nomina (Amministratori)
  - o 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);
  - o 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 discolta, 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. *pentoufflage* 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 interpelli, 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. Ai fini dell’accertamento e del monitoraggio delle predette cause ostative, è previsto:

- l’inserimento di apposite clausole negli atti di assunzione del personale che prevedono specificamente il divieto di pantouflage;
- la previsione di una dichiarazione da sottoscrivere al momento della cessazione dal servizio o dall’incarico, con cui il dipendente si impegna al rispetto del divieto di pantouflage, allo scopo di evitare eventuali contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma;
- la previsione nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti di contratti pubblici dell’obbligo per l’operatore economico concorrente di dichiarare di non avere stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici in violazione del predetto divieto.

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 tutela anticipatoria di fenomeni corruttivi si realizza anche attraverso la individuazione e la gestione del

conflitto di interessi. La situazione di conflitto di interessi si configura laddove la cura dell'interesse pubblico cui è preposto il funzionario potrebbe essere deviata per favorire il soddisfacimento di interessi contrapposti di cui sia titolare il medesimo funzionario direttamente o indirettamente. Si tratta dunque di una condizione che determina il rischio di comportamenti dannosi per l'amministrazione, a prescindere che ad essa segua o meno una condotta impropria.

Occorre tener presente che le disposizioni sul conflitto di interessi, nel prosieguo specificate, fanno riferimento a un'accezione ampia attribuendo rilievo a qualsiasi posizione che potenzialmente possa minare il corretto agire amministrativo e compromettere, anche in astratto, l'imparzialità richiesta al dipendente pubblico nell'esercizio del potere decisionale.

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/conflitto di interessi.

Gli interessati sono tenuti, inoltre, a dichiarare la sopravvenienza di una causa di incompatibilità/conflitto 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. Conflitto di interessi e personale dipendente

Il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza.

Ogni qual volta si configurino le descritte situazioni di conflitto di interessi, il dipendente è tenuto a una comunicazione tempestiva al responsabile dell'ufficio di appartenenza che valuta nel caso concreto la sussistenza del conflitto. Al fine di verificare e monitorare le situazioni di conflitto di interessi, occorre:

- acquisire e conservare le dichiarazioni di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi da parte dei dipendenti al momento dell'assegnazione all'ufficio o della nomina a RUP;

- monitorare della situazione, attraverso l'aggiornamento, con cadenza periodica, della dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi, ricordando con cadenza periodica a tutti i dipendenti di comunicare tempestivamente eventuali variazioni nelle dichiarazioni già presentate;
- definire esemplificazioni di casistiche ricorrenti di situazioni di conflitto di interessi (ad esempio situazioni di conflitto di interessi dei componenti delle commissioni di concorso o delle commissioni di gara);
- individuare in modo chiaro i soggetti che sono tenuti a ricevere e valutare le eventuali situazioni di conflitto di interessi dichiarate dal personale (ad esempio, il responsabile dell'ufficio nei confronti del diretto subordinato);
- individuare in modo chiaro i soggetti tenuti a ricevere e a valutare le eventuali dichiarazioni di conflitto di interessi rilasciate dai dirigenti, dai vertici amministrativi e politici, dai consulenti o altre posizioni della struttura organizzativa dell'amministrazione;
- predisporre appositi moduli per agevolare la presentazione tempestiva di dichiarazione di conflitto di interessi;
- svolgere attività di sensibilizzazione del personale al rispetto di quanto previsto in materia dalla l. 241 /1990 e dal codice di comportamento.

## 6.6. Conflitto di interessi e consulenti

Per quanto riguarda il tema della tutela dell'imparzialità dell'azione amministrativa nei casi di conferimento di incarichi a consulenti, è opportuno effettuare una previa verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi, prima del conferimento dell'incarico.

A tale riguardo, ai fini della verifica della insussistenza di situazioni di conflitto di interessi ai fini del conferimento dell'incarico di consulente, occorre:

- predisporre un modello di dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi, con l'indicazione dei soggetti (pubblici o privati) presso i quali l'interessato ha svolto o sta svolgendo incarichi/attività professionali o abbia ricoperto o ricopra cariche;
- ottenere il rilascio della dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi da parte del diretto interessato, prima del conferimento dell'incarico di consulenza;
- procedere ad aggiornare, con cadenza periodica da definire (anche in relazione alla durata dell'incarico di consulenza) della dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi;
- prevedere un dovere dell'interessato di comunicare tempestivamente la situazione di conflitto di interessi insorta successivamente al conferimento dell'incarico;
- individuare il soggetto competente ad effettuare la verifica delle suddette dichiarazioni (es. organo conferente l'incarico o altro Ufficio);
- consultare banche dati liberamente accessibili ai fini della verifica;
- acquisire informazioni da parte dei soggetti (pubblici o privati) indicati nelle dichiarazioni presso i quali gli interessati hanno svolto o stanno svolgendo incarichi/attività professionali o abbiano ricoperto o ricoprano cariche, previa informativa all'interessato;
- procedere all'audizione degli interessati, anche su richiesta di questi ultimi, per chiarimenti sulle informazioni contenute nelle dichiarazioni o acquisite nell'ambito delle verifiche;
- prevedere un controllo a campione da parte del RPCT della avvenuta verifica delle dichiarazioni di insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi e della relativa pubblicazione delle stesse.

## 6.7. 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; b) attuare le decisioni prese c) 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; b) attuare le decisioni prese; c) 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/risponsabilità, 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/conflitto 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/conflitto di interesse con riguardo agli incarichi di cui sopra.

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

In caso di sussistenza di una causa di inconfiribilità 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.



## Rotazione straordinaria

L'istituto della rotazione c.d. straordinaria è misura di prevenzione della corruzione, da disciplinarsi nel PTPCT o in sede di autonoma regolamentazione cui il PTPCT deve rinviare. L'istituto è previsto dall'art. 16, co. 1, lett. I-quater) d.lgs. n. 165/2001, come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi.

