

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara



università di ferrara  
DA SEICENTO ANNI GUARDIAMO AVANTI.

## **PIANO TRIENNALE di PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 2013 – 2016**

(Art. 1, commi 8 e 9 , della L. 6.11.2012 n. 190 recante le disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione)

## SOMMARIO

1. Premessa	pag. 4
2. Introduzione	pag. 5
3. Iniziative ed azioni intraprese durante l'anno 2013	pag. 9
4. Le attività a più elevato rischio di corruzione	pag. 11
5. Disciplina degli incarichi extra istituzionali	pag. 16
6. Astensione in caso di conflitto di interessi	pag. 25
7. Criteri di rotazione del personale a rischio di corruzione	pag. 26
8. Azioni formative	pag. 27
9. Obblighi dei Dirigenti responsabili/Direttori di struttura complessa e semplice referenti e dei responsabili di procedimento;	pag. 28
10. Responsabilità	pag. 30
11. Azioni programmate per evitare la discriminazione nei confronti del whistleblower	pag. 31
12. Piani e Codice di comportamento costituenti parti integranti del Piano	pag. 32
13. Conclusioni	pag. 33
Allegato 1	pag. 34
Allegato 2	pag. 35
Allegato 3	pag. 37

## LEGENDA ACRONIMI E ABBREVIAZIONI

A.N.A.C. Autorità Nazionale AntiCorruzione  
A.O.U. Azienda Ospedaliero Universitaria  
A.U.S.L. Azienda Unità Sanitaria Locale  
A.V.C.P. Autorità per la Vigilanza sui Contratti Pubblici di lavori, servizi e forniture  
A.V.E.C. Area Vasta Emilia Centrale  
C.C.M. Comitato Consultivo Misto  
C.I.V.I.T. Commissione indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l' Integrità delle amministrazioni pubbliche  
C.U.G. Comitato Unico di Garanzia  
D.A.I. Dipartimenti ad Attività Integrata  
D.F.P. Dipartimento della Funzione Pubblica  
D.I.A.L.E. Dipartimento Interaziendale gestionale Acquisti e Logistica Economale  
D.I.A.P. Dipartimento Interaziendale gestionale Amministrazione del Personale  
D.I.A.T. Dipartimento Interaziendale Attività Tecniche  
D.Lgs Decreto Legislativo  
D.M. Decreto Ministeriale  
I.C.T. Informazione e Tecnologie della Comunicazione  
N.O.C. Struttura Complessa gestione concessione servizi generali e commerciali Nuovo Ospedale di Cona  
N.V.A. Nucleo di Valutazione Aziendale  
O.I.V. Organismo Indipendente di Valutazione  
OO.SS. Organizzazioni Sindacali  
P.A. Pubblica Amministrazione  
P.G. Protocollo Generale  
P.N.A. Piano Nazionale Anticorruzione  
P.T.T.I. Piano Triennale di Trasparenza e Integrità  
R.P.C.T. Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza  
R.S.U. Rappresentanza Sindacale Unitaria  
R.T. Responsabile Trasparenza  
S.S.N. Servizio Sanitario Nazionale  
S.S.R. Servizio Sanitario Regionale  
U.O. / UU.OO. Unità Operativa/e

U.P.D. Ufficio Procedimenti Disciplinari

U.R.P. Ufficio Relazioni con il Pubblico

U.R.S. Ufficio Relazioni Sindacali

## 1. PREMESSA

Prima di avviare ogni considerazione, indicazione e valutazione, appare doveroso e necessario precisare che la legge 190/2012 non contiene una definizione di “corruzione”, che viene quindi data per presupposta ed è intesa in senso lato come comprensiva 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*.

Le situazioni rilevanti sono quindi più ampie delle fattispecie di reato penale e tali da ricomprendere non solo l’intera gamma di reati contro la pubblica amministrazione ma anche situazioni che, seppur prescindendo dalla rilevanza penale, pongano un malfunzionamento dell’amministrazione a causa dell’uso a fini privati delle funzioni attribuite.

Quindi per l’identificazione dei fattori di rischio, si ritiene necessario concentrare l’attenzione sul “contesto specifico” dell’Azienda, costituito sia dalla descrizione dei processi che dall’identificazione dei responsabili, in relazione all’organigramma aziendale e al funzionigramma delle UU.OO. interessate alla mappatura, comprendendo ovviamente le quattro macroaree di cui al comma 16 dell’art. 1 della legge 190.

Ciò assume particolare rilievo nell’amministrazione di una Azienda Sanitaria, che per mission deve assicurare l’erogazione di servizi sanitari ed assistenziali all’utenza e nella quale l’organizzazione amministrativo/gestionale è strumentale/funzionale a garantire eguali condizione di accesso alle prestazioni ed alla corretta ed efficace erogazione di tutti i servizi ad essa afferenti.

Particolare attenzione è stata in questi anni già posta al sistema aziendale per la gestione del rischio clinico, nella consapevolezza che la capacità delle organizzazioni sanitarie di rilevare, analizzare e gestire le conseguenze di eventi avversi/indesiderati rappresenta un elemento di credibilità e affidabilità nei confronti dei pazienti e della comunità di riferimento.

Gli strumenti per la prevenzione e repressione del fenomeno corruttivo e per la garanzia della integrità pubblica introdotti dalla legge 190/2012, si innestano necessariamente ad integrazione e completamento del sistema di gestione dei rischi già instaurato e debbono costituire, nel tempo, un unico sistema di gestione strutturato e coerente del rischio nell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara.

Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione deve essere adottato dall’organo di indirizzo politico, su proposta del responsabile anticorruzione, entro il 31 gennaio 2014.

In corrispondenza con il periodo considerato dal Piano Nazionale Anticorruzione, approvato con delibera ANAC 72/2013, in prima applicazione, i P.T.P.C. debbono coprire il periodo 2013-2016. Pertanto si riporteranno anche le iniziative e le misure di prevenzione intraprese durante l'anno 2013.

La contestualizzazione specifica cui ci si riferiva più sopra, deve essere intesa come strumento per la crescita graduale ma sempre costante, attraverso l'analisi dei processi e delle attività, verso un rinnovato sistema che adegui gli attuali meccanismi e processi a garanzia dei livelli di correttezza dell'attività dell'Azienda in un sistema complessivo in grado di prevenire i rischi di corruzione in modo capillare e diffuso.

Caratteristiche di questo Piano sono quindi la dinamicità, la modularità e la progressività, sicché quanto verrà prodotto in questa prima fase rappresenta l'inizio di un percorso che risponde a detti principi e che vedrà nel tempo ulteriori e diversi sviluppi.

Pertanto, in questa fase di avvio del percorso, massima attenzione verrà posta alla necessità di favorire la conoscenza e interiorizzazione della normativa di riferimento e dei contenuti del P.T.P.C., nonché una presa di coscienza e consapevolezza dei principi fondanti la disciplina anticorruzione.

## 2. INTRODUZIONE

L'evoluzione del Servizio Sanitario Regionale ha accentuato l'autonomia delle Aziende Sanitarie, principalmente attraverso lo strumento di auto-organizzazione rappresentato dall'atto aziendale.

A questo si aggiunge lo sviluppo di una politica regionale della ricerca biomedica e sanitaria e le nuove responsabilità assunte dalla Regione, in collaborazione con le Università, in tema di formazione del personale per il Servizio Sanitario Regionale, per quanto riguarda in particolare la formazione medica specialistica e le professioni sanitarie. Tutto ciò ha richiesto più avanzate forme di collaborazione tra la Regione e il sistema delle Università della Regione Emilia - Romagna, in ragione del loro ruolo fondamentale nella didattica e nella ricerca.

La Regione Emilia - Romagna ha individuato nell'integrazione lo strumento idoneo per realizzare il concorso delle rispettive autonomie del SSR e delle Università nei campi della assistenza, della ricerca e della formazione.

Tale integrazione si realizza nell'istituzione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria.

La realizzazione dell'integrazione si attua nel Dipartimento ad Attività Integrata, struttura organizzativa fondamentale della Azienda, che garantisce l'esercizio coordinato delle attività di assistenza con quelle didattiche e di ricerca.

La programmazione regionale ha inoltre sviluppato forme innovative di organizzazione della assistenza, che richiedono da un lato una forte integrazione e coordinamento delle attività ospedaliere con i servizi sanitari e sociosanitari territoriali, dall'altro un sistema a rete integrata di servizi, che connette funzionalmente i centri di riferimento regionale, spesso sedi di presenza universitaria, con le altre strutture.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara (di seguito, per brevità, anche "Azienda") è istituita dalla legge regionale 23 dicembre 2004, n. 29 e disciplinata con delibera di Giunta regionale n. 318 del 14 febbraio 2005 ad oggetto "la disciplina delle Aziende Ospedaliero – Universitarie" e con la delibera di Giunta regionale n. 297 del 14 febbraio 2005 ad oggetto "Protocollo di intesa tra la Regione Emilia - Romagna e le Università degli Studi di Bologna, Ferrara, Modena - Reggio Emilia e Parma, in attuazione dell'art. 9 della L.R. 23 dicembre 2004, n. 29.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara è dotata di personalità giuridica e di autonomia imprenditoriale.

Costituisce per l'Università degli Studi di Ferrara l'Azienda di riferimento per le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca della Facoltà di Medicina, ai sensi di quanto previsto dall'art. 9, comma 4 della L.R. n. 29/2004, e garantisce l'integrazione fra le attività assistenziali e le attività didattiche e di ricerca svolte dal Servizio Sanitario Regionale e dall'Università ed opera nel rispetto reciproco degli obiettivi istituzionali e di programmazione del Servizio Sanitario Regionale e dell'Università, nonché nell'ambito del sistema di relazioni fra le Aziende del Servizio Sanitario Regionale.

La organizzazione aziendale è caratterizzata dalla diffusione del principio dell'autonomia e della responsabilità, sia sotto il profilo del governo clinico sia sotto il profilo del governo economico, tecnico e amministrativo.

L'azienda è articolata in strutture complesse, strutture semplici dipartimentali, strutture semplici di unità operativa.

Le Strutture Complesse rappresentano le aggregazioni più ampie di competenze professionali e risorse umane, tecnologiche e strutturali espressamente finalizzate all'assolvimento di funzioni di programmazione, di produzione di prestazioni e di servizi sanitari e di amministrazione, la cui complessità organizzativa o la valenza strategica sono tali da rendere opportuna l'individuazione di una posizione con responsabilità di organizzazione e di gestione delle risorse assegnate. Le due tipologie che nell'ambito aziendale vengono ricondotte alla Struttura Complessa sono il Dipartimento e le Unità Operative o Direzioni (per le attività tecnico-amministrative o di staff).

Il Dipartimento è una struttura sovraordinata rispetto alle unità operative ed alle strutture che lo compongono.

Le Strutture Semplici sono articolazioni organizzative dei Dipartimenti o delle Unità Operative, caratterizzate da specifici e definiti ambiti di autonomia con correlate responsabilità riguardanti la gestione diretta delle risorse assegnate dal Direttore di riferimento per il perseguimento degli obiettivi gestionali e di governo clinico che questi ha fissato.

La Struttura Semplice Dipartimentale facente parte di un DAI risponde per le proprie attività al Direttore del Dipartimento.

### **La "mission"**

L'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara, nell'ambito del sistema regionale per la salute e per i servizi sociali, esercita le proprie funzioni assistenziali (di diagnosi, cura, riabilitazione e prevenzione), di ricerca biomedica e sanitaria e di formazione e didattica in



integrazione con l'Università, in coordinamento e piena collaborazione con la Azienda USL di Ferrara e con le espressioni istituzionali e associative della comunità in cui opera.

Attraverso una risposta clinica e assistenziale appropriata e di qualità, costruita attorno ai bisogni dell'utente e allo sviluppo della sua funzione di ricerca e didattica, l'Azienda intende raggiungere i propri principali obiettivi ed in particolare:

- a) sviluppare la propria capacità di diagnosi, cura, riabilitazione e prevenzione e, più in generale, di soddisfazione dei bisogni di salute delle persone che si rivolgono all'Azienda, al massimo livello qualitativo possibile, in modo appropriato, efficiente ed efficace;
- b) sviluppare, nell'ambito dell'integrazione con l'Università, percorsi che favoriscano l'attuazione di processi di ricerca, formazione e di didattica di alta qualità;
- c) consolidare la leadership dal punto di vista scientifico, diagnostico e di cura all'interno del contesto regionale e nazionale;
- d) qualificarsi maggiormente come Ospedale di eccellenza nella Regione per completezza e per la complessità dei servizi erogati;
- e) promuovere la cultura della sicurezza del paziente e degli operatori per portare l'Ospedale ai più elevati livelli possibili nel governo clinico e nell'organizzazione del lavoro.

### **La “vision”**

La promozione della qualità, dell'appropriatezza, dell'efficienza, dell'efficacia, della valorizzazione delle risorse e della sicurezza costituisce il principio fondante a cui si ispira l'azione di governo aziendale, unitamente al perseguimento dei valori di universalità ed equità di accesso alle prestazioni, di rispetto dei principi di dignità della persona e di centralità del cittadino e del paziente.

L'Azienda persegue l'integrazione tra le diverse forme di assistenza sanitaria e sociale e la ricerca della cooperazione e del coinvolgimento di tutte le componenti rappresentative espresse dal contesto di riferimento.

L'Azienda vuole utilizzare tutti gli strumenti che permettano di promuovere e valorizzare la motivazione negli operatori e lo sviluppo delle relazioni interne, coinvolgendo le diverse espressioni professionali nei processi di sviluppo e miglioramento dell'organizzazione del lavoro e della qualità dei servizi.

La valorizzazione dei professionisti, lo sviluppo professionale e tecnologico e l'adeguamento delle competenze all'evoluzione scientifica costituiscono obiettivi prioritari per accrescere il ruolo di eccellenza nel panorama sanitario regionale e nazionale per le proprie funzioni di cura, formazione, didattica e ricerca.

I principali impegni che l'Azienda ha fatto propri ed intende sviluppare a beneficio dei cittadini sono:

- ≡ competenza, eccellenza e autorevolezza professionale;
- ≡ ascolto e coinvolgimento;
- ≡ motivazione e valorizzazione del capitale intellettuale;
- ≡ integrazione e sinergie multidisciplinari e interprofessionali;
- ≡ alta affidabilità, qualità, sicurezza e appropriatezza delle prestazioni;
- ≡ innovazione tecnologica e organizzativa;
- ≡ integrazione ospedale - università;
- ≡ consolidamento dei rapporti con le strutture sanitarie della rete provinciale e regionale e forte integrazione con l'Azienda USL di Ferrara nella ricerca di sinergie per il raggiungimento di obiettivi comuni;
- ≡ coerenza della programmazione e della pianificazione con le indicazioni espresse dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria ;
- ≡ qualità del sistema di governo aziendale;
- ≡ equilibrio economico finanziario.

### **I rapporti con l'Università**

In attuazione dell'art. 9 della Legge Regionale n. 29/2004, la Regione Emilia - Romagna e le Università degli Studi di Bologna, Ferrara, Modena – Reggio Emilia e Parma hanno sottoscritto il nuovo "Protocollo d'intesa", approvato con deliberazione della Giunta Regionale n. 297/2005, individuando nella integrazione la modalità idonea per realizzare il concorso delle rispettive autonomie.

In sede locale, l'Azienda e la Università definiscono il conseguente Accordo Attuativo che sviluppa i principi e le regole generali contenute nel citato Protocollo d'intesa.

L'Accordo Attuativo realizza l'integrazione informandosi al principio della leale collaborazione tra l'Azienda e l'Università, inteso come:

- a) pieno coinvolgimento di tutte le componenti interessate nella realizzazione degli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale, regionale e locale;
- b) sviluppo di metodi e strumenti di collaborazione volti a perseguire, in modo integrato, obiettivi di:
  - qualità, efficienza, efficacia, appropriatezza delle prestazioni
  - qualità e congruità della didattica
  - potenziamento della ricerca biomedica e sanitaria;

c) impegno alla programmazione coordinata degli obiettivi e delle risorse in funzione delle attività assistenziali dell'Azienda e delle attività didattiche e di ricerca della Facoltà di Medicina e Chirurgia.

### **La Partecipazione dei cittadini, degli utenti e degli operatori e la Conferenza territoriale sociale e sanitaria**

L'Azienda sviluppa le relazioni con gli Enti locali della Provincia di Ferrara, nonché attua la propria programmazione e pianificazione in coerenza con e attraverso la partecipazione alla Conferenza territoriale sociale e sanitaria ed all'Ufficio di Presidenza della stessa.

L'Azienda ha collocato tra i suoi valori fondanti la centralità del cittadino e rende disponibili ai cittadini/pazienti/utenti le informazioni necessarie per una scelta consapevole nell'ambito delle prestazioni e dei servizi offerti nonché per l'accesso agli stessi. Assicura la partecipazione dei cittadini, anche tramite le Organizzazioni Sindacali, le Associazioni di Volontariato, le Associazioni dei Familiari e di Tutela dei Diritti, e ne favorisce il fattivo contributo alla valutazione della qualità dei servizi ed alla programmazione delle attività, anche attraverso forme innovative di partecipazione.

La *Carta dei Servizi* è il documento che nasce dalla volontà dell'Azienda di migliorare il rapporto con il cittadino, secondo una logica di trasparenza e di garanzia dei diritti. Costituisce la formalizzazione di un patto sulla qualità dei servizi offerti che l'Azienda stipula con i cittadini.

L'Azienda promuove la partecipazione degli operatori e crea le condizioni per un coinvolgimento ampio e diffuso degli stessi nei processi e nelle decisioni aziendali.

### **Le reti cliniche integrate e il governo clinico**

L'Azienda si inserisce in modo integrato nell'ambito della rete ospedaliera regionale e delle reti dei servizi provinciali.

La programmazione strategica aziendale si orienta al raggiungimento del massimo livello di eccellenza per garantire le funzioni che le sono state assegnate all'interno del sistema delle relazioni regionali Hub & Spoke e ricercando parallelamente le sinergie e le relazioni funzionali con tutti i punti di produzione dei servizi territoriali, in modo di partecipare attivamente alla realizzazione degli obiettivi quali - quantitativi che si pone il sistema socio-sanitario provinciale.

Il governo clinico rappresenta una strategia gestionale fondamentale del sistema decisionale aziendale, orientata a soddisfare le aspettative degli utenti tenendo conto del sistema organizzativo e delle caratteristiche del processo assistenziale offerto. Il governo clinico ha come principali obiettivi la appropriatezza, l'efficacia, l'efficienza e il

miglioramento della qualità e della sicurezza della pratica clinica, ma anche il raggiungimento del migliore equilibrio tra queste componenti e le risorse disponibili.

### **L'Area Vasta Emilia Centrale**

L'Area Vasta Emilia Centrale (AVEC) rappresenta il luogo dell'integrazione fra le Aziende Sanitarie: Azienda USL di Bologna, Azienda USL di Imola, Azienda USL di Ferrara, Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna - Policlinico S.Orsola-Malpighi, Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara e Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna, per l'esercizio congiunto di funzioni specifiche; costituisce uno strumento organizzativo per consolidare e sviluppare le prerogative di autonomia territoriale delle Aziende stesse. L'AVEC è un sistema integrato in ambiti territoriali definiti, funzionale per l'organizzazione dei servizi sanitari e delle attività tecnico-amministrative. In tale contesto, viene mantenuta inalterata la responsabilità decisionale propria delle Aziende e dei loro organi.

La Regione Emilia-Romagna ribadisce, nelle proprie linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, la necessità di riorganizzazione su scala di Area Vasta o Provinciale delle funzioni amministrative, tecnico-professionali e sanitarie ad esclusivo o prevalente carattere logistico e di supporto, che attraverso la concentrazione possono perseguire sia obiettivi di qualità/specializzazione, sia obiettivi di efficienza, a sostenimento di un'azione di forte governo del turnover e di limitazione delle assunzioni su posto vacante.

### 3. INIZIATIVE ED AZIONI INTRAPRESE DURANTE L'ANNO 2013

Come noto, le “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”, sono state emanate con la legge 6 novembre 2012 n. 190.

Nelle more della predisposizione del “Piano Nazionale Anticorruzione”, approvato dall’Autorità Nazionale Anticorruzione (C.I.V.I.T.) con Deliberazione n.72 dell’11.9.2013, ed in relazione alle prime disposizioni operative del Dipartimento della Funzione Pubblica con la Circolare n. 1 del 25.1.2013, l’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara ha proceduto, con Deliberazione n.89 del 27.5.2013, alla nomina del Responsabile della prevenzione della corruzione, individuato nella persona del Dirigente della struttura semplice Segreteria Generale Avv. Barbara Paltrinieri, la quale è stata contestualmente nominata anche Responsabile della trasparenza.

Assunto l’incarico, si è fatto fronte, insieme ai dirigenti interessati, all’assolvimento degli obblighi di trasmissione delle informazioni all’Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici, lavori, servizi e forniture, di cui all’art. 1 comma 32 della L. 190/2012.

L’Avcp, con propria deliberazione n.26 del 22.5.2013, fissava il termine per l’assolvimento di tale obbligo al 14.6.2013. Ciò determinava una intensa attività per la predisposizione dei dati da parte delle UU.OO. interessate che erano pronti per l’inoltro entro il termine.

L’Autorità, con comunicato in data 13.6.2013, in considerazione della complessità della materia e dei ritardi a livello nazionale, precisava e rideterminava i contenuti dell’obbligo, posticipandolo al 31.1.2014, dovendo riguardare tutte le procedure indette da dicembre 2012.

Nel corso del 2013, oltre ad una rilevante attività di studio della normativa anche a livello interaziendale di area vasta e provinciale, sono state effettuate nei confronti dei Dirigenti dell’Azienda le verifiche ex d.lgs. n.39/2013, in materia di incompatibilità ed inconfiribilità degli incarichi, con conseguente pubblicazione dell’esito nel sito web aziendale.

Nell’affrontare tale materia, si è tenuto conto della delibera C.I.V.I.T. ora A.N.A.C. n. 58/2013 recante parere sull’interpretazione e sull’applicazione del d.lgs. n. 39/2013 nel settore sanitario: sono state quindi richieste le dichiarazioni di insussistenza di cause di inconfiribilità per i nuovi incarichi attribuiti di struttura complessa e semplice (sia dipartimentale che di unità operativa, anche se su quest’ultima si sta facendo una riflessione in ordine alla necessità di tale dichiarazione, in quanto tali strutture sono inserite in una struttura complessa e quindi non ricomprese nelle fattispecie cui la

disposizione si applica ai sensi del parere qui in trattazione). Le dichiarazioni di insussistenza di cause di incompatibilità sono state oggetto di espressa richiesta a tutti i dirigenti di struttura complessa e semplice, anche se le disposizioni transitorie individuate dal Decreto Legge 21 giugno 2013, n. 69 (convertito nella legge 9 agosto 2013, n. 98), prevedendo che in sede di prima applicazione gli incarichi conferiti e i contratti stipulati prima della data di entrata in vigore del D.Lgs 39/2013 in conformità alla normativa vigente prima della stessa data, non hanno effetto come causa di incompatibilità fino alla scadenza già stabilita per i medesimi incarichi e contratti, ha un po' svuotato di contenuto l'obbligo di produrre e pubblicare la dichiarazione annuale di assenza di cause di incompatibilità.

Anche tali dichiarazioni vengono pubblicate sul sito web aziendale mano a mano che pervengono.

Dopo la pubblicazione del P.N.A., si è proceduto ad un esame, insieme ai dirigenti responsabili delle strutture tecnico amministrative e di staff maggiormente coinvolte o loro delegati, dell'organizzazione, delle sue regole e prassi di funzionamento in termini di "possibile esposizione" al fenomeno corruttivo.

Ciò al fine di pervenire, anche in una seconda fase del presente piano, a:

- la mappatura di tutti i processi attuati dall'amministrazione
- la valutazione del rischio per ciascun processo
- il trattamento del rischio,

di cui comunque si ritiene di avere già effettuato una buona verifica preliminare e orientativa.

In ogni caso, si intendono realizzare le attività di cui ai punti precedenti attraverso i seguenti strumenti:

- scheda di monitoraggio dei processi (allegato 1 al PTPC), che verrà trasmessa per la compilazione ai dirigenti responsabili delle strutture aziendali;
- valutazione delle schede insieme ai dirigenti referenti e ai dirigenti responsabili delle strutture per l'individuazione, attraverso l'applicazione dei criteri di cui all'allegato 5 al PNA (allegato 2 al PTPC) del grado di esposizione al rischio di ciascuna struttura;
- individuazione, insieme ai referenti e ai dirigenti responsabili di ciascuna struttura, delle misure di prevenzione e contrasto del rischio.

L'attività del responsabile, nel corso del 2013, è stata oggetto di confronto e verifica anche in ambito della Regione Emilia-Romagna, che ha formulato indirizzi omogenei interpretativi e operativi per tutte le aziende del Servizio Sanitario Regionale.

L'attività del Responsabile, infine, si è realizzata in sintonia con il Nucleo di Valutazione Aziendale e con il Dirigente responsabile del Servizio Programmazione e Controllo di Gestione –per quanto riguarda il Piano triennale della Performance-, al fine di dare coerenza all'insieme dei provvedimenti in corso di approvazione.

#### **4. LE ATTIVITA' A PIU' ELEVATO RISCHIO DI CORRUZIONE**

La principale esigenza cui il presente Piano deve rispondere è l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione. L'art. 1 comma 9 lett. a) della Legge 190/2012 procede già ad una prima diretta individuazione, relativamente ai seguenti procedimenti:

- a) autorizzazione o concessione;
- b) scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture di cui al D.Lgs. n. 163/2006 e s.m.i.;
- c) concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, attribuzione di vantaggi economici a persone ed enti pubblici e privati;
- d) concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.

Oltre a queste, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara potrà individuare, anche attraverso la mappatura dei processi che verrà effettuata nell'anno 2014, ulteriori aree di attività in ambito sanitario ospedaliero, legate alla specifica offerta sanitaria svolta, che in parte sono già state oggetto di un primo esame nel corso dell'anno 2013, anche in collaborazione con le strutture organizzative coinvolte.

Per ciascuna area verranno, oltre ovviamente alla mappatura dei processi e conseguentemente alla stessa:

- valutati i rischi per ciascun processo;
- definite le modalità di trattamento del rischio;

secondo le indicazioni metodologiche indicate nell'Allegato 1 par. B.1.2 del P.N.A. ed, in particolare, attraverso la predisposizione di iniziative specifiche e ulteriori di formazione e aggiornamento delle risorse umane operanti in tali aree e la regolazione di un sistema informativo per attuare il flusso delle informazioni e consentire il conseguente monitoraggio.

Le attività elencate ai punti da a) a d) sono da leggersi con la fondamentale avvertenza che sono le attività a presentare un intrinseco rischio di annidamento di fenomeni corruttivi nella ampia accezione descritta nelle norme, senza alcun riferimento alle singole persone preposte alle suddette mansioni nelle unità organizzative deputate allo svolgimento quotidiano delle attività.

Si è ritenuto, nell'anno 2013, in ragione della specifica natura sanitaria dell'Azienda, di individuare le attività ritenute più a rischio di fenomeni corruttivi nell'ambito delle



articolarzioni Tecniche ed UU.OO. clinico/assistenziali, con particolare attenzione ai rapporti con gli informatori scientifici del farmaco, al corretto esercizio dell'attività libero professionale intramuraria, ai comandi per aggiornamento sponsorizzati e/o parzialmente sponsorizzati. Si indicano di seguito le prime valutazioni effettuate e le misure individuate, con la precisazione che le stesse verranno adeguate ad esito del monitoraggio e delle azioni programmate per il 2014.

#### **4.1. Procedure di acquisizione di lavori, servizi e forniture.**

Con particolare riferimento alle fattispecie di cui al punto b), l'acquisizione di fattori produttivi di consumo (farmaci, reagenti, dispositivi medici monouso, altri beni e servizi) o di investimento (apparecchiature e attrezzature diagnostiche, terapeutiche, di riabilitazione, strumenti e tecnologie informatiche, interventi su immobili, arredamenti), il mantenimento delle idonee condizioni di funzionamento degli immobili e degli impianti, costituiscono una prima condizione essenziale, anche se non sufficiente, per svolgere processi diagnostici, terapeutici e riabilitativi che siano efficaci (cioè idonei a soddisfare i bisogni di salute) ed efficienti (cioè idonei a garantire più elevati livelli di efficienza a parità di risorse impiegate).

Inoltre, processi di acquisizione che rispondono al criterio dell'offerta "economicamente più vantaggiosa" consentono un più elevato rapporto tra benefici (in termini di salute) e costi.

Un secondo aspetto rilevante dei processi di acquisto di beni, servizi e forniture riguarda l'organizzazione della funzione. Si fa riferimento alle persone o agli organi che sono responsabili dei processi operativi e dei procedimenti giuridici tramite cui sono individuati gli operatori economici, sono selezionate le offerte, sono emessi gli ordini, vengono ricevuti e presi in consegna i beni e le strutture, sono utilizzati i servizi. Organizzazione che può essere ricondotta a due modelli logici: acquisti decentrati o acquisti centralizzati. Il modello centralizzato ha il vantaggio teorico di attribuire una maggiore forza contrattuale all'azienda o alla regione nei confronti dei fornitori e di favorire una specializzazione sui processi di analisi del mercato e sulla correttezza delle procedure formali (economie di dimensioni e di specializzazione su procedimenti). Un altro aspetto rilevante dei processi di acquisto riguarda la professionalità degli operatori responsabili di questa funzione, che hanno raggiunto un grado di specializzazione che li rende, soprattutto nelle aziende non di grandi dimensioni con molto personale, difficilmente interscambiabili con altri soggetti appartenenti alla organizzazione aziendale, per salvaguardare la continuità dell'azione e della gestione amministrativa.

Per quanto riguarda l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, la maggior parte delle procedure di acquisizione di beni e servizi sono effettuate secondo il modello centralizzato, o attraverso unioni di acquisto con le altre aziende dell'Area Vasta, o mediante gli strumenti resi disponibili dalla Agenzia Regionale di Sviluppo dei Mercati Telematici - denominata Intercent-ER - che gestisce gli acquisti di beni e servizi attraverso strumenti telematici innovativi ed ha il compito di promuovere e sostenere il processo di ottimizzazione degli acquisti e di gestire la piattaforma tecnologica predisposta dalla Regione. L'Agenzia è stata costituita con la Legge Regionale n. 11 del 24.5.2004, che ha contestualmente istituito il sistema regionale di negoziazione telematica per le pubbliche amministrazioni, che espleta, in via esclusiva, attività di interesse generale e di servizio nei confronti anche delle aziende sanitarie, operando per conto oppure in nome e per conto in qualità di stazione appaltante.

Ne deriva che in tali fattispecie, il rischio si sposta dal livello aziendale ad un livello diverso e la determinazione del suo grado dovrà essere necessariamente oggetto di confronto e di scambio di informazioni ad un livello diverso da quello Aziendale mediante azioni di raccordo e comunicazione tra i Responsabili della prevenzione della corruzione. A tale proposito, si ravvisa la necessità di disporre di una rete informativa in ordine alle politiche per la prevenzione dei fenomeni corruttivi adottate o dalle aziende capofila nelle unioni di acquisto o dalla centrale regionale.

Dal 2012 si è intensificato il ricorso all'acquisizione di beni e servizi tramite la piattaforma elettronica messa a disposizione a livello nazionale da Consip S.p.a. e denominata M.E.P.A. (Mercato Elettronico per la Pubblica Amministrazione).

L'individuazione degli operatori economici affidatari di contratti di lavori pubblici, considerata la natura tipicamente non standardizzabile di questa tipologia di prestazioni, non è centralizzata; è in corso in ambito interaziendale una revisione delle modalità di affidamento dei contratti manutentivi, al fine di valutarne l'affidamento congiunto da parte dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria e dell'Azienda USL.

Va in ogni caso qui evidenziato che ciò che può esporre a minori rischi una procedura è la rigida predeterminazione in sede di capitolato dei criteri di aggiudicazione; ciò lascia scarsissimi spazi alla discrezionalità della Commissione giudicatrice e limita di molto il potenziale rischio corruttivo.

