

**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Piacenza

## **Sottosezione RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA del PIAO 2023-2025**



**FEBBRAIO 2023**

## INDICE

PREMESSA	PAG.3
SOTTOSEZIONE DEI RISCHI CORRUTTIVI E TRASPARENZA DEL PIAO	PAG.4
LINEE STRATEGICHE DEL SISTEMA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	PAG.4
SOGGETTI COINVOLTI	PAG.6
CONTESTO ESTERNO	PAG.10
STRUMENTI A SUPPORTO	PAG.10
TUTELA DELLA PRIVACY	PAG.11
CONTESTO INTERNO	PAG.11
ORGANIGRAMMA	PAG.12
MAPPATURA DEI PROCESSI	PAG.13
SISTEMA DI MONITORAGGIO DELLE MISURE DI PREVENZIONE	PAG.16
MISURE GENERALI DI PREVENZIONE	PAG.17
MISURE TRASVERSALI DI PREVENZIONE	PAG.18
PROCESSO DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO	PAG. 19
CODICE DEL COMPORTAMENTO	PAG. 23
TRASPARENZA	PAG. 24

## ALLEGATI

allegato 1 Contesto Esterno RER

allegato 2 Mappatura dei processi e registro dei rischi

allegato 3 Tabella Obblighi di Trasparenza

## PREMESSA

La Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo delle Nazioni Unite all'art. 25 afferma: "Ogni individuo ha diritto ad un tenore di vita sufficiente a garantire **la salute e il benessere** proprio e della sua famiglia, con particolare riguardo all'alimentazione, al vestiario, all'abitazione e alle cure mediche e ai servizi sociali necessari". Un'affermazione impegnativa, che vede nella salute e nel benessere uno degli obiettivi più qualificanti da perseguire a livello individuale e collettivo.

La salute è un bene che va preservato da ogni contaminazione e da ogni opacità. È un bene "*di tutti e di ciascuno*", "*di cui tutti godono e a cui tutti concorrono*"; "*un bene che trascende e insieme comprende quello delle singole persone*". In questo senso potrebbe essere considerato un "**bene comune**", come l'aria, l'acqua, la conoscenza, il territorio e il paesaggio. Un bene che, per natura e per conseguenze, si intreccia con alcuni diritti sociali (l'istruzione, il lavoro) e alcuni diritti di libertà (personale, di stampa, di circolazione, di riunione), favorendone il godimento; un bene che ha a che fare con le persone (e le comunità) e che comporta l'assunzione di una **responsabilità sociale** da parte della collettività che, in modo attivo, difende, tutela e promuove la salute.

Una cultura sana, intesa sinteticamente come la combinazione dei valori, atteggiamenti e comportamenti, è fondamentale per la tutela – protezione e la creazione del **Valore pubblico "Salute"** nel lungo termine.

Il concetto di valore pubblico applicato alla specificità di una azienda sanitaria come l'AUSL di Piacenza si incarna con l'assunto secondo cui la salute è un bene primario costituzionalmente protetto.

Sentire, ascoltare, riflettere e agire per creare **Valore pubblico per il benessere in Salute** è il cuore dell'azione quotidiana dei tanti professionisti dell'Azienda Sanitaria Locale di Piacenza, orgogliosi di farne parte, e che ben rappresenta l'orientamento strategico che la Direzione aziendale vuole promuovere, con **la partecipazione attiva e consapevole dei professionisti sanitari**, per contrastare la corruzione, le frodi, diffondere la trasparenza e favorire l'integrità del sistema salute per i cittadini della provincia di Piacenza.

A dieci anni dall'introduzione della legge per il contrasto della corruzione n.190/2012, con gli ingenti fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e l'attenzione dell'Unione europea sul nostro paese per una corretta gestione di tali finanziamenti, bisogna rafforzare ancor di più i sistemi di prevenzione della corruzione, partendo dalle fondamenta valoriali e comportamentali sia dell'organizzazione che del singolo. La ratio del legislatore è semplificare e ottimizzare la programmazione nell'ambito del processo di rafforzamento della capacità amministrativa delle amministrazioni pubbliche funzionale all'attuazione del PNRR.

Il **Piano integrato di attività e organizzazione** (PIAO), è stato introdotto tra le misure di riforma della pubblica amministrazione per l'attuazione del complesso progetto di PNRR. Previsto all'articolo 6 del decreto legge n. 80/2021, il cosiddetto "Decreto Reclutamento", è un documento unico di programmazione e governance che sostituisce diversi Piani e documenti

che finora le amministrazioni pubbliche erano tenute a predisporre. Ha una durata triennale, ma è aggiornato annualmente.

#### **SOTTOSEZIONE RISCHI CORRETTIVI E TRASPARENZA DEL PIAO**

Con l'introduzione del PIAO (art. 6 del D.L. 9 giugno 2021 n. 80), il Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza (RPCT) è tenuto a predisporre una sezione dedicata alla prevenzione della corruzione e della trasparenza, in sostituzione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) previsto dalla legge anticorruzione (Legge 6 novembre 2012, n. 190), all'interno di un più ampio strumento strategico aziendale contenente una serie di piani e programmi già previsti dalla normativa.

Nell'ottica unitaria del PIAO, quale strumento di programmazione integrato finalizzato ad orientare le attività dell'azienda sanitaria alla realizzazione del valore pubblico – inteso come miglioramento della qualità della vita e del benessere economico, sociale, ambientale della comunità di riferimento, degli utenti, dei bearers of value, dei destinatari di una politica o di un servizio - **la prevenzione della corruzione** contribuisce a generare e proteggere il valore pubblico, riducendo il rischio di una sua erosione a causa di fenomeni corruttivi o di cattiva amministrazione.

Gli obiettivi di prevenzione della corruzione sono quindi strettamente integrati e connessi con gli obiettivi delle altre sottosezioni, prime fra tutte quella della performance, in vista della realizzazione degli obiettivi di valore pubblico. La strategia di prevenzione della corruzione e delle forme di *"maladministration"* mantiene la sua centralità e si rafforza nei suoi connotati *"strutturali"* di prevenzione, con strumenti integrati e obiettivi strategici condivisi, costituendo fattore di stimolo per il miglioramento dei processi organizzativi.

Il PIAO consente di rappresentare l'agire dell'AUSL di Piacenza su asset strategici espressi attraverso le diverse articolazioni aziendali in una logica di visione complessiva ed il più possibile integrata, assicurando la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa, il miglioramento della qualità dei servizi ai cittadini, la costante e progressiva semplificazione e reingegnerizzazione dei processi, anche in materia di diritto di accesso.

#### **LINEE STRATEGICHE E DEL SISTEMA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA**

La presente sezione del PIAO per il triennio 2023-2025 è stata predisposta sulla base degli obiettivi strategici in materia definiti dalla Direzione Generale, ai sensi della legge 6 novembre 2012, n. 190, degli indirizzi definiti nel Piano Nazionale Anticorruzione 2022 (delibera ANAC n. 7 del 17/01/2023) e delle indicazioni operative contenute nel documento "Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) - Prime indicazioni condivise tra le Regioni per Aziende ed Enti del SSN", approvato dalle Regioni e Province autonome in sede di Commissione Salute il 13/12/2022 e in conformità alla DGR 1299 del 01/08/2022 "Piano Integrato di Attività ed Organizzazione (PIAO) per le aziende ed enti del Servizio Sanitario Regionale – prime indicazioni" e alle indicazioni operative fornite dalla Direzione generale Cura della persona, Salute e Welfare

della Regione Emilia- Romagna.

Poiché ogni amministrazione presenta propri differenti livelli e fattori abilitanti al rischio corruttivo per via delle specificità ordinarie e dimensionali, nonché del contesto territoriale, sociale, economico, culturale e organizzativo, l'elaborazione della sezione tiene conto di tali fattori di contesto. In vista della redazione della presente sezione, gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza per il triennio 2023-2025 sono stati preliminarmente sottoposti alla Direzione Strategica.

In linea con gli indirizzi nazionali e obiettivi di mandato del Direttore Generale, le linee strategiche di prevenzione della corruzione del prossimo triennio 2023-2025 sono orientate a:

- 1) migliorare e **umentare la consapevolezza dei protagonisti** della salute nell'identificare e riconoscere le situazioni di illegalità, di frode, di rischio corruttivo e conflitto d'interesse per favorire l'emersione di casi di corruzione;
- 2) ridurre le opportunità di porre in essere episodi corruttivi e contribuire a creare un clima sfavorevole alla corruzione e favorevole alla **cultura dell'integrità**;
- 3) **monitorare le misure di controllo e di prevenzione** dei rischi aziendali, supportando i professionisti nell'analisi dei risultati e nella eventuale ridefinizione di misure più efficaci;
- 4) **incrementare i livelli di trasparenza e accessibilità delle informazioni** tramite il portale web e la digitalizzazione delle richieste di accesso per una miglior risposta ai cittadini;
- 5) **migliorare il monitoraggio della sezione Amministrazione Trasparente** per implementare chiarezza e conoscibilità dei dati anche tenuto conto delle indicazioni di ANAC relativamente alla sottosezione Bandi di gara e contratti.