La norma citata prevede, infatti, la rotazione «del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva».

## 6.8. 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.

I dipendenti hanno l'obbligo di comunicare all'amministrazione la sussistenza nei propri confronti di provvedimenti di rinvio a giudizio.

In data 18 gennaio 2019, Ospedale di Sassuolo s.p.a. ha inoltre adottato le previsioni del Codice di Comportamento implementato nell'ambito dell'AUSL di Modena.

## **6.9. Red Flags – contratti pubblici**

Con Red flags si intendono gli indici di rischio, ovvero i segnali di allarme che possono manifestarsi, in alcune situazioni, rispetto al rischio corruzione.

In generale, nell'ambito dei contratti pubblici, i principali rischi corruttivi sorgono:

- nella fase di scelta del contraente da parte della stazione appaltante;
- nella fase di esecuzione del contratto.

Nella prima (procedure di selezione), la corruzione si concretizza sia violando le normali procedure di selezione, sia abusando della infungibilità del servizio o delle procedure di urgenza, sia prorogando illegittimamente situazioni in essere, o a causa del conflitto di interessi.

Nella seconda (erogazione del servizio), la corruzione serve ad evitare controlli su cosa viene erogato, ad ottenere pagamenti non dovuti, ovvero indebite variazioni contrattuali o per raggiungere accordi extra-contrattuali.

I meccanismi corruttivi per conseguire la fornitura di beni e servizi a scapito di aziende concorrenti generalmente possono essere raggruppati nei seguenti macro-schemi.

### Accesso alle informazioni

La corruzione del funzionario è finalizzata ad ottenere informazioni in possesso della Pubblica Amministrazione così da acquisire un vantaggio rispetto agli altri attori competitori.

### “Cucito su misura”

La corruzione è finalizzata ad influenzare la procedura di selezione della Pubblica Amministrazione in modo da avvantaggiare un privato a scapito degli altri, inserendo condizioni in grado di limitare la concorrenza.

#### Aggiramento delle procedure

La corruzione è finalizzata ad eludere le procedure di gara attraverso l'urgenza dell'acquisto, lo spaccettamento del servizio in più appalti sotto-soglia e il mascheramento dell'accordo sotto altra forma.

Tra le varie forme di aggiramento delle procedure, il conflitto di interesse è la più insidiosa perché difficile da rintracciare.

In altri casi ancora, infine, il rischio corruttivo potrebbe essere connesso all'utilizzo di fornitori, sub-appaltatori, sub-contraenti, consulenti legati a figure della stazione appaltante.

#### Erogazione del servizio

Una volta individuata l'azienda fornitrice, il passaggio successivo è la concreta fornitura dei prodotti e lo svolgimento dei servizi.

La criticità che emerge in questa fase è la mancata corrispondenza tra le prestazioni ricevute e quanto pattuito.

Con specifico riferimento al settore dei contratti pubblici, anche sulla scorta delle indicazioni fornite da ANAC, sono stati individuati i seguenti indicatori di corruzione, che devono essere considerati alla stregua di segnali di allarme, con la conseguente attivazione dei necessari canali di approfondimento.

In particolare:

- utilizzo di una procedura di scelta del contraente apparentemente anomala, alla luce dell'importo a base d'asta;
- termini concessi ai concorrenti non conformi alle previsioni normative;
- accettazione di offerte dopo la scadenza del bando, ovvero riapertura dei termini;
- rapporti caratterizzati da rilevanti modifiche dell'offerta contrattuale;
- inserimento nel contratto di elementi non inseriti nel bando, con conseguenti modifiche sostanziali nell'oggetto/importo del bando;
- mancata comunicazione ai concorrenti dei risultati della gara;
- anomalie nella redazione del bando/capitolato che non rendono chiara la comprensione degli elementi essenziali della prestazione.

Le informazioni e i dati relativi ai contratti pubblici devono essere registrati e conservati in maniera tale da consentire una agevole individuazione di eventuali *Red flags*.

## 6.10. 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.

## 6.11. 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.

È stata implementata una specifica piattaforma informatica per la gestione delle segnalazioni in ambito 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 – recante altresì disposizioni in tema di tutela del segnalante –, 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.

È stata attivata una specifica procedura di segnalazione verso l'OdV ai sensi del d.lgs. n. 231/2001 e una apposita piattaforma informatica per la gestione della segnalazione.

### **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.

## **6.12. 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 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.

Anche l'OdV riferisce periodicamente al Consiglio di amministrazione sull'attività svolta.

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.

### 6.13. Strumenti specifici di controllo

Ospedale di Sassuolo s.p.a. ha previsto una serie di strumenti di controllo, con un focus specifico e ulteriore rispetto alle verifiche condotte dall'OdV, così articolata:

Strumenti di controllo	Descrizione	Responsabile
<b>Monitoraggio sui tempi di conclusione dei procedimenti</b>	Il monitoraggio sulla conclusione dei tempi di conclusione dei procedimenti amministrativi è effettuato: <ul style="list-style-type: none"> <li>- nell'ambito dell'attività del controllo di regolarità amministrativa;</li> <li>- attivando forme di controllo a campione.</li> </ul>	Segretaria amministrativa/Direttore Amministrativo