La determinazione della procedura di gara può, diversamente, presentare potenziali rischi, soprattutto quando si tratti di procedure rientranti nella previsione di cui all'art. 57 c. 2 lett. b) del Codice Appalti. La dichiarazione di esclusività di un prodotto rispetto ad una

particolare esigenza, soprattutto di natura sanitaria, viene direttamente dal professionista, spesso unico soggetto in grado di valutare se un prodotto sia il solo a presentare le caratteristiche di natura tecnica idonee e rispondenti alle esigenze manifestate. A tale proposito, si ritiene che la formazione sia un punto cardine nella preparazione di tutti i professionisti ad un approccio adeguato alle nuove disposizioni normative.

Il presente Piano intende disciplinare un'azione di monitoraggio dei rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione.

L'Azienda nomina i componenti delle Commissioni giudicatrici delle procedure di gara da aggiudicare secondo il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, nel rispetto del principio della rotazione dei soggetti esperti nello specifico settore cui si riferisce l'oggetto del contratto, e previa dichiarazione: 1) di non aver svolto né svolgere funzioni o incarichi tecnici o amministrativi relativamente alla procedura oggetto di gara; 2) di non aver rivestito cariche di pubblico amministratore presso l'Azienda, nel biennio precedente alla procedura oggetto di gara; 3) di non aver concorso con dolo o colpa grave, accertati in sede giurisdizionale con sentenza non sospesa, all'approvazione di atti dichiarati illegittimi; 4) che nei propri confronti non sussistono le cause di astensione previste dall'art. 51 c.p.c.; 5) di non essere in una situazione di conflitto di interessi rispetto alla procedura di gara.

Con il presente Piano si intende, altresì, introdurre, nelle procedure di acquisizione di lavori, servizi, forniture, clausole che impegnano i contraenti al rispetto di patti di integrità. Il Patto d'integrità configura un sistema di condizioni (o requisiti) la cui accettazione è presupposto necessario e condizionante la partecipazione delle imprese alla specifica gara/procedura di cui trattasi.

Con la sottoscrizione del Patto d'integrità, al momento della presentazione della domanda/offerta, l'impresa concorrente accetta regole del bando/procedura che rafforzano comportamenti già doverosi per coloro che sono ammessi a partecipare alla gara/procedura e che prevedono, in caso di violazione di tali doveri, sanzioni di carattere patrimoniale, oltre alla conseguenza, ordinaria a tutte le procedure concorsuali, della estromissione dalla gara (Consiglio di Stato, V, 20 febbraio – 6 aprile 2009, n. 2142).

Nel corso del 2014 verrà elaborato, unitamente ai Dirigenti responsabili delle unità organizzative coinvolte, un modello di patto di integrità che deve essere obbligatoriamente

sottoscritto e presentato insieme all'offerta da ciascun partecipante alla procedura. La mancata consegna di questo documento debitamente sottoscritto dal titolare o rappresentante legale della ditta comporterà l'esclusione dalla procedura.

In sede di esecuzione del contratto, peculiari criticità attengono all'operatività dell'istituto del subappalto, implicate dalla relativa disciplina, che consente, di fatto, all'aggiudicatario di stipulare subcontratti in maniera largamente discrezionale. Nel corso dell'anno 2014 verranno analizzate le attuali modalità e procedure di autorizzazione al subappalto per stabilire, unitamente ai Dirigenti responsabili delle unità organizzative coinvolte, eventuali azioni di miglioramento a garanzia dell'integrità del procedimento.

L'Azienda intende, inoltre, condividere i principi del Protocollo Appalti, sottoscritto tra Istituzioni pubbliche e private della provincia di Ferrara, per porre in essere iniziative a vario livello tese a contrastare le patologie di irregolarità contributiva, previdenziale, antinfortunistica e contrattuale ed i conseguenti fenomeni degenerativi del lavoro nero, della concorrenza sleale, dell'inosservanza della normativa in materia di sicurezza, ritenendo comunque che l'azione sinergica e condivisa dei sottoscrittori possa, nel contrastare i fenomeni oggetto del protocollo, anche servire da strumento per la riduzione del rischio potenziale di corruzione.

#### **4.2 Concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera**

L'acquisizione di risorse umane nelle Aziende del S.S.N. e del S.S.R. è stata fortemente limitata dai recenti interventi volti al contenimento della spesa pubblica e dalle conseguenti determinazioni regionali

Se a ciò si aggiunge il blocco dei C.C.N.L. con il conseguente blocco delle procedure per le progressioni di carriera, si è resa meno stringente la necessità di concentrare l'analisi sulle procedure di cui al punto d), tenuto anche conto della nuova disciplina per l'attribuzione degli incarichi di direttore di struttura complessa, contenuta nel D.L. 158/2012 (Decreto Balduzzi), convertito con modificazioni dalla L. 189/2012, tuttora in fase di attuazione. Tali aspetti saranno comunque analizzati, censiti e monitorati negli anni di sviluppo del presente Piano.

Tra le azioni comunque previste e predisposte per prevenire l'evenienza di fenomeni corruttivi, l'Azienda nomina i componenti delle Commissioni giudicatrici nel rispetto del principio della rotazione dei membri esperti e con dichiarazione: 1) che nei propri confronti

non sussistono le cause di astensione previste dall'art. 51 c.p.c.; 2) di non essere in una situazione di conflitto di interessi rispetto alla procedura.

#### **4.3 Corretto esercizio dell'attività libero professionale intramuraria.**

Il Codice di comportamento dell'Azienda, che viene approvato contestualmente al presente Piano, prevede, sia per il personale dell'area dirigenza medica e sanitaria, sia per il restante personale cui sia applicabile, un obbligo a rispettare le disposizioni normative e regolamentari in materia di attività libero professionale intramuraria.

Vengono in particolare richiamate le disposizioni aziendali in materia di autorizzazione oraria, di volumi di attività, di pagamento, fatturazione e prenotazione, nonché l'impegno a non assumere comportamenti volti ad influenzare la libera scelta dell'utente.

Nel 2014 verrà inoltre modificato il vigente Atto Aziendale Attività libero professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del servizio sanitario nazionale, che necessita adeguamenti e integrazioni alla luce della nuova normativa emanata, anche specifica sulla materia (Decreto Balduzzi). In occasione di tale revisione verrà posta ulteriore attenzione nel perseguire il coordinamento tra quanto previsto nel codice di comportamento, nell'atto aziendale di che trattasi e nel presente Piano.

#### **4.4 Comandi per aggiornamento sponsorizzati e/o parzialmente sponsorizzati**

Questa particolare fattispecie si applica, principalmente, al personale dirigente medico e sanitario. I contratti collettivi nazionali di lavoro del comparto sanità prevedono che il dirigente medico è libero di autodeterminare il proprio percorso di aggiornamento professionale facoltativo, selezionando discrezionalmente le iniziative formative, salvo obbligo di documentare debitamente la partecipazione alle stesse.

Ne deriva, pertanto, che un eventuale diniego del diritto a partecipare ad iniziative di aggiornamento professionale non giustificato sulla base di oggettive e comprovate esigenze di servizio, può in astratto determinare un ingiusto danno alla professionalità del dirigente, risarcibile in via giudiziaria.

Accade frequentemente che i dirigenti medici vengano invitati a manifestazioni/convegni/congressi organizzate direttamente o indirettamente da Aziende farmaceutiche o produttrici di presidi sanitari, con partecipazione interamente o parzialmente sponsorizzate dalle stesse.

Poiché non risulta possibile, sulla base di quanto evidenziato all'inizio di questo paragrafo, limitare la libertà di aggiornamento del dirigente medico e sanitario se non nei casi ivi

descritti, si ritiene necessario in ogni caso monitorare il fenomeno in modo più preciso; a tale proposito nel 2014 si procederà alla diffusione della modulistica per la richiesta di comando per partecipazione ad iniziative di aggiornamento, già modificata in conseguenza della valutazione effettuata (il dirigente medico/sanitario dovrà barrare le opzioni “iniziativa totalmente sponsorizzata”, “iniziativa parzialmente sponsorizzata” o iniziativa non sponsorizzata”).

Ciò consentirà di effettuare verifiche in occasione della eventuale partecipazione di dirigenti medici a commissioni per l’aggiudicazione di servizi o forniture, con particolare riferimento alla sussistenza di potenziali conflitti di interesse, con la conseguente adozione di misure di riduzione dei possibili rischi.

#### **4.5 Rapporti con gli informatori scientifici del farmaco**

La normativa di riferimento per la disciplina della pubblicità dei medicinali è rappresentata dal Decreto Legislativo 24 aprile 2006, n. 219 (*“Attuazione della Direttiva 2001/83/CE – e successive direttive di modifica – relativa ad un codice comunitario concernente i medicinali per uso umano, nonché della direttiva 2003/94/CE”*), il quale chiarisce che detta pubblicità consiste in qualsiasi azione di informazione, di ricerca della clientela o di esortazione, intesa a promuovere la prescrizione, la fornitura, la vendita o il consumo di medicinali.

In particolare, gli Artt. 119, 120 e 121 disciplinano la pubblicità di un medicinale, rispettivamente, presso gli operatori sanitari, presso i medici e presso i farmacisti.

In talune realtà sono presenti anche indicazioni o disposizioni da parte della Regione. Pur in assenza di specifica normativa regionale, l’Azienda ha riconosciuto l’importanza di una disciplina delle attività degli informatori scientifici e delle modalità di accesso da parte degli stessi all’interno delle Unità Operative.

A tale fine, l’Azienda ha predisposto nel 2013 una bozza di Regolamento che disciplina le modalità di accesso e di esercizio dell’attività degli informatori scientifici del farmaco presso l’Azienda Ospedaliero–Universitaria di Ferrara.

Il Regolamento è ancora in fase di valutazione a livello di Area Vasta, per una possibile azione comune delle Aziende sanitarie di AVEC su tale argomento, e potrà essere integrato con ulteriori indicazioni in fase di attuazione, laddove si ravvisassero eventuali deviazioni dal percorso stabilito e disegnato con il Regolamento medesimo.

## **5. DISCIPLINA DEGLI INCARICHI EXTRA ISTITUZIONALI**

**(art. 53 D.lgs. 165/2001 modificato dai commi 42 e 43 della L. 190/2012 e dal D.L. 101/2013 convertito con modificazioni dalla L. 30 ottobre 2013, n. 125)**

Lo svolgimento di incarichi, soprattutto se extra-istituzionali, da parte del dirigente, del funzionario o comunque del dipendente 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

L'art. 53, del D.lgs. 165/2001, che si riporta integralmente di seguito, detta alcune disposizioni in materia di incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi.

*“Resta ferma per tutti i dipendenti pubblici la disciplina delle incompatibilita' dettata dagli articoli 60 e seguenti del testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 10 gennaio 1957, n. 3, salva la deroga prevista dall'articolo 23-bis del presente decreto, nonche', per i rapporti di lavoro a tempo parziale, dall'articolo 6, comma 2, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 17 marzo 1989, n. 117 e dall'articolo 1, commi 57 e seguenti della legge 23 dicembre 1996, n. 662. Restano ferme altresì le disposizioni di cui agli articoli 267, comma 1, 273, 274, 508 nonche' 676 del decreto legislativo 16 aprile 1994, n. 297, all'articolo 9, commi 1 e 2, della legge 23 dicembre 1992, n. 498, all'articolo 4, comma 7, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, ed ogni altra successiva modificazione ed integrazione della relativa disciplina.*

*1-bis. Non possono essere conferiti incarichi di direzione di strutture deputate alla gestione del personale a soggetti che rivestano o abbiano rivestito negli ultimi due anni cariche in partiti politici o in organizzazioni sindacali o che abbiano avuto negli ultimi due anni rapporti continuativi di collaborazione o di consulenza con le predette organizzazioni.*

*2. Le pubbliche amministrazioni non possono conferire ai dipendenti incarichi, non compresi nei compiti e doveri di ufficio, che non siano espressamente previsti o disciplinati da legge o altre fonti normative, o che non siano espressamente autorizzati.*

*3. Ai fini previsti dal comma 2, con appositi regolamenti, da emanarsi ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, sono individuati gli incarichi consentiti e quelli vietati ai magistrati ordinari, amministrativi, contabili e militari, nonche' agli avvocati e procuratori dello Stato, sentiti, per le diverse magistrature, i rispettivi istituti.*

*3-bis. Ai fini previsti dal comma 2, con appositi regolamenti emanati su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione, di concerto con i Ministri interessati, ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, e successive modificazioni, sono individuati, secondo criteri differenziati in rapporto alle diverse qualifiche e ruoli professionali, gli incarichi vietati ai dipendenti delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2.*

*4. Nel caso in cui i regolamenti di cui al comma 3 non siano emanati, l'attribuzione degli incarichi e' consentita nei soli casi espressamente previsti dalla legge o da altre fonti normative.*

*5. In ogni caso, il conferimento operato direttamente dall'amministrazione, nonche' l'autorizzazione all'esercizio di incarichi che provengano da amministrazione pubblica diversa da quella di appartenenza, ovvero da societa' o persone fisiche, che svolgano attivita' d'impresa o commerciale, sono disposti dai rispettivi organi competenti secondo criteri oggettivi e predeterminati, che tengano conto della specifica professionalita', tali da escludere casi di incompatibilita', sia di diritto che di fatto, nell'interesse del buon andamento della pubblica amministrazione o situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che pregiudichino l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente.*

*6. I commi da 7 a 13 del presente articolo si applicano ai dipendenti delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, compresi quelli di cui all'articolo 3, con esclusione dei dipendenti con rapporto di lavoro a tempo parziale con prestazione lavorativa non superiore al cinquanta per cento di quella a tempo pieno, dei docenti universitari a tempo definito e delle altre categorie di dipendenti pubblici ai quali e' consentito da disposizioni speciali lo svolgimento di attivita' libero-professionali. Sono nulli tutti gli atti e provvedimenti comunque denominati, regolamentari e amministrativi, adottati dalle amministrazioni di appartenenza in contrasto con il presente comma.*

*Gli incarichi retribuiti, di cui ai commi seguenti, sono tutti gli incarichi, anche occasionali, non compresi nei compiti e doveri di ufficio, per i quali e' previsto, sotto qualsiasi forma, un compenso. Sono esclusi i compensi derivanti:*

*a) dalla collaborazione a giornali, riviste, enciclopedie e simili;*

*b) dalla utilizzazione economica da parte dell'autore o inventore di opere dell'ingegno e di invenzioni industriali;*

*c) dalla partecipazione a convegni e seminari;*



d) da incarichi per i quali e' corrisposto solo il rimborso delle spese documentate;

e) da incarichi per lo svolgimento dei quali il dipendente e' posto in posizione di aspettativa, di comando o di fuori ruolo;

f) da incarichi conferiti dalle organizzazioni sindacali a dipendenti presso le stesse distaccati o in aspettativa non retribuita.

f-bis) da attivita' di formazione diretta ai dipendenti della pubblica amministrazione nonche' di docenza e di ricerca scientifica.

7. I dipendenti pubblici non possono svolgere incarichi retribuiti che non siano stati conferiti o previamente autorizzati dall'amministrazione di appartenenza. Ai fini dell'autorizzazione, l'amministrazione verifica l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi. Con riferimento ai professori universitari a tempo pieno, gli statuti o i regolamenti degli atenei disciplinano i criteri e le procedure per il rilascio dell'autorizzazione nei casi previsti dal presente decreto. In caso di inosservanza del divieto, salve le piu' gravi sanzioni e ferma restando la responsabilita' disciplinare, il compenso dovuto per le prestazioni eventualmente svolte deve essere versato, a cura dell'erogante o, in difetto, del percettore, nel conto dell'entrata del bilancio dell'amministrazione di appartenenza del dipendente per essere destinato ad incremento del fondo di produttivita' o di fondi equivalenti.

7-bis. L'omissione del versamento del compenso da parte del dipendente pubblico indebito percettore costituisce ipotesi di responsabilita' erariale soggetta alla giurisdizione della Corte dei conti.

8. Le pubbliche amministrazioni non possono conferire incarichi retribuiti a dipendenti di altre amministrazioni pubbliche senza la previa autorizzazione dell'amministrazione di appartenenza dei dipendenti stessi. Salve le piu' gravi sanzioni, il conferimento dei predetti incarichi, senza la previa autorizzazione, costituisce in ogni caso infrazione disciplinare per il funzionario responsabile del procedimento; il relativo provvedimento e' nullo di diritto. In tal caso l'importo previsto come corrispettivo dell'incarico, ove gravi su fondi in disponibilita' dell'amministrazione conferente, e' trasferito all'amministrazione di appartenenza del dipendente ad incremento del fondo di produttivita' o di fondi equivalenti.

9. Gli enti pubblici economici e i soggetti privati non possono conferire incarichi retribuiti a dipendenti pubblici senza la previa autorizzazione dell'amministrazione di appartenenza dei dipendenti stessi. Ai fini dell'autorizzazione, l'amministrazione verifica l'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi. In caso

*di inosservanza si applica la disposizione dell'articolo 6, comma 1, del decreto legge 28 marzo 1997, n. 79, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 maggio 1997, n. 140, e successive modificazioni ed integrazioni. All'accertamento delle violazioni e all'irrogazione delle sanzioni provvede il Ministero delle finanze, avvalendosi della Guardia di finanza, secondo le disposizioni della legge 24 novembre 1981, n. 689, e successive modificazioni ed integrazioni. Le somme riscosse sono acquisite alle entrate del Ministero delle finanze.*

*10. L'autorizzazione, di cui ai commi precedenti, deve essere richiesta all'amministrazione di appartenenza del dipendente dai soggetti pubblici o privati, che intendono conferire l'incarico; puo', altresì, essere richiesta dal dipendente interessato. L'amministrazione di appartenenza deve pronunciarsi sulla richiesta di autorizzazione entro trenta giorni dalla ricezione della richiesta stessa. Per il personale che presta comunque servizio presso amministrazioni pubbliche diverse da quelle di appartenenza, l'autorizzazione e' subordinata all'intesa tra le due amministrazioni. In tal caso il termine per provvedere e' per l'amministrazione di appartenenza di 45 giorni e si' prescinde dall'intesa se l'amministrazione presso la quale il dipendente presta servizio non si pronunzia entro 10 giorni dalla ricezione della richiesta di intesa da parte dell'amministrazione di appartenenza. Decorso il termine per provvedere, l'autorizzazione, se richiesta per incarichi da conferirsi da amministrazioni pubbliche, si intende accordata; in ogni altro caso, si intende definitivamente negata.*

*11. Entro quindici giorni dall'erogazione del compenso per gli incarichi di cui al comma 6, i soggetti pubblici o privati comunicano all'amministrazione di appartenenza l'ammontare dei compensi erogati ai dipendenti pubblici.*

*12. Le amministrazioni pubbliche che conferiscono o autorizzano incarichi, anche a titolo gratuito, ai propri dipendenti comunicano in via telematica, nel termine di quindici giorni, al Dipartimento della funzione pubblica gli incarichi conferiti o autorizzati ai dipendenti stessi, con l'indicazione dell'oggetto dell'incarico e del compenso lordo, ove previsto. La comunicazione e' accompagnata da una relazione nella quale sono indicate le norme in applicazione delle quali gli incarichi sono stati conferiti o autorizzati, le ragioni del conferimento o dell'autorizzazione, i criteri di scelta dei dipendenti cui gli incarichi sono stati conferiti o autorizzati e la rispondenza dei medesimi ai principi di buon andamento dell'amministrazione, nonche' le misure che si intendono adottare per il contenimento della spesa. Entro il 30 giugno di ciascun anno e con le stesse modalita' le*

*amministrazioni che, nell'anno precedente, non hanno conferito o autorizzato incarichi ai propri dipendenti, anche se comandati o fuori ruolo, dichiarano di non aver conferito o autorizzato incarichi.*

*13. Entro il 30 giugno di ciascun anno le amministrazioni di appartenenza sono tenute a comunicare al Dipartimento della funzione pubblica, in via telematica o su apposito supporto magnetico, per ciascuno dei propri dipendenti e distintamente per ogni incarico conferito o autorizzato, i compensi, relativi all'anno precedente, da esse erogati o della cui erogazione abbiano avuto comunicazione dai soggetti di cui al comma 11.*

*14. Al fine della verifica dell'applicazione delle norme di cui all'articolo 1, commi 123 e 127, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e successive modificazioni e integrazioni, le amministrazioni pubbliche sono tenute a comunicare al Dipartimento della funzione pubblica, in via telematica o su supporto magnetico, entro il 30 giugno di ciascun anno, i compensi percepiti dai propri dipendenti anche per incarichi relativi a compiti e doveri d'ufficio; sono altresì tenute a comunicare semestralmente l'elenco dei collaboratori esterni e dei soggetti cui sono stati affidati incarichi di consulenza, con l'indicazione della ragione dell'incarico e dell'ammontare dei compensi corrisposti. Le amministrazioni rendono noti, mediante inserimento nelle proprie banche dati accessibili al pubblico per via telematica, gli elenchi dei propri consulenti indicando l'oggetto, la durata e il compenso dell'incarico nonché l'attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi. Le informazioni relative a consulenze e incarichi comunicate dalle amministrazioni al Dipartimento della funzione pubblica, nonché le informazioni pubblicate dalle stesse nelle proprie banche dati accessibili al pubblico per via telematica ai sensi del presente articolo, sono trasmesse e pubblicate in tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto che consenta di analizzare e rielaborare, anche a fini statistici, i dati informatici. Entro il 31 dicembre di ciascun anno il Dipartimento della funzione pubblica trasmette alla Corte dei conti l'elenco delle amministrazioni che hanno omesso di trasmettere e pubblicare, in tutto o in parte, le informazioni di cui al terzo periodo del presente comma in formato digitale standard aperto. Entro il 31 dicembre di ciascun anno il Dipartimento della funzione pubblica trasmette alla Corte dei conti l'elenco delle amministrazioni che hanno omesso di effettuare la comunicazione, avente ad oggetto l'elenco dei collaboratori esterni e dei soggetti cui sono stati affidati incarichi di consulenza.*

15. *Le amministrazioni che omettono gli adempimenti di cui ai commi da 11 a 14 non possono conferire nuovi incarichi fino a quando non adempiono. I soggetti di cui al comma 9 che omettono le comunicazioni di cui al comma 11 incorrono nella sanzione di cui allo stesso comma 9.*

16. *Il Dipartimento della funzione pubblica, entro il 31 dicembre di ciascun anno, riferisce al Parlamento sui dati raccolti, adotta le relative misure di pubblicità e trasparenza e formula proposte per il contenimento della spesa per gli incarichi e per la razionalizzazione dei criteri di attribuzione degli incarichi stessi.*

16-bis. *La Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica può disporre verifiche del rispetto delle disposizioni del presente articolo e dell'articolo 1, commi 56 e seguenti, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, per il tramite dell'Ispettorato per la funzione pubblica. A tale fine quest'ultimo opera d'intesa con i Servizi ispettivi di finanza pubblica del Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato.*

16-ter. *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. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.”*

Necessaria premessa è che il lavoro subordinato con l’Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara è di norma per i dipendenti a titolo esclusivo.

Per “incarichi retribuiti” si intendono le prestazioni professionali o materiali, occasionali o continuative, svolte dal dipendente al di fuori dell’orario di lavoro, in assenza di vincolo di subordinazione, conferite dalle Pubbliche Amministrazioni o dagli enti pubblici economici o dai soggetti privati o conferiti dall’azienda stessa ai propri dipendenti..

### **Incompatibilità:**

Fatte salve le norme positive di carattere speciale, eccezionale e straordinario, che prevedono deroghe oggettive e soggettive, sono incompatibili le seguenti attività:

- assunzioni alle dipendenze di privati o di pubbliche amministrazioni;
- rapporti di natura convenzionale con il S.S.N.;

- attività lavorativa esterna di tipo autonomo o subordinato che sia incompatibile con il rapporto di lavoro esercitato con l'Azienda;
  - attività prive delle caratteristiche della saltuarietà ed occasionalità;
  - compartecipazione in quote di imprese configuranti conflitto di interesse per l'azienda;
  - consulenze o collaborazioni che consistano in prestazioni comunque riconducibili ad attività libero professionali;
  - attività che necessitano iscrizioni ad albi o registri fatto salvo quanto disciplinato in materia di part-time e in materia di esercizio della libera professione per la dirigenza medica e per il comparto o da specifiche normative di settore;
  - svolgimento di attività lavorative autonome o subordinate presso o per studi professionali, amministrazioni private od enti o società con i quali l'azienda intrattenga rapporti professionali di qualunque natura o commerciali;
  - attività presso imprese che amministrano beni e servizi dell'azienda;
  - incarichi affidati da soggetti che abbiano in corso con l'amministrazione contenziosi o procedimenti volti ad ottenere autorizzazioni, concessioni, licenze, abilitazioni, nulla osta, o altri atti di consenso;
  - attività industriali artigianali e commerciali svolte in forma imprenditoriale ai sensi dell'art 2082 del codice civile ovvero in qualità di socio unico di una s.r.l di società in nome collettivo, nonché di socio accomandatario nella società in accomandita semplice e per azioni fatto salvo quanto previsto in materia di part-time ed in materia contrattuale con la concessione dell'aspettativa. Stesse considerazioni al riguardo, sono previste per le attività agricole se svolte in qualità di coltivatore diretto o imprenditore agricolo a titolo principale, salvo i casi in sui il dipendente partecipi a società agricole a conduzione familiare purché l'impegno relativo sia modesto non abituale continuato durante l'anno;
  - cumulo di più impieghi alle dipendenze di enti pubblici, salve le eccezioni stabilite da leggi speciali;
  - incarichi a favore di soggetti nei confronti dei quali il dipendente ha funzioni relative al rilascio di concessioni o autorizzazioni o nulla-osta;
  - incarichi o collaborazioni a favore di soggetti fornitori di beni e servizi per l'amministrazione. Il dipendente può essere autorizzato ad esercitare attività extraistituzionali sempre che non sussistano casi di incompatibilità di fatto relative alle posizioni occupate dal dipendente all'interno dell'amministrazione.
- Dette incompatibilità possono essere determinate in base alle seguenti circostanze:

- Dall'assegnazione conferita all'interessato in una specifica unità operativa struttura o area
- Dalla sua designazione all'esecuzione di specifici compiti
- Dalla qualifica rivestita
- Dalla gravosità dell'incarico extraistituzionale in relazione alla salvaguardia della capacità lavorativa nei confronti della Azienda.

Tali incompatibilità valgono anche durante i periodi di aspettativa, a qualsiasi tipo concessi al dipendente, fatti salvo i casi espressamente previsti dalla normativa (art. 18 Legge 183/2010).

### **Autorizzazioni**

Il dipendente può essere autorizzato a svolgere, al di fuori del regolare orario di servizio senza l'utilizzo di attrezzature strumenti e locali aziendali, incarichi retribuiti che abbiano il carattere della temporaneità, saltuarietà ed occasionalità a favore di soggetti sia pubblici che privati sempre rispettando il vincolo della incompatibilità di diritto e/o di fatto.

Il dipendente, previo rilascio di autorizzazione, può:

- a) partecipare, quale componente a commissioni di concorso, collegi tecnici o ad altre commissioni di valutazione presso enti esterni al Servizio Sanitario Nazionale, in qualità di membro sorteggiato, di esperto ovvero in ragione della specifica professionalità posseduta, ivi comprese le commissioni presso Università degli Studi.
- b) svolgere attività di arbitro o di perito o di consulente di parte, giudice onorario ed esperto presso i tribunali
- c) assumere collaborazioni o incarichi di consulenza presso altre amministrazioni pubbliche e/o presso privati ad esclusione degli enti privati del SSN accreditati;
- d) Incarico di Commissario ad acta;
- e) attività di collaudo art 17 legge 109/94;
- f) partecipare a comitati scientifici;
- g) attività rilevazione indagini statistiche;
- h) assumere cariche in società cooperative qualunque sia la natura e l'attività svolta dalle stesse ed in società e in associazione sportive, ricreative, culturali e socio-assistenziali, il cui atto costitutivo preveda che gli utili siano interamente reinvestiti nella società per il perseguimento esclusivo dell'attività sociale.
- i) assumere cariche in società di capitali in qualità di semplice socio;
- j) attività di amministratore di condomini di residenza o nei quali il dipendente è titolare di proprietà

k) assumere cariche in qualità di socio accomandante in società in accomandita;

m) svolgere incarichi occasionali e temporanei in favore di:

- Enti Pubblici anche economici, Università, Aziende Sanitarie Locali;
- Società cooperative fra impiegati dello Stato o dell'Amministrazione;
- società private concessionarie di pubblico servizio;
- Aziende speciali e consortili;
- Istituzioni;
- Società, Aziende, Fondazioni con le quali l'Azienda abbia rapporti di convenzione, o per le quali sussista un interesse da parte dell'Azienda.

L'autorizzazione allo svolgimento dell'incarico extraistituzionale deve essere richiesta all'Azienda, nello specifico alla Direzione Giuridica ed Economica delle Risorse Umane, dal dipendente o dai soggetti pubblici o privati che intendono conferire l'incarico secondo la modulistica predisposta dalla citata Direzione e reperibile sul sito intranet aziendale. La domanda di autorizzazione va presentata, di norma, 30 giorni prima dell'inizio dell'incarico. Non è possibile alcun tipo di sanatoria successiva all'inizio dell'attività oggetto dell'incarico. L'Amministrazione ai fini dell'autorizzazione verifica l'insussistenza di situazioni anche potenziali di conflitto di interessi. In caso di inosservanza del divieto, salve le più gravi sanzioni e ferma restando la responsabilità disciplinare, il compenso dovuto per le prestazioni eventualmente svolte deve essere versato, a cura dell'erogante o, in difetto, del percettore, nel conto dell'entrata del bilancio dell'amministrazione di appartenenza del dipendente per essere destinato ad incremento del fondo di produttività o di fondi equivalenti.

L'omissione del versamento del compenso da parte del dipendente pubblico indebito percettore costituisce ipotesi di responsabilità erariale soggetta alla giurisdizione della Corte dei conti.

Entro quindici giorni dall'erogazione del compenso per gli incarichi, i soggetti pubblici o privati comunicano all'amministrazione di appartenenza l'ammontare dei compensi erogati ai dipendenti pubblici.

Le amministrazioni pubbliche che conferiscono o autorizzano incarichi, anche a titolo gratuito, ai propri dipendenti comunicano in via telematica, nel termine di quindici giorni, al Dipartimento della funzione pubblica gli incarichi conferiti o autorizzati ai dipendenti stessi, con l'indicazione dell'oggetto dell'incarico e del compenso lordo, ove previsto. La comunicazione è accompagnata da una relazione nella quale sono indicate le norme in applicazione delle quali gli incarichi sono stati conferiti o autorizzati, le ragioni del

conferimento o dell'autorizzazione, i criteri di scelta dei dipendenti cui gli incarichi sono stati conferiti o autorizzati e la rispondenza dei medesimi ai principi di buon andamento dell'amministrazione, nonché le misure che si intendono adottare per il contenimento della spesa. Entro il 30 giugno di ciascun anno e con le stesse modalità le amministrazioni che, nell'anno precedente, non hanno conferito o autorizzato incarichi ai propri dipendenti, anche se comandati o fuori ruolo, dichiarano di non aver conferito o autorizzato incarichi.

Entro il 30 giugno di ciascun anno le amministrazioni di appartenenza sono tenute a comunicare al Dipartimento della funzione pubblica, in via telematica o su apposito supporto magnetico, per ciascuno dei propri dipendenti e distintamente per ogni incarico conferito o autorizzato, i compensi, relativi all'anno precedente, da esse erogati o della cui erogazione abbiano avuto comunicazione dai soggetti di cui al comma 11 del citato art. 53 dlgs 165/2001.

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. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.”