Nel formulare gli obiettivi secondo una logica di più stretta integrazione con quelli funzionali alle strategie di creazione di valore pubblico, si è tenuto conto dell'opportunità offerta dal PNRR, che richiede non solo uno sforzo programmatico di ampio respiro ma anche un'attività di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza più specifica nei settori interessati dagli interventi del PNRR, al fine di garantire un impiego ottimale delle risorse stanziare in attuazione dello stesso.

Come ogni anno, viene assicurata una stretta integrazione con i processi di programmazione, controllo e valutazione aziendali, attraverso la previsione, tra gli obiettivi strategici aziendali, di quelli in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza, definiti nel Budget 2023.

Le misure di prevenzione della corruzione generali obbligatorie costituiscono obiettivi di performance individuali dei responsabili aziendali. Accanto all'individuazione degli obiettivi specifici di qualità e innovazione, le linee strategiche in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza si articolano in azioni specifiche.

La gestione del rischio di corruzione è un processo complesso che comprende l'insieme di attività, verifiche, procedimenti e controlli ecc. posti in essere dai vari soggetti aziendali coinvolti nel sistema di prevenzione. In coerenza con l'Allegato 1 al PNA 2019, il processo di gestione del rischio si sviluppa quindi secondo una logica sequenziale e ciclica che ne garantisce il continuo miglioramento.

La trasparenza è intesa come strumento di prevenzione della corruzione, efficace strumento destinato a far emergere fenomeni corruttivi, permettendo al cittadino di “vigilare” sul corretto ed imparziale svolgimento dell’attività amministrativa. Una “vigilanza” che può adempiersi pienamente solo con un esatto “contemperamento” nella messa a disposizione di strumenti informativi, sempre più digitali, a servizio del cittadino: la pubblicità documentale e dei siti web ed il diritto di accesso ai documenti ed alle informazioni della P.A..

Tutti gli obiettivi specifici che derivano dalle linee strategiche, della sottosezione 3 della sezione 2 del PIAO, assegnati tramite il processo di budget ai responsabili tendono a creare un contesto sfavorevole alla corruzione/maladministration all’interno dell’Azienda, al fine di ridurre le possibilità di trasgressione ed aumentare la capacità di neutralizzare eventuali attività non corrette, sensibilizzando tutti i soggetti ad impegnarsi costantemente nell’applicazione delle misure di prevenzione del rischio intese non quale onere aggiuntivo ma quale parte integrante e ordinaria dell’agire quotidiano volto al prioritario obiettivo del miglior funzionamento dell’azienda sanitaria al servizio degli utenti, cittadini e imprese.

L’AUSL di Piacenza adotta e sviluppa un sistema di prevenzione degli illeciti e monitoraggio dei comportamenti che implica il necessario coordinamento della Sezione Prevenzione della Corruzione con il Codice di Comportamento Aziendale e con altri strumenti di programmazione aziendale, in particolare con:

- il Piano della Performance;
- il Piano della Formazione coordinato con le strategie formative mirate alla prevenzione dei fenomeni di gestione dei conflitti d’interesse nella formazione in generale e in quella sponsorizzata;
- il Bilancio di Esercizio, che garantisce e certifica la sostenibilità finanziaria degli interventi preventivi.

Ulteriore scopo di questa sottosezione del PIAO è quello di garantire il suo raccordo con gli altri strumenti di pianificazione e programmazione e, in particolare con il Polo, il Piano del fabbisogno del personale, il Piano delle azioni positive, il Piano annuale del Risk management, il Piano della Qualità e della ricerca e innovazione in un’ottica di reale integrazione del processo di prevenzione e miglioramento.

## **SOGGETTI COINVOLTI**

La strategia di prevenzione della corruzione deve essere il più possibile condivisa e partecipata. È di fondamentale importanza il coinvolgimento e la partecipazione attiva nell’elaborazione, attuazione e monitoraggio delle misure previste nella presente sezione dei seguenti soggetti:

- Il **Direttore Generale**, in qualità di organo di vertice dell’Azienda USL, svolge un ruolo nevralgico e proattivo nella strategia di prevenzione della corruzione, in quanto è tenuto non solo ad individuare e nominare il RPCT e a creare un contesto organizzativo che sia di reale supporto allo stesso, ma anche a definire gli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione e della trasparenza nella fase di elaborazione della presente sezione.

- **Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza** ricopre un ruolo centrale e di coordinamento nel sistema di prevenzione della corruzione, con compiti inerenti:
  - alla predisposizione della sezione prevenzione della corruzione del PIAO e alla verifica dell'attuazione, idoneità e osservanza delle misure ivi previste;
  - la promozione della trasparenza amministrativa, con particolare riferimento al rispetto degli obblighi di pubblicazione, alla supervisione delle istanze di accesso civico semplice, al coordinamento e gestione delle richieste di accesso civico generalizzato che coinvolgono più uffici e necessitano di un raccordo informativo e il riesame delle richieste riguardanti l'accesso civico generalizzato;
  - il rispetto della normativa in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi e delle regole del Codice di Comportamento aziendale;
  - la gestione delle segnalazioni di illeciti (c.d. whistleblowing).

L'incarico di RPCT dell'Azienda USL è attualmente ricoperto dalla dott.ssa Miriam Bisagni, dirigente sociologo a tempo indeterminato, Responsabile della UOSD Supporto alla gestione di Trasparenza, Anticorruzione e Privacy, è stato conferito con deliberazione n. 275 del 31 maggio 2022.

La sottosezione del rischio corruttivo e trasparenza del PIAO 2023-2025 è stata costruita avvalendosi anche dell'apporto **dei direttori e responsabili delle strutture aziendali** coinvolte nelle misure preventive e nei processi a rischio mappati.

In alcune sue parti, è anche il risultato dell'azione coordinata e condivisa nel contesto regionale del coordinamento RPCT a livello regionale e di aree vaste.

In ragione della rilevanza dei progetti finanziati dal PNRR riguardanti l'Azienda USL di Piacenza, nel corso del 2023 il RPCT promuoverà modalità organizzative aziendali in grado di assicurare il necessario raccordo tra lo stesso e i soggetti responsabili dell'attuazione di tali progetti con il supporto dei componenti del board aziendale anticorruzione.

- **Il Board Aziendale Anticorruzione**

In considerazione della complessità organizzativa dell'Azienda Usl di Piacenza si è previsto di individuare nei componenti del "**Board Aziendale Anticorruzione**" i riferimenti per le attività di supporto al Responsabile per la prevenzione della corruzione, per la trasparenza, l'integrità in sanità e favorire così la creazione di una "rete" che promuova un sistema culturale aziendale diffuso su questi temi. Il coordinamento del Board è affidato alla dott.ssa Miriam Bisagni, in qualità di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT).

Le funzioni che caratterizzano il Board sono:

- promuovere la cultura dell'anticorruzione nelle aree aziendali potenzialmente più a rischio di anticorruzione, indicate da ANAC nel PNA 2022;
- proporre alla Direzione Strategica un piano di misure di prevenzione e controllo in linea con obiettivi di prevenzione della corruzione e le misure di monitoraggio previste nel PIAO triennale;
- favorire l'applicazione di strumenti di analisi e valutazione del rischio corruttivo e di rilevazione di situazioni di conflitto d'interesse (anche potenziale) nelle diverse articolazioni aziendali individuando i processi da rivedere e riorganizzare;

- definire e sviluppare un sistema di controlli interni integrato per un efficace raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali;
- proporre e mettere in campo azioni formative ed informative sui temi dell'anticorruzione, dell'integrità e dell'etica pubblica e favorirne la partecipazione di tutti i dipendenti e di tutti coloro che hanno una relazione di collaborazione o di studio con l'Azienda;

• **I Responsabili della Pubblicazione obblighi di trasparenza** collaborano con il RPCT con particolare riferimento alla promozione della trasparenza amministrativa, svolgendo, in particolare, i seguenti compiti:

- pubblicazione di documenti, dati e informazioni (anche sotto l'aspetto qualitativo) nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale e trasmissione di un documento di monitoraggio sul corretto adempimento di tali obblighi;
- supporto informativo al RPCT, affinché quest'ultimo abbia tutti i necessari elementi e riscontri utili al corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione;

• **L'Organismo Indipendente di Valutazione degli Enti e delle Aziende del Servizio sanitario regionale (OIV-SSR) e l'Organismo Aziendale di Supporto (OAS)**

L'OIV-SSR svolge un importante ruolo di coordinamento tra il sistema di gestione della performance e il sistema di prevenzione della corruzione a livello regionale.

Relativamente ai compiti connessi con il sistema di prevenzione della corruzione, l'OIV garantisce il necessario supporto nel processo di gestione del rischio.

L'OAS, afferente alla Direzione Strategica Aziendale, garantisce il necessario supporto informativo all'OIV-SSR ai fini di un più efficace esercizio delle funzioni relative alla prevenzione della corruzione e della trasparenza.