Strumenti di controllo	Descrizione	Responsabile
<p><b>L'analisi delle segnalazioni</b></p>	<p>Tutti coloro i quali intendono corrispondere con il Responsabile della prevenzione della corruzione al fine di segnalare condotte e comportamenti sintomatici di episodi o fenomeni corruttivi imputabili a strutture e al personale (quali ad esempio: richieste di documenti che appaiono pretestuosamente volte a far appesantire inutilmente i procedimenti amministrativi oppure che evidenziano ritardi inammissibili per l'adozione dei provvedimenti richiesti tali da occultare richieste illecite da parte dei dipendenti) possono farlo mediante utilizzando l'apposita procedura di segnalazione, pubblicata sul sito internet.</p> <p>Per le segnalazioni da parte del personale dipendente, sono previste varie misure di protezione del segnalante, anch'esse disciplinate nell'ambito della procedura di segnalazione</p>	<p>Responsabile anticorruzione</p>
<p><b>Analisi sezione del sito web denominata "Amministrazione Trasparente"</b></p>	<p>Attraverso la periodica consultazione della sezione del sito web denominata "Amministrazione trasparente", viene verificato lo stato di attuazione delle misure di trasparenza previste nel Piano.</p>	<p>Responsabile anticorruzione OIV</p>
<p><b>Controllo sui precedenti penali ai fini dell'assegnazione degli incarichi dirigenziali</b></p>	<p>L'accertamento avviene mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000 e pubblicata sul sito della Società. In caso di violazione delle previsioni di inconfiribilità, ai sensi dell'art. 17 del D. Lgs. n. 39/2013, l'incarico è nullo.</p>	<p>Ufficio risorse umane</p>
<p><b>Controllo circa la sussistenza di eventuali condizioni ostative in capo ai dipendenti e/o soggetti cui l'organo di indirizzo politico intende conferire incarichi dirigenziali</b></p>	<p>L'accertamento avviene mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000 e pubblicata sul sito della Società (art. 20 del decreto legislativo n. 39/2013).</p>	<p>Ufficio risorse umane</p>
<p><b>Controllo circa la sussistenza di eventuali incompatibilità in capo ai titolari di incarichi dirigenziali</b></p>	<p>L'accertamento avviene mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000 e pubblicata sul sito della Società (art. 20 del decreto legislativo n. 39/2013), all'atto del conferimento dell'incarico e annualmente (e su richiesta).</p>	<p>Ufficio risorse umane</p>



## 6.14. 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.

Sono stati definiti, in modalità FAD, i contenuti di uno specifico corso di formazione per il personale in materia di anticorruzione e trasparenza.

Il corso di formazione presenta un modulo di base comune a tutto il personale e due moduli specifici, uno destinato al comparto sanitario, l'altro al settore amministrativo.

Nell'anno 2022, la formazione verrà somministrata al personale dipendente e verrà posta come formazione di base per i neoassunti.

## 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 2022-2024** 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 data 15 febbraio 2021 il Consiglio di Amministrazione di Ospedale di Sassuolo S.p.A. ha nominato la dott.ssa Mariangela Vitone 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 depono 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

- individuazione responsabile trasmissione e responsabile pubblicazione dei dati
- avvio attività di immissione/pubblicazione dati
- definizione flussi vs sezione
- definizione tempistica pubblicazione/aggiornamento
- definizione misure di monitoraggio a supporto dell'attività di controllo dell'adempimento da parte del Responsabile
- Fase 4: Obiettivi
  - 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
  - definizione iniziative e strumenti di comunicazione per la diffusione dei contenuti del Programma e dei dati
- Fase 5: Programma
  - redazione Programma triennale per la trasparenza e l'integrità
  - condivisione con le Direzioni interessate e il vertice
  - sottoposizione del Programma al CdA per l'approvazione
  - 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 2022-2024

### 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.



MAPPA DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE PER SITO INTERNET				
Sezioni / Sotto-sezioni	Contenuto	Spiegazione da inserire sul sito	Destinatario dell'obbligo di pubblicazione	Tempistica
<b>DISPOSIZIONI GENERALI</b>				
Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Piano 2022-2024</li> <li>• Piano 2021-2023</li> <li>• Delibera del c.d.a. di approvazione</li> <li>• Relazioni annuali del Responsabile della Prevenzione della Corruzione</li> <li>• Archivio piani triennali (caricare i piani Triennali degli anni precedenti)</li> </ul>	<p>Con la Legge 190 del 2012 "<i>Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione</i>" è stato introdotto il Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza.</p> <p>Il Piano risponde all'esigenza di individuare le attività nell'ambito delle quali è elevato il rischio di corruzione e le relative misure di contrasto. Prevede, inoltre, obblighi di informazione nei confronti del Responsabile anticorruzione, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano.</p>	Direzione Umane      Risorse	<p>Annuale per il Programma e per gli atti di adozione</p> <p>Una tantum per il verbale di nomina del responsabile</p>



Atti Generali	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atto costitutivo di Ospedale di Sassuolo</li> <li>• Statuto di Ospedale di Sassuolo</li> <li>• Codice Etico di cui al d.lgs. n. 231/2001</li> <li>• Parte generale versione internet Modello 231</li> <li>• Sistema sanzionatorio Modello 231</li> <li>• Procedura di segnalazione Modello 231</li> <li>• Codice di Comportamento per i dipendenti</li> <li>• Riferimenti normativi con i relativi link alla banca dati "Normattiva" su organizzazione e attività di Ospedale di Sassuolo</li> </ul>		Direzione Umane	Risorse	Tempestivo
Oneri informativi per cittadini e imprese		Non applicabile a Ospedale di Sassuolo			
Attestazioni OIV	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pubblicare per ogni anno la attestazione dell'OIV (pdf) e la relativa Griglia di Rilevazione (excel)</li> </ul>	<p>Gli OIV - Organismi indipendenti di Valutazione - hanno il compito di promuovere ed attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed all'integrità e l'avvenuta pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente" delle informazioni e dei dati per i quali sussistono specifici obblighi.</p> <p>Le attestazioni dell'OIV costituiscono lo strumento di cui si avvale l'ANAC (ex</p>	Direzione Umane	Risorse	Tempestivo