### **Comunicazioni**

Per le tipologie di incarichi sottoelencati il personale dipendente non necessita di espressa autorizzazione ed i compensi eventualmente percepiti non vanno considerati quali retribuzioni derivanti da incarichi e non vanno trasmessi al Dipartimento della Funzione Pubblica:

- a) partecipare, quale componente a commissioni di concorso o ad altre commissioni presso enti del Servizio Sanitario Nazionale in qualità di componente designato dalla Regione;
- b) collaborazione a giornali, riviste, enciclopedie e simili; l'amministrazione dovrà comunque valutare le modalità di svolgimento dell'incarico stesso, con particolare riferimento alla quantità dell'impegno ed alla non interferenza con l'attività principale;
- c) utilizzazione economica di proprie opere d'ingegno e invenzioni industriali;



- d) partecipazione a convegni e seminari in qualità di relatore-moderatore, fatte salve le specifiche norme contrattuali di cui agli artt 60 – punto e) – dei rispettivi CCNL della dirigenza del Servizio sanitario nazionale che prevedono l'autorizzazione da parte dell'Azienda di appartenenza. Infatti, la norma contrattuale è finalizzata alla valutazione da parte dell'azienda che le attività e gli incarichi, in ragione della loro continuità o della gravosità dell'impegno richiesto, non siano compatibili con l'attività e gli impegni istituzionali del dirigente interessato;
- e) incarichi per i quali non sia previsto alcun compenso o sia previsto il solo rimborso delle spese documentate;
- f) incarichi di perito e consulente tecnico disposti dall'Autorità giudiziaria. Restano, invece, soggetti ad autorizzazione ed ai relativi obblighi connessi gli incarichi di perito e consulente tecnico di parte;
- g) incarichi per lo svolgimento dei quali il dipendente è posto in posizione di aspettativa, di comando o fuori ruolo.
- h) incarichi conferiti dalle organizzazioni sindacali a dipendenti posti in distacco sindacale o in aspettativa sindacale non retribuita;
- i) attività di formazione diretta ai dipendenti della Pubblica Amministrazione, nonché di docenza (telematica ed a distanza) e di ricerca scientifica
- j) incarichi conferiti in attuazione di specifiche disposizioni di legge o regolamentari;
- k) incarichi relativi ad attività artistiche e sportive dilettantistiche rese a titolo gratuito ai sensi dell'art. 90 legge n. 289/2002, o per i quali siano previste esclusivamente le indennità e i rimborsi di cui all'articolo 67, comma 1, lettera m), del testo unico delle imposte sui redditi (DPR 917/86);
- l) le prestazioni rese a titolo gratuito esclusivamente presso associazioni di volontariato o cooperative a carattere socio-assistenziale senza scopo di lucro o con eventuale ed esclusivo rimborso spese.
- m) incarichi elettivi quali componenti degli organi direttivi di ordini, collegi, federazioni professionali e consigli nazionali

Anche per gli incarichi che non necessitano più di autorizzazione, il dipendente o i soggetti pubblici o privati devono continuare a comunicare preventivamente alla Direzione Giuridica ed Economica delle Risorse Umane, entro 30 giorni antecedenti all'incarico, al fine di consentire all'Amministrazione ogni necessaria valutazione di competenza in ordine all'opportunità dello svolgimento dell'incarico, che lo stesso non interferisca con le esigenze di servizio, che non crei nocumeto all'immagine dell'Azienda, che non

costituisca in alcun modo attività concorrenziale con quella istituzionale, che dallo stesso non scaturisca conflitto di interessi, anche potenziale.

Il dipendente è tenuto a comunicare formalmente all'amministrazione anche l'attribuzione di incarichi gratuiti; in questi casi, l'amministrazione - pur non essendo necessario il rilascio di una formale autorizzazione - valuta tempestivamente l'eventuale sussistenza di situazioni di conflitto di interesse anche potenziale e, se del caso, comunica al dipendente il diniego allo svolgimento dell'incarico; gli incarichi a titolo gratuito da comunicare all'amministrazione sono solo quelli che il dipendente è chiamato a svolgere in considerazione della professionalità che lo caratterizza all'interno dell'amministrazione di appartenenza.

### **Prestazioni medico legali**

Per le prestazioni medico legali rese all'autorità giudiziaria nell'ambito di un procedimento penale o in un giudizio civile limitatamente alle cause di interdizione e inabilitazione su istanza del pubblico ministero, essendo di pubblica funzione non necessitano di autorizzazione ma di sola comunicazione.

Per quanto riguarda le prestazioni medico legali eseguite per finalità assicurative amministrative e simili, se non previste quali prestazioni di attività libero professionale intramuraria ed a tal scopo autorizzate, costituiscono attività occasionale espletabile solo a seguito di autorizzazione per la quale si deve avanzare apposita richiesta.

### **Rapporto di lavoro a tempo parziale:**

Il dipendente del comparto con rapporto di lavoro a tempo parziale con prestazione lavorativa non superiore al 50% di quella a tempo pieno può svolgere una seconda attività di lavoro che non comporti un conflitto di interessi anche potenziale con la specifica attività di servizio svolta secondo il regolamento vigente presso questa Azienda e reperibile sul sito intranet.

Ai fini delle verifiche e dei controlli sulle materie oggetto della presente sezione, il R.P.C. e la Direzione competente si avvalgono del Servizio Ispettivo dell'Azienda Sanitaria Locale, nei termini e con le modalità dell'art. 1, comma 62 della L. n. 662 del 23.12.1996 e s.m.i., del Decreto del Ministero della Sanità del 31.07.1997 e delle convenzioni che regolano il rapporto tra l'Azienda Ospedaliero-Universitaria e l'Azienda USL di Ferrara.



## 6. ASTENSIONE IN CASO DI CONFLITTO DI INTERESSE

Ai responsabili di procedimento è richiesta una particolare attenzione sulle situazioni di conflitto di interesse, che la legge ha valorizzato con l'inserimento di una nuova disposizione, di valenza prevalentemente deontologico-disciplinare, nell'ambito della legge sul procedimento amministrativo.

L'art. 1, comma 41, della l. n. 190 ha introdotto l'art. 6 bis nella l. n. 241 del 1990, rubricato "Conflitto di interessi". La disposizione stabilisce che "Il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale."

La norma contiene due prescrizioni:

è stabilito un obbligo di astensione per il responsabile del procedimento, il titolare dell'ufficio competente ad adottare il provvedimento finale ed i titolari degli uffici competenti ad adottare atti endoprocedimentali nel caso di conflitto di interesse anche solo potenziale; è previsto un dovere di segnalazione a carico dei medesimi soggetti.

La norma persegue una finalità di prevenzione che si realizza mediante l'astensione dalla partecipazione alla decisione (sia essa endoprocedimentale o meno) del titolare dell'interesse, che potrebbe porsi in conflitto con l'interesse perseguito mediante l'esercizio della funzione e/o con l'interesse di cui sono portatori il destinatario del provvedimento, gli altri interessati e contro interessati.

La norma va letta in maniera coordinata con la disposizione inserita nel "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, ai sensi dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, come sostituito dall'articolo 1, comma 44, della legge 6 novembre 2012, n. 190" (DPR 62/2013) e nel Codice di comportamento aziendale allegato al presente Piano.

La segnalazione del conflitto deve essere indirizzata al dirigente responsabile della struttura di appartenenza o all'organo gerarchicamente sovraordinato, il quale, esaminate le circostanze, valuta se la situazione realizza un conflitto di interesse idoneo a ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo. Il destinatario della segnalazione deve valutare espressamente la situazione sottoposta alla sua attenzione e deve rispondere per iscritto al dipendente medesimo sollevandolo dall'incarico oppure motivando espressamente le ragioni che consentono comunque l'espletamento dell'attività da parte di quel dipendente. Nel caso in cui sia necessario sollevare il dipendente dall'incarico esso dovrà essere

affidato ad altro dipendente ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il dirigente/organo gerarchicamente sovraordinato dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento.

Qualora il conflitto riguardi il dirigente, a valutare le iniziative da assumere sarà il responsabile per la prevenzione.

La violazione sostanziale della norma, che si realizza con il compimento di un atto illegittimo, dà luogo a responsabilità disciplinare, oltre a poter costituire fonte di illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello stesso, quale sintomo di eccesso di potere sotto il profilo dello sviamento della funzione tipica dell'azione amministrativa.

A queste previsioni si aggiungono le prescrizioni contenute nella normativa già vigente.

## 7. CRITERI di ROTAZIONE DEL PERSONALE A RISCHIO CORRUZIONE

Come risulta evidente da quanto sin qui evidenziato in ordine alle attività a rischio di corruzione, la previsione normativa circa l'effettiva rotazione degli incarichi, nei servizi nel cui ambito si è individuato un rischio corruzione, trova un limite oggettivo, in considerazione dei seguenti criteri: -

- 📁 ① la peculiarità dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara relativamente alla sua dimensione di Azienda integrata con l'Università e alla propria mission e vision;
- 📄 ① la specifica e spesso univoca competenza professionale delle risorse umane impiegate nelle strutture aziendali, che non permette una fungibilità nei ruoli professionali e quindi una rotazione nei servizi medesimi, stante anche l'unicità non solo di figure apicali ma anche di personale del comparto amministrativo che possano essere sostituiti nelle loro mansioni;
- 📄 ① la necessità di dover garantire non solo la celerità e l'efficacia della funzione amministrativa, comunque strumentale ed indispensabile all'erogazione dei servizi sanitari e assistenziali, ma la stessa garanzia degli standards prestazionali.

Tale limite può essere attenuato per alcune aree dove possono sussistere una pluralità di professionalità intercambiabili sulle attività individuate a rischio.

Peraltro, già in sede di Conferenza Unificata Stato-Regioni, nella seduta del 24.7.2013, sono stati definiti alcuni criteri, contemperamenti ed indicazioni in materia di rotazione degli incarichi, di cui si ritiene di tenere conto nel presente Piano, anche in previsione delle implementazioni annuali dello stesso e che sinteticamente si riepilogano:

- "In ogni caso, fermi restando i casi di revoca dell'incarico già disciplinati e le ipotesi di applicazione di misure cautelari, la rotazione può avvenire solo al termine dell'incarico, la cui durata deve essere comunque mantenuta";
- "l'attuazione della misura deve avvenire in modo da tenere conto delle specificità professionali in riferimento alle funzioni ed in modo da salvaguardare la continuità della gestione amministrativa. A tal fine, gli enti curano la formazione del personale, prediligendo l'affiancamento e l'utilizzo di professionalità interne";
- "ove le condizioni organizzative dell'ente non consentano l'applicazione della misura, l'ente ne deve dar conto nel P.T.P.C. con adeguata motivazione";
- "l'attuazione della mobilità, specialmente se temporanea, costituisce un utile strumento per realizzare la rotazione tra le figure professionali specifiche e gli enti di più ridotte

dimensioni. In quest'ottica, la Conferenza Unificata Stato-Regioni, si impegna a promuovere iniziative di raccordo ed informativa tra gli enti interessati, finalizzate all'attuazione della mobilità, anche temporanea, tra professionalità equivalenti presenti nelle diverse amministrazioni”

## 8. AZIONI FORMATIVE

In relazione alla formazione dei dipendenti in materia di anticorruzione e alla procedura di selezione degli stessi, si precisa quanto segue.

Il personale destinatario della formazione, nel corso di validità del presente piano, viene individuato sulla base dei seguenti criteri:

- a) l'afferenza diretta all'attività individuata come a potenziale rischio di fenomeni corruttivi;
- b) la rilevanza del ruolo gerarchico/funzionale del dipendente nell'area o UU.OO. prescelta, nell'ambito delle quali si è individuato il procedimento o l'attività a rischio.

Tuttavia, considerata la notevole e cogente importanza del tema della formazione dei dipendenti prevista dalla legge n.190/2012, le cui disposizioni in materia richiedono di essere tradotte in specifici percorsi formativi, omogenei a livello regionale, l'Azienda aderisce alle indicazioni regionali in previsione di un "Piano formativo regionale", che garantisca uniformità di approccio alle problematiche in esame, le cui linee generali che verranno sviluppate possono essere così riassunte:

### Fase n. 1

**CONTENUTI:** Formazione di carattere "tecnico" rivolta congiuntamente ai dipendenti della RER e Aziende del Servizio Sanitario Regionale, nominati responsabili per la prevenzione della corruzione e propri collaboratori in staff.

**DOCENTI:** Esperti nella materia – funzionari appartenenti ad enti e organismi a livello centrale, quali Dipartimento della Funzione Pubblica, Agenas, A.N.A.C., FormezPa, magistrati, docenti universitari.

**ORGANIZZAZIONE:** RER con l'ausilio delle Aziende del SSR.

### Fase n. 2

**CONTENUTI:** Formazione di carattere "specifico" rivolta ai dipendenti che il P.T.P.C. come sopra citato, ha individuato come lavoratori a rischio.

**DOCENTI:** Soggetti inseriti nella fase n.1.

**ORGANIZZAZIONE:** Aziende del SSR con l'ausilio delle competenti strutture regionali preposte alla gestione degli eventi formativi afferenti alle Direzioni Generali Sanità e Organizzazione e Personale.

### Fase n. 3



CONTENUTI: Formazione di carattere “generale” rivolta a tutti i dipendenti delle Aziende del SSR.

DOCENTI: Soggetti/associazioni/enti della società civile e soggetti inseriti nei programmi della fase n. 1.

ORGANIZZAZIONE: Aziende del SSR con l’ausilio delle competenti strutture regionali preposte alla gestione degli eventi formativi afferenti alle Direzioni Generali Sanità e Organizzazione e Personale.

## **9. OBBLIGHI dei DIRIGENTI RESPONSABILI/DIRETTORI DI STRUTTURA COMPLESSA E SEMPLICE, REFERENTI, RESPONSABILI di PROCEDIMENTO**

L'opportunità di designare referenti del responsabile anticorruzione è prevista dalla Circolare n.1 2013 del D.F.P., poi ripresa sia nel Piano nazionale anticorruzione sia nell'allegato n. 1 al Piano stesso.

La ratio di individuare i referenti poggia, dunque, fatti salvi gli obblighi normativi attribuiti al responsabile anticorruzione sull'intero meccanismo della prevenzione, sulla necessità di temperare queste funzioni tenendo conto del carattere molto complesso dell'organizzazione amministrativo/sanitaria aziendale.

A tale proposito, si è ritenuto di individuare un gruppo di lavoro permanente a supporto del responsabile della prevenzione della corruzione nelle attività di informazione e raccordo con le strutture aziendali composto dai:

- Direttori dei Dipartimenti Interaziendali Gestionali
- Dirigenti responsabili delle Strutture Complesse Tecnico Amministrative
- Dirigenti responsabili delle Strutture Complesse/Semplici di Staff
- Direttori delle Direzioni Tecniche (Medica, delle Professioni, Farmacia)

o loro delegati.

Il gruppo è uno strumento dinamico e non rigido, quindi potrà riunirsi anche in forma ristretta per argomenti di competenza specifica, ed essere integrato con altri dirigenti su proposta di ciascun componente del gruppo di lavoro medesimo.

I Referenti componenti del gruppo di lavoro, i Direttori di struttura complessa e semplice ed i responsabili di procedimento, con riferimento alle rispettive competenze previste dalla legge e dai regolamenti vigenti, provvedono all'esecuzione delle attività di loro competenza previste nel Piano.

I Referenti, i Direttori di struttura complessa e semplice ed i responsabili di procedimento, competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale, devono astenersi, ai sensi dell'art. 6 bis della legge n. 241/1990, in caso di conflitto di interessi, segnalando tempestivamente al Responsabile della prevenzione ogni situazione di conflitto, anche potenziale.

In relazione a quanto stabilito nel comma 16 (lett. b e c), i Dirigenti responsabili delle strutture complesse DIAT, DIALE, NOC, con il supporto del Dipartimento Interaziendale ICT, assolvono entro il 31 gennaio di ogni anno agli obblighi informativi previsti dall'art. 1 comma 32 della legge n. 190/2012 che si riportano di seguito:

le stazioni appaltanti sono tenute a pubblicare nei propri siti Web istituzionali: la struttura proponente; l'oggetto del bando; l'elenco degli operatori invitati a presentare offerte; l'aggiudicatario; l'importo di aggiudicazione; i tempi di completamento dell'opera, servizio o fornitura; l'importo delle somme liquidate.

In sede di prima applicazione, come disposto dall'Autorità di vigilanza con nota in data 13.6.2013, cui si rimanda, il termine (originariamente previsto per il 12.6.2013), è stato posticipato al 31.1.2014, e riguarda tutte le procedure indette a far data dal dicembre 2012. L'amministrazione procederà contestualmente alla trasmissione delle informazioni all'Autorità di vigilanza con il tracciato XML acquisito.

Tutti i Dirigenti responsabili/Direttori/Referenti, così come individuati nel presente Piano e nell'assetto organizzativo aziendale, sono tenuti a:

- 1 Realizzare, nei tempi di validità del presente Piano, le proposte e le soluzioni finalizzate alla gestione e riduzione del rischio corruzione, concordando con il responsabile per la prevenzione della corruzione le soluzioni innovative e l'attuazione di nuove procedure;
- 2 Provvedere, su base semestrale (30 aprile – 31 ottobre), al monitoraggio del rispetto dei tempi previsti dalla legge e dalle disposizioni aziendali per la conclusione dei procedimenti e alla tempestiva eliminazione delle anomalie. Il primo monitoraggio è già stato effettuato e i relativi risultati sono stati pubblicati nel sito web aziendale. La verifica è stata effettuata mediante comunicazioni/dichiarazioni di ciascun responsabile del procedimento in ordine ai procedimenti di competenza. Per quanto riguarda i procedimenti i cui tempi di conclusione non sono stati rispettati, fermo restando che nessuno di essi è ad istanza di parte (i procedimenti ad istanza di parte dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara sono rarissimi e per questi i tempi di conclusione sono ampiamente rispettati), si rappresenta che sono state fornite adeguate motivazioni dalle quali si evince che il mancato rispetto dei tempi di conclusione non è riconducibile a responsabilità e/o inerzia dei Responsabili del procedimento.
- 3 Informare il Responsabile della prevenzione della corruzione dell'avvenuto monitoraggio, delle eventuali anomalie registrate riscontrate, nonché delle eventuali sanzioni irrogate, e adottare le azioni necessarie per eliminare tali anomalie oppure proporre le azioni correttive ove non rientrino nella competenza esclusiva e tassativa dirigenziale.

- 4 Garantire, nel rispetto della disciplina del diritto di accesso ai documenti amministrativi di cui al capo V della legge n.241/1990 e s.i.m., e rendere accessibili, in ogni momento agli interessati, le informazioni relative ai provvedimenti ed ai procedimenti amministrativi, ivi comprese quelle relative allo stato della procedura, ai relativi tempi e allo specifico ufficio competente in ogni singola fase.
- 5 Rappresentare al Responsabile della prevenzione della corruzione, su base semestrale, (giugno – dicembre) una relazione, anche in forma di incontro, sulle attività realizzate e ai risultati in merito alla attuazione effettiva delle regole di legalità o integrità indicate nel presente Piano;
- 6 Effettuare il monitoraggio, anche con controlli sorteggiati a campione tra i dipendenti adibiti alle attività a rischio di corruzione risultanti da quanto indicato nel presente piano, sui rapporti aventi valore economico tra l'Azienda e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari e i dipendenti.

## 10. RESPONSABILITA'

Il Responsabile della prevenzione della corruzione risponde nelle ipotesi previste ai sensi dell'art. 1 commi 10,12,13, e 14 della legge 190/2012.

Ai dirigenti sono attribuite le responsabilità di cui all'art.16 comma 1 lett. 1bis, ter e quater, ad integrazione dell'art. 55 del D.lgs. n. 165/2001, che si riepiloga:

1 bis) i dirigenti concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti del servizio cui sono preposti;

1 ter) forniscono le informazioni richieste dal responsabile anticorruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo;

1 quater) provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nel servizio cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva, nei limiti definiti nel citato punto 4) dalla Conferenza Unificata Stato-Regioni sopra citata.

La mancata osservanza delle disposizioni contenute nel presente Piano della prevenzione della corruzione costituisce elemento di valutazione dei dirigenti referenti, dei dirigenti responsabili/direttori delle strutture complesse e semplici e dei responsabili di procedimento.

I ritardi nella trasmissione dei dati obbligatori e negli aggiornamenti dei contenuti sugli strumenti informatici, sono sanzionati a carico dei Referenti, dei Dirigenti responsabili di struttura e dei responsabili di procedimento.

Per le responsabilità derivanti dalla violazione del codice di comportamento, si rinvia all'art. 54 D.lgs. 165/2001. Le violazioni gravi e reiterate comportano l'applicazione dell'art. 55 comma 1 n. 4, del D.lgs. 165/2001.

Il Nucleo di Valutazione Aziendale verifica la corretta applicazione del piano di prevenzione della corruzione da parte dei soggetti destinatari, come sopra individuati.

Per quanto attiene alle attività ritenute a rischio, gli obblighi in capo ai Dirigenti responsabili/Direttori/Referenti costituiscono gli indicatori di riferimento, unitamente alla realizzazione delle azioni individuate nel corso dell'adeguamento delle mappature, delle quali si darà atto nelle relazioni obbligatorie.

I Direttori dei Dipartimenti ad Attività Integrata e i Direttori delle UU.OO. afferenti, con la supervisione della Direzione Sanitaria e della Direzione Medica di Presidio, assicureranno

la corretta gestione delle liste di attesa e dei volumi di attività di libera professione intramuraria definiti in sede di negoziazione di budget.

Nel Piano della Performance aziendale potranno essere individuate modalità e criteri per la corresponsione dell'indennità di risultato, collegata all'attuazione del piano triennale della prevenzione della corruzione dell'anno di riferimento.

## **11. AZIONI PROGRAMMATE PER EVITARE LA DISCRIMINAZIONE NEI CONFRONTI DEL WHISTLEBLOWER**

Nel corso di validità triennale del Piano si intendono definire gli ambiti procedurali che permettano all'Azienda di dare concreta attuazione al principio normativo introdotto con il comma n.51 della l. 190/2012 nell'ambito del D.lgs. n. 165/2001 (art. 54 bis), in materia di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito che, per maggiore sensibilizzazione alla problematica, si riporta integralmente:

*“1) Fuori dei casi di responsabilità a titolo di calunnia o diffamazione, ovvero per lo stesso titolo ai sensi dell'art. 2043 del cod. civ., il pubblico dipendente che denuncia all'autorità giudiziaria o alla Corte dei conti, ovvero riferisce al proprio superiore gerarchico 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;*

*2) Nell'ambito del procedimento disciplinare, l'identità del segnalante non può essere rivelata, senza il suo consenso, sempre che la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti ed ulteriori rispetto alla segnalazione. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione, l'identità può essere rivelata ove la sua conoscenza sia assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato; 3) L'adozione di misure discriminatorie è segnalata al D.F.P., per i provvedimenti di competenza, dall'interessato o dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nell'amministrazione nella quale le stesse sono state poste in essere;*

*4) La denuncia è sottratta all'accesso previsto dagli artt. 22 e seguenti della l. n.241/1990 e successive modificazioni”.*

Si impone, pertanto, un primo e preciso obbligo di riservatezza a carico di tutti coloro che ricevono o vengono a conoscenza della segnalazione e di coloro che successivamente venissero coinvolti nel processo di gestione della segnalazione, la cui violazione comporterà sanzioni disciplinari, salva l'eventuale responsabilità civile e penale di chi viola tale obbligo.

Tuttavia, la concreta applicazione di questa norma, impone all'Azienda un preciso contemperamento degli interessi:

a) favorire il positivo senso del dovere del dipendente che denuncia l'illecito di cui è venuto conoscenza;

b) evitare la proliferazione incontrollata (anche anonima), che potrebbe paralizzare la concreta attività dei dirigenti e dei servizi preposti all'accertamento della veridicità della segnalazione, per porre in essere i provvedimenti conseguenti.

Pertanto, in fase di prima attuazione, rimane fondamentale circoscrivere i soggetti destinatari delle segnalazioni al fine di evitare la diffusione di notizie delicate, individuati nel responsabile anticorruzione e dell' U.P.D. che verificheranno, anche congiuntamente, la fondatezza della segnalazione e l'assunzione delle adeguate iniziative.

La tutela del dipendente, è assicurata da ulteriori garanzie derivanti dalla possibilità di segnalare le eventuali discriminazioni subite in conseguenza della segnalazione, al: a) Responsabile per la prevenzione della corruzione aziendale; b) al C.U.G. per gli eventuali adempimenti di competenza, fatte salve le autonome e dirette azioni legali che il dipendente può attivare nei confronti del responsabile della discriminazione.



## **12. PIANI e CODICE di COMPORTAMENTO ALLEGATI**

Fanno parte integrante del presente Piano in seguenti documenti:

- Programma triennale della Trasparenza;
- Codice di Comportamento;
- Piano della Performance.

Per quanto riguarda il Piano della Performance, si ritiene necessario precisare che l'Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.A.C. ex CIVIT) ha fornito indicazioni alle amministrazioni pubbliche, sia centrali sia territoriali, ai fini dell'avvio del ciclo della performance 2014-2016. In particolare, è stata sottolineata la necessità di integrazione del ciclo della performance con gli strumenti e i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all'integrità e in generale alla prevenzione della anticorruzione.

L'Autorità ha però rappresentato che per gli Enti territoriali (Regioni ed Enti strumentali, Comuni, ecc.) le indicazioni sopra riportate sono applicabili nell'ambito dei rispettivi documenti di programmazione 2014-2016.

Il presente Piano è stato inviato per opportuna conoscenza e informazione, unitamente al P.T.T.I., al Collegio Sindacale, al Collegio di Direzione, al Comitato di Indirizzo.

Il programma è inoltre stato trasmesso al C.C.M. e al Capo delegazione trattante per l'inoltro alle OO.SS e R.S.U.

## 13. CONCLUSIONI

Il presente Piano è ispirato ai principi di modularità e progressività, in relazione ad una corretta applicazione degli obblighi normativi cogenti. Il piano tiene conto, come già evidenziato nella Premessa, delle caratteristiche peculiari dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara.

Pertanto, in questa fase di avvio del percorso triennale di validità, le azioni proposte dovranno avere come finalità prevalente la conoscenza dei suoi contenuti e della normativa di riferimento, nonché una presa di coscienza e consapevolezza dei principi cardine della disciplina anticorruzione.

In tal senso appare prioritaria la fase di formazione che verrà effettuata nel corso dell'anno e che costituirà, appunto, il nucleo di consapevolezza che, gradualmente, dovrà portare all'applicazione compiuta e coerente degli istituti introdotti dalla L. 190/2012.

Le disposizioni del presente piano recepiscono dinamicamente le modifiche alla legge 6 novembre 2012 n. 190, le direttive impartite dal D.F.P. in materia di anticorruzione e le conseguenti deliberazioni dell'A.N.A.C.. Esse, verranno, altresì, integrate o modificate su proposta del responsabile anticorruzione, in caso di accertamento di significative violazioni normative o di mutamenti dell'organizzazione.

La Direzione Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara è chiamata ad approvare l'implementazione del P.T.P.C. per il triennio successivo entro il 31 gennaio di ogni anno, su proposta del responsabile anticorruzione.

Il Responsabile  
della Prevenzione della corruzione  
Avv. Barbara Paltrinieri

## ALLEGATO N. 1 AL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 2013-2016

### Scheda monitoraggio processi

<b>Tipo di processo/attività</b> (processo = insieme di attività interrelate che creano valore trasformando delle risorse ( <i>input</i> ) in un prodotto ( <i>output</i> ) destinato ad un soggetto interno o esterno all'amministrazione)	<b>Oggetto</b> (riassunto del contenuto dell'attività)	<b>Norme primarie o secondarie interne</b> (es. regolamenti, circolari, istruzioni) <b>che regolano l'attività</b>	<b>N° dipendenti coinvolti nel singolo processo</b> (rispetto al n. complessivo dei dipendenti della struttura)	<b>Responsabile del Procedimento</b> (nome, tel., mail)	<b>Il processo è discrezionale, vincolato o parzialmente vincolato?</b>	<b>Il processo produce effetti diretti all'esterno o all'interno della amministrazione?</b>	<b>Per il processo rivolto all'esterno indicare se l'attività comporta vantaggi economici o meno per beneficiari specifici</b>	<b>L'attività rientra in una delle macro aree di cui all'art. 1, comma 16 della l. 190/2012?</b>	<b>L'attività è stata oggetto di segnalazioni /indagini /procedimenti avanti all'Autorità Giudiziaria negli ultimi 3 anni? (se sì, indicare tipo e numero)</b>

## ALLEGATO N. 2 AL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 2013-2016

### Tabella Valutazione del Rischio (allegato 5 al P.N.A.)

Tabella valutazione del rischio	
Indici di valutazione della probabilità (1)	Indici di valutazione dell'impatto (2)
<p align="center"><b>Discrezionalità</b></p> <p>Il processo è discrezionale?                      No, è del tutto vincolato 1                      E' parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi 2 (regolamenti, direttive, circolari)                      E' parzialmente vincolato solo dalla legge 3                      E' parzialmente vincolato solo da atti amministrativi 4 (regolamenti, direttive, circolari)                      E' altamente discrezionale 5</p>	<p align="center"><b>Impatto organizzativo</b></p> <p>Rispetto al totale del personale impiegato nel singolo servizio (unità organizzativa semplice) competente a svolgere il processo (o la fase di processo di competenza della p.a.) nell'ambito della singola p.a., quale percentuale di personale è impiegata nel processo? (se il processo coinvolge l'attività di più servizi nell'ambito della stessa p.a. occorre riferire la percentuale al personale impiegato nei servizi coinvolti)                      Fino a circa il 20% 1                      Fino a circa il 40% 2                      Fino a circa il 60% 3                      Fino a circa l'80% 4                      Fino a circa il 100% 5</p>
<p align="center"><b>Rilevanza esterna</b></p> <p>Il processo produce effetti diretti all'esterno dell'amministrazione di riferimento?                      No, ha come destinatario finale un ufficio interno 2                      Sì, il risultato del processo è rivolto direttamente ad utenti esterni alla p.a. di riferimento 5</p>	<p align="center"><b>Impatto economico</b></p> <p>Nel corso degli ultimi 5 anni sono state pronunciate sentenze della Corte dei conti a carico di dipendenti (dirigenti e dipendenti) della p.a. di riferimento o sono state pronunciate sentenze di risarcimento del danno nei confronti della p.a. di riferimento per la medesima tipologia di evento o di tipologie analoghe?                      No 1                      Sì 5</p>
<p align="center"><b>Complessità del processo</b></p> <p>Si tratta di un processo complesso che comporta il coinvolgimento di più amministrazioni (esclusi i controlli) in fasi successive per il conseguimento del risultato?                      No, il processo coinvolge una sola p.a. 1                      Sì, il processo coinvolge più di 3 amministrazioni 3                      Sì, il processo coinvolge più di 5 amministrazioni 5</p>	<p align="center"><b>Impatto reputazionale</b></p> <p>Nel corso degli ultimi 5 anni sono stati pubblicati su giornali o riviste articoli aventi ad oggetto il medesimo evento o eventi analoghi?                      No 0                      Non ne abbiamo memoria 1                      Sì, sulla stampa locale 2                      Sì, sulla stampa nazionale 3                      Sì, sulla stampa locale e nazionale 4                      Sì, sulla stampa locale, nazionale e internazionale 5</p>
<p align="center"><b>Valore economico</b></p> <p>Qual è l'impatto economico del processo?                      Ha rilevanza esclusivamente interna 1                      Comporta l'attribuzione di vantaggi a soggetti esterni, ma di non particolare rilievo economico (es.: concessione di borsa di studio per studenti) 3                      Comporta l'attribuzione di considerevoli vantaggi a soggetti esterni (es.: affidamento di appalto) 5</p>	<p align="center"><b>Impatto organizzativo, economico e sull'immagine</b></p> <p>A quale livello può collocarsi il rischio dell'evento (livello apicale, livello intermedio o livello basso) ovvero la posizione/il ruolo che l'eventuale soggetto riveste nell'organizzazione è elevata, media o bassa?                      A livello di addetto 1                      A livello di collaboratore o funzionario 2                      A livello di dirigente di ufficio non generale ovvero di posizione apicale o di posizione organizzativa 3                      A livello di dirigente di ufficio generale 4                      A livello di capo dipartimento/segretario generale 5</p>
<p align="center"><b>Frazionabilità del processo</b></p>	