• **L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD) dell'Azienda USL** assicura la collaborazione e supporto al RPCT ogni qualvolta quest'ultimo segnala, per l'eventuale attivazione del procedimento disciplinare, i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza e gli eventuali inadempimenti o parziali adempimenti connessi agli obblighi di pubblicazione.

L'UPD è tenuto inoltre supportare il RPCT:

- nelle attività di vigilanza e monitoraggio sulla corretta applicazione del Codice di Comportamento nazionale e aziendale;
- nell'esame delle segnalazioni di violazione dei codici di comportamento e nella raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate.

L'UPD è tenuto, inoltre, a predisporre una relazione annuale dell'intera attività disciplinare svolta e delle segnalazioni relative a condotte illecite e/o illegali da trasmettere al RPCT.

• **Il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)** verifica e/o compila le informazioni e i dati identificativi della stazione appaltante per l'AUSL. Il RPCT verifica periodicamente che il RASA assicuri la corretta gestione dei dati inseriti per l'AUSL e che aggiorni annualmente gli elementi identificativi della stazione appaltante. Anche per il 2022 è stata

assicurata la corretta gestione dei dati inseriti, con aggiornamento annuale degli elementi identificativi. Il rapporto tra RPCT e RASA è assicurato da una collaborazione continua anche su specifiche tematiche inerenti all'area dei Contratti Pubblici.

- **Responsabile aziendale in materia di antiriciclaggio** ha il compito di comunicare all'UIF dati e informazioni riguardanti operazioni sospette di riciclaggio e finanziamento del terrorismo di cui viene a conoscenza nell'esercizio della propria attività istituzionale. La funzione che esercita è quella di prevenire e contrastare tutte quelle attività di riciclaggio provenienti da azioni illegali che consistono in conversione o trasferimento di beni, occultamento o dissimulazione della reale natura, provenienza, ubicazione, disposizione, movimento, proprietà dei beni o dei diritti sui beni, acquisto, detenzione o utilizzazione dei beni di cui si conosce la provenienza criminosa.
- **Il Coordinatore Gruppo aziendale Privacy e l'esperto privacy aziendale** collaborano con RPCT per l'analisi delle situazioni di rischio di cybersecurity e in caso di frode di dati sanitari a seguito di attacchi informatici o accessi abusivi alle banche dati sanitarie e supportano i responsabili aziendali nella valutazione di bilanciamento dei diritti di riservatezza e obblighi di pubblicazione nella sezione della Amministrazione trasparente e nei casi di accesso civico.

In questa sezione si dà conto anche delle nomine legate alle attività di prevenzione della corruzione, trasparenza e antiriciclaggio e di supporto all'integrità.

<b>Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante – RASA</b>	dott.ssa Francesca Amelia Di Pompo
<b>Responsabile antiriciclaggio</b>	dott.ssa Miriam Bisagni
<b>Responsabile Transizione Digitale (RTD)</b>	ing. Fabio Zazzera
<b>Data Protection Officer (DPO)</b>	dott.ssa Filomena Polito
<b>Coordinatore Progetto Internal Audit</b>	dott.ssa Antonella Antonioni
<b>Responsabile Sistema Qualità aziendale</b>	dott.ssa Evelina Cattadori
<b>Responsabile Innovazione e ricerca, processi clinici e strutture accreditate</b>	dott.ssa Evelina Cattadori
<b>Risk Management</b>	dott. Giuseppe Arcari
<b>Responsabile OAS</b>	dott. Filippo Celaschi
<b>Responsabile UCPD</b>	dott. Mario Giacomazzi
<b>Coordinatore Gruppo Aziendale Privacy</b>	dott.ssa Miriam Bisagni
<b>Responsabile Supporto alla Gestione di Trasparenza, Anticorruzione e Privacy</b>	dott.ssa Miriam Bisagni

## CONTESTO ESTERNO

Il **contesto esterno** è stato elaborato con il contributo della Rete per l'Integrità e la Trasparenza Regionale che costituisce un elemento innovativo e importante per la programmazione e il coordinamento di misure anticorruptive, di natura sovraziendale (allegato n.1).

Per le finalità di prevenzione della corruzione, l'analisi del contesto esterno rappresenta una parte di fondamentale importanza del processo di gestione del rischio, in quanto consente di identificare il sistema territoriale e socio economico delle responsabilità organizzative e gli eventuali profili di complessità organizzativa (considerati questi ultimi fattori rientranti nell'ambito delle opportunità corruttive) e di esaminare lo stato della gestione per processi, grazie al quale è possibile disporre di elementi informativi sul corretto sviluppo dei processi, garantire una più efficace applicazione degli strumenti di controllo, di monitoraggio e di verifiche periodiche (audit) degli scostamenti dei risultati rispetto a quanto programmato.

Uno degli obiettivi principali dell'azione di prevenzione della corruzione riguarda l'emersione di eventi illeciti e di fenomeni corruttivi, per i quali è particolarmente importante il coinvolgimento dell'utenza e l'ascolto della cittadinanza. In questo contesto si collocano le azioni di sensibilizzazione che sono volte a creare dialogo con l'esterno per implementare un rapporto di fiducia che possa far emergere fenomeni corruttivi altrimenti "silenti e invisibili".

## STRUMENTI A SUPPORTO

La comunicazione costituisce uno degli strumenti di prevenzione della corruzione attraverso le diverse modalità rivolte sia ai dipendenti e collaboratori dell'azienda, sia verso l'esterno ai cittadini e stakeholder. La comunicazione interna, esterna, organizzativa, istituzionale riveste un ruolo strategico nell'ambito della gestione Aziendale. Inoltre, per la pubblica amministrazione una comunicazione trasparente e responsabile soddisfa il moderno concetto di "accountability" istituzionale verso i numerosi portatori di valore, la opinione pubblica e la cittadinanza.

Comunicare in maniera ordinata e leggibile i dati che hanno alimentato le decisioni aziendali e l'impatto qualitativo e quantitativo di queste ultime è un impegno di democrazia, che segna uno stadio più evoluto della storia della relazione tra i cittadini e il potere, che mette i primi nella condizione, non soltanto di giudicare l'operato dei protagonisti della governance ma, di riutilizzare quelle informazioni per trarre nuove conclusioni.

L'Azienda si avvale dei principali strumenti messi a disposizione anche dalle nuove forme di comunicazione: internet; intranet; Social network; Ufficio Stampa; URP (Ufficio relazioni con il pubblico). Sul sito "Amministrazione trasparente" in ottemperanza a quanto previsto dal D.Lgs. 33/2013 e s.m.i., è pubblicato il Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici, adottato prima in riferimento al DPR 62/2013 e poi alle indicazioni della L.R. n. 9/2017, con delibera 141/2018 nella versione definitiva; nella intranet pubblica le iniziative di eventi aziendali sui temi dell'anticorruzione, dell'integrità e dell'etica.

## TUTELA DELLA PRIVACY

L'Azienda adotta tutti gli strumenti necessari per garantire la tutela dei dati personali riconoscendo il diritto alla privacy quale importante elemento a garanzia della dignità e della libertà delle persone. L'Azienda ha infatti posto in essere una serie di azioni volte ad uniformare l'organizzazione e le attività ai principi ed alle norme contenute nel Regolamento Europeo GDPR 2016/679 e nel Codice in materia di protezione dei dati personali D.lgs. 196/2003 e s.m.i..

Le misure che l'Azienda adotta sono rivolte alla riservatezza e alla protezione dei dati personali dei terzi siano essi cittadini che si rivolgono alle sue strutture oppure propri operatori.

L'Azienda Usl è titolare del trattamento dei dati.

L'Azienda designa, quali autorizzati al trattamento, tutti coloro che operano in nome e per conto dell'Azienda stessa; ad essi vengono fornite istruzioni operative e formazione specifica richiamandoli al rispetto del segreto d'ufficio.

L'Azienda garantisce altresì lo svolgersi di attività formativa continua e dedicata, finalizzata a consolidare negli operatori la cultura del rispetto della dignità e della riservatezza nei confronti dei dati di terzi e, contemporaneamente, ad approfondire con gli operatori stessi le indicazioni normative e dell'Autorità Garante con lo scopo, tra gli altri, di predisporre gli strumenti che possano mantenere le attività coerenti con la norma.

Ai sensi del Regolamento Generale Europeo sulla protezione dei dati (GDPR) 2016/679, l'Azienda si avvale della figura del Data Protection Officer (D.P.O.), che ha funzioni consultive e informative nei confronti del Titolare, di controllo rispetto all'osservanza del regolamento aziendale sulla tutela del trattamento dati. Fornisce pareri in merito alla valutazione d'impatto e funge da punto di contatto con l'autorità di controllo per le questioni connesse al trattamento.

L'Azienda assicura e si impegna a garantire adeguati supporti di natura tecnica ed organizzativa al fine di agevolare la corretta ed appropriata applicazione delle disposizioni in materia emanate dal legislatore e dall'Autorità Garante, e a tale scopo ha collocato il supporto Privacy presso la UOSD Supporto alla Gestione di Trasparenza, Anticorruzione e Privacy. La responsabile collabora costantemente con il DPO e coordina il gruppo aziendale privacy..