		<p>CIVIT) - Autorità Nazionale Anticorruzione e per la Valutazione e la Trasparenza delle amministrazioni pubbliche - per verificare l'effettività degli adempimenti in materia di trasparenza ai sensi della legge 190/2012 e del D.Lgs. 33/2013.</p> <p>Nell'ambito di Ospedale di Sassuolo le funzioni di OIV sono state affidate all'Organismo di Vigilanza ("OdV") nominato ai sensi del d.lgs. n. 231/2001</p>		
<b>ORGANIZZAZIONE</b>				
<p>Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consiglieri di amministrazione in carica (anche se gratuiti)</li> <li>• Consiglieri di amministrazione cessati (anche se gratuiti) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cv dei componenti (DRU)</li> <li>- Verbali di nomina e Delibere assembleari correlate (DRU)</li> <li>- Compensi percepiti in relazione alla carica e gli importi di viaggi di servizio e missioni (DA)</li> <li>- Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti (DRU)</li> <li>- Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza</li> </ul> </li> </ul>	<p>In questa sezione vengono pubblicati i dati relativi alla titolarità di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo, alle sanzioni per la mancata comunicazione dei dati, all'articolazione degli uffici e all'organigramma. Vengono, altresì, indicati i recapiti dell'Ente.</p> <p>Non si considerano in questa sezione le figure del Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario, contemplati invece tra gli "incarichi amministrativi</p>	<p>Direzione Umane</p> <p>Risorse</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</p>

	<p>pubblica (DRU)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sulle persone fisiche o del quadro riepilogativo (DRU)</li> <li>- Attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi (DRU)</li> </ul>	<p>di vertice" della sezione "personale".</p>		<p>patrimoniale vanno presentata annualmente</p>
<p>Sanzioni per mancata comunicazione dei dati</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non sono state adottate sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali.</li> </ul>	<p>Art. 47 - D. Lgs 33/2013</p> <p>Sanzioni per casi specifici</p> <p>1. La mancata o incompleta comunicazione delle informazioni e dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione in carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie, del coniuge e dei parenti entro il secondo grado, nonché tutti i compensi cui da diritto l'assunzione della carica, dà luogo a una sanzione amministrativa pecuniaria da 500 a 10.000 euro a carico del responsabile della mancata comunicazione e il</p>	<p>RPCT</p>	<p>Tempestivo</p>

		<p>relativo provvedimento e' pubblicato sul sito internet dell'amministrazione o organismo interessato.</p> <p>2. La violazione degli obblighi di pubblicazione di cui all'articolo 22, comma 2, da' luogo ad una sanzione amministrativa pecuniaria da 500 a 10.000 euro a carico del responsabile della violazione. La stessa sanzione si applica agli amministratori societari che non comunicano ai soci pubblici il proprio incarico ed il relativo compenso entro trenta giorni dal conferimento ovvero, per le indennita' di risultato, entro trenta giorni dal percepimento.</p> <p>3. Le sanzioni di cui ai commi 1 e 2 sono irrogate dall'autorita' amministrativa competente in base a quanto previsto dalla legge 24 novembre 1981, n. 689.</p>		
Rendiconti Gruppi Consiliari Regionali / Provinciali		Non applicabile a Ospedale di Sassuolo		

Articolazione degli uffici	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organigramma</li> </ul>	Le informazioni relative all'articolazione degli uffici sono contenute nella sezione "Azienda" / "Governance"	Direzione Umane Risorse	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>		Direzione Umane Risorse	Tempestivo
<b>CONSULENTI E COLLABORATORI</b>				
Elenco Consuenze e collaborazioni attivate	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incarichi di consulenza esterna</li> <li>Incarichi di collaborazione</li> <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 dell'incarico; durata dell'incarico;; compensi con indicazione dei soggetti percettori; dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali (dichiarazione assenza conflitto interessi); CV aggiornato; Attestazione verifica insussistenza conflitti di interessi e cause di inconferibilità degli incarichi</li> </ul>	In questa sezione vengono pubblicati i dati relativi ai titolari di incarichi di collaborazione o consulenza conferiti e affidati, a qualsiasi titolo (oneroso o gratuito), da Ospedale di Sassuolo s.p.a. a soggetti esterni, mentre gli incarichi conferiti o autorizzati ai propri dipendenti vengono pubblicati nella sezione "Personale" - "Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti".	Direzione Umane Risorse (personale → DRU) (altri incarichi → DA) (Ufficio bandi e gare: Guendalina Berni)	Entro 30 giorni dal conferimento dell'incarico (da pubblicare in tabelle)

Amministratori ed esperti		Non applicabile a Ospedale di Sassuolo		
Amministratori ed esperti ex art. 32 d.l. 90/2014		Non applicabile a Ospedale di Sassuolo		
<b>PERSONALE</b>				
Incarichi amministrativi di vertice	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direttore Generale</li> <li>• Direttore Sanitario</li> <li>• Direttore Amministrativo</li> </ul> <p>- Per ciascun titolare di incarico: CV aggiornato; Atto di nomina; compensi; dichiarazione della insussistenza di una delle cause di inconfiribilità; dichiarazione della insussistenza di una della cause di incompatibilità</p>	In questa sezione vengono pubblicati i dati relativi ai titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice, ai titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali), ai dirigenti cessati, alle sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali, alle posizioni organizzative, alla dotazione organica, al personale non a tempo indeterminato, ai tassi di assenza, agli incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti), alla contrattazione collettiva, alla contrattazione integrativa e all'OIV.	Direzione Umane      Risorse	<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>
Procedura di conferimento di		Ai sensi dello Statuto di Ospedale di Sassuolo s.p.a., il Direttore generale è nominato dall'Assemblea dei Soci;		