<p>Il risultato finale del processo può essere raggiunto anche effettuando una pluralità di operazioni di entità economica ridotta che, considerate complessivamente, alla fine assicurano lo stesso risultato (es.: pluralità di affidamenti ridotti)?</p> <p>No 1 Sì 5</p>	
<p style="text-align: center;"><b>Controlli (3)</b></p> <p>Anche sulla base dell'esperienza pregressa, il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a neutralizzare il rischio?</p> <p>Sì, costituisce un efficace strumento di neutralizzazione 1 Sì, è molto efficace 2 Sì, per una percentuale approssimativa del 50% 3 Sì, ma in minima parte 4 No, il rischio rimane indifferente 5</p>	
<p>Note:</p> <p>(1) Gli indici di probabilità vanno indicati sulla base della valutazione del gruppo di lavoro. (2) Gli indici di impatto vanno stimati sulla base di dati oggettivi, ossia di quanto risulta all'amministrazione. (3) Per controllo si intende qualunque strumento di controllo utilizzato nella p.a. che sia confacente a ridurre la probabilità del rischio (e, quindi, sia il sistema dei controlli legali, come il controllo preventivo e il controllo di gestione, sia altri meccanismi di controllo utilizzati nella p.a., es. i controlli a campione in casi non previsti dalle norme, i riscontri relativi all'esito dei ricorsi giudiziari avviati nei confronti della p.a.). La valutazione sull'adeguatezza del controllo va fatta considerando il modo in cui il controllo funziona concretamente nella p.a.. Per la stima della probabilità, quindi, non rileva la previsione dell'esistenza in astratto del controllo, ma la sua efficacia in relazione al rischio considerato.</p>	
<p style="text-align: center;">Valori e frequenze della probabilità 0 nessuna probabilità 1 improbabile 2 poco probabile 3 probabile 4 molto probabile 5 altamente probabile</p>	
<p style="text-align: center;">Valori e importanza dell'impatto 0 nessun impatto 1 marginale 2 minore 3 soglia 4 serio 5 superiore</p>	
<p style="text-align: center;">Valutazione complessiva del rischio = Valore frequenza x valore impatto</p>	

**ALLEGATO N. 3 AL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 2013-2016****OBIETTIVI**

<b>2014</b>			
<b>DESCRIZIONE OBIETTIVO</b>	<b>SOGETTI RESPONSABILI DEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO</b>	<b>TEMPI</b>	<b>INDICATORI</b>
Mappatura dei processi	Tutti i Direttori/Dirigenti responsabili delle articolazioni aziendali	entro 31.12.2014	Report/relazioni
Elaborazione del modello di patto di integrità	Direttori/Dirigenti responsabili delle articolazioni organizzative del DIALE – DIAT e NOC	entro 30.6.2014	Documento
Analisi delle attuali modalità e procedure di autorizzazione al subappalto	Dirigenti responsabili delle articolazioni organizzative del DIAT	Entro 31.12.2014	Relazione che individua eventuali azioni di miglioramento a garanzia dell'integrità del procedimento
Modifica del vigente Atto Aziendale Attività libero professionale intramuraria	Direzione Medica di Presidio/Direzione Risorse Umane/Direzione attività amministrative di Presidio/Direzione delle Professioni/Direzione Risorse economico finanziarie e contabilità/Programmazione e Controllo di gestione	entro 31.12.2014	Documento
Formazione operatori incaricati secondo il piano formativo regionale	RPC / Formazione e Aggiornamento	entro 31.12.2014	n. operatori formati
Diffusione della modulistica per la richiesta di comando per partecipazione ad iniziative di aggiornamento	Formazione e Aggiornamento	31.3.2014	Disponibilità della modulistica sulla rete intranet
Verifiche di cui all'art. 62 L. 662/96 e D.M.31.7.2007	DIAP / RPC	Entro 31.12.2014	Report/relazione
Monitoraggio del rispetto dei tempi previsti dalla legge e dalle disposizioni aziendali per la conclusione dei procedimenti	Tutti i Dirigenti e funzionari responsabili del procedimento	Entro il 30.4.2014 ed entro il 31.10.2014	Report
Monitoraggio in merito alla attuazione effettiva delle	Tutti i Direttori/Dirigenti responsabili	Entro il 30.6.2014 ed entro il	Relazione/report sulle attività

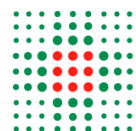
regole di legalità o integrità indicate nel PTPC	delle articolazioni aziendali / RPC	31.12.2014	realizzate e sui risultati
Monitoraggio, anche con controlli sorteggiati a campione tra i dipendenti adibiti alle attività a rischio di corruzione risultanti da quanto indicato nel PTPC	Direttori/Dirigenti responsabili delle articolazioni organizzative del DIAP, DIALE, DIAT, NOC, Formazione e Aggiornamento, Direzione Medica	31.12.2014	Relazione/report

<p>Monitoraggio anche con controlli sorteggiati a campione, sui rapporti aventi valore economico tra l'Azienda e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari e i dipendenti</p>	<p>Direttori/Dirigenti responsabili delle articolazioni organizzative del DIAP, DIALE, DIAT, NOC, DIAP</p>	<p>31.12.2014</p>	<p>Relazione/report</p>
<p>Format relazione semestrale in ordine al monitoraggio sulla attuazione effettiva delle regole di legalità o integrità indicate nel PTPC i</p>	<p>RPC</p>	<p>Entro il 30.4.2014</p>	<p>Documento</p>



<b>2015</b>			
<b>DESCRIZIONE OBIETTIVO</b>	<b>SOGGETTI RESPONSABILI DEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO</b>	<b>TEMPI</b>	<b>INDICATORI</b>
Aggiornamento del PTPC	RPC	Entro 31.1.2015	PTPC
Ulteriori iniziative di formazione e aggiornamento delle risorse umane operanti in aree a rischio	RPC / Formazione e Aggiornamento	entro 31.12.2015	n. operatori formati
Verifiche di cui all'art. 62 L. 662/96 e D.M.31.7.2007	DIAP / RPC	Entro 31.12.2015	Report/relazione
Monitoraggio del rispetto dei tempi previsti dalla legge e dalle disposizioni aziendali per la conclusione dei procedimenti	Tutti i Dirigenti e funzionari responsabili del procedimento	Entro il 30.4.2015 ed entro il 31.10.2015	Report
Monitoraggio in merito alla attuazione effettiva delle regole di legalità o integrità indicate nel PTPC	Tutti i Direttori/Dirigenti responsabili delle articolazioni aziendali / RPC	Entro il 30.6.2015 ed entro il 31.12.2015	Relazione/report sulle attività realizzate e sui risultati
Monitoraggio, anche con controlli sorteggiati a campione tra i dipendenti adibiti alle attività a rischio di corruzione risultanti da quanto indicato nel PTPC	Direttori/Dirigenti responsabili delle articolazioni organizzative del DIAP, DIALE, DIAT, NOC, Formazione e Aggiornamento, Direzione Medica	31.12.2015	Relazione/report
Monitoraggio anche con controlli sorteggiati a campione, sui rapporti aventi valore economico tra l'Azienda e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari e i dipendenti	Direttori/Dirigenti responsabili delle articolazioni organizzative del DIAP, DIALE, DIAT, NOC, DIAP	31.12.2015	Relazione/report

2016			
DESCRIZIONE OBIETTIVO	SOGGETTI RESPONSABILI DEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO	TEMPI	INDICATORI
Aggiornamento del PTPC	RPC	Entro 31.1.2016	PTPC
Ulteriori iniziative di formazione e aggiornamento delle risorse umane operanti in aree a rischio	RPC / Formazione e Aggiornamento	entro 31.12.2016	n. operatori formati
Verifiche di cui all'art. 62 L. 662/96 e D.M.31.7.2007	DIAP / RPC	Entro 31.12.2016	Report/relazione
Monitoraggio del rispetto dei tempi previsti dalla legge e dalle disposizioni aziendali per la conclusione dei procedimenti	Tutti i Dirigenti e funzionari responsabili del procedimento	Entro il 30.4.2016 ed entro il 31.10.2016	Report
Monitoraggio in merito alla attuazione effettiva delle regole di legalità o integrità indicate nel PTPC	Tutti i Direttori/Dirigenti responsabili delle articolazioni aziendali / RPC	Entro il 30.6.2015 ed entro il 31.12.2016	Relazione/report sulle attività realizzate e sui risultati
Monitoraggio, anche con controlli sorteggiati a campione tra i dipendenti adibiti alle attività a rischio di corruzione risultanti da quanto indicato nel PTPC	Direttori/Dirigenti responsabili delle articolazioni organizzative del DIAP, DIALE, DIAT, NOC, Formazione e Aggiornamento, Direzione Medica	31.12.2016	Relazione/report
Monitoraggio anche con controlli sorteggiati a campione, sui rapporti aventi valore economico tra l'Azienda e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari e i dipendenti	Direttori/Dirigenti responsabili delle articolazioni organizzative del DIAP, DIALE, DIAT, NOC, DIAP	31.12.2016	Relazione/report



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**  
**EMILIA-ROMAGNA**  
 Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara



**università di ferrara**  
 DA SEICENTO ANNI GUARDIAMO AVANTI.

**PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA'**  
**2014 – 2016**

## SOMMARIO

1. Procedimento di elaborazione e adozione del Programma	pag. 4
2. Lo stato dell'arte e gli obiettivi 2014-2016	pag. 5
3. Iniziative di comunicazione della Trasparenza	pag. 9
4. Attuazione del Programma Trasparenza	pag. 10
5. Dati ulteriori	pag. 15
ALLEGATO N. 1	pag. 16
ALLEGATO N. 2 Obiettivi	pag. 36

## LEGENDA ACRONIMI E ABBREVIAZIONI UTILIZZATE

A.N.A.C. Autorità Nazionale AntiCorruzione  
A.O.U. Azienda Ospedaliero Universitaria  
A.U.S.L. Azienda Unità Sanitaria Locale  
A.V.C.P. Autorità per la Vigilanza sui Contratti Pubblici di lavori, servizi e forniture  
A.V.E.C. Area Vasta Emilia Centrale  
C.C.M. Comitato Consultivo Misto  
C.I.V.I.T. Commissione indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l' Integrità delle amministrazioni pubbliche  
C.U.G. Comitato Unico di Garanzia  
D.A.I. Dipartimenti ad Attività Integrata  
D.F.P. Dipartimento della Funzione Pubblica  
D.I.A.L.E. Dipartimento Interaziendale gestionale Acquisti e Logistica Economale  
D.I.A.P. Dipartimento Interaziendale gestionale Amministrazione del Personale  
D.I.A.T. Dipartimento Interaziendale Attività Tecniche  
I.C.T. Informazione e Tecnologie della Comunicazione  
N.O.C. Struttura Complessa gestione concessione servizi generali e commerciali Nuovo Ospedale di Cona  
N.V.A. Nucleo di Valutazione Aziendale  
O.I.V. Organismo Indipendente di Valutazione  
O.O.S.S. Organizzazioni Sindacali  
P.A. Pubblica Amministrazione  
P.G. Protocollo Generale  
P.N.A. Piano Nazionale Anticorruzione  
P.T.T.I. Piano Triennale di Trasparenza e Integrità  
R.P.C.T. Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza  
R.S.U. Rappresentanza Sindacale Unitaria R.T. Responsabile Trasparenza  
U.P.D. Ufficio Procedimenti Disciplinari  
U.R.P. Ufficio Relazioni con il Pubblico



## 1. PROCEDIMENTO DI ELABORAZIONE E ADOZIONE DEL PROGRAMMA

Il decreto 33/2013 definisce con chiarezza, all'art. 11, l'ambito soggettivo di applicazione includendo tra i destinatari della normativa in questione anche le aziende del servizio sanitario nazionale (tramite il richiamo all'art. 1, comma 2 del D.Lgs. 165/2001 e tramite l'art. 41 del decreto).

Il Programma è volto a garantire un adeguato livello di trasparenza, la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità.

Ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs. 33/2013, definisce le misure, i modi e le iniziative volti all'attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, ivi comprese le misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi.

Il Programma definisce inoltre le misure di monitoraggio e vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza.

E' redatto sulla base delle Linee guida C.I.V.I.T. (ora A.N.A.C.), in particolare n.50 del 4.7.2013 e n.2/2012.

L'elaborazione dei contenuti del programma è la risultanza della collaborazione e del diretto coinvolgimento della dirigenza aziendale – in particolare dei Dirigenti più avanti individuati come Responsabili della pubblicazione - in forma di incontri collegiali, incontri con il Responsabile Trasparenza, corrispondenza.

Il Programma è parte integrante del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e sarà adottato contestualmente allo stesso con deliberazione del Direttore Generale entro il 31 gennaio 2014.

Il programma è stato oggetto di condivisione con il Nucleo di Valutazione Aziendale.

Il programma è stato inviato per opportuna conoscenza e informazione, unitamente al P.T.P.C., al Collegio Sindacale, al Collegio di Direzione, al Comitato di Indirizzo.

Il programma è inoltre stato trasmesso al CCM e al Capo delegazione trattante per l'inoltro a OOSS e RSU.

## 2. LO STATO DELL'ARTE E GLI OBIETTIVI 2014-2016

### 2.1 Lo stato dell'arte e le iniziative intraprese

Nel corso del 2013, a seguito della entrata in vigore del D.Lgs. 33/2013 è stata istituita nel sito aziendale la Sezione "Amministrazione Trasparente" articolata nelle sotto-sezioni di 1° e 2° livello previste dal Decreto.

Le sotto-sezioni sono state ulteriormente dettagliate sulla base delle deliberazioni C.I.V.I.T., ed in particolare dell'Allegato 1 alla delibera C.I.V.I.T. 50/2013 con errata corrige pubblicata da C.I.V.I.T. nel settembre 2013, cui la sotto sezione attualmente corrisponde.

A seguito della creazione della Sezione "Amministrazione Trasparente" sono stati trasferiti nelle sottosezioni di riferimento i contenuti già pubblicati nel sito aziendale in virtù di obblighi normativi preesistenti.

Inoltre, nel 2013, l'obiettivo prioritario è stato quello di adempiere agli obblighi di pubblicazione specificatamente sanzionati (anche in termini di inefficacia del provvedimento in assenza della pubblicazione). In tale contesto i Dirigenti interessati si sono impegnati nel dare attuazione all'art. 15, comma 2, all'art. 22, agli artt. 26 e 27, nei contenuti minimi e con adeguamento nel tempo in base alle note interpretative diffuse nel corso dell'anno dagli organismi competenti.

Si è inoltre iniziato il popolamento di tutte le sezioni di pertinenza dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria, molte delle quali ancora in fase di perfezionamento.

Attività particolarmente complessa è risultata quella di sistematizzare e riordinare in forma tabellare, come richiesto dalla normativa, i contenuti già presenti o comunque già disponibili per la pubblicazione in forma disaggregata. In particolare, si sono studiate forme di tabelle che contengono i dati richiesti per la pubblicazione, il cui popolamento può avvenire o per singolo record o mediante caricamento massivo tramite importazione di file csv precedentemente predisposto.

Tale strumento tabellare è già attivo per alcune sotto sezioni del sito e verrà nel corso del 2014 perfezionato ed implementato per tutte le sezioni che lo richiedano.

Con Deliberazione n.89 del 27.5.2013, l'Azienda ha proceduto alla nomina del Responsabile della prevenzione della corruzione, individuato nella persona del Dirigente della struttura semplice Segreteria Generale Avv. Barbara Paltrinieri, la quale è stata contestualmente nominata anche Responsabile della trasparenza. A seguito della deliberazione C.I.V.I.T. n. 71 del 31.7.013 (che ha disposto la verifica dell'assolvimento di determinati obblighi di pubblicazione) sono state completate e/o realizzate ex novo le pubblicazioni ivi previste. L'esito della verifica relativamente agli obblighi di pubblicazione oggetto della stessa, sia con riferimento alla completezza dei dati, che dell'aggiornamento e dell'apertura del formato, è stato pubblicato nei termini nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Il lavoro di ricollocazione dei contenuti nella nuova sezione del sito web "Amministrazione Trasparente" è avvenuto a seguito di diversi incontri con i Dipartimenti Interaziendali, cui afferiscono la maggior parte dei contenuti già presenti, condotti insieme al Responsabile per la Trasparenza dell'Azienda USL di Ferrara, per permettere un avvio mirato all'ottica di una comune coerenza di impostazioni iniziali.



Detti incontri sono stati svolti nelle seguenti date:

6 maggio 2013: Dipartimento Interaziendale Gestionale Amministrazione del Personale

8 maggio 2013: Dipartimento Interaziendale Attività Tecniche e Patrimoniali

13 maggio 2013: Dipartimento Interaziendale Gestionale Acquisti e Logistica Economale

23 maggio 2013: Dipartimento Interaziendale Gestionale ICT.

Di tali incontri sono stati redatti verbali per definire gli impegni presi e per permettere agli editor/redattori web ed ai validatori delle informazioni da pubblicare di continuare le pubblicazioni e di implementare le stesse all'interno delle sotto sezioni di 1° e 2° livello, secondo i nuovi obblighi di cui al D.Lgs 33/2013, fino al completamento del processo di riordino.

Il Responsabile della Trasparenza ha nel contempo avviato confronti con altri Direttori di Struttura che devono garantire l'assolvimento degli obblighi di trasparenza, stante il coinvolgimento di tutte le articolazioni aziendali nel percorso di attuazione del D.Lgs n. 33/2013.

Corrispondenza intercorsa

-P.G. 9566 dell'11.04.2013, con cui si invia copia del D.Lgs. 33/2013, trasmessa a:

Direzioni Tecnico Amministrative, Strutture di Staff, Direzione Medica di Presidio, Direzione delle Professioni, Dipartimento Farmaceutico

Oggetto: "Abrogazione art. 18 del DL 83/2012 convertito in L. 134/2012".

-P.G. 11767 del 9.05.2013 dopo l'incontro con il Dipartimento Interaziendale Gestionale Amministrazione del Personale.

-P.G. 12258 del 14.05.2013 dopo l'incontro con il Dipartimento Interaziendale Attività Tecniche e Patrimoniali.

-P.G. 12955 del 21.05.2013 dopo l'incontro con il Dipartimento Interaziendale Gestionale Acquisti e Logistica Economale.

-P.G. 13641 del 28.05.2013 dopo l'incontro con il Dipartimento Interaziendale Gestionale ICT

-P.G. 19180 del 1.08.2013 con la quale si inviano le delibere C.I.V.I.T. n. 50/20013 e n. 59/2013 a:

Dipartimento Interaziendale Gestionale Acquisti e Logistica Economale; Struttura Complessa Gestione Servizi Generali e Commerciali Nuovi Ospedale Cona; Dipartimento Interaziendale Attività Tecniche e Patrimoniali.

-P.G. 19584 del 6.08.2013 trasmessa a Programmazione e Controllo di Gestione con richiesta di informazioni/dati da pubblicare nelle sotto sezioni di competenza.

-P.G. 19924 del 9.08.2013 inviata al Dirigente responsabile della Direzione Risorse economico finanziarie e Contabilità sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui alla delibera C.I.V.I.T. n. 71/2013.

-P.G. 20572 del 22.08.2013, con la quale si invia la delibera C.I.V.I.T. n. 71/2013 ad oggetto "attestazioni OIV sull'assolvimento di specifici obblighi di pubblicazione per l'anno 2013 e attività di vigilanza e controllo della Commissione" e si chiede l'elenco dei procedimenti amministrativi e dei dati di cui all'art. 35, c. 1, lett. c), f), m) del d.lgs n. 33/2013.

-E-mail del 30.08.2013 con la quale si trasmette apposita tabella da completare per la pubblicazione nella sotto sezione “tipologie di procedimento”.

-P.G. 20650 del 23.08.2013 (nota congiunta AOU- AUSL) con oggetto: D.L. 21 giugno 2013, n. 69 coordinato con la legge di conversione 9 agosto 2013 n. 98 recante “Disposizioni urgenti per il rilancio dell’economia” – disposizioni in materia di incompatibilità.

-P.G. 23750 del 2.10.2013 (nota congiunta AOU-AUSL) al Dipartimento Interaziendale ICT in ordine agli obblighi di pubblicazione dei dati relativi alla sottosezione “Accessibilità e catalogo dei dati, metadati e banche dati”.

-P.G. 24466 del 9.10.2013 avente ad oggetto: “obblighi di pubblicazione concernenti l’organizzazione delle pubbliche amministrazioni, ai sensi dell’art. 13, D.Lgs 33/2013”. (Articolazione degli uffici, competenze, risorse a disposizione ecc...)

-P.G. 25776 del 23.10.2013 (nota congiunta AOU-AUSL) al Dipartimento Interaziendale ICT e all’Area Comunicazione con cui si invia in allegato copia della circolare n. 61/2013 dell’Agenzia per l’Italia Digitale relativa agli obblighi di accessibilità per le P.A.

-P.G. 24701 dell’11.10.2013 (nota congiunta AOU-AUSL) e P.G. 26531 del 30.10.2013 (correzione errori materiali e integrazioni), avente ad oggetto obblighi di pubblicazione dei dati relativi all’art. 24, comma 2 D.Lgs 33/2013 – invio facsimile di comunicazione sul rispetto dei tempi di conclusione dei procedimenti amministrativi.

-P.G. 29578 del 3.12.2013, con la quale si invia il facsimile di “comunicazione obbligatoria di assenza di cause di incompatibilità”

Iniziative di formazione

-31.05.2013 – Corso AVEC “Gli obblighi di pubblicazione sui siti istituzionali delle PP.AA. dopo il D.lgs n. 33/2013” - Dott.ssa De Sarro.

-21.06.2013 – Giornata di Studio Maggioli – I siti web delle P.A. dopo il decreto “trasparenza” (D.Lgs 33/2013). Le soluzioni operative ai nuovi adempimenti.

-25.10.2013 – Workshop interaziendale sulla Trasparenza e Anticorruzione – Avv. Barbara Paltrinieri e Dott. Alberto Fabbri.

Per quanto riguarda la pubblicazione dei provvedimenti sul sito Amministrazione Trasparente, si è ritenuto doveroso chiarire tali obblighi, differenziandoli e riordinando tutta la disciplina interna sulla pubblicazione all’albo elettronico dei provvedimenti medesimi.

In particolare, devono essere pubblicate all’albo on line:

le Delibere del Direttore Generale nelle materie di propria competenza, previste dalle leggi regionali, dall’atto aziendale e dai regolamenti interni.

Nell’apposita sezione del sito web denominata “Amministrazione trasparente” devono essere invece pubblicati:

-i provvedimenti di cui all’art. 23 del D.lgs 33/2013 adottati dagli organi di indirizzo politico (Delibere) e dai dirigenti (Determine), con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di

- a) autorizzazione o concessione;
- b) scelta del contraente per l’affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alle modalità di selezione prescelta;
- c) concorsi e prove selettive per l’assunzione del personale e progressioni di carriera;
- d) accordi stipulati dall’amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.

La pubblicazione deve avvenire in elenchi semestrali, secondo le indicazioni dell'art. 23, comma 2.

Per ciascun atto sono da pubblicare:

- il contenuto
- l'oggetto
- l'eventuale spesa prevista
- gli estremi relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo relativo al procedimento

A tale fine, si è reso disponibile a ciascuna articolazione aziendale, nell'utilizzo del programma di gestione delibere/determine "WebRainbow", all'atto dell'"INSERIMENTO NUOVA PROPOSTA" il tasto "Trasparenza", appositamente predisposto per i provvedimenti (delibere e determine) che rientrano nelle tipologie di cui all'art. 23 D.lgs 33/2013.

Il programma prevede poi una funzione per l'estrapolazione degli elenchi semestrali.

-i provvedimenti di cui agli articoli 26, 27 e 37 del D.Lgs. 33/2013.

## 2.2 Gli obiettivi

L'applicazione del D.Lgs. 33/2013 ha determinato e determina tutt'ora problemi complessi di interpretazione, non ancora del tutto risolti, nonostante pronunciamenti dell'A.N.A.C. (ex C.I.V.I.T.), direttive della Regione Emilia-Romagna (note del 2.7.2013 e del 23.09.2013) e della Presidenza del Consiglio dei Ministri (Circolare 2 del 19.7.2013).

La deliberazione della Giunta Regionale n.1621 del 11.11.2013 "*Indirizzi interpretativi per l'applicazione degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs 33/2013*" (che disciplina, in particolare, gli obblighi di cui agli artt. 4, comma 3, 14, 15, 22,23, 26, 27, 30, 33, 35, 37) rinvia ad ulteriore apposita direttiva gli indirizzi per l'adeguamento da parte delle Aziende sanitarie alle disposizioni del Decreto.

La complessità e l'ampiezza degli obblighi, unitamente al rispetto del principio dell'invarianza finanziaria ed alla conseguente assenza di risorse (in particolare umane) aggiuntive da dedicare all'attuazione delle norme in tema di trasparenza, non possono non incidere sui tempi di adeguamento.

A ciò si aggiunga anche l'esigenza di costruire un sistema complessivamente omogeneo tra le aziende sanitarie, almeno per quelle afferenti al medesimo ambito territoriale (AVEC), in modo da costituire un sistema "confrontabile" per l'utenza, che abbia le stesse caratteristiche e gli stessi contenuti. Anche tale finalità presuppone una concertazione delle azioni e molteplici confronti, incidendo sui tempi di realizzazione.

In relazione a quanto sopra evidenziato, l'Azienda è prioritariamente impegnata a proseguire nel progressivo completamento dell'attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalle norme di legge, per arrivare nel triennio 2014-2016 al pieno adempimento sotto i diversi profili della completezza delle informazioni pubblicate, della qualità dei dati e dell'aggiornamento (oltre che dei tempi e delle modalità di archiviazione).

Lo stato di attuazione della sezione è sinteticamente descritto nell'allegato 1, che riporta, inoltre, i tempi di completamento delle pubblicazioni (che costituirà obiettivo per i dirigenti competenti), nonché le strutture responsabili individuate per la produzione e pubblicazione dei dati relativi a ciascun parametro di trasparenza.

Gli ulteriori obiettivi di trasparenza sono elencati nell'allegato 2, con dettaglio del contenuto, dei tempi di realizzazione, degli indicatori e delle competenze.

In sede di aggiornamento annuale del Programma verrà rilevato lo stato di attuazione degli obiettivi.

Potranno inoltre essere apportate varianti in relazione ad eventuali indicazioni/verifiche A.N.A.C..

Analogamente, ci si riserva di integrare/modificare il presente Programma in relazione alle interpretazioni della normativa ed alle direttive che dovessero pervenire dagli organismi/enti competenti.

### 3. INIZIATIVE DI COMUNICAZIONE DELLA TRASPARENZA

Nell'elaborazione di questo documento assume un valore centrale il concetto di Trasparenza *“intesa come accessibilità totale (...) delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione (...)”* (Art. 11, comma 1, Dlgs 150/2009).

Ciò presuppone l'accesso da parte dell'intera collettività a tutte le informazioni 'pubbliche', come mezzo funzionale all'affermazione della cultura della legalità e dell'integrità, senza, comunque, dimenticare la necessaria e doverosa attenzione alle previsioni del Codice Privacy e quindi tenendo in debita considerazione la necessità di non ledere, nel perseguimento di obiettivi di trasparenza, eventuali altri diritti costituzionalmente garantiti.

L'Azienda ha collocato tra i suoi valori fondanti la centralità del cittadino e rende disponibili ai cittadini/pazienti/utenti le informazioni necessarie per una scelta consapevole nell'ambito delle prestazioni e dei servizi offerti nonché per l'accesso agli stessi. Assicura la partecipazione dei cittadini, anche tramite le Organizzazioni Sindacali, le Associazioni di Volontariato, le Associazioni dei Familiari e di Tutela dei Diritti, e ne favorisce il fattivo contributo alla valutazione della qualità dei servizi ed alla programmazione delle attività, anche attraverso forme innovative di partecipazione.

La *Carta dei Servizi* è il documento che nasce dalla volontà dell'Azienda di migliorare il rapporto con il cittadino, secondo una logica di trasparenza e di garanzia dei diritti. Costituisce la formalizzazione di un patto sulla qualità dei servizi offerti che l'Azienda stipula con i cittadini. Tale documento esplicita, infatti, le caratteristiche standard delle prestazioni e dei servizi offerti e costituisce il punto di riferimento per attivare momenti di verifica da parte dell'utenza e successivi processi di miglioramento. Offre inoltre le principali informazioni sull'Azienda, sull'offerta di servizi, sull'accesso alle prestazioni e sui meccanismi di tutela e di partecipazione.

L'Azienda riconosce che la valenza comunicativa e relazionale è componente fondamentale degli atti professionali di tutti gli operatori.

Attiva idonei ed adeguati strumenti per l'ascolto e la comunicazione con i cittadini, assicurandone la partecipazione e la tutela dei diritti.

L'Azienda promuove la partecipazione degli operatori e crea le condizioni per un coinvolgimento ampio e diffuso degli stessi nei processi e nelle decisioni aziendali.

Pertanto, per favorire il rapporto diretto tra l'Azienda, il cittadino e in particolare gli stakeholder, si prevedono diversi strumenti di comunicazione del presente programma, quali, a titolo esemplificativo Giornate della Trasparenza (da organizzare eventualmente a livello provinciale, unitamente all'Azienda USL di Ferrara, ovvero di Area Vasta), previste dallo stesso decreto o incontri informativi e di recepimento delle istanze dei portatori di interesse esterni ed interni, la pubblicazione del piano sul sito istituzionale aziendale, sull'intranet aziendale.

Il percorso di diffusione dei contenuti del Programma della trasparenza e di ascolto e recepimento delle istanze coinvolgerà gli stakeholder esterni (Istituzioni, Associazioni, Organizzazioni Sindacali, Imprese e Cittadini) ed interni (Dipendenti), per sostenere una cultura organizzativa della trasparenza.

Il Programma sarà pubblicato nel sito web istituzionale e nella intranet aziendale.

## 4. ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA TRASPARENZA

### 4.1. Responsabilità, competenze, misure organizzative del Responsabile per la trasparenza (R.T)

1 svolge i compiti previsti dall'art. 43 del D.Lgs. 33/2013 e precisamente:

1.1 “svolge stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate” (comma 1)

1.2 Segnala “all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione, all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione” (comma 1);

1.3 “Provvede all'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità” (comma 2);

1.4 “Controlla e assicura la regolare attuazione dell'accesso civico;” (comma 4);

1.5 “In relazione alla loro gravità, il responsabile segnala i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, all'ufficio di disciplina, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare. Il Responsabile segnala altresì gli inadempimenti al vertice politico dell'amministrazione, all'OIV ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità” (comma 5).

Spetta inoltre al Responsabile trasparenza:

- definire l'aggiornamento della struttura della sezione “Amministrazione Trasparente”, tramite l'inserimento e la denominazione delle sotto sezioni di livello 1 e delle sotto sezioni di livello 2 secondo le indicazioni degli organismi competenti, comprese le sotto sezioni dei “Dati ulteriori”;
- coordinare in fase di prima applicazione gli accessi dei redattori web con successiva specificazione per ciascuno di essi delle corrispondenti sotto sezioni (o parti di sotto sezione) di competenza;
- effettuare i controlli e monitoraggi come più avanti descritto.

### 4.2. Direttori e altri Responsabili della pubblicazione.

1. Nell'Allegato 1 sono individuate per ciascun obbligo di pubblicazione, le articolazioni aziendali cui afferisce l'obbligo stesso, nonché le articolazioni deputate alla produzione e/o trasmissione del dato. Qualora gli atti da pubblicare non siano prodotti dall'Azienda sono indicati gli enti produttori.

2. I Responsabili della pubblicazione sono individuati in quanto Responsabili del procedimento ex L. 241/90 o in quanto gestori/responsabili del processo o delle funzioni afferenti all'obbligo di pubblicazione.

Ai sensi dell'art. 43 D.Lgs 33/2013 e dell'art. 6 L. 241/90 ogni direttore/dirigente è responsabile delle pubblicazioni previste dalla normativa per i procedimenti di competenza degli uffici afferenti al direttore/dirigente medesimo.