E' stato inoltre costituito il Gruppo aziendale Privacy (GAP), un gruppo di lavoro multidisciplinare vocato a supportare la funzione Privacy nelle attività di adeguamento alla normativa vigente nonché alla valutazione dei rischi specifici correlati al trattamento dei dati personali in ambito aziendale.

## CONTESTO INTERNO

L'analisi del contesto interno ha un ruolo fondamentale per le finalità di prevenzione della corruzione e di gestione del rischio. Infatti l'analisi:

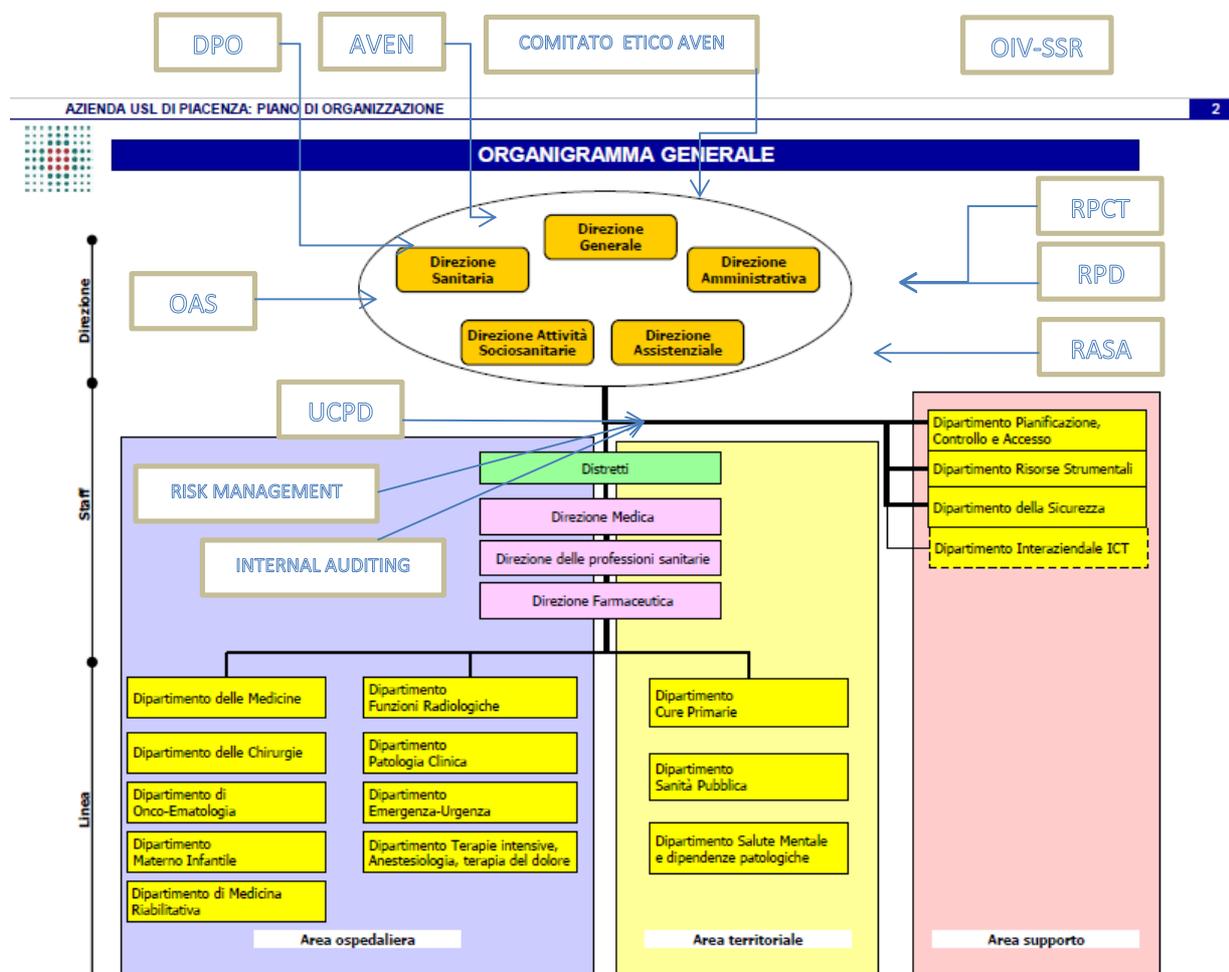
- consente di fotografare l'organizzazione, il sistema delle responsabilità organizzative e i profili di complessità organizzativa;
- consente di esaminare la gestione per processi e la valutazione del loro corretto sviluppo;
- favorisce una più efficace applicazione degli strumenti di controllo, di monitoraggio e di verifiche periodiche degli scostamenti dei risultati ottenuti rispetto a quelli attesi

Il modello organizzativo della azienda USL di Piacenza è individuato nel Piano Organizzativo Aziendale (nel seguito POA).

Il POA ha posto le basi organizzative che hanno consentito di creare un'identità sanitaria e socio sanitaria territoriale, capitalizzando le esperienze passate, mettendo a fattor comune le buone pratiche, con lo scopo di rendere equa, sostenibile, efficiente ed efficace la realtà organizzativa sanitaria.

Mappatura Processi: monitoraggio e controllo dei processi primari e di supporto secondo il sistema qualità (attivo dal 2003) e il rispetto dei requisiti di accreditamento istituzionale per gli aspetti strutturali, organizzativi e tecnologici per 12 dipartimenti (9 ospedalieri e 3 territoriali) e di n. 25 Percorsi diagnostico terapeutici (PDTA).

## ORGANIGRAMMA AZIENDALE



## MAPPATURA DEI PROCESSI

L'Azienda Usl di Piacenza si è dotata fin dal 2003 di un sistema qualità per un miglioramento continuo dei processi ospedalieri, territoriali e di supporto. Il sistema è monitorato ogni trimestre mediante raccolta delle informazioni e dati utili a tenere sotto controllo gli elementi critici. Gli operatori referenti utilizzano un applicativo "cruscotto di indicatori", denominato Egeo. Il set d'indicatori di UO sui principali processi è valorizzato e pesato nel processo di budget. I fattori di qualità più frequentemente monitorati sono di appropriatezza organizzativa e clinica, di rischio clinico, oltre che di efficacia, efficienza e tempestività dei processi di lavoro. I processi sono descritti/rappresentati in termini di responsabilità e strumenti utilizzati nei documenti di procedura e di istruzione operativa in riferimento al catalogo dei prodotti di UO nel Manuale Qualità. Le procedure aziendali trasversali ai dipartimenti sono conservate e disponibili per tutti i dipendenti nell'applicativo Delphi.

Le procedure, le istruzioni operative e i documenti di supporto, descrittivi delle attività, sono gestite attraverso un sistema documentale – disponibile per i dipendenti in area intranet – con codificazione dei documenti.

La documentazione citata e la correlata mappatura dei processi è base di sviluppo del lavoro del RPCT dedicato all'analisi delle attività e alla valutazione dei rischi.

In allegato 2 sono presentati i processi ritenuti più significativi per il monitoraggio del rischio corruttivo come previsti dal PNA 2022.

I servizi aziendali hanno applicato quanto previsto nel PTPCT 2022-2024.

In generale, le politiche per la prevenzione della corruzione e della trasparenza sono state condotte attraverso diverse attività che si basano sul sistema qualità e relative misure e controlli periodici, con monitoraggi trimestrali e audit annuali; la gestione del rischio clinico con il risk management; internal audit, audit della sicurezza, formazione e valutazione. Alcuni sono strettamente legati alla prevenzione della corruzione, altri come il sistema in qualità sono legati ad una efficace gestione aziendale. In ogni caso qui vengono considerati fra gli strumenti utili alla riduzione del rischio corruttivo.

I due elementi comuni che tengono insieme la politica di prevenzione della corruzione e dell'integrità della Salute riguardano il sistema qualità dei processi, delle procedure, gli indicatori di controllo dell'appropriatezza clinica e organizzativa, con i relativi audit sui processi e i PDTA (percorso diagnostico terapeutico) e la gestione integrata del rischio.