incarichi di vertice		Sulla base dell'assetto di poteri e della struttura organizzativa della Società, la nomina del Direttore amministrativo e del Direttore sanitario è di competenza del Consiglio di Amministrazione		
Archivio incarichi di vertice	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Archivio anno per anno dei titolari di incarichi dirigenziali di vertice</li> </ul>			
Titolari di incarichi dirigenziali	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direttori di strutture semplici e complesse <ul style="list-style-type: none"> <li>- Per ciascun titolare di incarico: CV aggiornato; Atto di nomina; compensi; dichiarazione della insussistenza di una delle cause di inconferibilità; dichiarazione della insussistenza di una delle cause di incompatibilità</li> </ul> </li> </ul>	Sulla scorta della delibera ANAC n. 241/2017, si ritiene che il direttore generale, il direttore sanitario, il direttore amministrativo, il responsabile di dipartimento e di strutture semplici e complesse siano tenuti ad assolvere agli obblighi di trasparenza disposti dall'art. 14 d.lgs. n. 33/2013, mentre sono esclusi dagli obblighi di trasparenza previsti all'art. 14 i dirigenti del SSN, a qualunque ruolo appartengano, che non rivestono le posizioni indicate all'art. 41, co. 2 d.lgs. n. 33/2013.	Direzione Umane Risorse	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 nomina e resta pubblicata fino alla cessazione  La attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale vanno presentata annualmente
Procedura di conferimento degli incarichi dirigenziali	Deliberati dal c.d.a.; selezionati da DRU con una commissione multidisciplinare; portato al c.d.a.; contratto stipulato da DRU, dopo delibera c.d.a.			



Dirigenti cessati		Non applicabile a Ospedale di Sassuolo s.p.a.			
Dotazione Organica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Numero del personale a tempo determinato e a tempo indeterminato in servizio</li> <li>Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio</li> <li>Costo complessivo del personale a tempo determinato in servizio</li> </ul>		Direzione Umane	Risorse	Annuale
Tassi di assenza	Tassi di assenza trimestrali da pubblicare in tabelle distinti per uffici di livello dirigenziale		Direzione Umane	Risorse	Trimestrale
Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso		Direzione umane	risorse	Tempestivo
Contrattazione collettiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>CCNL di riferimento</li> </ul>		Direzione Umane	Risorse	Una tantum
Contrattazione integrativa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contratti Integrativi stipulati</li> <li>Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa</li> </ul>		Direzione Umane	Risorse	Annuale
<b>BANDI DI CONCORSO E DI SELEZIONE</b>					
Criteri e modalità	<ul style="list-style-type: none"> <li>procedura in corso di aggiornamento</li> </ul>	In questa sezione vengono pubblicati i dati relativi ai bandi di concorso e di selezione del personale, criteri e modalità, procedure selettive, incarichi libero professionali e borse di studio.	Direzione Umane	Risorse	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>		Direzione Umane	Risorse	Tempestivo

Bandi per incarichi libero professionali	<ul style="list-style-type: none"> <li>Per ciascuna procedure selettiva: avviso di selezione, criteri di selezione; esito della selezione</li> </ul>		Direzione Umane	Risorse	
Borse di studio	<ul style="list-style-type: none"> <li>Per ciascuna procedure selettiva: avviso di selezione, criteri di selezione; esito della selezione</li> </ul>		Direzione Umane	Risorse	
<b>PERFORMANCE</b>					
Sistema di misura e valutazione delle performance		Si ritiene che questa sezione non sia pertinente alla luce della natura di società controllata di Ospedale di Sassuolo s.p.a., in considerazione della delibera ANAC n. 1134/2017			
Piano delle performance		Si ritiene che questa sezione non sia pertinente alla luce della natura di società controllata di Ospedale di Sassuolo s.p.a., in considerazione della delibera ANAC n. 1134/2017			
Relazione sulle performance		Si ritiene che questa sezione non sia pertinente alla luce della natura di società controllata di Ospedale di Sassuolo s.p.a., in considerazione della delibera ANAC n. 1134/2017			
Ammontare complessivo dei premi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Criteri di distribuzione dei premi per personale dirigenziale e non dirigenziale</li> <li>Ammontare aggregato dei premi effettivamente distribuiti per personale dirigenziale e non dirigenziale</li> </ul>	In questa sezione sono pubblicati i criteri di distribuzione dei premi al personale e l'ammontare aggregato di premi effettivamente distribuiti.	Direzione Umane	Risorse	Annuale

Dati relativi ai premi		Si ritiene che questa sezione non sia pertinente alla luce della natura di società controllata di Ospedale di Sassuolo s.p.a., in considerazione della delibera ANAC n. 1134/2017		
Benessere Organizzativo		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. n. 97/2016		
<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 bilancio della società; numero dei rappresentati 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</li> <li>Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni n società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali</li> <li>Rappresentazione grafica società controllate/partecipate</li> </ul>	<p>In questa sezione vengono pubblicati, anche attraverso la rappresentazione grafica, i dati relativi agli enti pubblici vigilati, alle società partecipate e agli enti di diritto privato controllati.</p> <p>Sezione ad oggi non applicabile a Ospedale di Sassuolo s.p.a. che non detiene partecipazioni societarie</p>	Direzione amministrativa	<p>Annuale</p> <p>Tempestivo per le operazioni sulle partecipazioni</p>
<b>ATTIVITA' E PROCEDIMENTI</b>				

Tipologie di procedimento		Sezione non applicabile ad Ospedale di Sassuolo s.p.a., che non svolge attività relativa a procedimenti amministrativi		
Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati		Sezione non applicabile ad Ospedale di Sassuolo s.p.a., che non svolge attività relativa a procedimenti amministrativi		
Dati aggregati attività amministrativa		Sezione non applicabile ad Ospedale di Sassuolo s.p.a., che non svolge attività relativa a procedimenti amministrativi		
Monitoraggio tempi procedurali		Sezione non applicabile ad Ospedale di Sassuolo s.p.a., che non svolge attività relativa a procedimenti amministrativi		
<b>PROVVEDIMENTI</b>				
Provvedimenti Organi di indirizzo politico		Sezione non pertinente per Ospedale di Sassuolo S.p.A., come da delibera dell'A.N.AC. n. 1134 dell'08/11/2017 recante <i>"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 degli enti pubblici economici"</i> .		
Provvedimenti dirigenti amministrativi		Sezione non pertinente per Ospedale di Sassuolo S.p.A., come da delibera dell'A.N.AC. n. 1134 dell'08/11/2017		