3. Il Responsabile della pubblicazione:

- definisce, eventualmente d'intesa con i responsabili della produzione dei dati, i contenuti dell'obbligo di pubblicazione di cui è responsabile, ferme restando eventuali indicazioni degli organismi/enti competenti (es. A.N.A.C., Regione Emilia Romagna), o interne all'Azienda (Direzione, Responsabile per la trasparenza, Nucleo di valutazione).
- Provvede alla pubblicazione/validazione dei dati/informazioni, cura/valida l'aggiornamento secondo le tempistiche stabilite negli obiettivi di trasparenza e la qualità dei dati.
- Individua gli operatori incaricati della pubblicazione (eventualmente specificandone le abilitazioni di accesso alle sezioni/sottosezioni in caso di diversificazione della competenza). Fornisce le necessarie istruzioni nel merito dei dati da pubblicare.
- Valida i dati preliminarmente alla pubblicazione.
- Ha cura di pubblicare - nel caso in cui i dati/informazioni oggetto dell'obbligo di pubblicazione facciano parte di flussi informativi istituzionali o comunque formali - dati tratti da detti flussi, al fine di garantire la coerenza e certezza delle informazioni.
- Regola, d'intesa con i responsabili degli uffici produttori, modalità, tempi e contenuti del flusso informativo -compresi gli aggiornamenti- tramite appositi protocolli/procedure operative/note. Qualora le informazioni/atti da pubblicare siano prodotte da enti diversi, si attiva nei confronti degli stessi.
- Effettua i controlli e monitoraggi richiesti dal Responsabile della trasparenza, propedeutici all'azione di controllo e monitoraggio di competenza di quest'ultimo.
- Collabora con il R.T. e fornisce quanto necessario per il riscontro alle richieste di accesso civico con le modalità ed i tempi più avanti definiti.

#### 4.3. Dirigente Responsabile Area Comunicazione

Il responsabile dell'Area Comunicazione cura la diffusione dei contenuti del programma della Trasparenza (compresa l'eventuale organizzazione delle Giornate della Trasparenza) secondo le modalità specificate nella sezione 2 del presente documento.

Fornisce e gestisce, per il tramite della Funzione Internet/Intranet, lo strumento tecnico necessario, anche tramite ricorso ad apposito software di gestione, per la pubblicazione dei dati con le caratteristiche tecniche previste dal D.Lgs. 33/2013 (artt. 6, 7, 8,9).

In particolare, la Funzione Internet/Intranet, nella sua attività di supporto al R.T. e quindi in sinergia con lo stesso e con il supporto del Dipartimento Interaziendale ICT:

- garantisce il salvataggio e l'archiviazione delle "modifiche" dei dati pubblicati e degli aggiornamenti (da strutturare d'intesa con i Responsabili della pubblicazione);
- garantisce la registrazione della data di pubblicazione dei dati/informazioni, compresa la registrazione della data di pubblicazione di modifiche ed aggiornamenti (ferma restando la storicizzazione delle versioni pubblicate e conservate in archivio);
- garantisce che l'abilitazione all'accesso alla sotto sezione del sito cui si riferisce l'obbligo sia riservato ai soli operatori incaricati dal Responsabile della pubblicazione;

- garantisce che, qualora nella medesima sotto sezione, con riferimento allo stesso obbligo, siano individuati più responsabili della pubblicazione, ciascuno disponga della propria area ad accesso riservato;
- garantisce che l'iter della pubblicazione preveda uno step di validazione preliminare in capo al Responsabile della pubblicazione che disporrà a tal fine di apposita abilitazione;
- provvede alla formazione sull'uso del software di gestione del sito degli operatori incaricati per la pubblicazione avvalendosi del supporto del fornitore e del Dipartimento ICT;
- rilascia le abilitazioni agli operatori incaricati della pubblicazione dal Responsabile della pubblicazione ai fini dell'accesso (per la pubblicazione) esclusivamente alle sottosezioni (o parti di sotto sezione) di competenza;
- cura e favorisce la chiarezza, semplicità e uniformità di linguaggio e di presentazione dei dati e delle informazioni pubblicati all'interno della sezione "Amministrazione trasparente" in collaborazione con i Direttori responsabili della pubblicazione e con il R.T., del quale costituisce supporto diretto per le attività connesse all'adempimento degli obblighi previsti dalla L. 190/2012 e dal D.Lgs. 33/2013 (cfr delibera 89/2013).

#### 4.4. Direttore Dipartimento Interaziendale ICT

Verifica la possibilità (e l'opportunità in termini di costi-benefici) di estrarre direttamente dagli applicativi aziendali, per le sezioni più corpose, i dati da pubblicare, anche su specifiche istanze dei responsabili della produzione e/o pubblicazione del dato.

Il Direttore del Dipartimento ICT garantisce ai Responsabili della pubblicazione il supporto tecnico anche per ciò che riguarda l'apertura dei formati e per tale aspetto costituisce il Referente del Responsabile della trasparenza nell'ambito dei controlli e monitoraggi dal medesimo disposti (come più avanti precisato).

Il Direttore del Dipartimento ICT redige, in collaborazione con l'Area Comunicazione, dettagliate ed accurate istruzioni per la produzione dei documenti/pagine web in formato aperto, che verranno fornite ai referenti/responsabili della pubblicazione; garantisce agli operatori incaricati la dotazione e il costante aggiornamento degli strumenti/applicativi per la pubblicazione in modo accessibile.

#### 4.5. Nucleo di Valutazione Aziendale (N.V.A.)

Il Nucleo di Valutazione Aziendale svolge i seguenti compiti:

- monitoraggio del funzionamento complessivo del sistema di valutazione, della trasparenza ed integrità;
- verifica della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti da A.N.A.C.;
- promozione e attestazione dell'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità;
- supporto al processo di definizione del Programma triennale della trasparenza - assolvimento degli obblighi di comunicazione all'A.N.A.C. e comunicazione delle criticità riscontrate ai competenti organi amministrativi interni e di governo dell'Azienda, secondo quanto previsto dalle norme vigenti.



#### 4.6. Controllo e monitoraggio

I Responsabili della pubblicazione, almeno due volte all'anno, con periodicità semestrale, entro il 30 aprile ed entro il 31 ottobre effettuano l'auto verifica, anche in forma di riunione con il R.T., relativamente agli obblighi di pubblicazione di competenza in base alle attribuzioni di cui all'Allegato 1 ed alla declinazione degli obiettivi ivi elencati.

A tal fine utilizzano la griglia di rilevazione riferita agli obblighi di pubblicazione (allegato 1).

Nell'ambito di tale verifica dispongono gli interventi eventualmente necessari.

I Responsabili della pubblicazione trasmettono al R.T. le griglie compilate e sottoscritte eventualmente completate da eventuali precisazioni e con specificazione dei motivi di eventuali scostamenti e l'indicazione delle azioni e dei tempi necessari per la regolarizzazione in linea con gli obiettivi definiti.

Il R.T. , previa verifica, predisporre griglia riassuntiva generale dello stato di attuazione.

Il R.T. trasmette tale documento riassuntivo, eventuali proprie precisazioni e relazioni dei Responsabili della pubblicazione e del Direttore del Dipartimento Interaziendale ICT in ordine alle proprie specifiche competenze , alla Direzione Generale e al N.V.A. entro il 31 maggio ed entro il 30 novembre di ogni anno (e, per conoscenza, ai Responsabili della pubblicazione).

Tale azione di controllo potrà eventualmente coincidere con le verifiche effettuate su disposizione A.N.A.C., se aventi pari oggetto e frequenza.

Il N.V.A., ricevuti gli atti dal R.T., effettua le verifiche entro il 30 giugno e il 31 dicembre di ogni anno.

Con le modalità di cui sopra viene realizzato anche il monitoraggio (auto verifica da parte dei Responsabili della pubblicazione) ed il controllo a cura del R.T. relativamente allo stato di pubblicazione dei "Dati ulteriori" sulla base dei tempi di realizzazione definiti negli obiettivi di trasparenza.

Il R.T. può effettuare controlli mirati a seguito di richieste di accesso civico, nonché a seguito di reclami presentati all'Azienda da soggetti terzi che riceve dall'Area Comunicazione (U.R.P.). Riferisce gli esiti dei controlli alla Direzione generale e al N.V.A..

Qualora dall'attività di controllo sopra descritta emergano ripetutamente gravi inadempienze in materia di obblighi di pubblicazione previsti dalla legge, il R.T. (in ottemperanza all'art. 43 D. Lgs. 33/2013) trasmette gli atti, oltre che alla Direzione generale e al N.V.A., anche all'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (U.P.D.).

#### 4.7. Accesso civico

L'accesso civico è il diritto di chiunque di richiedere i documenti, le informazioni o i dati che le pubbliche amministrazioni hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi del decreto legislativo n. 33/2013, laddove abbiano omesso di renderli disponibili nella sezione "Amministrazione trasparente" del proprio sito istituzionale.

La richiesta è gratuita, non deve essere motivata e va indirizzata al Responsabile della Trasparenza, il quale deve verificare se le informazioni che il richiedente indica come omesse rientrano o meno tra quelle oggetto degli obblighi di pubblicità previsti dalle norme di cui al sopra citato decreto legislativo. In caso positivo,

entro 30 giorni, l'Amministrazione provvede alla pubblicazione dei documenti o informazioni nella sezione del sito "Amministrazione Trasparente" e ne dà comunicazione al richiedente indicando il relativo collegamento ipertestuale.

L'accesso civico è disciplinato dall'apposito regolamento adottato dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria con delibera n. 164 del 12.9.2013, pubblicata nell'apposita sotto - sezione del sito.

La sotto – sezione "Altri contenuti – Accesso Civico" contiene inoltre le modalità per la presentazione dell'istanza:

la richiesta può essere redatta sul modulo appositamente predisposto e presentata:

- tramite posta elettronica tradizionale all'indirizzo [trasparenza@ospfe.it](mailto:trasparenza@ospfe.it)
- tramite posta elettronica certificata all'indirizzo [protocollo@pec.ospfe.it](mailto:protocollo@pec.ospfe.it)

I moduli sono stati predisposti in formato aperto e resi scaricabili direttamente dal sito.

Poiché il Responsabile della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione coincidono, in ossequio alle indicazioni A.N.A.C. (ex C.I.V.I.T.), è stato individuato un Referente dell'accesso civico, mentre resta in capo al Responsabile della Trasparenza la titolarità del potere sostitutivo.

Difatti, nei casi di ritardo o mancata risposta, il richiedente può ricorrere al titolare del potere sostitutivo che, verificata la sussistenza dell'obbligo di pubblicazione, provvede alla pubblicazione e ad informare il richiedente.

Anche in questo caso l'istanza dovrà pervenire

- tramite posta elettronica tradizionale all'indirizzo [trasparenza@ospfe.it](mailto:trasparenza@ospfe.it)
- tramite posta elettronica certificata all'indirizzo [protocollo@pec.ospfe.it](mailto:protocollo@pec.ospfe.it)

Anche il modulo per presentare l'istanza di accesso civico al titolare del potere sostitutivo è stato predisposto in formato aperto e reso scaricabile direttamente dal sito.

Contro le decisioni e contro il silenzio sulla richiesta di accesso civico connessa all'inadempimento degli obblighi di trasparenza, il richiedente può proporre ricorso al giudice amministrativo entro trenta giorni dalla conoscenza della decisione dell'Amministrazione o dalla formazione del silenzio.

## 5. DATI ULTERIORI

Per “dati ulteriori” si intendono i dati di cui all’art. 4, comma 3 D.Lgs 33/2013 e quindi dati, informazioni e documenti che le pubbliche amministrazioni non hanno l’obbligo di pubblicare ai sensi del D.Lgs. 33/2013 o sulla base di specifica previsione di legge o regolamento.

I dati ulteriori saranno individuati sulla base delle proposte dei Dirigenti aziendali nell’ambito del percorso di attuazione del Programma Triennale, nonché sulla base delle osservazioni/ricieste dei portatori di interessi interni ed esterni all’azienda nel corso delle consultazioni/informazioni descritte precedentemente.

I dati ulteriori saranno individuati e selezionati tenendo conto dei seguenti criteri:

- vincoli derivanti dalle norme in tema di protezione di dati personali di cui al D.Lgs 193/2006, oltre che di segreto. In particolare l’art. 4, comma 3 del D.Lgs 33/2013 citato, prevede che “Le pubbliche amministrazioni possono disporre la pubblicazione nel proprio sito istituzionale di dati, informazioni e documenti che non hanno l’obbligo di pubblicare ai sensi del presente decreto o sulla base di specifica previsione di legge o regolamento, fermi restando i limiti e le condizioni espressamente previsti da disposizioni di legge, procedendo alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti”;
- principi ulteriori che regolano l’azione amministrativa (economicità, efficienza, efficacia), in considerazione dei costi che l’amministrazione deve sopportare per procedere al reperimento ed alla pubblicazione. Pertanto i dati ulteriori potranno essere dati già disponibili nell’ambito dei vari flussi informativi aziendali, o elaborazioni di 2° livello di dati disponibili, o rappresentazioni semplificate, o comunque informazioni facilmente reperibili con modalità non inutilmente costose;
- effettivo interesse per la collettività.

ALLEGATO N. 1 AL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA' 2014-2016

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI

Denominazione sotto-sezione livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Stato avanzamento	Tempi di realizzazione/aggiornamento	Responsabile Pubblicazione	Responsabile produzione e comunicazione del dato
Disposizioni generali	Programma per la Trasparenza e l'Integrità	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Programma per la Trasparenza e l'Integrità	Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e relativo stato di attuazione (art. 10, cc. 1, 2, 3, d.lgs. 33/2013)	Annuale (art. 10, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	in fase di predisposizione	adozione entro il 31/01/2014 pubblicazione entro 30 giorni dalla adozione	Responsabile Trasparenza	Responsabile Trasparenza e Responsabili della pubblicazione
	Attestazioni OIV o struttura analoga	Art. 14, c. 4 let. g) d.lgs. n. 150/2009	Attestazioni OIV o struttura analoga	Attestazioni dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere CIVIT (ora ANAC)	Publicata attestazione in ordine agli adempimenti di cui alla delibera CIVIT 71/2013	entro 30 giorni dall'adozione o entro tempi previsti da ANAC	Responsabile Trasparenza	OIV o struttura analoga (NVA)
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi link alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Publicato	Entro 30 giorni dalla conoscenza	Segreteria Generale	Enti diversi
Atti amministrativi generali			Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Publicato	Entro 30 giorni dalla conoscenza	Segreteria Generale	Enti diversi	
Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Publicati i principali riferimenti normativi regionali relativi all' SSR	Entro 30 giorni dalla conoscenza	Segreteria Generale	Enti diversi	
Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n.		Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	Tempestivo	Publicato	entro 30 giorni dall'adozione o entro tempi previsti da Autorità o norme di legge o contrattuali	UPD/RPCT	UPD/RPCT	

		33/2013							
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 34, d.lgs. n. 33/2013	Oneri informativi per cittadini e imprese	Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, nonché l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con allegato elenco di tutti gli oneri informativi gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i medesimi atti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	In fase di approfondimento con riferimento alla applicabilità all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara			
	Scadenario obblighi amministrativi	Art. 29, c. 3, d.l. n. 69/2013 (attualmente in fase di conversione)	Scadenario obblighi amministrativi	Scadenario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni (secondo le modalità determinate con uno o più D.P.C.M. da adottare entro 90 gg. dall'entrata in vigore del d.l. n. 69/2013)	Tempestivo	In fase di approfondimento con riferimento alla applicabilità all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara			
	Burocrazia zero	Art. 37, c. 3, d.l. n. 69/2013 (attualmente in fase di conversione)	Burocrazia zero	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato	Tempestivo	In fase di approfondimento con riferimento alla applicabilità all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara			
Organizzazione	Organi di indirizzo politico-amministrativo	Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Organi di indirizzo politico-amministrativo (da pubblicare in tabelle)	Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Le informazioni relative a atti di nomina, curriculum, compensi, dichiarazioni ex d.lgs. 33 e 39/2013 sono pubblicate alla sotto sezione I liv. Personale - sotto sezione II liv. Incarichi amministrativi di vertice. Le restanti informazioni sono pubblicate a cura della Regione Emilia-Romagna			
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)				
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)				
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)				
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)				
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)				

		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)				
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 1, n. 5, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (obbligo non previsto per i comuni con popolazione inferiore ai 15000 abitanti)	Annuale				
				2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili) (obbligo non previsto per i comuni con popolazione inferiore ai 15000 abitanti)	Annuale				
				3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €) (obbligo non previsto per i comuni con popolazione inferiore ai 15000 abitanti)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)				
				4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (obbligo non previsto per i comuni con popolazione inferiore ai 15000 abitanti)	Annuale				
				5) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione (con copia della dichiarazione annuale relativa ai redditi delle persone fisiche) [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (obbligo non previsto per i comuni con popolazione inferiore ai 15000 abitanti)	Annuale				
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Provvedimenti di erogazione delle sanzioni amministrative pecuniarie a carico del responsabile della mancata comunicazione per la mancata o incompleta comunicazione dei dati concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico (di organo di indirizzo politico) al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie, del coniuge e dei parenti entro il secondo grado di parentela, nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Se l'informazione è conosciuta dall'Azienda viene pubblicata	entro 30 giorni dalla notizia della sanzione	RPCT	Enti diversi
	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non di pertinenza dell'AOU Ferrara	/	/	/

			Atti degli organi di controllo	Atti e relazioni degli organi di controllo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non di pertinenza dell'AOU Ferrara	/	/	/
Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Articolazione degli uffici	Articolazione degli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Pubblicazione in corso di ultimazione	Entro 30/6/2014	Area Comunicazione per i DAI/Dirigenti responsabili di ciascuna articolazione organizzativa	DAI / Dirigenti responsabili di ciascuna articolazione organizzativa
	Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Pubblicato	Entro 30 giorni dalla predisposizione di un nuovo organigramma aziendale	Segreteria Generale	Direzione Strategica/Segreteria Generale	
	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Competenze e risorse a disposizione di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Pubblicazione in corso di ultimazione	Entro 30/6/2014	Area Comunicazione per i DAI/Dirigenti responsabili di ciascuna articolazione organizzativa	DAI / Dirigenti responsabili di ciascuna articolazione organizzativa	
	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Pubblicazione in corso di ultimazione	Entro 30/6/2014	Area Comunicazione per i DAI/Dirigenti responsabili di ciascuna articolazione organizzativa	DAI / Dirigenti responsabili di ciascuna articolazione organizzativa	
	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Pubblicazione parziale in corso di ultimazione	Entro 30/6/2015	Dipartimento interaziendale ICT	Dipartimento interaziendale ICT
Consulenti e collaboratori	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) per i quali è previsto un compenso con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Pubblicato	Entro 30 giorni dall'efficiacia dell'atto, fatti salvi diversi obblighi di legge	DIAP/DIAT/Formazione	DIAP/DIAT/Formazione	
	Art. 10, c. 8, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Per ciascun titolare di incarico:  1) curriculum, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Pubblicato in fase di perfezionamento	Entro 30 giorni dall'efficiacia dell'atto, fatti salvi diversi obblighi di legge	DIAP/DIAT/Formazione	DIAP/DIAT/Formazione	
	Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		2) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Pubblicato	Entro 30 giorni dall'efficiacia dell'atto, fatti salvi diversi obblighi di legge	DIAP/DIAT/Formazione	DIAP/DIAT/Formazione	

		Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) 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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Publicato se presente	Entro 30 giorni dall'efficiacia dell'atto, fatti salvi diversi obblighi di legge	DIAP/DIAT/Formazione	DIAP/DIAT/Formazione
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Publicato	Entro 30 giorni dall'efficiacia dell'atto, fatti salvi diversi obblighi di legge	DIAP/DIAT/Formazione	DIAP/DIAT/Formazione
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo	Publicato	Entro 30 giorni dall'efficiacia dell'atto, fatti salvi diversi obblighi di legge	DIAP/DIAT/Formazione	DIAP/DIAT/Formazione
Incarichi amministrativi di vertice (Direttore generale, Direttore sanitario, Direttore amministrativo)	Art. 41, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	SSN - Bandi e avvisi	Bandi e avvisi di selezione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Publicato	Entro 30 giorni dalla comunicazione	Segreteria Generale	Enti diversi	
		SSN - Procedure selettive	Informazioni e dati concernenti le procedure di conferimento degli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Publicato	Entro 30 giorni dalla comunicazione	Segreteria Generale	Enti diversi	
	Art. 41, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	SSN- Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Estremi ed atti di conferimento di incarichi amministrativi di vertice a soggetti dipendenti della pubblica amministrazione (NB: sono da includersi sia i dirigenti contrattualizzati sia quelli posti in regime di diritto pubblico)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Publicato	Entro 30 giorni dall'efficiacia dell'atto, fatti salvi diversi obblighi di legge	DIAP	DIAP	
			Estremi ed atti di conferimento di incarichi amministrativi di vertice a soggetti estranei alla pubblica amministrazione con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato (NB: sono da includersi sia i dirigenti contrattualizzati sia quelli posti in regime di diritto pubblico)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Publicato	Entro 30 giorni dall'efficiacia dell'atto, fatti salvi diversi obblighi di legge	DIAP	DIAP	
			Per ciascun titolare di incarico:		Publicato				
			1) curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Publicato	Entro 30/6/2014 e comunque entro 30 giorni dall'efficiacia dell'atto, fatti salvi diversi obblighi di legge	Segreteria Generale/DIAP	Segreteria Generale/DIAP	
			2) compensi, comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Publicato				
			3) dati relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali (comprese le prestazioni svolte in regime intramurario), e relativi compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non sussiste. Se presente, pubblicato				
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		4) dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Publicato				
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		5) dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Publicato				
Dirigenti (Responsabili di Dipartimento e Responsabili di	Art. 41, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	SSN - Dirigenti (da pubblicare in tabelle)	Bandi e avvisi di selezione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Se presenti, le informazioni vengono pubblicate		DIAP	DIAP	



strutture semplici e complesse)	Art. 41, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Informazioni e dati concernenti le procedure di conferimento degli incarichi di responsabile di dipartimento e di strutture semplici e complesse	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Publicato	31/12/2014 e entro 30 giorni da eventuali variazioni	DIAP	DIAP
			Estremi ed atti di conferimento di incarichi dirigenziali di responsabile dipartimento e di strutture semplici e complesse a soggetti dipendenti della pubblica amministrazione (NB: sono da includersi sia i dirigenti contrattualizzati sia quelli posti in regime di diritto pubblico)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Publicato in fase di perfezionamento		DIAP	
			Estremi ed atti di conferimento di incarichi dirigenziali di responsabile di dipartimento e di strutture semplici e complesse a soggetti estranei alla pubblica amministrazione con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato (NB: sono da includersi sia i dirigenti contrattualizzati sia quelli posti in regime di diritto pubblico)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Se presenti, le informazioni vengono pubblicate		DIAP	
			Per ciascun titolare di incarico di responsabile di dipartimento e di struttura complessa:					
			1) curriculum vitae	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Publicato in fase di perfezionamento		Ciascun dirigente	
			2) compensi, comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Publicato in fase di perfezionamento		DIAP	
			3) dati relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali (comprese le prestazioni svolte in regime intramurario), e relativi compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			DIAP	
Posizioni organizzative	Art. 10, c. 8, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Publicato	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	DIAP	Ciascun titolare di P.O.
Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Publicato	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del Collegio Sindacale	DIAP	DIAP
	Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Publicato	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del Collegio Sindacale	DIAP	DIAP
Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato ed elenco dei titolari dei contratti a tempo determinato, con l'indicazione delle diverse tipologie di rapporto, della distribuzione di questo personale tra le diverse qualifiche e aree professionali, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Publicazione in corso di predisposizione	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del Collegio Sindacale	DIAP	DIAP
	Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)	Publicazione in corso di predisposizione	Entro 30 giorni dalla scadenza dell'obbligo	DIAP	DIAP

	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Publicato	Entro 30 giorni dalla scadenza dell'obbligo	DIAP	DIAP
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente, con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Publicato	Entro 30 giorni dalla autorizzazione / conferimento	DIAP	DIAP
	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Publicato	Entro 30 giorni dall'efficacia dell'atto, fatti salvi diversi obblighi di legge	DIAP / URS	DIAP / URS
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Publicato	Entro 30 giorni dal perfezionamento del contratto integrativo	URS	URS
		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	Publicato	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del Collegio Sindacale	URS	DIAP
	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013 Par. 14.2, delib. CIVIT n. 12/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi, curricula e compensi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Publicato	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Segreteria Nucleo di valutazione aziendale	Segreteria Nucleo di valutazione aziendale
Bandi di concorso		Art. 19, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Publicato in fase di perfezionamento	Entro 31/3/2015 e comunque entro 30 giorni dall'efficacia dell'atto, fatti salvi diversi obblighi di legge	DIAP	DIAP
		Art. 19, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Elenco dei bandi espletati (da pubblicare in tabelle)	Elenco dei bandi in corso e dei bandi espletati nel corso dell'ultimo triennio con l'indicazione, per ciascuno di essi, del numero dei dipendenti assunti e delle spese effettuate	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)				
	Art. 23, cc. 1 e 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 16, lett. d), l. n. 190/2012	Dati relativi alle procedure selettive (da pubblicare in tabelle)	Concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera	3) estremi relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo relativo al procedimento	Tempestivo				
			Per ciascuno dei provvedimenti: 1) oggetto 2) eventuale spesa prevista						

Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CIVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	in fase di predisposizione	Entro 30 giorni dall'adozione	Programmazione e Controllo di Gestione	Programmazione e Controllo di Gestione
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	in fase di predisposizione	Entro 31/1/2014 e comunque entro 30 giorni dall'adozione	Programmazione e Controllo di Gestione	Programmazione e Controllo di Gestione
	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	in fase di predisposizione	Entro 30 giorni dall'adozione	Programmazione e Controllo di Gestione	Programmazione e Controllo di Gestione
	Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance	Par. 2.1, delib. CIVIT n. 6/2012	Documento OIV di validazione della Relazione sulla Performance	Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	in fase di predisposizione	Entro 30 giorni dall'adozione	Segreteria Nucleo di valutazione aziendale	NVA
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Pubblicato	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del Collegio Sindacale	URS	URS
			(da pubblicare in tabelle)	Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)				
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Entità del premio mediamente conseguibile dal personale dirigenziale e non dirigenziale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	In fase di approfondimento con riferimento alla applicabilità all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara			
				Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)				
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)				
	Benessere organizzativo	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Pubblicazione in corso di predisposizione	30/06/2015	RPCT	CUG
Enti controllati	Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara non ha istituito, non vigila e non finanzia nessun ente pubblico e non ha alcun potere di nomina degli	/	/	/
				Per ciascuno degli enti:					
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				

				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	amministratori dell'ente			
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		7A. Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)				
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		7B. Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)				
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati nei quali sono pubblicati i dati relativi ai componenti degli organi di indirizzo politico e ai soggetti titolari di incarichi dirigenziali, di collaborazione o consulenza	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
	Società partecipate	Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Publiccato	entro 30/6 di ciascun anno, fatti salvi diversi obblighi di legge	Segreteria Generale	Società partecipate
				Per ciascuna delle società:	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
				7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				

		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate nei quali sono pubblicati i dati relativi ai componenti degli organi di indirizzo politico e ai soggetti titolari di incarichi dirigenziali, di collaborazione o consulenza	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
Enti di diritto privato controllati		Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati  (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara esercita controlli su enti di diritto privato	/	/	/
				Per ciascuno degli enti:					
				1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
				Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013					
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		7A. Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)					
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		7B. Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)					
	Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati nei quali sono pubblicati i dati relativi ai componenti degli organi di indirizzo politico e ai soggetti titolari di incarichi dirigenziali, di collaborazione o consulenza	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)					
	Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Publicato	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Segreteria Generale	Segreteria Generale
Attività e procedimenti	Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Annuale La prima pubblicazione decorre dal termine di sei mesi dall'entrata in vigore del decreto	In fase di approfondimento con riferimento alla applicabilità all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara			
	Tipologie di procedimento		Tipologie di procedimento  (da pubblicare in tabelle)	Per ciascuna tipologia di procedimento:		Publicato	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Dirigenti di ciascuna articolazione organizzativa interessata	Dirigenti di ciascuna articolazione organizzativa interessata
		Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)				
Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs.	2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs.							

		n. 33/2013			n. 33/2013)			
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) nome del responsabile del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
		Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
		Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
		Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
		Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
		Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		9) link di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
		Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
		Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
		Art. 35, c. 1, lett. n), d.lgs. n. 33/2013		12) risultati delle indagini di customer satisfaction condotte sulla qualità dei servizi erogati attraverso diversi canali, con il relativo andamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Pubblicazione in fase di predisposizione	31/12/2014	
				Per i procedimenti ad istanza di parte:				
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Pubblicato	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	
			Singoli	Per ciascun procedimento di autorizzazione o concessione:				

		Art. 23, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, cc. 15 e 16, l. n. 190/2012	procedimenti di autorizzazione e concessione  (da pubblicare in tabelle)	1) contenuto	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Non di pertinenza dell'AOU Ferrara	Non di pertinenza dell'AOU Ferrara		
		Art. 23, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, cc. 15 e 16, l. n. 190/2012		2) oggetto	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)				
		Art. 23, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, cc. 15 e 16, l. n. 190/2012		3) eventuale spesa prevista	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)				
		Art. 23, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, cc. 15 e 16, l. n. 190/2012		4) estremi relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo relativo al procedimento con indicazione del responsabile del procedimento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)				
		Art. 2, c. 9-bis, l. n. 241/1990		Per ciascun procedimento nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo per la conclusione del procedimento	Tempestivo				
		Art. 1, c. 29, l. n. 190/2012		Indirizzo di posta elettronica certificata a cui il cittadino possa trasmettere istanze e ricevere informazioni circa i provvedimenti e i procedimenti amministrativi che lo riguardano	Tempestivo				
Monitoraggio tempi procedurali	Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedurali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) La prima pubblicazione decorre dal termine di sei mesi dall'entrata in vigore del decreto	Publicato	Entro 30 aprile e 31 ottobre di ciascun anno	RPCT	Dirigenti di ciascuna articolazione organizzativa interessata	
Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Publicato secondo le specifiche caratteristiche dell'Azienda e le linee guida AVEC	Publicato secondo le specifiche caratteristiche dell'Azienda e le linee guida AVEC	Tutte le articolazioni organizzative interessate	Tutte le articolazioni organizzative interessate	
		Convenzioni-quadro	Convenzioni-quadro volte a disciplinare le modalità di accesso ai dati da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
		Modalità per l'acquisizione d'ufficio dei dati	Ulteriori modalità per la tempestiva acquisizione d'ufficio dei dati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
		Modalità per lo svolgimento dei controlli	Ulteriori modalità per lo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive da parte delle amministrazioni procedenti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti organi indirizzo politico  (da pubblicare in tabelle)	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera; accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Publicato	Entro 30 aprile e 31 ottobre di ciascun anno	Segreteria Generale	Tutte le articolazioni organizzative interessate

		Art. 23, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Per ciascuno dei provvedimenti:						
				1) contenuto	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)					
				2) oggetto	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)					
				3) eventuale spesa prevista	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)					
				4) estremi relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo relativo al procedimento	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)					
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti dirigenti amministrativi (da pubblicare in tabelle)		Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera; accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Pubblicato	Entro 30 aprile e 31 ottobre di ciascun anno	Segreteria Generale	Tutte le articolazioni organizzative interessate
					Per ciascuno dei provvedimenti:					
					1) contenuto	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
					2) oggetto	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
					3) eventuale spesa prevista	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
4) estremi relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo relativo al procedimento	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)									
Controlli sulle imprese		Art. 25, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di controllo	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	In fase di approfondimento con riferimento alla applicabilità all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara				
		Art. 25, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Obblighi e adempimenti	Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)					
Bandi di gara e contratti		Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Artt. 63, 66, d.lgs. n. 163/2006	Avviso di preinformazione	Avviso di preinformazione	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006	Pubblicato in fase di perfezionamento	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006	Tutte le articolazioni organizzative interessate	Tutte le articolazioni organizzative interessate	
		Art. 37, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Delibera a contrarre	Delibera a contrarre, nell'ipotesi di procedura negoziata senza previa pubblicazione di un bando di gara	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006					



		Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Artt. 66, 122, d.lgs. n. 163/2006	Avvisi, bandi ed inviti	Avvisi, bandi e inviti per contratti di lavori sottosoglia comunitaria	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006				
		Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Artt. 66, 124, d.lgs. n. 163/2006		Avvisi, bandi e inviti per contratti di servizi e forniture sottosoglia comunitaria	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006				
		Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 66, d.lgs. n. 163/2006		Avvisi, bandi e inviti per contratti di lavori soprasoglia comunitaria	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006				
		Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 66, d.lgs. n. 163/2006		Avvisi, bandi e inviti per contratti di servizi e forniture soprasoglia comunitaria	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006				
		Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Artt. 66, 206, d.lgs. n. 163/2006		Bandi e avvisi per appalti di lavori nei settori speciali	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006				
		Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Artt. 66, 206, d.lgs. n. 163/2006		Bandi e avvisi per appalti di servizi e forniture nei settori speciali	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006				
		Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Artt. 65, 66, d.lgs. n. 163/2006	Avvisi sui risultati della procedura di affidamento	Avviso sui risultati della procedura di affidamento	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006				
		Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Artt. 66, 223, d.lgs. n. 163/2006	Avvisi sistema di qualificazione	Avvisi periodici indicativi e avvisi sull'esistenza di un sistema di qualificazione - settori speciali	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006				
		Art. 3, delib. AVCP n. 26/2013	Informazioni sulle singole procedure  (da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art.	Codice Identificativo Gara (CIG)	Tempestivo	Publicato	31/01/2014 e comunque entro 30 giorni dalla disponibilità dell'informazione	Tutte le articolazioni organizzative interessate	Tutte le articolazioni organizzative interessate

		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 3, delib. AVCP n. 26/2013	1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate con Comunicato del Presidente dell'AVCP del 22 maggio 2013)	Struttura proponente	Tempestivo			
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 3, delib. AVCP n. 26/2013		Oggetto del bando	Tempestivo			
		Art. 3, delib. AVCP n. 26/2013		Procedura di scelta del contraente	Tempestivo			
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 3, delib. AVCP n. 26/2013		Elenco degli operatori invitati a presentare offerte/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento	Tempestivo			
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 3, delib. AVCP n. 26/2013		Aggiudicatario	Tempestivo			
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 3, delib. AVCP n. 26/2013		Importo di aggiudicazione	Tempestivo			
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 3, delib. AVCP n. 26/2013		Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura	Tempestivo			
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 3, delib. AVCP n. 26/2013		Importo delle somme liquidate	Tempestivo	Publicato in fase di perfezionamento		
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 3, delib. AVCP n. 26/2013	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, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)		Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)	Publicato		
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Publicato		
	Atti di concessione	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	Publicato	Entro 30 giorni dall'efficiacia dell'atto, fatti salvi diversi obblighi di legge	Tutte le articolazioni organizzative interessate

		<p>Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013</p> <p>Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013</p> <p>Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013</p> <p>Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013</p> <p>Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013</p> <p>Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013</p> <p>Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013</p> <p>Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013</p>	<p>pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali)</p> <p>(NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)</p>	<p>Per ciascuno:</p> <p>1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario</p> <p>2) importo del vantaggio economico corrisposto</p> <p>3) norma o titolo a base dell'attribuzione</p> <p>4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo</p> <p>5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario</p> <p>6) link al progetto selezionato</p> <p>7) link al curriculum del soggetto incaricato</p> <p>Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro</p>	<p>Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)</p> <p>Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)</p>				
		Art. 1, d.P.R. n. 118/2000	Albo dei beneficiari	Albo dei soggetti, ivi comprese le persone fisiche, cui sono stati erogati in ogni esercizio finanziario contributi, sovvenzioni, crediti, sussidi e benefici di natura economica a carico dei rispettivi bilanci	Annuale	In fase di approfondimento con riferimento alla applicabilità all'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara			
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	<p>Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013</p> <p>Art. 1, c. 15, l. n. 190/2012</p> <p>Art. 32, c. 2, l. n. 69/2009</p> <p>Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011</p>	Bilancio preventivo	Bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Publicato	Entro 30 giorni dall'efficiacia dell'atto, fatti salvi diversi obblighi di legge	Direzione Risorse Economico finanziarie e Contabilità	Direzione Risorse Economico finanziarie e Contabilità
		<p>Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013</p> <p>Art. 1, c. 15, l. n. 190/2012</p> <p>Art. 32, c. 2, l. n. 69/2009</p> <p>Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011</p>	Bilancio consuntivo	Bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Publicato	Entro 30 giorni dall'efficiacia dell'atto, fatti salvi diversi obblighi di legge	Direzione Risorse Economico finanziarie e Contabilità	Direzione Risorse Economico finanziarie e Contabilità

	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Publicato	Entro 30 giorni dall'efficacia dell'atto, fatti salvi diversi obblighi di legge	Programmazione e Controllo di Gestione/Area Comunicazione	Programmazione e Controllo di Gestione/Direzione Strategica
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Publicato	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	DIAT	DIAT
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Publicato	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	DIAT	DIAT
Controlli e rilievi sull'amministrazione		Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Rilievi organi di controllo e revisione	Rilievi non recepiti, unitamente agli atti cui si riferiscono, degli organi di controllo interno, degli organi di revisione amministrativa e contabile	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Se presenti, le informazioni vengono pubblicate	Entro 30 giorni da eventuali comunicazioni	Segreteria Collegio Sindacale	Collegio Sindacale
			Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi ancorchè recepiti, unitamente agli atti cui si riferiscono, della Corte dei conti riguardanti l'organizzazione e l'attività dell'amministrazione o di singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Se presenti, le informazioni vengono pubblicate	Entro 30 giorni da eventuali comunicazioni	Segreteria Generale	Enti diversi
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Publicata	Entro 30 giorni da eventuali variazioni/adozione nuova carta	Area Comunicazione	Area Comunicazione e tutte le articolazioni organizzative interessate
	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009 Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009 Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposita dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo	Se presenti, le informazioni vengono pubblicate			
				Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo				
				Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo				
	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 15, l. n. 190/2012 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi, evidenziando quelli effettivamente sostenuti e quelli imputati al personale per ogni servizio erogato e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)	Publicato	Entro 30 giorni dalla trasmissione ufficiale	Servizio Programmazione e Controllo di Gestione	Servizio Programmazione e Controllo di Gestione
	Tempi medi di erogazione dei servizi	Art. 32, c. 2, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Tempi medi di erogazione dei servizi (da pubblicare in tabelle)	Tempi medi di erogazione dei servizi (per ogni servizio erogato) agli utenti, sia finali che intermedi, con riferimento all'esercizio finanziario precedente	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)	Publicato	Entro 30 giorni dalla trasmissione ufficiale	Servizio Programmazione e Controllo di Gestione	Servizio Programmazione e Controllo di Gestione
Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (da pubblicare in tabelle)	Tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Publicato	Entro 30 giorni dalla trasmissione ufficiale	Servizio Programmazione e Controllo di Gestione	Servizio Programmazione e Controllo di Gestione	
Pagamenti dell'amministrazione	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi e forniture (indicatore di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Publicato	Entro 31/3 di ciascun anno	Direzione Risorse Economico finanziarie e Contabilità	Direzione Risorse Economico finanziarie e Contabilità

	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonchè i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	Publicato	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Direzione Risorse Economico finanziarie e Contabilità	Direzione Risorse Economico finanziarie e Contabilità
Opere pubbliche		Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Documenti di programmazione	Documenti di programmazione, anche pluriennale, delle opere pubbliche di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	Pubblicazione in fase di perfezionamento anche in ordine alla valutazione dell'applicabilità all'AOU di alcuni degli obblighi della sotto sezione	Entro 30 giorni dall'efficacia dell'atto, fatti salvi diversi obblighi di legge	DIAT	
		Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Linee guida per la valutazione	Linee guida per la valutazione degli investimenti	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
		Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Relazioni annuali	Relazioni annuali	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
		Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Altri documenti	Ogni altro documento predisposto nell'ambito della valutazione, ivi inclusi i pareri dei valutatori che si discostino dalle scelte delle amministrazioni e gli esiti delle valutazioni ex post che si discostino dalle valutazioni ex ante	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
		Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Nuclei di valutazione	Informazioni relative ai Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi e costi di realizzazione	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle)	Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche completate	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)				
Altri contenuti - Corruzione			Piano triennale di prevenzione della corruzione	Piano triennale di prevenzione della corruzione	Annuale	In fase di predisposizione	adozione entro il 31/01/2014 pubblicazione entro 30 giorni dalla adozione	RPCT	RPCT
		Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione	Responsabile della prevenzione della corruzione	Tempestivo	pubblicato	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	RPCT	RPCT
		delib. CIVIT n. 105/2010 e 2/2012	Responsabile della trasparenza	Responsabile della trasparenza (laddove diverso dal Responsabile della prevenzione della corruzione)	Tempestivo				

			Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo	Se adottati, verranno pubblicati			
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della corruzione	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)	Verrà predisposta entro 15/12/2014	pubblicazione entro 30 giorni	RPCT	RPCT
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Atti di adeguamento a provvedimenti CIVIT	Atti adottati in ottemperanza a provvedimenti della CIVIT in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo	Se adottati, verranno pubblicati			
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo	Se presenti, le informazioni vengono pubblicate		RPCT	RPCT
Altri contenuti - Accesso civico		Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico	Nome del Responsabile della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	pubblicato	pubblicato	RPCT	RPCT
		Art. 5, c. 4, d.lgs. n. 33/2013		Nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	pubblicato	pubblicato	RPCT	RPCT
Altri contenuti - Accessibilità e Catalogo di dati, metadati e banche dati		Art. 52, c. 1, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati	Annuale	In fase di valutazione e approfondimento			
		Art. 52, c. 1, d.lgs. 82/2005	Catalogo di dati, metadati e banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni	Annuale	In fase di valutazione e approfondimento			
		Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 61/2013)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno)	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)	In fase di valutazione e approfondimento			
		Art. 63, cc. 3-bis e 3-quater, d.lgs. n. 82/2005	Provvedimenti per uso dei servizi in rete	Elenco dei provvedimenti adottati per consentire l'utilizzo di servizi in rete, anche a mezzo di intermediari abilitati, per la presentazione telematica da parte di cittadini e imprese di denunce, istanze e atti e garanzie fideiussorie, per l'esecuzione di versamenti fiscali, contributivi, previdenziali, assistenziali e assicurativi, per la richiesta di attestazioni e certificazioni, nonché dei termini e modalità di utilizzo dei servizi e dei canali telematici e della posta elettronica (l'obbligo di pubblicazione dovrà essere adempiuto almeno 60 giorni prima della data del 1 gennaio 2014, ossia entro il 1 novembre 2013)	Annuale	pubblicato, in fase di perfezionamento		ICT	ICT

Altri contenuti - Dati ulteriori		Art. 4, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	<p><b>Dati ulteriori</b></p> <p>(NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)</p>	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate	Annuale		Annuale	Tutte le articolazioni organizzative interessate	Tutte le articolazioni organizzative interessate
----------------------------------	--	---	---	--	---------	--	---------	--	--

**ALLEGATO 2 AL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA' 2014 – 2016**

**OBIETTIVI**

<b>2014</b>			
<b>DESCRIZIONE OBIETTIVO</b>	<b>SOGGETTI RESPONSABILI DEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO</b>	<b>TEMPI</b>	<b>INDICATORI</b>
Adempimento obblighi pubblicazione previsti dalle norme vigenti	Tutti i Responsabili di cui all'Allegato 1	come da allegato 1 al Programma	Dati pubblicati e aggiornati
Individuazione/Pubblicazione Dati ulteriori	Tutti i Responsabili della pubblicazione di cui all'Allegato 1	entro 31.10.2014	Dati ulteriori pubblicati
Controllo e monitoraggio pubblicazione	Tutti i Responsabili della pubblicazione di cui all'Allegato 1	entro le scadenze definite nel Programma	Report/relazioni
	Responsabile Trasparenza	entro le scadenze definite nel Programma	Report/relazioni
Diffusione Programma Trasparenza	Area Comunicazione	entro 31.03.2014	Piano di comunicazione e realizzazione dello stesso
Formazione operatori incaricati	Area Comunicazione/ICT	entro 31.12.2014	n. operatori formati
Monitoraggio livelli di utilità dati pubblicati	Area Comunicazione	31.10.2014	Rilevazione accessi alla sezione "Amministrazione Trasparente"
Verifica, anche in forma di riunione con il R.T., relativamente agli obblighi di pubblicazione di competenza	Tutti i Responsabili della pubblicazione di cui all'Allegato 1	Entro 30 aprile ed entro il 31 ottobre	Relazione anche in forma di scheda o griglia
Trasmissione documento riassuntivo delle verifiche dei responsabili della pubblicazione alla Direzione Generale e al N.V.A.	Responsabile Trasparenza	Entro il 31 maggio ed entro il 30 novembre	Griglia riassuntiva generale



<b>2015</b>			
<b>DESCRIZIONE OBIETTIVO</b>	<b>SOGGETTI RESPONSABILI DEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO</b>	<b>TEMPI</b>	<b>INDICATORI</b>
Aggiornamento Programma Trasparenza	Responsabile Trasparenza	entro 31.01.2015	Deliberazione di approvazione
Adempimento obblighi pubblicazione previsti dalle norme vigenti	Tutti i Responsabili di cui all'Allegato 1	come da allegato 1 al Programma	Dati pubblicati e aggiornati
Individuazione/Pubblicazione Dati ulteriori	Tutti i Responsabili della pubblicazione di cui all'Allegato 1	entro 31.10.2015	Dati ulteriori pubblicati
Controllo e monitoraggio pubblicazione	Tutti i Responsabili della pubblicazione di cui all'Allegato 1  Responsabile Trasparenza	entro le scadenze definite nel Programma  entro le scadenze definite nel Programma	Report/relazioni  Report/relazioni
Diffusione Programma Trasparenza	Area Comunicazione	entro 31.03.2015	Piano di comunicazione e realizzazione dello stesso
Monitoraggio livelli di utilità dati pubblicati	Area Comunicazione	31.10.2015	Rilevazione accessi alla sezione "Amministrazione Trasparente"
Aggiornamento dei dati pubblicati	Tutti i Responsabili della pubblicazione di cui all'Allegato 1	Secondo le tempistiche di cui all'Allegato 1	Dati aggiornati
Verifica, anche in forma di riunione con il R.T., relativamente agli obblighi di pubblicazione di competenza	Tutti i Responsabili della pubblicazione di cui all'Allegato 1	Entro 30 aprile ed entro il 31 ottobre	Relazione anche in forma di scheda o griglia
Trasmissione documento riassuntivo delle verifiche dei responsabili della pubblicazione alla Direzione Generale e al N.V.A.	Responsabile Trasparenza	Entro il 31 maggio ed entro il 30 novembre	Griglia riassuntiva generale

<b>2016</b>			
<b>DESCRIZIONE OBIETTIVO</b>	<b>SOGGETTI RESPONSABILI DEL RAGGIUNGIMENTO DELL'OBIETTIVO</b>	<b>TEMPI</b>	<b>INDICATORI</b>
Aggiornamento Programma Trasparenza	Responsabile Trasparenza	entro 31.01.2016	Deliberazione di approvazione
Adempimento obblighi pubblicazione previsti dalle norme vigenti	Tutti i Responsabili di cui all'Allegato 1	come da allegato 1 al Programma	Dati pubblicati e aggiornati
Individuazione/Pubblicazione Dati ulteriori	Tutti i Responsabili della pubblicazione di cui all'Allegato 1	entro 31.10.2016	Dati ulteriori pubblicati
Controllo e monitoraggio pubblicazione	Tutti i Responsabili della pubblicazione di cui all'Allegato 1  Responsabile Trasparenza	entro le scadenze definite nel Programma  entro le scadenze definite nel Programma	Report/relazioni  Report/relazioni
Diffusione Programma Trasparenza	Area Comunicazione	entro 31.03.2016	Piano di comunicazione e realizzazione dello stesso
Monitoraggio livelli di utilità dati pubblicati	Area Comunicazione	31.10.2016	Rilevazione accessi alla sezione "Amministrazione Trasparente"
Aggiornamento dei dati pubblicati	Tutti i Responsabili della pubblicazione di cui all'Allegato 1	Secondo le tempistiche di cui all'Allegato 1	Dati aggiornati
Verifica, anche in forma di riunione con il R.T., relativamente agli obblighi di pubblicazione di competenza	Tutti i Responsabili della pubblicazione di cui all'Allegato 1	Entro 30 aprile ed entro il 31 ottobre	Relazione anche in forma di scheda o griglia
Trasmissione documento riassuntivo delle verifiche dei responsabili della pubblicazione alla Direzione Generale e al N.V.A.	Responsabile Trasparenza	Entro il 31 maggio ed entro il 30 novembre	Griglia riassuntiva generale

**Arcispedale S. Anna**  
Direzione Generale

**Struttura Semplice**  
**Segreteria Generale**  
**Il Responsabile della Prevenzione corruzione e della Trasparenza**

## **Relazione illustrativa di accompagnamento del Codice di comportamento (Delibera n. 75/2013 dell’Autorità Nazionale Anticorruzione).**

Il percorso di adozione del Codice di Comportamento dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara è stato effettuato tenendo conto delle indicazioni contenute nelle “Linee guida in materia di codici di comportamento delle pubbliche amministrazioni” (delibera Autorità Nazionale Anticorruzione n. 75/2013) e del D.P.R. 62/2013 “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’art. 54 del D.Lgs. 30.3.2001 n. 165”.

L’ art. 54 del D.Lgs 165/2001, come modificato dalla legge 190/2012, al comma 5, prevede infatti che *“ciascuna pubblica amministrazione definisce, con procedura aperta alla partecipazione e previo parere obbligatorio del proprio organismo indipendente di valutazione, un proprio codice di comportamento. ..omissis..”* che integra e specifica il codice di comportamento dei dipendenti pubblici di cui al DPR 62/2013.

Con delibera n. 75/2013 avente ad oggetto “Linee guida in materia di codici di comportamento delle pubbliche amministrazioni”, l’ANAC – Autorità Nazionale Anticorruzione, ha precisato che con *“procedura aperta alla partecipazione”* si intende che l’adozione del Codice di comportamento aziendale (e il suo aggiornamento) *“dovrà avvenire con il coinvolgimento degli stakeholder, la cui identificazione può variare a seconda della peculiarità di ogni singola amministrazione”*.

A tale fine la proposta di Codice di comportamento, predisposta dal Responsabile della Prevenzione Corruzione in collaborazione con l’Ufficio Procedimenti Disciplinari, è stata inviata ad una serie di *stakeholders* – secondo un percorso di consultazione indicato dalla Regione Emilia-Romagna – ai quali è stato dato termine sino al 23 dicembre 2013 per la presentazione di osservazioni, proposte di integrazioni, di modifica o comunque suggerimenti, attraverso la compilazione *on line* di un *form*. Il termine del 23.12.2013 è stato fissato tenuto conto che le comunicazioni agli stakeholders sono state trasmesse via e-mail in data 9 e 10 dicembre 2013.

Sono state invitate alla consultazione le Organizzazioni Sindacali, il Comitato Consultivo Misto, le associazioni presenti nel Consiglio nazionale dei consumatori e degli utenti (CNCU), le associazioni che fanno parte del Forum del terzo settore della Provincia di Ferrara (tramite il Centro Servizi per il Volontariato), le associazioni imprenditoriali e quelle operanti nel campo della legalità e del contrasto alla criminalità organizzata.

In particolare l’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara ha avviato la consultazione relativa al proprio Codice di comportamento con la seguente procedura:

- ≡ Pubblicazione della proposta di Codice nella rete intranet (InOspfe) e contestuale invio a tutti i dirigenti responsabili di articolazione organizzativa di una nota trasmessa via e-mail (P.G. 30043 del 9.12.2013) con allegata la bozza di Codice e con l’indicazione del collegamento intranet e che “osservazioni, proposte d’integrazioni, di modifica o comunque suggerimenti, potranno essere fatte pervenire entro il **23 dicembre 2013**, attraverso la compilazione *on line* di un *form* disponibile in calce al Codice al medesimo link, o con comunicazione via e-mail a [trasparenza@ospfe.it](mailto:trasparenza@ospfe.it).”

- ≡ Nota P.G. 30042 del 9.12.2013 trasmessa via e-mail a:  
Presidente del Collegio di Direzione;  
Presidente del Comitato di Indirizzo;  
Presidente del Collegio Sindacale;  
Presidente del Nucleo di Valutazione Aziendale;  
Presidente del Comitato Consultivo Misto dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara;  
Presidente del CUG;  
Responsabile della Prevenzione corruzione dell'Università degli Studi di Ferrara;  
Responsabile dell'Ufficio Sanità dell'Università degli Studi di Ferrara,  
con allegata la bozza di Codice e l'indicazione del collegamento internet per la compilazione *on line* di un *form* in caso di osservazioni,  
proposte di integrazioni, di modifica o comunque suggerimenti da far pervenire entro il 23.12.2013.
- ≡ Nota P.G. 30037 del 9.12.2013 trasmessa via e-mail a enti e associazioni:  
Consiglio Nazionale dei Consumatori e degli Utenti (CNCU);  
Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro (CNEL);  
CNA Ferrara (Confederazione Nazionale dell'Artigianato e della Piccola e Media impresa);  
Agire Sociale - Centro Servizi per il Volontariato della Provincia di Ferrara;  
Associazione LIBERA;  
Unione Nazionale Consumatori;  
Unione industriali.  
Associazioni della Confederazione Nazionale Consumatori e utenti:  
ADICONSUM;  
ALTROCONSUMO;  
ACU (Ass. Consumatori Utenti);  
ASSOCONSUM;  
La Casa del Consumatore;  
CITTADINANZATTIVA;  
CODICI (Centro per i Diritti del Cittadino);  
FEDERCONSUMATORI;  
MOVIMENTO CONSUMATORI;  
UNIONE NAZIONALE CONSUMATORI;  
ADUSBEF;  
Adoc (Ass. di difesa e orientam. Consumatori);  
Ass. Utenti dei Servizi Radiotelevisivi;  
ASSOUTENTI;  
CTCU – Centro Tutela Consumatori e Utenti;  
CONFCONSUMATORI;  
Lega Consumatori;

Movimento Difesa del Cittadino;  
Arcidiocesi di Ferrara e Comacchio;  
Ufficio Accoglienza e Mediazione per l'inoltro al personale che presta assistenza religiosa e morale,  
con allegata la bozza di Codice e l'indicazione del collegamento internet per la compilazione *on line* di un *form* in caso di osservazioni,  
proposte di integrazioni, di modifica o comunque suggerimenti da far pervenire entro il 23.12.2013.

≡ Nota P.G. 30040 del 9.12.2013 trasmessa via e-mail agli Ordini e Collegi Professionali:

Ordine degli Avvocati di Ferrara;  
Ordine degli Ingegneri di Ferrara;  
Ordine degli Architetti della Provincia di Ferrara;  
Collegio dei Geometri della Provincia di Ferrara;  
Collegio dei Periti Industriali della Provincia di Ferrara;  
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Ferrara;  
Collegio degli infermieri di Ferrara;  
Collegio Professionale Tecnici Sanitari di Radiologia Medica della Provincia di Ferrara;

[Ordine dei Farmacisti della Provincia di Ferrara;](#)

[Ordine Nazionale dei Biologi,](#)

con allegata la bozza di Codice e l'indicazione del collegamento internet per la compilazione *on line* di un *form* in caso di osservazioni,  
proposte di integrazioni, di modifica o comunque suggerimenti da far pervenire entro il 23.12.2013.

≡ Nota P.G. 30045 del 9.12.2013 trasmessa via e-mail al Capo Delegazione Trattante dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara per la trasmissione alle Organizzazioni Sindacali e alla R.S.U., con allegata la bozza di Codice e l'indicazione del collegamento internet per la compilazione *on line* di un *form* in caso di osservazioni, proposte di integrazioni, di modifica o comunque suggerimenti da far pervenire entro il 23.12.2013.

Ad esito della fase di consultazione sono pervenute n. 2 osservazioni ad opera di:

1. Comitato di Indirizzo, con nota P.G. 30706 del 17.12.2013;
2. Collegio Professionale dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica della Provincia di Ferrara, tramite la compilazione dell'apposito form in data 21.12.2013.

Il Presidente del Comitato di Indirizzo ha svolto le seguenti osservazioni:

1. si raccomanda che il codice sia in sintonia con quello dell'Azienda Territoriale in considerazione del fatto che i professionisti delle due Aziende operano in entrambi gli ambiti
2. all'art. 1 comma 1 punto c) aggiungere dopo la parola assistenziale "e a qualsiasi altra attività svolta all'interno di spazi della Azienda Ospedaliera"
3. all'art. 1 comma 3 dopo borse di studio aggiungere "assegnisti e dottorandi".

Nel prendere atto dell'osservazione di cui al punto 1. preme segnalare che le proposte di Codice delle due Aziende sanitarie della Provincia di Ferrara sono state predisposte dai rispettivi Responsabili della Prevenzione della Corruzione, di concerto con i Presidenti degli Uffici Procedimenti Disciplinari Area Dirigenza e Area Comparto delle Aziende, le cui esperienze e casistiche sono state tenute in ampia considerazione nella predisposizione delle bozze.

Proprio perché entrambe le Aziende hanno propri Uffici Procedimenti Disciplinari, l'elaborazione dello schema di "Codici di Comportamento" appare diversificata in alcune parti, ma certamente risponde ad una logica comune nell'identificare i corretti comportamenti che dovranno essere osservati dai Dipendenti e dai Collaboratori delle Aziende sanitarie ferraresi.

In questa fase i Codici, pur enunciando in larga parte principi unitari, esprimono e rappresentano singole specificità di ciascuna Azienda. Il Codice di comportamento è documento parte integrante del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e ad esso è strettamente collegato. Le caratteristiche dei contenuti di tali strumenti sono la dinamicità, la modularità e la progressività, sicché quanto prodotto in questa prima fase rappresenta l'inizio di un percorso che risponde a detti principi e che potrà vedere nel tempo ulteriori e diversi sviluppi anche in termini di condivisione/integrazione da parte delle due Aziende.

Si ritiene di accogliere l'osservazione di cui al punto 2. attraverso la modifica dell'Art. 1 "Ambito di applicazione", comma 1 lett. b) che conseguentemente recita: *"il presente Codice si applica alle seguenti categorie di destinatari:*

a) ... omissis ...

b) *al personale universitario convenzionato, con riferimento all'esercizio dell'attività assistenziale e a qualsiasi altra attività svolta all'interno di spazi della Azienda Ospedaliera;*

...omissis....

Anche l'osservazione di cui al punto 3. è da accogliere tramite la modifica dell'Art. 1 "Ambito di applicazione", comma 3 che conseguentemente recita: *"Il presente Codice si estende, per quanto compatibile, ai titolari di borsa di studio, agli **assegnisti e dottorandi**, ai medici in formazione specialistica che svolgono attività formativa presso le strutture aziendali, agli studenti in tirocinio e al personale che presta assistenza religiosa e morale".*

Il Collegio Professionale dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica della Provincia di Ferrara ha formulato le proprie osservazioni tramite la compilazione dell'apposito form in data 21.12.2013, di cui si riporta integralmente il contenuto:

Nome e Cognome

Daide Cavedagna

Associazione / Ente / Organizzazione / Articolazione di appartenenza

COLLEGIO TSRM PROVINCIA DI FERRARA

Indirizzo E-Mail

ferrara@tsrm.org

Art. 1

*Considerazioni di premessa (inviate anche via mail): Ringrazio per il coinvolgimento a nome di tutti gli iscritti al Collegio TSRM di Ferrara. Il DPR 16 aprile 2013, n. 62 - Codice di comportamento dei dipendenti pubblici rappresenta la massima espressione e rispetto dei principi di integrità, correttezza, buona fede, proporzionalità, obiettività, trasparenza, equità e ragionevolezza, indipendenza e imparzialità, astensione in caso di conflitto di interessi che ogni*

dipendente pubblico, a tutti i livelli e ruoli, deve rispettare per il bene comune .  
Da una recente riunione del 18 dicembre; il Collegio Tecnici di Radiologia della provincia di Ferrara, dopo aver analizzato la normativa di riferimento e la bozza documento del Codice di Comportamento dell'A, esprime le seguenti considerazioni.

- Per condividere dal punto di vista professionale un documento di questa rilevanza serve tempo e sicuramente porre un termine così ravvicinato non ha facilitato la diffusione fra i nostri 350 iscritti. Difficile elaborare una risposta esauriente di reale rappresentanza.

- Abbiamo ricevuto, dalle aziende sanitarie pubbliche del territorio, due bozze diverse. Considerando la fattispecie dei Tecnici di Radiologia (TSRM), porre differenze di comportamento provinciali tra professionisti che adottano le stesse norme professionali, etiche e deontologiche su tutto il territorio nazionale e soprattutto sul territorio provinciale dove si parla di "Radiologia interaziendale" mi sembra riduttivo e discriminatorio in quanto quotidianamente ci troviamo al lavoro con dipendenti che appartengono all'AUSL di Ferrara (e viceversa). L'affermazione è oltremodo avvalorata dalle recenti "fusioni dipartimentali" attuate nel contesto provinciale tra le due aziende.

- All'interno della bozza si fa sempre riferimento, in termini di informazione ed autorizzazione, al "Dirigente responsabile della struttura di appartenenza" altra dicitura "Dirigente alla cui struttura si è assegnati", etc. Tali diciture lasciano ampie interpretazioni e, dalla nostra esperienza, focalizzano l'attenzione con maggior frequenza sul Direttore di U.O. penalizzando e destrutturando concretamente le figure di responsabilità del comparto: Coordinatori, P.O., Referenti di Struttura fino ad arrivare alle Direzioni delle Professioni. Tali passaggi dovrebbero, a nostro avviso, essere esplosi per permettere un'interpretazione ed un'applicazione operativa e di modulistica concreta in cui la decisione ultima spetti alla rispettiva direzione di competenza, autorizzata a farlo.

Il dialogo con la Direzione di riferimento (Direz. delle Professioni, Dir. Assistenziale, etc.) in termini autorizzativi ed informativi, a nostro avviso, deve essere un cardine inamovibile.

- I dipendenti dell'azienda nelle posizioni professional, perseguendo la semplificazione burocratica e la dematerializzazione, a nostro avviso non devono essere sottoposti alla medesima modulistica di un dipendente dirigente, in posizioni apicali o che operi in uffici complessi. Non ha senso produrre modulistica stringente quando risulta, in termini di prevenzione alla corruzione, un livello bassissimo. Esempio: un TSRM per partecipare ad un evento nelle vesti di moderatore-docente deve produrre la stessa modulistica di un dipendente in posizione apicale a cui viene dato un incarico dirigenziale all'esterno.

- Nell'art. 4 (Partecipazione ad associazioni e organizzazioni), anche se ripreso dal precedente codice (Decreto del Ministro della Funzione Pubblica del 28 novembre 2000), trova di difficile interpretazione il concetto che si vuole esprimere con la frase "appartenenza ad associazioni o organizzazioni, a prescindere dal loro carattere riservato o meno, i cui ambiti di interesse possano interferire con lo svolgimento dell'attività dell'ufficio e dell'azienda"... La complessità si cela dietro un linguaggio astratto giuridico e ci piacerebbe sapere come declinare nel quotidiano l'attività dell'ufficio o dell'Azienda... è molto vago ed allo stesso tempo può prendere in considerazione anche associazioni che per privacy, a tutela costituzionale, un dipendente non è tenuto a dichiarare.