### PERCORSI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI (PDTA)

<b>PDTA Adulti Fragili</b>	Garantisce un percorso di presa in carico di utenti in condizioni di vulnerabilità e fragilità socio relazionale, definita secondo specifici criteri, in co-gestione con i servizi sociali-comunali del territorio provinciale.
<b>PDTA CA Mammella –</b>	Assicurare appropriatezza di trattamento attraverso l'integrazione tra i

<b>BREAST UNIT</b>	diversi professionisti coinvolti (team multidisciplinare); garantire continuità delle cure alle pazienti in tutti i passaggi del percorso di cura.
<b>PDTA Clinica Transculturale</b>	Garantire la valutazione/assessment di minori migranti che presentano specificità transculturale, gravità clinica e/o una gravosità psicosociale, attraverso una metodologia basata sul dispositivo transculturale. Integrazione tra rete AUSL, Comuni della Provincia e Terzo Settore
<b>PDTA Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)</b>	Diagnosi precoce, presa in carico, cura integrata e riabilitazione delle forme clinicamente gravi dei DCA (Trattamento integrato: internistico, psico-nutrizionale, psichiatrico, psicologico, abilitativo-riabilitativo sociale e sanitario).
<b>PDTA Disturbo da gioco d'azzardo (Gambling)</b>	Garantire l'accoglienza, la consulenza e/o la presa in carico socio-sanitaria delle persone che presentano problemi correlati al gioco d'azzardo patologico e ai loro familiari
<b>PDTA Esordi Psicotici</b>	Prevede diagnosi precoce, presa in carico, cura integrata e riabilitazione delle gravità psicopatologiche all'esordio: Psicosi, Disturbi Deliranti, Gravi Disturbi dell'umore.
<b>PDTA Gravi Disturbi di Personalità</b>	Garantire la presa in carico multidimensionale della persona con gravità psicopatologica, tossicologica e assistenziale/istituzionale, al fine di stabilizzare/migliorare le condizioni cliniche e acquisire competenze relazionali e funzionali.
<b>PDTA Paziente alcol dipendente</b>	Accoglienza, valutazione e diagnosi per pazienti con sindrome da dipendenza. Garanzia di presa in carico multidisciplinare e trattamento multimodale: internistico, assistenziale, abilitativo-riabilitativo sociale e sanitario e psicologico.
<b>PDTA Paziente con Disturbi del Movimento: Parkinson e Corea</b>	Garantire la presa in carico del paziente con Malattia di Parkinson e Malattia di Huntington dal sospetto diagnostico alle fasi più avanzate, coinvolgendo più professionisti aziendali e territoriali.
<b>PDTA Paziente con linfomi e patologie linfoproliferative croniche</b>	Tempestività e appropriatezza della diagnosi per una precoce presa in carico multidisciplinare del paziente affetto da Linfoma al fine di attuare un programma di cura adatto ai bisogni del paziente.
<b>PDTA Paziente con problematiche nutrizionali (Team Nutrizionale)</b>	Riconoscimento tempestivo di malnutrizione o rischio di malnutrizione per i pazienti ricoverati, ambulatoriali, al domicilio o in struttura residenziale. Attuare strategie terapeutiche adeguate e garantire la precoce presa in carico e il follow up del paziente.
<b>PDTA Paziente con Sclerosi Laterale</b>	Garantire uniformità nella presa in carico e nel trattamento dei pazienti affetti da SLA; gestione del paziente in un'ottica multidisciplinare già al

<b>Amiotrofica (SLA)</b>	momento della diagnosi e nelle fasi successive (anche territoriali).
<b>PDTA paziente con STEMI</b>	Garantire la tempestività di trattamento dei pazienti con STEMI, l'appropriata terapia farmacologica pre-angioplastica e alla dimissione; garanzia di follow up strutturati medico-infermieristici di educazione terapeutica e prevenzione secondaria post dimissione
<b>PDTA Paziente con tumore al colon-retto</b>	Garantire a tutti i pazienti affetti da tumore del colon e retto la presa in carico integrata (onco-team) del paziente, individuando l'iter diagnostico, terapeutico e assistenziale personalizzato che tenga conto da un lato delle caratteristiche biologiche del tumore, e dall'altro, dei bisogni del singolo paziente, per ottenere come ricaduta la migliore sopravvivenza e qualità di vita dell'individuo.
<b>PDTA Paziente con tumore al polmone</b>	Garantire la presa in carico integrata (onco-team) del paziente, dal sospetto clinico e/o radiologico di CA polmone alla fase di follow up e/o all'eventuale fase terminale. Individuazione di un iter diagnostico, terapeutico e assistenziale focalizzato sugli aspetti organizzativi e clinici globali del paziente.
<b>PDTA Paziente DIABETICO</b>	Garantire la presa in carico dei pazienti diabetici appropriata ad ogni tipologia di paziente (classificato per intensità di cura assistenziale), definendo le prestazioni diagnostiche, terapeutiche e da parte dei professionisti ospedalieri, territoriali e MMG.
<b>PDTA Paziente Gracer</b>	Tempestività della presa in carico dei pazienti con grave cerebrolesione acquisita. Garanzia della coerente successione ed integrazione dei diversi interventi in funzione delle fasi del processo, della condizione clinica della persona, della situazione familiare ed ambientale.
<b>PDTA Paziente STROKE</b>	Garantire la tempestività della presa in carico al momento della chiamata al 118 e nella fase diagnostico-terapeutica. Garantire il proseguimento delle cure nella fase riabilitativa in acuto e post-acuzie.
<b>PDTA Percorso Nascita</b>	Presa in carico della donna al consultorio con dubbio di gravidanza o test di gravidanza positivo fino al compimento del 6° mese di vita del bambino accompagnandola durante tutte le fasi del percorso
<b>PDTA Percorso paziente con AUTISMO 0-30</b>	Garantire agli utenti nella fascia di età 0-30 anni e alle loro famiglie con sospetto diagnostico ASD (disturbo spettro autistico) una valutazione e una diagnosi precoci, un piano terapeutico abilitativo integrato con l'offerta di cura e di assistenza del Sistema Curante (Scuola - Famiglia- Servizi Sanitari- Servizi Sociali), congrua al livello di funzionamento riscontrato
<b>PDTA Percorso TRAUMA</b>	Garantire la tempestiva e appropriata risposta del soccorso dalla fase

<b>GRAVE</b>	pre-ospedaliera (attivazione 118, codifica della gravità del paziente, corretta ospedalizzazione) a quella ospedaliera (ottimizzazione dei tempi e delle risorse al fine di ridurre la mortalità del paziente)
<b>PDTA Psicopatologia dell'ETA' EVOLUTIVA</b>	Garantisce una diagnosi bifocale (categoriale/strutturale), la presa in carico precoce dell'utenza 0-13 anni, per utenti con disturbi psicopatologici dell'età evolutiva, attivando livelli di collaborazione con istituzioni, enti e agenzie coinvolte nelle problematiche in oggetto (altri servizi sanitari dell'infanzia, servizi sociali per minori, Scuola e servizi educativi, Associazioni di familiari, ecc).
<b>PDTA Scompenso Cardiaco</b>	Garantire l'individuazione dei pazienti nel bacino di utenza e la loro presa in carico da parte dei professionisti ospedalieri, territoriali e MMG, definendo le prestazioni diagnostiche, terapeutiche differenziate per stadio
<b>PDTA Trattamento della Broncopneumopatia cronica ostruttiva</b>	Intercettazione tempestiva delle persone a rischio o delle persone affette da BPCO al fine di garantire una presa in carico appropriata che preveda trattamenti clinici ma anche programmi di educazione terapeutica. Il percorso ha lo scopo di migliorare l'efficacia e l'efficienza clinica, di soddisfare i bisogni del paziente, e di migliorare l'adesione alla terapia farmacologica e alle indicazioni igienico-sanitarie atte a mantenere un adeguato stile di vita.
<b>PDTA-R Paziente con Sclerosi Multipla</b>	Garantire ai pazienti con Sclerosi Multipla la tempestività dell'iter diagnostico, la continuità assistenziale ospedale-territorio e la presa in carico multidisciplinare

## SISTEMA DI MONITORAGGIO MISURE DI PREVENZIONE

Allo stato attuale, il sistema di monitoraggio delle misure di prevenzione si basa sulle relazioni periodiche dei responsabili delle UO impegnate nell'attuazione delle misure di prevenzione come da **allegato n.2**.

Le relazioni di monitoraggio dei Responsabili delle misure forniscono al RPCT gli elementi utili a verificare l'efficacia e l'idoneità delle misure per il trattamento del rischio e il loro stato di attuazione. Uno strumento analogo viene utilizzato per la verifica del corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione da parte dei Responsabili di Pubblicazione.

Tale strumento serve anche a monitorare lo stato di avanzamento degli obiettivi di budget assegnati in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Questi strumenti permettono di rilevare il rispetto e l'attuazione delle procedure e delle misure definite, nonché la loro idoneità in termini di effettiva capacità di ridurre il rischio corruttivo.

L'Azienda USL ha previsto inoltre di definire un Board aziendale anticorruzione per supportare l'RPCT nel monitoraggio delle misure di prevenzione e controllo del rischio corruttivo.

## MISURE GENERALI DI PREVENZIONE

Nel Piano triennale accanto alle misure di prevenzione specifiche di ogni servizio aziendale sono previste misure generali, come richiesto dalla legge 190/2012, che riguardano in particolare:

- la trasparenza tramite "Amministrazione Trasparente";
- la diffusione del Codice di comportamento e delle buone pratiche e valori, fra cui l'obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse, tramite un percorso formativo FAD dedicato;
- la rotazione del personale secondo la categorizzazione del rischio in sanità pubblica ;
- le verifiche di incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali;
- la raccolta delle dichiarazioni successive alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage);
- la verifica dei componenti 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 sull'etica pubblica e il codice del comportamento;
- i patti di integrità negli affidamenti;
- i controlli e il monitoraggio delle liste d'attesa ambulatoriali e di ricovero;
- i controlli e il monitoraggio libera professione aziendale;
- le azioni di sensibilizzazione e il rapporto con la società civile;
- le attività di controllo, attraverso il Sistema Aziendale Qualità e Controllo Interno.