		recante “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 degli enti pubblici economici”.		
<b>BANDI DI GARA E CONTRATTI</b>				
<p>Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare</p> <p>(da tenere anno per anno, creando un archivio di quelli scaduti)</p>	<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</li> </ul>	<p>Publicazione ai sensi degli art. 37, c. 1 del d.lgs. n. 33/2013; art. 21, c. 7 e art. 29, c. 1 del d.lgs. n. 50/2016; art. 1, c. 32 della l. n. 190/2012</p> <p>In questa sezione vengono pubblicate le informazioni e gli atti relativi alle procedure per l’affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione e di concorsi di idee e di concessioni, compresi quelli tra enti nell’ambito del settore pubblico di cui all’art. 5 del d.lgs. n. 50/2016. In particolare, l’art. 29, c. 1, del d.lgs. n. 50/2016, prevede che tutti gli atti delle amministrazioni aggiudicatrici relativi alle procedure per l’affidamento di contratti pubblici, ove non considerati riservati o secretati ai sensi degli artt. 53 e 162 del</p>	<p>Responsabile Bandi e Gare: Guendalina Berni</p>	<p>Tempestivo</p> <p>Annuale per le tabelle riassuntive</p>

	liquidate)	<p>medesimo decreto, siano pubblicati e mantenuti aggiornati sul profilo del committente, nella sezione "Amministrazione trasparente", secondo le disposizioni di cui al d.lgs. n. 33/2013 (art. 9-bis e 37). Stante la peculiare natura di Ospedale di Sassuolo, la pubblicazione avviene altresì secondo le specifiche linee guida adottate dall'A.N.AC. con delibera n. 1134 dell'8 novembre 2017 (Allegato 1).</p> <p>In adempimento alle prescrizioni del Piano Nazionale Anticorruzione 2016 si rende noto che il Responsabile dell'Anagrafe della Stazione Appaltante (RASA) per il Ospedale di Sassuolo è il dott. Davide Lunati</p>		
Atti di Programmazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Documento in fase di redazione</li> </ul>		Responsabile Bandi e Gare: Guendalina Berni	Tempestivo
Atti di aggiudicazione (da tenere anno per anno, creando un archivio di quelli scaduti)	<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 sistema di qualificazione; affidamenti; informazioni ulteriori</li> </ul>		Responsabile Bandi e Gare: Guendalina Berni	Tempestivo

	<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>SOVVENZIONI, CONTRIBUTI, SUSSIDI, VANTAGGI ECONOMICI</b>				
Criteri e modalità		<p>In questa sezione vengono pubblicati i dati relativi agli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed a enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro</p> <p>Ospedale di Sassuolo S.p.A. non ha obblighi di pubblicazione in merito a concessioni di sovvenzioni, contributi, sussidi e vantaggi economici</p>		
Atti di concessione		<p>Ospedale di Sassuolo S.p.A. non ha obblighi di pubblicazione in merito a concessioni di sovvenzioni, contributi, sussidi e vantaggi economici</p>		



<b>BILANCI</b>				
Bilancio	Bilancio di esercizio in forma integrale e semplificata, anche con ricorso a rappresentazioni grafiche	In questa sezione vengono pubblicati i dati relativi al bilancio di esercizio.	Direzione amministrativa  (Responsabile amministrazione: Alessio Bulfamante)	Annuale (entro 30 giorni dalla data di approvazione)
<b>BENI IMMOBILI E GESTIONE PATRIMONIO</b>				
Patrimonio immobiliare	Elenco degli immobili posseduti da Ospedale di Sassuolo SpA e informazioni identificative degli immobili (tipo, dimensione, localizzazione, valore)	In questa sezione vengono pubblicati i dati relativi al patrimonio immobiliare a disposizione da Ospedale di Sassuolo S.p.a. posseduto in ragione di un titolo di proprietà o altro diritto reale di godimento o semplicemente detenuto, nonché ai canoni di locazione o di affitto versati o percepiti.	Direzione amministrativa  (Responsabile amministrazione: Alessio Bulfamante)	Annuale
Canoni di locazione o affitto	Elenco dei canoni di locazione o di affitto versati o percepiti da Ospedale di Sassuolo SpA		Direzione amministrativa  (Responsabile amministrazione: Alessio Bulfamante)	Annuale
<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>	In questa sezione vengono pubblicati i dati relativi agli atti degli organi di controllo che svolgono le funzioni di OIV e degli organi di revisione amministrativa e contabile, riguardanti l'organizzazione e	Direzione Risorse Umane	Tempestiva  Annuale per quanto riguarda l'attestazione

		l'attività di Ospedale di Sassuolo s.p.a.		
Revisione dei conti	<ul style="list-style-type: none"> <li>Relazione dei revisori</li> </ul>		Direzione amministrativa  (Responsabile amministrazione: Alessio Bulfamante)	Tempestiva
<b>SERVIZI EROGATI</b>				
Carta dei Servizi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Carta dei servizi o documento concernente gli standard di qualità (documento in corso di redazione a opera del servizio qualità)</li> </ul>		Direzione sanitaria	Annuale
Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi, e il relativo andamento nel tempo	<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  (Responsabile controllo di gestione: Gianluca Bagnoli)	Annuale
Liste di attesa	<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> <li>Link esterno tempi di attesa ambulatoriali in Regione Emilia Romagna</li> <li>Programmi attuativi aziendali per le liste di attesa</li> </ul>	Per il monitoraggio dei tempi di attesa delle visite e degli esami, la Regione Emilia-Romagna ha predisposto un sistema di rilevazione che coinvolge le Aziende sanitarie con cadenza settimanale.  L'Azienda AUSL di Modena in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena e l'Ospedale di	Direzione Sanitaria (referente liste di attesa: Giulia Ciancia)	Tempestiva