- Nel documento si fa più volte riferimento all'esclusività del rapporto di lavoro del dipendente pubblico, dichiarando necessaria ed arbitraria all'organizzazione l'autorizzazione vincolante ad effettuare incarichi retribuiti (art 53 del Dlgs 165 del 30 marzo 2001) extra lavorativi. Utile sarebbe fornire integralmente il comma 6 del medesimo articolo, lettera a-f bis in cui si elencano le attività che ogni dipendente pubblico può svolgere garantendo la tutela delle opere del proprio ingegno-collaborazioni con riviste-attività di formazione ma allo stesso tempo, per la legge italiana, non essere assoggettato a dichiarazioni informative/autorizzative (e possibili, se pur remote, esposizioni a dinamiche di mobbing) tutelando l'interesse personale di ogni libero cittadino senza ledere i dogmi di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo dell'interesse pubblico a cui ogni singolo dipendente si deve attenere.

Art. 2

CONDIVISIONE CON AUSL

Art. 3

I COMMI 3-4 NON PERMETTONO LA LIBERA INTERPRETAZIONE DELL'ART 53, COMMA 6 DEL DLGS 165/2001 AGGIORNATO.  
APPROFONDIMENTO IN PREMessa (ART 1)

Art. 4

- Art. 5 CONDIVISIONE CON AUSL
- Art. 6 CONDIVISIONE CON AUSL
- Art. 7 CONDIVISIONE CON AUSL
- Art. 8 CONDIVISIONE CON AUSL
- Art. 9 CONDIVISIONE CON AUSL
- Art. 10 CONDIVISIONE CON AUSL
- Art. 11 CONDIVISIONE CON AUSL
- Art. 12 CONDIVISIONE CON AUSL
- Art. 13 CONDIVISIONE CON AUSL
- Art. 14 CONDIVISIONE CON AUSL
- Art. 15 CONDIVISIONE CON AUSL

*Introduzione di un articolo dedicato al DIVIETO DI FUMO, riporto - adattato- quanto espresso dall'AUSL: 1. Atteso il fondamentale ruolo dell'AOU S. ANNA di Ferrara quale struttura erogatrice di prestazioni tese al recupero e valorizzazione della promozione della salute, tutto il personale dipendente, nonché coloro i quali, a qualsiasi titolo, si trovino ad operare all'interno delle strutture aziendali, sono tenuti al rispetto del divieto di fumo previsto dalla legge e dal Regolamento Aziendale vigente. 2. Il divieto di fumo nei locali, reparti ed uffici dell'Azienda è esteso anche alla sigaretta elettronica.*

*AL COMMA 1 GARANTIRE IL RISPETTO DEI PROFILI PROFESSIONALI E RELATIVI CODICI DEONTOLOGICI.*

*AL COMMA 3: Nella realtà operativa risulta impensabile avere l'autorizzazione del proprio Dirigente Responsabile in determinate fasce orarie... legarla al responsabile di riferimento (Coordinatore, Responsabile d'Ufficio)... step successivo è l'autorizzazione del dirigente.*

Quanto all'osservazione generale circa le diverse bozze di Codice delle due Aziende sanitarie ferraresi, si richiamano le argomentazioni sopra esposte e si ribadisce che potranno essere valutate nel tempo condivisioni/integrazioni da inserire in occasione delle revisioni del Codice, anche sulla base dell'esperienza che sarà nel frattempo maturata.

In ordine alla proposta di una modulistica differenziata del Comparto rispetto alla Dirigenza, si rappresenta che tale azione potrà essere un obiettivo del P.T.P.C., laddove ciò sia ritenuto utile per gli scopi che le dichiarazioni devono raggiungere.

Quanto al livello di rischio corruttivo, si evidenzia che esso non dipende dai ruoli/qualifiche, ma emerge dall'attività svolta. Sarà quindi il monitoraggio dei processi – che verrà effettuato come dispone il P.T.P.C. – a determinarne il grado di rischio.

Per quanto riguarda la modulistica per l'autorizzazione, citata nel codice, si ritiene di precisare che la stessa è e, se implementata/modificata/integrata, sarà, resa disponibile sul sito intranet aziendale, previa opportuna e capillare informazione.



L'osservazione in ordine all'art. 3 (Partecipazione ad associazioni e organizzazioni) non è accoglibile per le seguenti ragioni.

Se da un lato la dicitura "... i cui ambiti di interesse possano interferire, anche potenzialmente, con lo svolgimento dell'attività dell'ufficio" appare di non semplice interpretazione e declinazione, dall'altro lato, un eventuale elenco (casistica) risulterebbe limitativo e non esaustivo, non potendosi prescindere da una analisi, di volta in volta, della specifica situazione.

Il rispetto della privacy e della Costituzione è garantito dal fatto che l'articolo in parola già prevede l'esclusione dell'applicazione del comma 1 all'adesione a partiti politici o a sindacati e ad associazioni il cui oggetto riconduca ai dati sensibili di cui all'art. 4,c.1 lett d) del D.Lgs 196/2003.

Quanto ai commi 3 e 4 dell'art. 3 l'osservazione non appare pertinente in quanto si parla di adesione/appartenenza ad associazioni/organizzazioni con fini di lucro e non di incarichi extra istituzionali di cui al novellato art. 53 D.Lgs 165/2001.

Ad ogni modo, si rappresenta che la nuova formulazione dell'art. 53 del D.lgs 30.03.2001 n. 165 è riportata integralmente nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e si evidenzia che le disposizioni di tale articolo e di tutto il codice devono essere necessariamente lette in combinato disposto con il P.T.P.C., il cui rispetto è comunque un obbligo per tutti i dipendenti.

Le osservazioni in ordine alle disposizioni di cui all'art. 9 sono condivisibili solo in parte per le seguenti ragioni.

≡ Non si ritiene di dedicare un unico articolo al divieto di fumo essendo tale previsione ricompresa nell'art. 9 (Comportamento in servizio), che richiama il rispetto alle disposizioni in materia di tutela della salute e della sicurezza sui luoghi di lavoro, compreso appunto il divieto di fumo e relativo regolamento, che si aggiunge al testo;

≡ si accoglie il suggerimento relativo alla necessità di inserire un riferimento al rispetto dei profili professionali e relativi codici deontologici, attraverso la modifica del comma 1, che conseguentemente recita: "*I dipendenti/destinatari del Codice si impegnano a svolgere la propria attività lavorativa proporzionalmente alle proprie capacità e responsabilità, nel rispetto dei profili professionali e relativi Codici Deontologici, agendo secondo i principi enunciati dal presente Codice e dal Codice di comportamento dei dipendenti pubblici*".

≡ si accoglie il suggerimento relativo al comma 3 e conseguentemente il punto in questione viene così modificato: "*..... il dipendente non può assentarsi dal luogo di lavoro senza l'autorizzazione del Dirigente responsabile/soggetto gerarchicamente sovraordinato, individuati secondo l'organizzazione interna.*"

Rispetto all'uso del termine "Responsabile della struttura di appartenenza", così intendendo il Direttore di U.O. o, comunque, il Dirigente apicale della Direzione di appartenenza, individuati secondo l'organizzazione interna (quindi evidentemente anche la Direzione delle Professioni), si evidenzia che tale dicitura non intende assolutamente penalizzare o destrutturare le figure di responsabilità del Comparto.

Infatti, gli obblighi specifici di cui alla L. 190/2012 e al D.lgs 33/2013 restano in capo ai dirigenti apicali e non possono essere estese ai Coordinatori o alle P.O.

E' ovvio che per alcune particolari disposizioni il personale con funzioni direttive avrà una propria diretta autonomia organizzativa sul personale assegnato, ma si ritiene che ciò non possa essere generalizzato per quanto riguarda tutti gli obblighi ex L. 190/2012.

L'Organizzazione Sindacale FP CGIL ha invece inviato in data 12.12.2013 una nota ai Direttori Generali, Amministrativi e Sanitari ed ai R.P.C. dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara e dell'Azienda USL di Ferrara, con la quale chiede la possibilità di addivenire ad una sintesi interaziendale dei Codici predisposti.

A tale richiesta è stata fornita risposta con nota P.G. 31158 del 20.12.2013 firmata congiuntamente dai Direttori Amministrativi delle due aziende che di seguito si riporta integralmente:

*“In riferimento alla Vostra nota in oggetto, preme segnalare che il percorso di elaborazione della bozza dei Codici di Comportamento di entrambe le Aziende sanitarie è stata effettuata tenendo conto delle indicazioni contenute nelle “Linee guida in materia di codici di comportamento delle pubbliche amministrazioni” (delibera Autorità Nazionale Anticorruzione n. 75/2013) e del DPR 62/2013 “ Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’art. 54 del D.Lgs. 30.3.2001 n. 165”.*

*Le proposte di cui trattasi (a tutt’oggi in fase di consultazione) sono state predisposte dai rispettivi Responsabili della Prevenzione della Corruzione di concerto con i Presidenti degli Uffici Procedimenti Disciplinari Area Dirigenza e Area Comparto delle Aziende, le cui esperienze e casistiche sono state tenute in ampia considerazione nella predisposizione delle bozze.*

*Proprio perché entrambe le Aziende hanno propri Uffici Procedimenti Disciplinari, l’elaborazione dello schema di “Codici di Comportamento” appare diversificata in alcune parti, ma certamente risponde ad una logica comune nell’identificare i corretti comportamenti che dovranno essere osservati dai Dipendenti e dai Collaboratori delle Aziende sanitarie ferraresi.*

*In questa fase i Codici, pur enunciando in larga parte principi unitari, esprimono e rappresentano singole specificità di ciascuna Azienda.*

*Il Codice di comportamento è documento parte integrante del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e ad esso è strettamente collegato. Le caratteristiche dei contenuti di tali strumenti sono la dinamicità, la modularità e la progressività, sicché quanto verrà prodotto in questa prima fase rappresenta l’inizio di un percorso che risponde a detti principi e che potrà vedere nel tempo ulteriori e diversi sviluppi anche in termini di condivisione/integrazione da parte delle due Aziende.”*

Si allega testo comparato degli articoli del Codice modificati ad esito dell’accoglimento delle osservazioni, nonché nuovo testo del Codice coordinato con le modifiche recepite.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione  
Avv. Barbara Paltrinieri

PROPOSTA INVIATA	TESTO MODIFICATO AD ESITO DELL'ACCOGLIMENTO DELLE OSSERVAZIONI
<p style="text-align: center;"><b>Art. 1</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Ambito di applicazione</b></p> <p>1. Il presente Codice si applica alle seguenti categorie di destinatari:</p> <p>a) tutti i dipendenti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e determinato, a qualunque qualifica appartengano e a qualsiasi struttura siano assegnati;</p> <p>b) al personale universitario convenzionato, con riferimento all'esercizio dell'attività assistenziale;</p> <p>c) ai titolari di contratto di lavoro flessibile, di incarichi di lavoro autonomo (Co.Co.Co., incarico libero professionale);</p> <p>d) ai titolari di contratto di lavoro subordinato con altri soggetti, pubblici o privati, e che siano distaccati, comandati o comunque assegnati temporaneamente presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara.</p> <p>2. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara estende, per quanto compatibili, gli obblighi di condotta previsti dal presente Codice a tutti i collaboratori o consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico, nonché nei confronti dei collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione.</p> <p>3. Il presente Codice si estende, per quanto compatibile, ai titolari di borsa di studio, ai medici in formazione specialistica che svolgono attività formativa presso le strutture aziendali, agli studenti in tirocinio e al personale che presta assistenza religiosa e morale.</p>	<p style="text-align: center;"><b>Art. 1</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Ambito di applicazione</b></p> <p>1. Il presente Codice si applica alle seguenti categorie di destinatari:</p> <p>a) tutti i dipendenti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e determinato, a qualunque qualifica appartengano e a qualsiasi struttura siano assegnati;</p> <p>b) al personale universitario convenzionato, con riferimento all'esercizio dell'attività assistenziale <b>e a qualsiasi altra attività svolta all'interno di spazi della Azienda Ospedaliera;</b></p> <p>c) ai titolari di contratto di lavoro flessibile, di incarichi di lavoro autonomo (Co.Co.Co., incarico libero professionale);</p> <p>d) ai titolari di contratto di lavoro subordinato con altri soggetti, pubblici o privati, e che siano distaccati, comandati o comunque assegnati temporaneamente presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara.</p> <p>2. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara estende, per quanto compatibili, gli obblighi di condotta previsti dal presente Codice a tutti i collaboratori o consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico, nonché nei confronti dei collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione.</p> <p>3. Il presente Codice si estende, per quanto compatibile, ai titolari di borsa di studio, agli <b>assegnisti e dottorandi</b>, ai medici in formazione specialistica che svolgono attività formativa presso le strutture aziendali, agli studenti in tirocinio e al personale che presta assistenza religiosa e morale.</p>

<p>4. I soggetti di cui ai punti n. 2 e 3 sono tenuti, allorché ospitati anche solo temporaneamente presso le strutture dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara e quando operano al servizio della stessa ad uniformarsi ai comportamenti richiesti dal presente Codice e da quello di comportamento dei dipendenti pubblici di cui al DPR 62/2013.</p>	<p>4. I soggetti di cui ai punti n. 2 e 3 sono tenuti, allorché ospitati anche solo temporaneamente presso le strutture dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara e quando operano al servizio della stessa ad uniformarsi ai comportamenti richiesti dal presente Codice e da quello di comportamento dei dipendenti pubblici di cui al DPR 62/2013.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Art. 9</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Comportamento in servizio</b></p> <p>1. I dipendenti/destinatari del Codice si impegnano a svolgere la propria attività lavorativa proporzionalmente alle proprie capacità e responsabilità, agendo secondo i principi enunciati dal presente Codice e dal Codice di comportamento dei dipendenti pubblici.</p> <p>2. I destinatari:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- si astengono da condotte moleste, anche di tipo sessuale, discriminatorie o offensive dell'altrui onore; a tale riguardo si richiamano anche le indicazioni e procedure individuate dal Comitato Unico di Garanzia nel Codice di condotta;</li> <li>- rispettano le disposizioni in materia di tutela della salute e della sicurezza sui luoghi di lavoro, compreso il divieto di fumo, astenendosi inoltre dall'assunzione di bevande alcoliche e di stupefacenti durante l'orario di lavoro ed evitando di presentarsi al lavoro sotto gli effetti di tali sostanze;</li> <li>- garantiscono il rispetto delle norme relative alla protezione della vita privata e dei dati personali avendo particolare riguardo per gli aspetti inerenti la dignità della persona, nel pieno rispetto della vigente normativa nazionale e regionale e dei regolamenti adottati dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara in materia. In</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>Art. 9</b></p> <p style="text-align: center;"><b>Comportamento in servizio</b></p> <p>1. I dipendenti/destinatari del Codice si impegnano a svolgere la propria attività lavorativa proporzionalmente alle proprie capacità e responsabilità, <b>nel rispetto dei profili professionali e relativi Codici Deontologici</b>, agendo secondo i principi enunciati dal presente Codice e dal Codice di comportamento dei dipendenti pubblici.</p> <p>2. I destinatari:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- si astengono da condotte moleste, anche di tipo sessuale, discriminatorie o offensive dell'altrui onore; a tale riguardo si richiamano anche le indicazioni e procedure individuate dal Comitato Unico di Garanzia nel Codice di condotta;</li> <li>- rispettano le disposizioni in materia di tutela della salute e della sicurezza sui luoghi di lavoro, compreso il divieto di fumo <b>e relativo regolamento</b>, astenendosi inoltre dall'assunzione di bevande alcoliche e di stupefacenti durante l'orario di lavoro ed evitando di presentarsi al lavoro sotto gli effetti di tali sostanze;</li> <li>- garantiscono il rispetto delle norme relative alla protezione della vita privata e dei dati personali avendo particolare riguardo per gli aspetti inerenti la dignità della persona, nel pieno rispetto della vigente normativa nazionale e regionale e dei regolamenti adottati dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara in materia. In particolare, fuori dai</li> </ul>

<p>particolare, fuori dai casi previsti dalla normativa, sono tenuti a:</p> <p>a) evitare di fornire informazioni in merito ad attività istruttorie, ispettive o di indagine in corso;</p> <p>b) non divulgare i contenuti dei provvedimenti relativi ai procedimenti in corso, prima che siano stati ufficialmente deliberati dagli organi competenti, fermi restando i diritti degli interessati al procedimento;</p> <p>- rispettano le disposizioni in materia di comunicazione, autorizzazione e astensione in caso di incarichi e/o situazioni di conflitto di interessi, anche potenziale, di cui agli articoli 53 e segg. del D.Lgs. 165/2001 come modificati dalla L. 190/2012.</p> <p>3. Il dipendente utilizza i permessi di astensione dal lavoro, comunque denominati, nel rispetto delle condizioni previste dalla legge, dai regolamenti e dai contratti collettivi.</p> <p>Ferme restando le previsioni contrattuali, il dipendente non può assentarsi dal luogo di lavoro senza l'autorizzazione del proprio Dirigente responsabile. Sono ammesse le soste per motivi di ristoro all'interno della struttura sede di lavoro (ivi comprese le pertinenze) per un max. di 15 minuti consecutivi. Ogni dipendente è tenuto alla timbratura in entrata ed in uscita, quando si assenta dal lavoro non per ragioni di servizio. Qualora il dipendente presti la propria attività su più sedi di lavoro è tenuto alla timbratura sugli orologi marcatempo collocati più vicino alla sede presso la quale deve prendere/cessare il servizio.</p> <p>4. Il destinatario non utilizza a fini privati i beni (quali ad es. farmaci, garze, materiale sanitario, carta intestata, materiale di cancelleria, P.C. e fotocopiatrici o altre attrezzature) di cui dispone per l'assolvimento dei compiti istituzionali.</p> <p>5. Il destinatario, salvo casi urgenti, non utilizza il telefono di servizio per motivi personali. In casi di particolare necessità il dipendente potrà utilizzare il telefono aziendale per motivi personali</p>	<p>casi previsti dalla normativa, sono tenuti a:</p> <p>a) evitare di fornire informazioni in merito ad attività istruttorie, ispettive o di indagine in corso;</p> <p>b) non divulgare i contenuti dei provvedimenti relativi ai procedimenti in corso, prima che siano stati ufficialmente deliberati dagli organi competenti, fermi restando i diritti degli interessati al procedimento;</p> <p>- rispettano le disposizioni in materia di comunicazione, autorizzazione e astensione in caso di incarichi e/o situazioni di conflitto di interessi, anche potenziale, di cui agli articoli 53 e segg. del D.Lgs. 165/2001 come modificati dalla L. 190/2012.</p> <p>3. Il dipendente utilizza i permessi di astensione dal lavoro, comunque denominati, nel rispetto delle condizioni previste dalla legge, dai regolamenti e dai contratti collettivi.</p> <p>Ferme restando le previsioni contrattuali, il dipendente non può assentarsi dal luogo di lavoro senza l'autorizzazione del proprio Dirigente responsabile/<b>soggetto gerarchicamente sovraordinato, individuati secondo l'organizzazione interna</b>. Sono ammesse le soste per motivi di ristoro all'interno della struttura sede di lavoro (ivi comprese le pertinenze) per un max. di 15 minuti consecutivi. Ogni dipendente è tenuto alla timbratura in entrata ed in uscita, quando si assenta dal lavoro non per ragioni di servizio. Qualora il dipendente presti la propria attività su più sedi di lavoro è tenuto alla timbratura sugli orologi marcatempo collocati più vicino alla sede presso la quale deve prendere/cessare il servizio.</p> <p>4. Il destinatario non utilizza a fini privati i beni (quali ad es. farmaci, garze, materiale sanitario, carta intestata, materiale di cancelleria, P.C. e fotocopiatrici o altre attrezzature) di cui dispone per l'assolvimento dei compiti istituzionali.</p> <p>5. Il destinatario, salvo casi urgenti, non utilizza il telefono di servizio per motivi personali. In casi di particolare necessità il dipendente potrà utilizzare il telefono aziendale per motivi personali utilizzando i codici</p>
---	---

<p>utilizzando i codici che identificano la tracciabilità della telefonata personale.</p> <p>6. Il destinatario utilizza i mezzi di trasporto dell'Azienda a sua disposizione soltanto per lo svolgimento dei compiti d'ufficio, astenendosi dal trasportare terzi, se non per motivi d'ufficio.</p> <p>7. I destinatari informano tempestivamente il Dirigente o l'Organo gerarchicamente sovraordinato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) di ogni evento in cui siano rimasti direttamente coinvolti e che potrebbe avere riflessi sul servizio o sul rapporto di lavoro/incarico;</li> <li>b) di situazioni di pericolo o danno per l'integrità fisica o psicologica propria o di altri durante lo svolgimento del servizio/incarico;</li> <li>c) di ogni inefficienza, guasto o deterioramento delle risorse materiali o strumentali loro affidate.</li> </ul> <p>8. Il Dirigente responsabile della struttura è tenuto a vigilare sul rispetto delle previsioni contenute nel presente articolo.</p>	<p>che identificano la tracciabilità della telefonata personale.</p> <p>6. Il destinatario utilizza i mezzi di trasporto dell'Azienda a sua disposizione soltanto per lo svolgimento dei compiti d'ufficio, astenendosi dal trasportare terzi, se non per motivi d'ufficio.</p> <p>7. I destinatari informano tempestivamente il Dirigente o l'Organo gerarchicamente sovraordinato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) di ogni evento in cui siano rimasti direttamente coinvolti e che potrebbe avere riflessi sul servizio o sul rapporto di lavoro/incarico;</li> <li>b) di situazioni di pericolo o danno per l'integrità fisica o psicologica propria o di altri durante lo svolgimento del servizio/incarico;</li> <li>c) di ogni inefficienza, guasto o deterioramento delle risorse materiali o strumentali loro affidate.</li> </ul> <p>8. Il Dirigente responsabile della struttura è tenuto a vigilare sul rispetto delle previsioni contenute nel presente articolo.</p>
---	--

## **CODICE DI COMPORTAMENTO**

### **Premessa**

Il D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 *“Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’art. 54 del decreto legislativo 30 marzo 2011, n. 165”*, definisce i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i pubblici dipendenti sono tenuti ad osservare. Pertanto, le previsioni del D.P.R. 62/2013 si applicano anche ai soggetti di cui all’art. 1 del presente Codice e al loro contenuto si fa espresso rinvio per tutto quanto non più specificatamente previsto e formulato con il presente codice aziendale, precisando altresì che la violazione degli obblighi previsti dal D.P.R. 62/2013 integra comportamenti contrari ai doveri d’ufficio.

Si richiamano inoltre i Contratti Collettivi Nazionali di tutte le aree contrattuali e le norme/disposizioni disciplinari in essi contenute:

- CCNL Comparto Sanità del 19.04.2004, integrato dal CCNL Comparto Sanità del 10.04.2008.
- CCNL Dirigenza Medico – Veterinaria del 06.05.2010
- CCNL Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa del 06.05.2010

Visti:

- il DPR 3/1957 Testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato (artt. 60 e segg.)
- l’art. 4, comma 7 della Legge 30.12.1991 n. 412, il quale ha disposto che con il SSN può intercorrere un unico rapporto di lavoro che è incompatibile con altri rapporti anche di natura convenzionale con il SSN;
- il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 *“Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”*;

l’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara adotta il seguente Codice di Comportamento

### **Capo I**

#### **Principi generali applicabili a tutte le Aree Contrattuali (Comparto, Dirigenza Medico-Veterinaria, Dirigenza SPTA)**

#### **Art. 1**

#### **Ambito di applicazione**

1. Il presente Codice si applica alle seguenti categorie di destinatari:

- a) tutti i dipendenti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e determinato, a qualunque qualifica appartengano e a qualsiasi struttura siano assegnati;
- b) al personale universitario convenzionato, con riferimento all'esercizio dell'attività assistenziale e a qualsiasi altra attività svolta all'interno di spazi della Azienda Ospedaliera;
- c) ai titolari di contratto di lavoro flessibile, di incarichi di lavoro autonomo (Co.Co.Co., incarico libero professionale);
- d) ai titolari di contratto di lavoro subordinato con altri soggetti, pubblici o privati, e che siano distaccati, comandati o comunque assegnati temporaneamente presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara.

2. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara estende, per quanto compatibili, gli obblighi di condotta previsti dal presente Codice a tutti i collaboratori o consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico, nonché nei confronti dei collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione.

3. Il presente Codice si estende, per quanto compatibile, ai titolari di borsa di studio, agli assegnisti e dottorandi, ai medici in formazione specialistica che svolgono attività formativa presso le strutture aziendali, agli studenti in tirocinio e al personale che presta assistenza religiosa e morale.

4. I soggetti di cui ai punti n. 2 e 3 sono tenuti, allorché ospitati anche solo temporaneamente presso le strutture dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara e quando operano al servizio della stessa ad uniformarsi ai comportamenti richiesti dal presente Codice e da quello di comportamento dei dipendenti pubblici di cui al DPR 62/2013.

## **Art. 2**

### **Regali, compensi e altre utilità**

1. I destinatari del presente Codice possono accettare regali o altre utilità, per sé o per altri, solo se di modico valore e nell'ambito delle normali relazioni di cortesia istituzionali o in occasione di festività. E' comunque fatto assoluto divieto sollecitare regali o utilità, per sé o per altri, seppur di modico valore. Si precisa che per regalo, ai fini del presente Codice, si intende anche, a titolo esemplificativo, qualsiasi tipo di beneficio compresa la partecipazione gratuita a eventi sportivi o a manifestazioni fieristiche, eccedenze di fornitura distratte dalla finalità sottostante all'acquisto, campioni gratuiti di beni in quantità eccessiva rispetto al loro impiego, bonus in denaro o in altre utilità in qualunque forma, condizionati dalla fornitura.

In ogni caso, i destinatari non possono accettare omaggi o utilità sotto forma di denaro, indipendentemente dal valore.

2. I regali ricevuti in violazione del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici di cui al DPR 62/2013 e del presente Codice devono essere immediatamente restituiti al donante, laddove possibile. Qualora ciò non fosse possibile il ricevente dovrà provvedere alla richiesta di ritiro da parte del donante, senza aggravio di oneri per l'Azienda, o alla devoluzione alla Amministrazione.



3. I dipendenti dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, a qualsiasi qualifica appartengano, che abbiano funzioni decisionali o istruttorie in procedure di affidamento di incarichi professionali e di acquisizione di beni, servizi e lavori, non possono accettare regali o altra utilità, neppure di modico valore, da soggetti che abbiano tratto o possano trarre benefici dalle loro attività istituzionali (es. Aziende farmaceutiche, informatori scientifici del farmaco, grossisti farmaceutici e chiunque altro produca, venda, promuova farmaci e dispositivi medici prescrivibili agli utenti e/o attrezzature d'interesse per l'Azienda, nello svolgimento della propria attività).

4. I regali o altre utilità si intendono di modico valore, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 4 del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, se hanno un valore indicativamente non superiore a 150 euro; tale limite costituisce il tetto massimo consentito, per anno solare e per singolo dipendente o soggetto di cui all'art. 1, in relazione a più regali o utilità. Qualora nell'anno solare considerato i regali e le altre utilità dovessero superare il limite indicato il dipendente/soggetto destinatario dovrà immediatamente mettere a disposizione dell'amministrazione, come indicato al comma 2, quanto eccedente.

5. I destinatari del Codice, a qualsiasi qualifica appartengano, non possono accettare incarichi di collaborazione, anche non retribuita, da soggetti privati che abbiano avuto, nel biennio precedente, un interesse economico significativo in relazione a decisioni e attività della struttura aziendale di loro assegnazione. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara assicura controlli sul rispetto della presente disposizione nei riguardi soprattutto di coloro che abbiano funzioni decisionali o responsabilità di procedimenti istruttori in processi di erogazione di contributi, sovvenzioni o sussidi, comunque denominati, di rilascio di concessioni e autorizzazioni, di reclutamento di personale, di acquisizione di beni e/o servizi, di affidamento lavori e di gestione delle liste di attesa.

### **Art. 3**

#### **Partecipazione ad associazioni e organizzazioni**

1. Nel rispetto della disciplina vigente del diritto di associazione, i destinatari comunicano tempestivamente al Responsabile della Struttura di appartenenza o, per i soggetti che rispondono direttamente alla Direzione Strategica, al Direttore Sanitario o Amministrativo secondo la competenza, la propria adesione o appartenenza ad associazioni o organizzazioni, a prescindere dal loro carattere riservato o meno, i cui ambiti di interesse possano interferire, anche potenzialmente, con lo svolgimento dell'attività dell'ufficio.

Il presente comma non si applica all'adesione a partiti politici o a sindacati o ad associazioni il cui oggetto sia riconducibile alle fattispecie di cui all'art. 4, c.1, lett. d) del D.Lgs. 196/2003.

2. Il dipendente non costringe altri dipendenti ad aderire ad associazioni o organizzazioni, né esercita pressioni a tale fine, promettendo vantaggi o prospettando svantaggi di carriera.

3. In ogni caso è vietata l'adesione o l'appartenenza ad associazioni o organizzazioni per fini di lucro, con la previsione di un corrispettivo e/o di un rimborso spese forfettizzato che possa configurare un compenso.

4. Sono fatte salve speciali disposizioni di legge, fra cui quelle in materia di associazioni sportive dilettantistiche. In tali ipotesi sussiste comunque a carico del dipendente un obbligo di comunicazione/autorizzazione tramite apposita modulistica, nei termini di legge, resa disponibile sul sito Intranet aziendale.

#### **Art. 4**

##### **Conflitto di interessi**

1. Si ha conflitto di interessi quando l'interesse privato di uno dei destinatari di cui all'art. 1 contrasta anche solo potenzialmente con l'interesse, non solo economico, dell'Azienda. Tale conflitto riguarda anche i rapporti esterni di lavoro con enti, aziende o soggetti giuridici potenzialmente concorrenti.
2. L'interesse privato, di natura non solo economica di cui al comma precedente, può riguardare:
  - a) l'interesse immediato del destinatario;
  - b) l'interesse di un suo familiare, convivente o affine;
  - c) l'interesse di enti, persone fisiche o giuridiche con cui il destinatario intrattenga un rapporto commerciale;
  - d) l'interesse di enti o persone giuridiche di cui il destinatario abbia il controllo o possieda una quota significativa di partecipazione finanziaria;
  - e) l'interesse di terzi, qualora il destinatario ne possa consapevolmente conseguire vantaggi.

#### **Art. 5**

##### **Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interesse**

1. In caso di assegnazione a una struttura diversa, il dipendente a tempo indeterminato/determinato è tenuto a comunicare al Responsabile della Struttura di appartenenza o, per i soggetti che rispondono direttamente alla Direzione Strategica, al Direttore Sanitario o Amministrativo secondo la competenza, tutti i rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti privati.
2. La comunicazione di cui al comma 1 deve essere presentata utilizzando il modulo appositamente predisposto dall'Azienda, disponibile sul sito Intranet.
3. Il soggetto che riceve la comunicazione deve verificare se sussistano conflitti di interesse, anche solo potenziali, e adotta i conseguenti e opportuni provvedimenti organizzativi in raccordo con il Dipartimento Interaziendale Amministrazione del Personale e con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione.
4. Il dipendente è tenuto ad aggiornare le informazioni di cui al comma 1 del presente articolo ogniqualvolta si determinino variazioni.

#### **Art. 6**

##### **Obbligo di astensione**

1. Il destinatario del Codice 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.
2. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza o si configuri un conflitto di interesse anche potenziale rispetto ad attività precedentemente espletate (es. comandi per iniziative di formazione sponsorizzata o parzialmente sponsorizzata e status di componente di commissione giudicatrice di gara). Sull'astensione decide il Responsabile della Struttura di appartenenza o, per i soggetti che rispondono direttamente alla Direzione Strategica, il Direttore Sanitario o Amministrativo secondo la competenza.

## **Art. 7**

### **Prevenzione della corruzione**

1. Il destinatario rispetta le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione. In particolare, rispetta le prescrizioni contenute nel piano per la prevenzione della corruzione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, presta la sua collaborazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e, fermo restando l'obbligo di denuncia all'autorità giudiziaria, segnala al proprio superiore gerarchico eventuali situazioni di illecito nell'Azienda di cui sia venuto a conoscenza.
2. Tutti i destinatari sono chiamati a partecipare al processo di gestione del rischio di corruzione.
3. Fuori dei casi di responsabilità a titolo di calunnia o diffamazione, ovvero per lo stesso titolo ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, colui che denuncia all'autorità giudiziaria o alla Corte dei conti, ovvero riferisce al proprio superiore gerarchico 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.