Tra le diverse misure generali previste dalla legge vengono qui sinteticamente elencate le principali adottate dall'AUSL di Piacenza.

**INTERNAL AUDIT:** nel 2022 il servizio di Internal Audit ha proseguito con le attività di formazione in raccordo con il gruppo regionale integrato con gli RPCT. Tale strumento rappresenta un punto fondamentale anche per le politiche di prevenzione della corruzione. Nel corso del 2019 è stato istituito un coordinamento Internal Audit a livello regionale, con cui è iniziata una collaborazione al fine di valutare il sistema di controllo sul rischio corruttivo sul processo della libera professione, proseguita e completata nel 2022.

**CODICE DI COMPORTAMENTO:** nel corso del 2018 è stato approvato il nuovo codice di comportamento aziendale, che è uguale per tutte le aziende sanitarie regionali. Sono proseguite le attività di divulgazione e di confronto con gli operatori.

**TRASPARENZA e ACCESSO CIVICO:** vengono pubblicate sul sito internet istituzionale tutte le informazioni legate alla vita organizzativa richieste dalla norma, in modo che queste siano visibili a tutti i cittadini e i bearers of value. Viene data piena attuazione al percorso dell'accesso civico che consente a chiunque di accedere alle informazioni a disposizione dell'azienda, nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali.

**SEGNALAZIONI (WHISTLEBLOWING):** è stato applicato quanto previsto dalla norma in termini di whistleblowing tutelando contro ogni forma di discriminazione e ritorsione chi effettua segnalazioni di reati, ipotesi di reato e potenziali rischi corruttivi, anche attraverso il canale criptato.

**ROTAZIONE DEGLI INCARICHI:** nel corso del 2022 è proseguita l'azione di rotazione per alcune delle funzioni organizzative aziendali, con particolare riferimento a quelle che rivestono un maggiore rilievo nell'esercizio del potere organizzativo, gestionale e decisionale (sanità pubblica, area risorse umane e direzione delle professioni sanitarie).

**FORMAZIONE:** è continuata l'attività di formazione sui temi dell'etica e dell'integrità con le singole strutture aziendali, con i neoassunti, sia di tipo generale che specifico e anche mirata alla attuazione del sistema aziendale dei controlli interni.

**RETE INTEGRITA' REGIONALE:** l'Azienda ha dato la propria adesione alla Rete per l'Integrità Regionale che vede coinvolti tutti gli enti pubblici presenti sul territorio regionale al fine di promuovere iniziative comuni di crescita e miglioramento (<http://legalita.regione.emilia-romagna.it/rete-trasparenza>).

**CAMERE ARDENTI:** si è proceduto a rivedere e aggiornare la procedura aziendale nel rispetto della normativa vigente, ad accreditare le ditte di pompe funebri e monitorare le timbrature degli operatori presenti.

**ANTIRICICLAGGIO:** nel corso del 2022 si è attuata la vigilanza sull'applicazione delle disposizioni in tema di antiriciclaggio.

**PANTOUFLAGE:** si è previsto di raccogliere la dichiarazione al momento della cessazione del servizio.

#### MISURE TRASVERSALI DI PREVENZIONE

Così come previsto nel Piano Nazionale Anticorruzione 2022 dell'ANAC sono state attuate anche alcune misure di carattere sistemico, fra cui:

- **pubblicazione atti trasparenza** sul portale "Amministrazione Trasparente";
- **informatizzazione, dematerializzazione e monitoraggio** dei documenti relativi agli obblighi della trasparenza al fine di consentire la tracciabilità delle responsabilità attraverso l'applicativo "doc suite – monitoraggio trasparenza".
- **monitoraggio dei conflitti d'interesse e dichiarazioni codice del comportamento:** il servizio personale ha completato l'adozione di un gestionale regionale delle risorse umane (GRU). Sul Portale WHR Time sono raccolte tutte le dichiarazioni inerenti il Codice di Comportamento (conflitti di interesse) e i conflitti d'interesse derivanti dai rapporti di parentela, coniugio, convivenza;
- **controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione** e di atto notorio rese dai dipendenti e dagli utenti da parte dei servizi competenti;

- **controlli in coppia** sugli atti di vigilanza di competenza dell'amministrazione di norma;
- **sottoscrizione dei verbali** redatti a seguito di attività di verifica/vigilanza;
- **ascolto degli utenti**, con la raccolta di suggerimenti, osservazioni e proposte di miglioramento anche riguardo ai temi della trasparenza e della prevenzione della corruzione attraverso i canali di comunicazione disponibili (Uffici URP, sito web aziendale, social media istituzionali);
- **controlli su inconferibilità e incompatibilità**: così come previsto dal D. Lgs. 39/2013 e s.m.i.;
- **partecipazione tavolo regionale dei Responsabili per la Prevenzione della Corruzione** e indicazioni OIV regionale;
- **liste d'attesa** gestione e monitoraggio settimanale delle prestazioni previste dai LEA, verifiche d'appropriatezza di prenotazione e ricollocazione rinunce con chiamata attiva evitando disdette e sprechi di risorse;
- **prenotazione libera professione** mediante multicanali di prenotazione (CUP, CUP sedi periferiche, Farmacie).

## PROCESSO DI GESTIONE E VALUTAZIONE DEL RISCHIO

La finalità di questa attività è quella di consentire l'identificazione delle aree e dei processi a rischio che devono essere presidiati mediante l'implementazione di misure di prevenzione. La gestione del rischio è un processo circolare che parte dalla mappatura dei processi e termina con il monitoraggio e la valutazione dello stesso. In modo sintetico le fasi sono:

- a. la mappatura dei processi di ogni area aziendale;
- b. la valutazione del rischio per ogni processo;
- c. la definizione delle misure per la prevenzione, già in essere e da adottare;
- d. l'attività di monitoraggio e valutazione.

L'analisi del contesto esterno ed interno, permettono di rafforzare l'identificazione delle aree a rischio.

Nel processo di gestione del rischio sono stati coinvolti i dirigenti e tutti i dipendenti dell'Azienda, chiamati a fare una valutazione del livello di rischio delle diverse aree e dei singoli processi.



### L'analisi del rischio corruttivo

L'analisi del rischio, e segnatamente del rischio corruttivo, è un passaggio fondamentale al fine di poter correttamente individuare le misure di prevenzione della corruzione da porre in essere.

La gestione del rischio è parte integrante del processo decisionale con riferimento a tutti i processi dell'organizzazione. È quindi un percorso sistematico e strutturato che al tempo stesso deve cercare di garantire adeguamenti il più possibile tempestivi. Si caratterizza quindi come un processo dinamico, dovendo rispondere ai cambiamenti di contesto interni od esterni. Tale impostazione porta ad effettuare valutazioni specifiche e "su misura" che si basano proprio sul contesto specifico in termini di aspettative interne ed esterne e su specifici fattori umani e culturali.

Quanto sopra nella piena consapevolezza che tale analisi deve favorire il miglioramento continuo dell'organizzazione.

Lo sforzo è quello di superare la logica del mero adempimento burocratico, orientando le misure di prevenzione della corruzione anche al miglioramento delle performance aziendali e quindi alla risposta data ai cittadini.

Il processo di valutazione e di conseguente gestione del rischio pertanto si è svolto secondo il seguente percorso logico-temporale:

- Mappatura dei processi: effettuata utilizzando i processi descritti nelle procedure del sistema in qualità;
- Identificazione del/i rischio/i;
- Valutazione dei rischi: individuazione dei processi a rischio attraverso un confronto interno al fine di definire le priorità di intervento;
- Analisi dei fattori abilitanti;
- Monitoraggio;
- Azione di coordinamento da parte del RPCT e dal supporto all'RPCT.

L'analisi del rischio ha il duplice obiettivo di analizzare i fattori abilitanti della corruzione (cioè quei fattori che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione come ad esempio la mancanza di trasparenza, la mancanza di misure di trattamento del rischio, la mancanza di normativa...) e stimare il livello di esposizione dei processi al rischio.

Nel presente Piano si è proceduto alla valutazione del rischio secondo le indicazioni del PNA 2022, che prevede un approccio qualitativo.

L'analisi del rischio è stata effettuata con riferimento ad ogni processo e/o sotto-processo/fase, coinvolgendo i dirigenti e gli operatori dei servizi aziendali interessati.

Il metodo di valutazione del rischio proposto per ogni singolo processo presuppone l'incrocio di due indicatori compositi (cioè composti da più variabili), rispettivamente per la Probabilità e per l'Impatto:

- la probabilità consente di valutare quanto è probabile che l'evento rischioso accada in futuro
- l'impatto valuta l'effetto nel caso in cui il rischio si verifichi

Per ciascun indicatore si è individuato un set di variabili e una scala di misura articolata in ALTO, MEDIO e BASSO.