		<p>Sassuolo SpA ha predisposto un proprio programma attuativo provinciale per il triennio 2019-2021, sulla base del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa, recepito a livello regionale dal DGR 603/2019.</p> <p>Di seguito si riportano i criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale applicati da Ospedale di Sassuolo, in coerenza con quanto definito dalla Regione Emilia - Romagna:</p> <p>Menu Contenuto della pagina Servizi erogati Liste di attesa Specialistica Ambulatoriale</p> <p>Per il monitoraggio dei tempi di attesa delle visite e degli esami, la Regione Emilia-Romagna ha predisposto un sistema di rilevazione che coinvolge le Aziende sanitarie con cadenza settimanale.</p> <p>Tempi di attesa ambulatoriali in Regione Emilia-Romagna (link esterno)</p> <p>Qui di seguito i documenti con i criteri della formazione e gestione delle liste di attesa.</p> <p>Delibera Regione Emilia-Romagna 748/2011 (583.19 KB)</p>		
--	--	--	--	--

		<p>Delibera Regione Emilia-Romagna 925/2011 (504.78 KB)</p> <p>Delibera Regione Emilia-Romagna 1056/2015 (453.22 KB)</p> <p>Programmi attuativi aziendali per le liste di attesa L'Azienda AUSL di Modena in collaborazione con l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena e l'Ospedale di Sassuolo SpA ha predisposto un proprio programma attuativo provinciale per il triennio 2019-2021, sulla base del Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa, recepito a livello regionale dal DGR 603/2019.</p> <p>Di seguito si riportano i criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni di specialistica ambulatoriale applicati da Ospedale di Sassuolo in coerenza con quanto definito dalla Regione Emilia - Romagna:</p> <p>Priorità D (programmabile): prestazioni da eseguire entro 30 giorni per le visite e 60 giorni per gli esami strumentali, ad eccezione della mammografia e della visita senologica, per le quali il tempo massimo di attesa è di</p>		
--	--	---	--	--

		90 giorni Priorità P (programmata): prestazioni da effettuare entro 120 giorni Priorità B (urgente differibile): prestazioni da effettuare entro 10 giorni Priorità U (urgente): prestazioni da effettuare entro 72 h		
Servizi in rete		Ad oggi non sono presenti servizi in rete specifici per Ospedale di Sassuolo. Si rinvia sul punto a quelli approntati dall'AUSL di Modena		
Class Action		Non sono presenti sentenze di class action che riguardano Ospedale di Sassuolo s.p.a.. Riferimenti normativi: D. Lgs. n. 198/2009 (art. 1, comma 2 e art. 4, commi 2 e 6)		
<b>PAGAMENTI DELL'AMMINISTRAZIONE</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>	In questa sezione vengono pubblicati i dati relativi ai pagamenti eseguiti da Ospedale di Sassuolo S.p.a. in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari, oltre all'indicatore di tempestività dei pagamenti	Direzione amministrativa  (Direzione finanza: Giovanni Corradini)	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> </ul>		Direzione amministrativa  (Direzione finanza:	Annuale

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti</li> <li>• Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici</li> <li>• Attestazione dei tempi di pagamento</li> </ul>		Giovanni Corradini)	
<b>OPERE PUBBLICHE</b>				
Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici		In questa sezione vengono pubblicate le informazioni relative agli atti di programmazione delle opere pubbliche, nonché i dati relativi ai tempi, ai costi unitari e agli indicatori di realizzazione.  Sezione non applicabile a Ospedale di Sassuolo s.p.a.		
Atti di programmazione delle opere pubbliche		Sezione non applicabile a Ospedale di Sassuolo s.p.a.		
Tempi, costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche		Sezione non applicabile a Ospedale di Sassuolo s.p.a.		
<b>PIANIFICAZIONE E GOVERNO DEL TERRITORIO</b>				
Pianificazione e governo del territorio		Sezione non applicabile a Ospedale di Sassuolo s.p.a.		
<b>INFORMAZIONI AMBIENTALI</b>				

<p>Informazioni ambientali</p>		<p>In materia di informazioni ambientali l'art. 40, comma 2, del decreto legislativo n. 33/2013 prevede che le Amministrazioni pubblichino documentazione attinente che detengono ai fini delle proprie attività istituzionali, con riferimento alle categorie riportate nell'art. 2, comma 1 lett. a), del decreto legislativo n. 195/2005 (stato degli elementi dell'ambiente, fattori quali energia, emissioni..., programmi e accordi che possono incidere sull'ambiente, analisi e relazioni).</p> <p>Ospedale di Sassuolo s.p.a. non ha competenze sul territorio e pertanto si procede alla pubblicazione di documenti che per alcuni aspetti possono riferirsi ad informazioni ambientali in genere.</p> <p>Si rinvia alla competente sezione AUSL Modena per informazioni attinenti il territorio <a href="#">Collegamento alla pagina sulle informazioni ambientali dell'AUSL di Modena</a></p> <p>Si segnalano anche i seguenti link <a href="#">collegamento all'ARPAE Regione Emilia Romagna</a> <a href="#">collegamento al Ministero</a></p>		
--------------------------------	--	---	--	--



		<a href="#">dell'Ambiente</a>		
<b>STRUTTURE SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE</b>				
Strutture sanitarie private accreditate		Sezione non applicabile a Ospedale di Sassuolo s.p.a.		
<b>INTERVENTI STRAORDINARI E DI EMERGENZA</b>				
Emergenza Sanitaria da Covid-19	<ul style="list-style-type: none"> <li>Decreto del Presidente della Giunta Regionale Emilia-Romagna n. 42 del 20/03/2020 recante Misure Organizzative del SSR per fronteggiare l'emergenza Covid-19</li> </ul>	<p>Nel contesto di emergenza sanitaria nazionale connesso all'epidemia da Covid -19, Ospedale di Sassuolo S.p.A., in linea con le disposizioni ministeriali e regionali, ha individuato una serie di provvedimenti per la "riorganizzazione" di tutte le attività sanitarie, con l'obiettivo di contrastare la pandemia. Per una sintesi del piano emergenziale di Ospedale di Sassuolo S.p.a. per la gestione della pandemia covid-19 vedi Relazione sulla sicurezza delle cure.</p>	Direzione Sanitaria	Tempestivo
Donazioni		<p>Si segnala che è stata costituita la Fondazione Ospedale di Sassuolo a supporto dell'attività dell'Ospedale.</p> <p>Si tratta di punto di riferimento, affidabile e trasparente, per la gestione delle risorse pubbliche o private frutto di donazioni destinate al sostegno dell'Ospedale.</p>	<p>Direzione Amministrativa (Direzione finanza: Giovanni Corradini)</p>	