Rispetto alla valutazione quantitativa tradizionale, con un valore numerico, il giudizio qualitativo è stato determinato sulla frequenza delle risposte relative al grado di discrezionalità e concentrazione del potere, livello di competenza e capacità di servizio, all'esperienza di servizio, coniugandole con il grado di impatto e sulla probabilità di accadimento. Le risposte sono state poi ri-codificate in relazione allo schema sotto, riportato nella tabella successiva.

#### **PRINCIPALI FATTORI FAVORENTI DEI RISCHI INTERNI ALL'ORGANIZZAZIONE**

Mancanza di valori, del senso di appartenenza e del senso di responsabilità dei dipendenti e collaboratori
Presenza di conflitti di interesse, di asimmetrie informative e insufficiente trasparenza che concretamente incidono sulla imparzialità e l'indipendenza dell'azione
Inadeguata conoscenza del codice di comportamento, dei regolamenti aziendali e della normativa
Mancanza di conoscenza, delle procedure e delle responsabilità organizzative ed insufficiente attività formativa
Mancanza di controlli adeguati, anche legati ad una inadeguata cultura del rischio
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mancanza di benessere organizzativo</li> <li>- Inadeguata leadership</li> <li>- Conflittualità interna al servizio</li> <li>- Inadeguato riconoscimento del dipendente</li> <li>- Inadeguata comunicazione interna</li> <li>- Poco personale, eccessivo turnover, stress</li> </ul>
Inadeguato riconoscimento e gestione delle attività di lobbying esterne (a livello politico, di associazioni professionali e della società civile)

#### **PRINCIPALI FATTORI FAVORENTI DEI RISCHI ESTERNI ALL'ORGANIZZAZIONE**

Visione di breve periodo nelle strategie delle aziende fornitrici di beni o servizi
Assenza o eccessivo tasso di concorrenza nel mercato che favorisce comportamenti sleali
Rifiuto all'osservanza di regole e valori che favoriscano una leale concorrenza tra operatori economici
Frammentazione del sistema sanitario in una moltitudine di attori

La valutazione effettuata dovrà essere supportata da un'adeguata formazione e condivisione del metodo da parte dei servizi e dei loro dirigenti, che sono i principali responsabili della valutazione e gestione dei rischi relativi ai processi di cui sono titolari. E' stata avviata una formazione sull'Integrità: GUIDARE verso l'integrità conoscere e misurare il fenomeno corruttivo che consentirà di definire un board aziendale anticorruzione a supporto della direzione strategica e dell'RPCT e di definire o confermare il metodo di valutazione del rischio attualmente in essere.

MATRICE GENERALE RISCHIO		IMPATTO			
		BASSO	MEDIO	ALTO	ALTISSIMO
PROBABILITA'	ALTISSIMA	ALTO	ALTISSIMO	ALTISSIMO	ALTISSIMO
	ALTA	MEDIO	ALTO	ALTO	ALTISSIMO
	MEDIA	MEDIO	MEDIO	ALTO	ALTISSIMO
	BASSA	BASSO	MEDIO	MEDIO	ALTO

### Le misure per la prevenzione

Al fine di ridurre il livello di rischio sono state riviste alcune le misure di prevenzione. Per ciascuna area vengono indicate le misure di prevenzione già esistenti, la tempistica per l'introduzione e implementazione e le responsabilità della stessa. Il principio legato all'applicazione di nuove misure o il mantenimento delle misure di prevenzione del rischio già esistenti è quello della sostenibilità e del costo in funzione del risultato atteso, allo scopo di applicare prioritariamente le misure preventive che in termini di costi economici e organizzativi non superino i benefici attesi.

### Il monitoraggio e la valutazione

La gestione del rischio si completa con l'azione di monitoraggio e valutazione, finalizzata alla verifica dell'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati e alla successiva messa in atto di ulteriori strategie di prevenzione. Il monitoraggio avviene annualmente, anche attraverso una attività di audit con i singoli servizi coinvolti.

### Relazione tra analisi del contesto e misure di prevenzione

L'analisi del contesto sia a livello locale, regionale e nazionale ha confermato le aree e i processi a maggiore rischio di corruzione, peraltro già ripresi nella parte Sanità del Piano Nazionale Anticorruzione, quali ad esempio la ricerca e le sperimentazioni, la libera professione, le liste di attesa e i rapporti con le strutture private. In tutti questi casi sia l'asimmetria informativa, sia il conflitto di interessi (nelle sue diverse forme) assumono un ruolo fondamentale nell'aumento del rischio corruttivo.

Accanto a queste specifiche aree, rimangono le aree di rischio tradizionali come la gestione del personale e degli appalti e delle verifiche e dei controlli esterni all'azienda (es. sanità pubblica).

## CODICE DI COMPORTAMENTO

Lo strumento dei Codici di comportamento è una misura di prevenzione fondamentale in quanto le norme in essi contenute regolano in senso legale ed eticamente corretto il comportamento dei dipendenti e, per tal via, indirizzano l'azione amministrativa.

Con DPR n. 62 del 16 aprile 2013 è stato emanato il nuovo Codice di Comportamento dei dipendenti delle Pubbliche Amministrazioni. L'art.1 comma 2 del Codice prevedeva che ciascuna amministrazione, con procedura di partecipazione aperta, debba dotarsi di un proprio Codice di Comportamento, ad integrazione di quello nazionale.

L'Azienda Usl di Piacenza ha adottato un nuovo Codice di Comportamento con Delibera n.141/2018.

L'adozione del Codice è stata preceduta da un processo di condivisione a livello Regionale tra le Aziende del sistema sanitario presenti sul territorio che ha condotto ad uno "schema tipo" che ha tenuto conto di quanto indicato dalle linee-guida predisposte congiuntamente da Ministero della Salute/Anac/Agenas del 20 settembre 2016 e ha voluto fornire indicazioni di comportamento comuni per tutti gli operatori che appartengono alla Aziende Sanitarie del sistema regionale.

La diffusione del documento è stata assicurata mediante la pubblicazione nella intranet aziendale e nel sito web istituzionale, la trasmissione via e-mail al personale dipendente, la consegna al personale neoassunto.

Il Codice definisce i doveri di diligenza, lealtà, imparzialità, buona condotta e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico, nonché i valori e i principi etici di riferimento (art.1 e 3).

Il Codice si applica, salvo quanto disposto nei singoli articoli, a tutto il personale che a qualsiasi titolo presta attività lavorativa per l'Azienda e nello specifico a:

- dipendenti con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e determinato;
- dipendenti di altre pubbliche amministrazioni in comando, distacco o fuori ruolo;
- collaboratori e consulenti dell'Azienda con qualsiasi tipologia di contratto e incarico, conferito a qualsiasi titolo;
- medici e altro personale universitario integrati per l'assistenza;
- medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e specialisti ambulatoriali interni per quanto compatibile con le convenzioni vigenti;
- medici in formazione specialistica, ricercatori a tempo determinato e/o con contratti flessibili, dottorandi, assegnisti di ricerca autorizzati allo svolgimento delle attività assistenziali e tirocinanti;
- direttore generale, amministrativo e sanitario, scientifico e socio-sanitario ove presenti;
- personale a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni, servizi o lavori, in conformità con quanto previsto dai Patti di integrità dagli stessi sottoscritti;
- volontari componenti di associazioni di volontariato, in conformità con quanto previsto dagli accordi dalle stesse sottoscritte.

Sono stati, inoltre, disciplinati temi che aggiornano le indicazioni comportamentali dei destinatari avendo presente le tematiche e le situazioni che possono generare, in Sanità, maggiori rischi corruttivi di cui in sintesi di dà conto:

- ✓ Le liste di attesa sono gestite secondo criteri di trasparenza.  
Il destinatario tiene rigorosamente separate l'attività libero professionale da quella istituzionale.
- ✓ Le attività di ricerca e sperimentazione sono svolte osservando le buone pratiche previste dalla comunità scientifica e garantendo l'assenza di pregiudizi per l'attività assistenziale. Il personale coinvolto conduce l'attività libero da condizionamenti e pressioni di ogni genere, assicurando la massima tutela dei diritti e della dignità delle persone e l'integrità, indipendenza e trasparenza del ricercatore;
- ✓ La formazione sponsorizzata è ammessa qualora porti ragionevolmente un beneficio all'attività istituzionale e sulla base di proposte non nominative indirizzate all'Azienda;
- ✓ I rapporti con società farmaceutiche e di dispositivi medici sono gestiti evitando qualsiasi comportamento volto a favorire indebitamente qualunque soggetto. Nell'attività di informazione dei medicinali è fatto divieto di ricevere premi, vantaggi pecuniari o in natura, salvo di valore trascurabile e collegabili all'attività espletata.
- ✓ Nelle attività conseguenti al decesso, i destinatari rispettano l'obbligo di riservatezza, non accettano né richiedono omaggi compensi o altre utilità e non suggeriscono ai parenti alcuna specifica impresa di onoranze funebri.
- ✓ La formazione sponsorizzata è stata regolata in modo unitario ed il più possibile omogeneo a livello regionale attraverso la definizione di una procedura coerente con i principi inseriti nel Codice di Comportamento sull'argomento specifico.

## TRASPARENZA

Attraverso lo strumento della trasparenza l'AUSL di Piacenza persegue una logica di piena apertura verso l'esterno, al fine di rendicontare in modo semplice e chiaro gli obiettivi raggiunti con le risorse disponibili.

Con il d.lgs. 33/2013 e s.m.i. è stato infatti rafforzato il concetto di trasparenza intesa come accessibilità totale delle informazioni riguardanti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

Salvi i limiti previsti dalla normativa (es. tutela dati sensibili in materia di privacy), sono state pubblicate sul sito [www.ausl.pc.it/trasparenza](http://www.ausl.pc.it/trasparenza) (Amministrazione Trasparente) tutte le informazioni previste dalla norma secondo l'Allegato del d.lgs 33/2013 e s.m.i. seguendo criteri di facile accessibilità; completezza e semplicità di consultazione e secondo le indicazioni dell'ANAC.

Nella verifica dei percorsi per la pubblicazione dei vari documenti, si è anche tenuto conto della ricerca della massima efficienza dei percorsi di pubblicazione, cercando di evitare tutte

le duplicazioni dei vari documenti e attività, anche con l'utilizzo degli strumenti informatici legati al percorso sulla dematerializzazione dei processi aziendali (Docsuite).

Per ciascun adempimento ed obbligo di pubblicità l'Azienda individua i dirigenti responsabili della elaborazione, predisposizione, trasmissione e pubblicazione delle informazioni e del periodico aggiornamento (vedi tabella obblighi di pubblicazione, **Allegato n.3**). La correttezza, la completezza e l'aggiornamento delle informazioni riportate sul sito aziendale, in merito ai contenuti del presente documento, è affidata a ciascuna delle Strutture/Unità Operative detentrici dei dati indicati in allegato n.3.

L'attuazione del Programma triennale per la Trasparenza e l'attuazione, in generale, degli obblighi di pubblicità in materia di trasparenza, sono stati sottoposti anche per il 2022 a verifiche periodiche. Si riporta il pieno raggiungimento degli obiettivi legati alla valutazione sulla trasparenza da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione regionale per l'anno 2021. Anche per il 2023 sono previste attività di monitoraggio e verifica.

L'azienda prosegue il monitoraggio sull'accesso civico generalizzato. Esso consente a chiunque di accedere alla quasi totalità delle informazioni a disposizione dell'azienda (nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali).

Sono possibili tre diversi accessi agli atti, ai dati e alle informazioni detenute dall'azienda:

1. accesso civico (con la richiesta di pubblicazione obbligatoria dei dati sul sito Amministrazione trasparente, qualora questi non fossero già presenti);
2. accesso documentale (secondo la legge 241 del 1990);
3. accesso generalizzato (secondo il d.Lgs. 97/2016) che ha ampliato l'istituto dell'accesso civico, prevedendo il diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle PA, nel rispetto di limiti di tutela giuridicamente rilevanti.

Di seguito viene riportata la tabella dei responsabili della elaborazione/produzione, trasmissione e della pubblicazione e aggiornamento dei dati sulla trasparenza in Amministrazione Trasparente .

<b>I Responsabili della elaborazione /trasmissione/pubblicazione in Amministrazione Trasparente (AT)</b>	<b>Unità Operativa</b>
<b>Andreoni Adele</b>	UOC Bilancio
<b>Antonioni Antonella</b>	UOC Bilancio
<b>I Responsabili della elaborazione /trasmissione/pubblicazione in Amministrazione Trasparente (AT)</b>	<b>Unità Operativa</b>
<b>Arcari Giuseppe</b>	UOC AGRI
<b>Armuzzoni Daniela</b>	UOC Affari generali e Rapporti Istituzionali
<b>Barbieri Silvia</b>	UOSD Comunicazione
<b>Bisagni Miriam</b>	UOSD Supporto alla gestione di Trasparenza, Anticorruzione e Privacy

<b>Bolzoni Marina</b>	UOC Innovazione e Ricerca, Processi clinici e Strutture accreditate
<b>Bongiorni Silvia</b>	UOC UOSIT
<b>Bosoni Maurizio</b>	Segreteria Supporto amministrativo Farmacia
<b>Cagnani Sara</b>	Componente OAS
<b>Campominosi Maria Luisa</b>	Supporto amministrativo UOC LSEI e NUCOS_PI
<b>Cappellano Manlio</b>	UOC SARU
<b>Cappellano Laura Alfia Lucia</b>	UOC Pianificazione, Organizzazione e Formazione
<b>Caprioli Serena</b>	UOC Pianificazione, Organizzazione e Formazione
<b>Caruso Silvia</b>	UOC Innovazione e Ricerca, Processi clinici e Strutture accreditate
<b>Casali Ilia</b>	UOC AROT
<b>Cattadori Evelina</b>	UOC Innovazione e Ricerca, Processi clinici e Strutture accreditate
<b>Cattivelli Enrico</b>	Segreteria Supporto amministrativo Farmacia
<b>Cereghino Ornella</b>	UOC Affari generali e Rapporti Istituzionali
<b>Chiaranda Giorgio</b>	UOC Medicina dello Sport e Promozione della Salute
<b>Corsalini Eleonora</b>	UOSD ISS
<b>Conti Alberto</b>	Programma Sicurezza Alimentare - DSP
<b>Delledonne Marco</b>	Dipartimento Sanità Pubblica
<b>Di Barbora Valeria</b>	UOC Affari generali e Rapporti Istituzionali
<b>Di Francia Maria Grazia</b>	UOC SARU
<b>Di Pompo Francesca</b>	UOC ABS
<b>Emiliano Raffo</b>	UOSD Comunicazione
<b>Faccini Fabio</b>	UOSD Epidemiologia e Comunicazione del Rischio
<b>Fornasari Carla</b>	UOC AROT
<b>Forti Patrizia</b>	UOC GRUA
<b>Franzosi Matteo</b>	UOC Ingegneria Clinica
<b>Fugazzi Stefano</b>	UOC SARU
<b>Gaiuffi Vincenzo</b>	Supporto amministrativo UOC LSEI e NUCOS_PI
<b>Gatti Giorgio</b>	UOC Igiene Alimenti e Nutrizione
<b>Gatti Maria Grazia</b>	UOSD ISS
<b>Gavetta Simona</b>	Dipartimento Sanità Pubblica
<b>Ghezzi Maria Paola</b>	Supporto amministrativo UOC LSEI e NUCOS_PI
<b>Giacomazzi Mario</b>	UOC GRUA
<b>I Responsabili della elaborazione /trasmissione/pubblicazione in Amministrazione Trasparente (AT)</b>	<b>Unità Operativa</b>
<b>Gotti Manuela</b>	Segreteria Supporto amministrativo Farmacia
<b>Gregori Therese</b>	UOC Farmacia Territoriale
<b>Groppi Giovanni</b>	UOC AROT
<b>Gruppi Luigi</b>	UOC Nuove Costruzioni e Patrimonio Immobiliare
<b>Gruppi Manola</b>	UOSD Ufficio Legale

Inzani Daniele	Ispettorato Micologico
Lodigiani Luca	UOC AROT
Marchi Anna	Supporto amministrativo UOC LSEI e NUCOS_PI
Marri Edoardo	UOC GRUA
Mazzei Caterina	UOC Pianificazione, Organizzazione e Formazione
Melfa Alessandra	UOC Farmacia Territoriale
Menini Sara	UOC Ingegneria Clinica
Molinari Laura	UOC Bilancio
Nobile Paola	UOC GRUA
Pighi Chiara	UOC Gestione Risorse Umane Aziendali
Politi Enrica	UOC Centro servizi Ambulatoriali
Rampini Alessandra	UOC Igiene Sanità Pubblica e malattie Infettive
Rossetti Stefania	UOC UOSIT
Roveda Annamaria	Settore Igiene Ambientale
Segalini Laura	UOC Bilancio
Sfolzini Cristian	UOC Acquisizione Beni e Servizi
Tagliaferri Valerio	UOC Lavori su Strutture esistenti e Impianti
Tinelli Elisabetta	UOSD Ufficio Legale
Trabucchi Monica	UOC AROT
Vaccari Nadia	Supporto amministrativo UOC LSEI e NUCOS_PI
Verderi Sonia	UOC Affari generali e Rapporti Istituzionali
Vincolo Immacolata	Supporto amministrativo UOC LSEI e NUCOS_PI
Visentin Lidia	UOC AROT
Zazzera Fabio	UOC UOSIT

\*\*\*\*

Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione, per la Trasparenza e l'Integrità e l'antiriciclaggio - Dott. ssa Miriam Bisagni  
 Via Anguissola,15 – 29121 Piacenza  
 e-mail: [rpct@ausl.pc.it](mailto:rpct@ausl.pc.it)

**Allegati:****allegato 1 Contesto Esterno RER****allegato 2 Tabella Obblighi di Trasparenza****allegato 3 Mappatura dei processi e registro dei rischi**