		<p>Tra gli obiettivi della Fondazione vi è quello di gestire e valorizzare le erogazioni liberali e donazioni pubblico e private.</p> <p>La gestione della Fondazione è affidata al Consiglio di Amministrazione ed è completamente autonoma e indipendente dalla società Ospedale di Sassuolo Spa.</p>		
ALTRI CONTENUTI				
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>Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione</li> <li>Relazione annuale del Responsabile della Prevenzione della Corruzione (Sezione Archivio)</li> </ul>	In questa sezione vengono pubblicati i dati relativi alla prevenzione della corruzione, all'accesso civico, nonché dati, informazioni e documenti ulteriori che Ospedale di Sassuolo s.p.a. non ha l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non siano riconducibili ad altre sezioni.	Direzione Umane	Risorse Tempestivo
Whistleblowing	<ul style="list-style-type: none"> <li>Procedura di Segnalazione</li> <li>Link per collegarsi alla piattaforma di segnalazione</li> </ul>	La legge 190/2012 per la prevenzione della corruzione nelle pubbliche amministrazioni, con l'inserimento dell'art. 54 bis nel d.lgs. N. 165/2001 ha introdotto la disciplina per la tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illeciti (whistleblower). Inoltre l'Autorità Nazionale Anticorruzione ha approvato		

		<p>le Linee Guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti. Anche il d.lgs. n. 231/2001 prevede analoghe misure con riferimento alla prevenzione dei reati contemplati nel predetto decreto legislativo.</p> <p>Il whistleblower (termine anglosassone che significa "soffiare il fischietto") è il dipendente che durante lo svolgimento delle proprie mansioni, sia venuto a conoscenza di presunti fatti illeciti e/o irregolarità avvenuti sul luogo di lavoro e decide di segnalarlo ad un'autorità che possa intervenire in tal senso. Il whistleblower, segnalando eventuali problemi o pericoli all'ente di appartenenza svolge un ruolo di interesse pubblico. Le informazioni rilevanti sono solo quelle che riguardano comportamenti, reati o irregolarità a danno dell'interesse pubblico</p>		
<p>Accesso civico semplice</p>	<ul style="list-style-type: none"> <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>	<p>Con lo strumento dell'accesso civico, disciplinato all'art. 5 del d.lgs. n. 33 del 2013, chiunque può vigilare, attraverso il sito web istituzionale di Ospedale di Sassuolo s.p.a., sia sul corretto adempimento formale degli obblighi di</p>	<p>Direzione Umane      Risorse</p>	<p>Tempestivo</p>

		<p>pubblicazione, sia sulle finalità e le modalità di utilizzo delle risorse pubbliche da parte dell'Ente.</p> <p>In particolare sarà possibile segnalare l'omessa o la incompleta pubblicazione di tutti i dati e le informazioni che Ospedale di Sassuolo s.p.a. è tenuto a pubblicare ed aggiornare nel rispetto del citato decreto legislativo.</p> <p>La richiesta di accesso civico "semplice" va presentata alla Direzione Amministrativa, utilizzando l'apposito modulo.</p> <p>Nel caso in cui una precedente richiesta non sia stata evasa oppure sia stata negata in tutto o in parte, è possibile ripresentarla mediante l'apposito modulo, al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza</p>		
Accesso civico generalizzato	<ul style="list-style-type: none"> <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>	<p>L'accesso civico generalizzato non è sottoposto ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente, per cui chiunque può esercitarlo anche indipendentemente dall'essere cittadino italiano o residente nel territorio dello Stato. Non è necessario fornire alcuna motivazione per presentare l'istanza di accesso civico.</p>	Direzione Umane Risorse	<p>Tempestivo</p> <p>Semestrale quanto al registro accessi</p>

		<p>In particolare sarà possibile accedere ai dati e ai documenti detenuti dal Ospedale di Sassuolo s.p.a. - ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria sul sito istituzionale dell'Ente nella sezione Amministrazione Trasparente -, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'articolo 5 bis del d.lgs. n. 33/2013.</p> <p>La richiesta di accesso civico "generalizzato" va presentata al Settore Servizi Generali, utilizzando l'apposito modulo.</p>		
MODELLO 231	<p>Modello 231 approvato con delibera del CdA</p> <p>Verbale CdA di nomina dei componenti del OdV</p> <p>Link alla sezione dedicata sul MOG 231 nel sito istituzionale di Ospedale di Sassuolo S.p.A.</p>	<p>Ospedale di Sassuolo, quale società controllata pubblica, è soggetta alla disciplina di cui al d.lgs. n. 231/2001. Si è pertanto dotata di un Modello 231 e ha nominato un Organismo di Vigilanza ("OdV").</p>	(Riccardo Cavallini)	Tempestivo
<p>Publicazione dei dati ai sensi dell'art. 4, comma 3, Legge 8 marzo 2017, n. 24"</p>	<p>Relazione sugli accadimenti relativi alla sicurezza delle cure e alle relative azioni di miglioramento (anno per anno)</p>	<p>Publicazione dei dati ai sensi dell'art. 4, comma 3, Legge 8 marzo 2017, n. 24"</p>	(Riccardo Cavallini)	Annuale

NOMINA RASA		Nomina Rasa	Direzione amministrativa	_____
-------------	--	-------------	-----------------------------	-------