Nell'ambito del procedimento disciplinare, eventualmente instaurato a seguito di segnalazione, l'identità del segnalante non può essere rivelata, senza il suo consenso, sempre che la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione, l'identità può essere rivelata ove la sua conoscenza sia assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato.

L'adozione di misure discriminatorie è segnalata al Dipartimento della funzione pubblica, per i provvedimenti di competenza, dall'interessato o dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nell'amministrazione nella quale le stesse sono state poste in essere.

La denuncia è sottratta all'accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni

4. L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara individua nel proprio Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione le misure di tutela del soggetto che effettua segnalazioni di cui al presente articolo.

## **Art. 8**

### **Trasparenza e tracciabilità**

1. La “trasparenza” è un livello essenziale delle prestazioni erogate dall’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, ai sensi dell’Art. 117, comma 2, lettera m), della Costituzione.
2. Il destinatario assicura l'adempimento degli obblighi di trasparenza previsti in capo alle pubbliche amministrazioni secondo le disposizioni normative vigenti ed il Piano Triennale per la Trasparenza e l’Integrità adottato dall’Azienda, prestando la massima collaborazione nell'elaborazione, reperimento e pubblicazione dei dati sottoposti all'obbligo di pubblicazione sul sito istituzionale.
3. I Responsabili dei procedimenti devono assicurare la completezza dell’istruttoria e curare la conservazione dei documenti acquisiti a supporto del provvedimento finale, in modo tale che, in sede di eventuali controlli sia facilmente rintracciabile il relativo fascicolo, cartaceo o informatico, e sia replicabile il processo decisionale.
4. Fermo restando il rispetto dei termini del procedimento amministrativo, il destinatario non ritarda né adotta comportamenti tali da far ricadere su altri dipendenti il compimento di attività o l'adozione di decisioni di propria spettanza.

## **Art. 9**

### **Comportamento in servizio**

1. I dipendenti/destinatari del Codice si impegnano a svolgere la propria attività lavorativa proporzionalmente alle proprie capacità e responsabilità, nel rispetto dei profili professionali e relativi Codici Deontologici, agendo secondo i principi enunciati dal presente Codice e dal Codice di comportamento dei dipendenti pubblici.
2. I destinatari:
  - si astengono da condotte moleste, anche di tipo sessuale, discriminatorie o offensive dell’altrui onore; a tale riguardo si richiamano anche le indicazioni e procedure individuate dal Comitato Unico di Garanzia nel Codice di condotta;
  - rispettano le disposizioni in materia di tutela della salute e della sicurezza sui luoghi di lavoro, compreso il divieto di fumo e relativo regolamento, astenendosi inoltre dall’assunzione di bevande alcoliche e di stupefacenti durante l’orario di lavoro ed evitando di presentarsi al lavoro sotto gli effetti di tali sostanze;
  - garantiscono il rispetto delle norme relative alla protezione della vita privata e dei dati personali avendo particolare riguardo per gli aspetti inerenti la dignità della persona, nel pieno rispetto della vigente normativa nazionale e regionale e dei regolamenti adottati dall’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara in materia. In particolare, fuori dai casi previsti dalla normativa, sono tenuti a:
    - a) evitare di fornire informazioni in merito ad attività istruttorie, ispettive o di indagine in corso;

b) non divulgare i contenuti dei provvedimenti relativi ai procedimenti in corso, prima che siano stati ufficialmente deliberati dagli organi competenti, fermi restando i diritti degli interessati al procedimento;

- rispettano le disposizioni in materia di comunicazione, autorizzazione e astensione in caso di incarichi e/o situazioni di conflitto di interessi, anche potenziale, di cui agli articoli 53 e segg. del D.Lgs 165/2001 come modificati dalla L. 190/2012.

3. Il dipendente utilizza i permessi di astensione dal lavoro, comunque denominati, nel rispetto delle condizioni previste dalla legge, dai regolamenti e dai contratti collettivi.

Ferme restando le previsioni contrattuali, il dipendente non può assentarsi dal luogo di lavoro senza l'autorizzazione del proprio Dirigente responsabile/soggetto gerarchicamente sovraordinato, individuati secondo l'organizzazione interna. Sono ammesse le soste per motivi di ristoro all'interno della struttura sede di lavoro (ivi comprese le pertinenze) per un max. di 15 minuti consecutivi. Ogni dipendente è tenuto alla timbratura in entrata ed in uscita, quando si assenta dal lavoro non per ragioni di servizio. Qualora il dipendente presti la propria attività su più sedi di lavoro è tenuto alla timbratura sugli orologi marcatempo collocati più vicino alla sede presso la quale deve prendere/cessare il servizio.

4. Il destinatario non utilizza a fini privati i beni (quali ad es. farmaci, garze, materiale sanitario, carta intestata, materiale di cancelleria, P.C. e fotocopiatrici o altre attrezzature) di cui dispone per l'assolvimento dei compiti istituzionali.

5. Il destinatario, salvo casi urgenti, non utilizza il telefono di servizio per motivi personali. In casi di particolare necessità il dipendente potrà utilizzare il telefono aziendale per motivi personali utilizzando i codici che identificano la tracciabilità della telefonata personale.

6. Il destinatario utilizza i mezzi di trasporto dell'Azienda a sua disposizione soltanto per lo svolgimento dei compiti d'ufficio, astenendosi dal trasportare terzi, se non per motivi d'ufficio.

7. I destinatari informano tempestivamente il Dirigente o l'Organo gerarchicamente sovraordinato:

- a) di ogni evento in cui siano rimasti direttamente coinvolti e che potrebbe avere riflessi sul servizio o sul rapporto di lavoro/incarico;
- b) di situazioni di pericolo o danno per l'integrità fisica o psicologica propria o di altri durante lo svolgimento del servizio/incarico;
- c) di ogni inefficienza, guasto o deterioramento delle risorse materiali o strumentali loro affidate.

8. Il Dirigente responsabile della struttura è tenuto a vigilare sul rispetto delle previsioni contenute nel presente articolo.

## **Art. 10**

### **Rapporti con il pubblico**

1. Il destinatario si fa riconoscere attraverso l'esposizione in modo visibile del cartellino di riconoscimento od altro supporto identificativo messo a disposizione dall'Azienda, salvo diverse disposizioni di servizio, anche in considerazione della sicurezza dei destinatari medesimi; opera con spirito di servizio, correttezza, cortesia e disponibilità e, nel rispondere alla corrispondenza, a chiamate telefoniche e ai messaggi di posta elettronica, opera nella maniera più completa e accurata possibile. Qualora non sia competente per materia, indirizza l'interessato all'ufficio competente della medesima Azienda. Fatte salve le norme sul

segreto d'ufficio, fornisce le spiegazioni che gli siano richieste in ordine al comportamento proprio e di altri dipendenti dell'ufficio dei quali ha la responsabilità od il coordinamento. Nelle operazioni da svolgersi e nella trattazione delle pratiche rispetta, salvo diverse esigenze di servizio o diverso ordine di priorità stabilito dall'Azienda, l'ordine cronologico e non rifiuta prestazioni a cui sia tenuto con motivazioni generiche. Il dipendente rispetta gli appuntamenti con i cittadini e risponde senza ritardo ai loro reclami.

2. Salvo il diritto di esprimere valutazioni e diffondere informazioni a tutela dei diritti sindacali, il destinatario si astiene da dichiarazioni pubbliche offensive nei confronti dell'Azienda.

3. Il destinatario cura il rispetto degli standard di qualità e di quantità fissati dall'Azienda anche nella propria carta dei servizi. Il dipendente opera al fine di assicurare la continuità del servizio, di consentire agli utenti la scelta tra i diversi erogatori e di fornire loro informazioni sulle modalità di prestazione del servizio e sui livelli di qualità.

4. Il destinatario non assume impegni né anticipa l'esito di decisioni o azioni proprie o altrui inerenti all'ufficio, al di fuori dei casi consentiti. Fornisce informazioni e notizie relative ad atti od operazioni amministrative, in corso o conclusi, nelle ipotesi previste dalle disposizioni di legge e regolamentari in materia di accesso, informando sempre gli interessati della possibilità di avvalersi anche dell'Ufficio per le relazioni con il pubblico.

Rilascia copie ed estratti di atti o documenti secondo la sua competenza, con le modalità stabilite dalle norme e dal Regolamento Aziendale in materia di accesso e da altri regolamenti aziendali.

5. Osserva il segreto d'ufficio e la normativa in materia di tutela e trattamento dei dati personali e, qualora sia richiesto oralmente di fornire informazioni, atti, documenti non accessibili tutelati dal segreto d'ufficio o dalle disposizioni in materia di dati personali, informa il richiedente dei motivi che ostano all'accoglimento della richiesta. Qualora non sia competente a provvedere in merito alla richiesta cura, sulla base delle disposizioni interne, che la stessa venga inoltrata all'ufficio competente della Azienda.

6. Il destinatario tiene sempre informati il Responsabile della Struttura di appartenenza o, per i soggetti che rispondono direttamente alla Direzione Strategica, il Direttore Sanitario o Amministrativo secondo la competenza dei propri rapporti con gli organi di stampa. Al di fuori della sfera professionale, ogni iniziativa in materia di relazioni esterne, relativa all'attività organizzativa gestionale e di rappresentanza dell'Azienda, che dovesse provenire direttamente dai destinatari del Codice, dovrà essere necessariamente portata a conoscenza dell'Organo o del Responsabile sovraordinato gerarchicamente, il quale potrà o meno autorizzarla.

7. Ai destinatari del presente Codice che non rivestono qualifica dirigenziale si estendono, in quanto compatibili, le disposizioni di cui al Capo II, art. 13.

## **Capo II**

### **Disposizioni particolari per i Dirigenti (Dirigenza Medico-Veterinaria, Dirigenza SPTA)**

## **Art. 11**

### **Doveri – Responsabilità**

1. Ferma restando l'applicazione degli articoli da 1 a 10, ai Dirigenti si applicano anche le disposizioni del presente Capo, nonché l'articolo 13 del DPR 62/2013.
2. Il dirigente assume atteggiamenti leali e trasparenti e adotta un comportamento esemplare e imparziale nei rapporti con i colleghi, i collaboratori e i destinatari dell'azione amministrativa. Il dirigente cura, altresì, che le risorse assegnate al suo ufficio siano utilizzate per finalità esclusivamente istituzionali e, in nessun caso, per esigenze personali.
3. I dirigenti responsabili di articolazioni organizzative, sono tenuti ad assicurare e garantire, all'interno delle articolazioni cui sono preposti, il pieno e motivato coinvolgimento di tutti i dirigenti e dipendenti e sono altresì tenuti a collaborare con il Responsabile per la prevenzione della corruzione ed a corrispondere, con tempestività ed esaustività alle richieste dello stesso.
4. Il dirigente cura, compatibilmente con le risorse disponibili, il benessere organizzativo nella struttura a cui è preposto, favorendo l'instaurarsi di rapporti cordiali e rispettosi tra i collaboratori, assume iniziative finalizzate alla circolazione delle informazioni, alla formazione e all'aggiornamento del personale, all'inclusione e alla valorizzazione delle differenze di genere, di età e di condizioni personali.
5. Il dirigente assegna l'istruttoria delle pratiche sulla base di un'equa ripartizione del carico di lavoro, tenendo conto delle capacità, delle attitudini e della professionalità del personale a sua disposizione. Il dirigente affida gli incarichi aggiuntivi in base alla professionalità e, per quanto possibile, secondo criteri di rotazione.
6. Il dirigente svolge la valutazione del personale assegnato alla struttura cui è preposto con imparzialità e rispettando le indicazioni ed i tempi prescritti.
7. Il dirigente intraprende con tempestività le iniziative necessarie ove venga a conoscenza di un illecito; attiva e conclude, se competente, il procedimento disciplinare, ovvero segnala tempestivamente l'illecito all'autorità disciplinare, prestando ove richiesta la propria collaborazione. Provvede, nei casi in cui si configuri un illecito penale, amministrativo o contabile ad inoltrare tempestiva denuncia/segnalazione all'autorità giudiziaria competente. Nel caso in cui riceva segnalazione di un illecito da parte di un dipendente, adotta ogni cautela di legge affinché il segnalante sia tutelato, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 54-bis del decreto legislativo n. 165 del 2001.
8. Il dirigente, nei limiti delle sue possibilità, evita che notizie non rispondenti al vero quanto all'organizzazione, all'attività e ai dipendenti pubblici possano diffondersi. Favorisce la diffusione della conoscenza di buone prassi e buoni esempi al fine di rafforzare il senso di fiducia nei confronti dell'amministrazione.

## **Art. 12**

### **Prevenzione corruzione – conflitto di interessi**

1. I dirigenti responsabili di articolazioni organizzative sono tenuti a comunicare all'Organo sovraordinato gerarchicamente, al Direttore del Dipartimento Interaziendale Amministrazione del Personale e al Responsabile per la prevenzione della corruzione le ragioni che possono comportare un conflitto d'interesse con l'Azienda, per le conseguenti determinazioni.

2. I dirigenti responsabili di articolazioni organizzative garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare sulla sezione del sito web aziendale denominata "Amministrazione trasparente", ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge per l'adempimento degli obblighi di pubblicazione di cui alla Legge 190/2012 e s.i.m. e al D.Lgs 33/2013.

3. I dirigenti responsabili di articolazioni organizzative si impegnano a rispettare le disposizioni previste dal D.Lgs. 39/2013 e s.i.m. in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni; si impegnano, altresì, a provvedere alle comunicazioni obbligatorie per legge in ordine alla insussistenza di cause di inconferibilità / incompatibilità degli incarichi.

#### **Art. 13**

##### **Attività Libero Professionale Intramuraria**

1. L'esercizio dell'attività professionale intramuraria non deve essere in contrasto con le finalità e le attività istituzionali dell'Azienda e lo svolgimento deve essere organizzato in modo tale da garantire l'integrale assolvimento dei compiti di istituto e da assicurare la piena funzionalità dei servizi.

2. Il dirigente medico e del ruolo sanitario si obbliga a rispettare le disposizioni normative e regolamentari in materia di attività libero professionale intramuraria.

In particolare, il dirigente rispetta le disposizioni aziendali in materia di autorizzazione oraria, di volumi di attività, di pagamento, fatturazione e prenotazione, impegnandosi a non assumere comportamenti volti ad influenzare la libera scelta dell'utente.

#### **Capo III**

##### **Disposizioni finali comuni a tutte le Aree Contrattuali**

#### **Art. 14**

##### **Diffusione del Codice**

1. Il Responsabile per la prevenzione della corruzione dell'Azienda cura la più ampia diffusione del presente codice, pubblicandolo sul sito internet istituzionale e nella rete intranet, nonché trasmettendolo tramite e-mail a tutti i dipendenti.

2. Il Dipartimento Interaziendale Amministrazione del Personale dell'Azienda, contestualmente alla sottoscrizione del contratto di lavoro o all'atto di conferimento dell'incarico, consegna e fa sottoscrivere di avere ricevuto copia del presente codice di comportamento ai nuovi assunti, con rapporti comunque denominati.

3. Il Dipartimento Interaziendale Acquisti e Logistica economica, il Dipartimento Interaziendale Attività Tecniche e Patrimoniali, la Struttura Complessa Concessione e Gestione Servizi generali e commerciali Nuovo Ospedale Cona rendono noto il presente Codice alle Ditte appaltatrici a qualsiasi titolo.

#### **Art. 15**



### **Responsabilità conseguente alla violazione dei doveri del Codice**

1. La violazione degli obblighi previsti dal presente Codice integra comportamenti contrari ai doveri d'ufficio ed è fonte di responsabilità disciplinare accertata all'esito del procedimento disciplinare, nel rispetto dei principi di gradualità e proporzionalità delle sanzioni, ferme restando le ipotesi in cui la violazione delle disposizioni del Codice, nonché dei doveri e degli obblighi previsti dal piano di prevenzione della corruzione, dia luogo a responsabilità penale, civile, amministrativa o contabile.
2. In caso di violazione degli obblighi previsti dal presente Codice da parte del personale Universitario, verranno attivate le procedure di cui al comma 14 dell'articolo 5 del D.Lgs. 517/1999.
3. La violazione degli obblighi da parte dei soggetti di cui alle categorie c) e d) dell'articolo 1 comporta la risoluzione del contratto o dell'incarico.
4. Per quanto riguarda i soggetti di cui ai commi 2 e 3 dell'articolo 1, la violazione degli obblighi derivanti dal Codice comporta la risoluzione o decadenza del rapporto. Al tale fine, negli atti di incarico o nei contratti di acquisizione delle collaborazioni, delle consulenze o dei servizi, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara inserisce apposite disposizioni o clausole di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal presente Codice e da quello di cui al sopra citato DPR.

## **Il Piano Triennale della Performance 2013-2016 Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara**

### **Struttura del Documento**

#### **Il piano triennale della performance**

- ≡ Caratteristiche economico-gestionali, specifiche dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara
- ≡ Obiettivi nel triennio

- ≡ Le strategie e le azioni: tempi e modalità di attuazione

### **Gli obiettivi intermedi**

- ≡ Azioni specifiche legate alle strategie aziendali
- ≡ Azioni specifiche per l'applicazione delle Linee di Programmazione RER 2013
- ≡ Obiettivi di Budget 2013 per i Dipartimenti ad Attività Integrata

### **Il regolamento di budget**

## **Il piano triennale della Performance**

Il piano Triennale della performance costituisce uno strumento finalizzato ai processi di riorganizzazione di dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara in stretta relazione ad una logica di sistema provinciale ferrarese e in un'ottica di condivisione strategica di obiettivi con l'Università. I processi di integrazione, realizzabili a breve e a lungo termine, costituiscono gli elementi fondamentali della pianificazione strategica dell'Azienda. La finalità che questa si pone è la creazione di un assetto organizzativo, produttivo ed erogativo, di qualità, sostenibile e, al contempo, rispettoso delle peculiarità del bacino di utenza, secondo il modello di punto centrale ad alta complessità (Hub) ed i punti di prossimità, in grado di erogare al meglio l'assistenza di primo livello. Ciò conduce naturalmente al contenimento delle spese di funzionamento delle Aziende ed a promuovere processi di ottimizzazione nell'uso delle risorse.

Seguendo le linee di principio di cui sopra, gli obiettivi del triennio per il sistema provinciale ferrarese, nel quale è calata la realtà dell'Ospedale di Cona sono:

- Un grande ospedale di Cona, in grado di erogare anche quei servizi riabilitativi ad elevata complessità presenti ora in città;

- 3 Ospedali di prossimità, Cento, Argenta e Delta, ciascuno caratterizzato da una organizzazione per livelli diversificati di intensità di cura;
- Un servizio cittadino che sarà connotato dal ridimensionamento dell'Anello San Anna e dalla costruzione di una Casa della Salute;
- Un territorio in rete, nel quale l'integrazione con le strutture ospedaliere consente di creare percorsi completi, affidabili per il paziente, ma sostenibili per il sistema e di alta qualità;
- Una medicina generale ed un consumo farmaceutico in linea con le medie regionali;
- Un servizio di continuità assistenziale realmente utilizzato ed utilizzabile;
- Un servizio psichiatrico ospedaliero che veda un unico punto erogativo;
- Funzioni amministrative completamente unificate in una unica sede fisica e progressivamente in servizi interaziendali o di Area Vasta, superando i residui di frammentazione territoriale che hanno reso i servizi amministrativi spesso incompleti o non idonei a svolgere pienamente la loro funzione di "piattaforma di supporto alla attività sanitaria": dagli sportelli di prenotazione, accettazione, pagamenti alle attività propriamente amministrative erogate dai servizi centrali.

L'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara svolge funzioni di ospedale polispecialistico di riferimento per la provincia di Ferrara.

L'attività assistenziale si svolge ora su tre sedi: l'Ospedale di Cona, dove insiste gran parte dell'attività specialistica per acuti, l'Ospedale di riabilitazione San Giorgio, un residuo di attività ambulatoriale al vecchio Sant'Anna. L'ospedale svolge funzioni di assistenza, didattica e ricerca in stretta collaborazione con l'Università. Svolge funzioni di HUB regionale per la riabilitazione delle gravi cerebrolesioni, per le neuroscienze, la terapia intensiva neonatale, la genetica medica, la talassemia e le emoglobinopatie. E' HUB provinciale per l'emergenza-urgenza e le funzioni correlate.

L'Ospedale di Ferrara in Cona è in grado di affrontare tutte le emergenze/urgenze per la provincia di Ferrara, tranne che quelle di cardiocirurgia.

## **Caratteristiche economico-gestionali, specifiche dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara**

Vengono evidenziate alcune caratteristiche di particolare rilevanza, necessarie a definire con concretezza la posizione dell'azienda AOSPU nel contesto delle esigenze della popolazione di riferimento.

## Popolazione di riferimento

La tavola seguente mostra la dimensione del bacino di utenza provinciale per ogni azienda sanitaria all'interno della RER

Popolazione di riferimento provinciale	
<i>Ausl Residenza</i>	<i>Popolazione</i>
<b>101 PIACENZA</b>	291.302
<b>102 PARMA</b>	445.283
<b>103 REGGIO EMILIA</b>	534.014
<b>104 MODENA</b>	705.164
<b>105 BOLOGNA</b>	866.294
<b>106 IMOLA</b>	132.637
<b>109 FERRARA</b>	359.686
<b>110 RAVENNA</b>	394.464
<b>111 FORLÌ</b>	188.710
<b>112 CESENA</b>	209.622
<b>113 RIMINI</b>	332.070
<b>EMILIA ROMAGNA</b>	4.459.246

## Aspetti economici

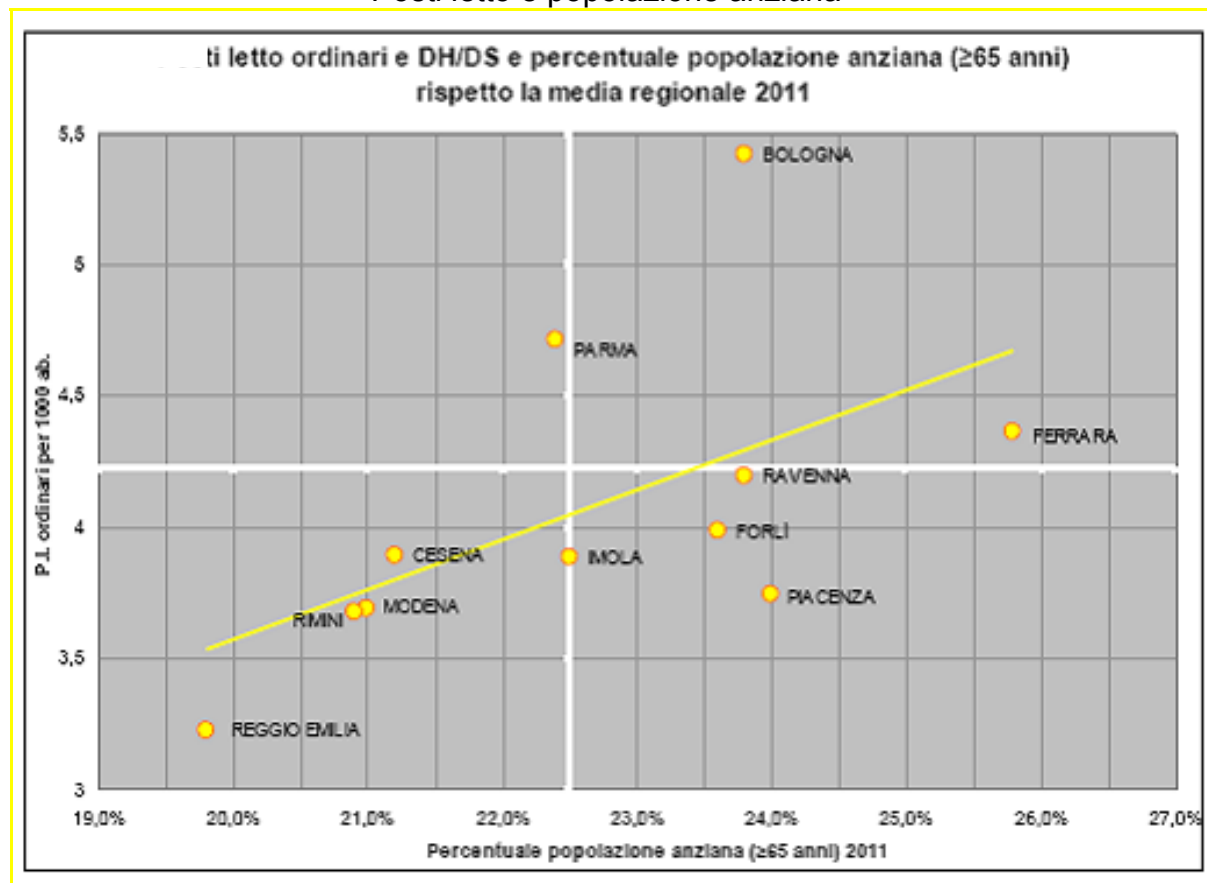
- ≡ Considerando il PIL/procapite si registra che (dati 2010) la Provincia di Ferrara ha il valore più basso di tutte le altre provincie della RER.
- ≡ Mettendo in relazione il PIL/Procapite con la dotazione Posti Letto (PL) privati-accreditati si osserva che la provincia di Ferrara si colloca ai livelli più bassi di dotazione PL ordinari rispetto al PIL, nella RER;
- ≡ Questa condizione cambia radicalmente se si considera la stessa relazione ma sui PL ordinari pubblici: la provincia di Ferrara si colloca, pur col PIL più basso, ai livelli più alti di dotazione PL ordinari nella RER.

## Aspetti demografici e rapporto tra Azienda e popolazione

Analizzando l'indice di dipendenza della popolazione dalle strutture ospedaliere (dimessi 2012), si osserva che il 41,7 % della popolazione residente utilizza l'AOSPU mentre il 29,1% si distribuisce tra i presidi dell'AUSL, evidenziando come l'AOSPU svolga funzione a tutti gli effetti di ospedale distrettuale, oltre che di alta specializzazione.

La provincia di Ferrara presenta una maggior percentuale di anziani (oltre i 75 anni) rispetto alla RER. Se si mettono in relazione la percentuale di popolazione oltre i 65 anni con la dotazione PL si osserva come Ferrara si collochi in una posizione caratterizzata da una elevata dotazione ma al tempo stesso di una elevata percentuale di popolazione oltre i 65 anni. Dall'analisi della distribuzione delle dotazioni PL delle Aziende RER in relazione alla percentuale di popolazione oltre i 65 anni, emerge come Ferrara si collochi al di sotto della retta di tendenza.

### Posti letto e popolazione anziana



## Aspetti epidemiologici e mortalità

- ≡ La Provincia di Ferrara si distingue per il più alto tasso standardizzato di mortalità generale rispetto alla RER. Nella distribuzione dei tassi standardizzati di mortalità rispetto alle dotazioni PL delle Aziende della RER, Ferrara si colloca, con elevato tasso, al disotto della retta di tendenza.
- ≡ La provincia di Ferrara ha il più alto tasso standardizzato di mortalità della RER per Neoplasie
- ≡ La provincia di Ferrara ha il più alto tasso standardizzato di mortalità della RER per malattie del Sistema circolatorio
- ≡ La provincia di Ferrara ha il più alto tasso standardizzato di mortalità della RER per malattie del sangue e degli organi ematopoietici
- ≡ La provincia di Ferrara ha il più alto tasso standardizzato di mortalità della RER per malattie del sistema osteomuscolare e tessuto connettivo.

I dati sopra riportati descrivono nel complesso un contesto socio demografico ma soprattutto epidemiologico che si differenziano sensibilmente dal quadro complessivo Regionale.

## La dotazione dei posti letto

Fra l'anno 2011 e l'anno 2012 il numero di posti letto ordinari per 1000 abitanti nelle Usl della regione ha subito principalmente variazioni negative. Le riduzioni maggiori si sono verificate a Modena (-0,380, la diminuzione si è avuta sia presso l'azienda Usl che presso l'Azienda Ospedaliera), Ferrara (-0,367, la riduzione è avvenuta prevalentemente nell'Azienda Ospedaliero Universitaria (-125 Aosp, -7 Ausl), Bologna (-0,323, derivante dalla variazione di posti letto privati accreditati nell'Azienda Usl) e Forlì (-0,254, attribuibili alla diminuzione dei letti privati accreditati). Fanno eccezione Piacenza, con un aumento di 0,038 posti letto per 1000 abitanti, e Ravenna (+0,023).

## Dotazione posti letto ordinari in RER

Azienda	(Posti letto ord./Tot. Pop. 2011)*1000	(Posti letto ord./Tot. Pop. 2012)*1000
101 PIACENZA	3,742	3,780
102 - 902 PARMA	4,714	4,700
103 - 903 REGGIO EMILIA	3,225	3,219
104 - 904 MODENA	3,684	3,304
105 - 908 BOLOGNA	5,071	4,748
106 IMOLA	3,883	3,860
109 - 909 FERRARA	4,359	3,992
110 RAVENNA	4,193	4,216
111 FORLÌ	3,985	3,731
112 CESENA	3,888	3,874
113 RIMINI	3,674	126 3,617
961 - IOR	0,351	0,351

La variazione fra il 2011 e il 2012 dei posti letto day hospital e day surgery per 1000 abitanti nelle Ausl considerate si presenta poco omogenea.

**Ferrara** e Modena hanno subito le riduzioni maggiori: la prima di -0,153 posti letto per 1000 abitanti (-31 AOSPU, -24 Ausl), la seconda di -0.053, dovuta quasi totalmente ai posti letto pubblici dell'Azienda Usl.

Forlì è l'unica Azienda Usl ad aver registrato un aumento più che lieve, nell'ordine di 0,254 posti letto per 1000 abitanti, esattamente corrispondente alla riduzione dei posti letto ordinari (-0,254).

#### Dotazione posti letto DH DS in RER

Azienda	(Posti letto DH e DS/ Tot. Pop. 2011)*1000	(Posti letto DH e DS/ Tot. Pop. 2012)*1000
101 PIACENZA	0,429	0,422
102 - 902 PARMA	0,492	0,494
103 - 903 REGGIO EMILIA	0,429	0,431
104 - 904 MODENA	0,403	0,350
105 - 908 BOLOGNA	0,432	0,421
106 IMOLA	0,377	0,377
<b>109 - 909 FERRARA</b>	<b>0,664</b>	<b>0,512</b>
110 RAVENNA	0,385	0,380
111 FORLÌ	0,514	0,768
112 CESENA	0,272	0,272
113 RIMINI	0,512	0,491
961 - IOR	0,027	0,027

#### I posti letto nelle Aziende Ospedaliere Universitarie

*Ordinari*

Osservando la variazione del numero di posti letto ordinari presso le aziende ospedaliere emiliano-romagnole fra l'anno 2011 e il 2012, si può notare che quattro aziende su sei hanno subito una riduzione più o meno significativa, fra le quali due per un valore superiore al 10%. Queste sono il policlinico di Modena (-11,08%) e l'azienda S. Anna, la quale registra un dato pari a -16,80%.

#### Posti letto ordinari nelle AOSPU della RER

Azienda	Posti letto ordinari 2011	Posti letto ordinari 2012	Variazione % posti letto ordinari
902 - AOSPU PARMA	1.092	1.092	0,00%
903 - AOSP REGGIO EMILIA	805	804	-0,12%
904 - AOSPU MODENA	659	586	-11,08%
908 - AOSPU BOLOGNA	1.467	1.429	-2,59%
<b>909 - AOSPU FERRARA</b>	<b>744</b>	<b>619</b>	<b>-16,80%</b>
960 - IOR	304	304	0,00%
<b>TOTALE</b>	<b>4.767</b>	<b>4.530</b>	<b>-4,97%</b>

#### DH-DS

Si è verificata una riduzione del numero dei posti letto day hospital e day surgery in particolare presso l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara (-26,72%) e, lievemente, presso quella di Modena (-4,71%).

L'azienda Ospedaliera di Reggio Emilia è l'unica a registrare un piccolo aumento del numero dei posti letto (+0,85%).

#### Posti letto DH DS nelle AOSPU della RER

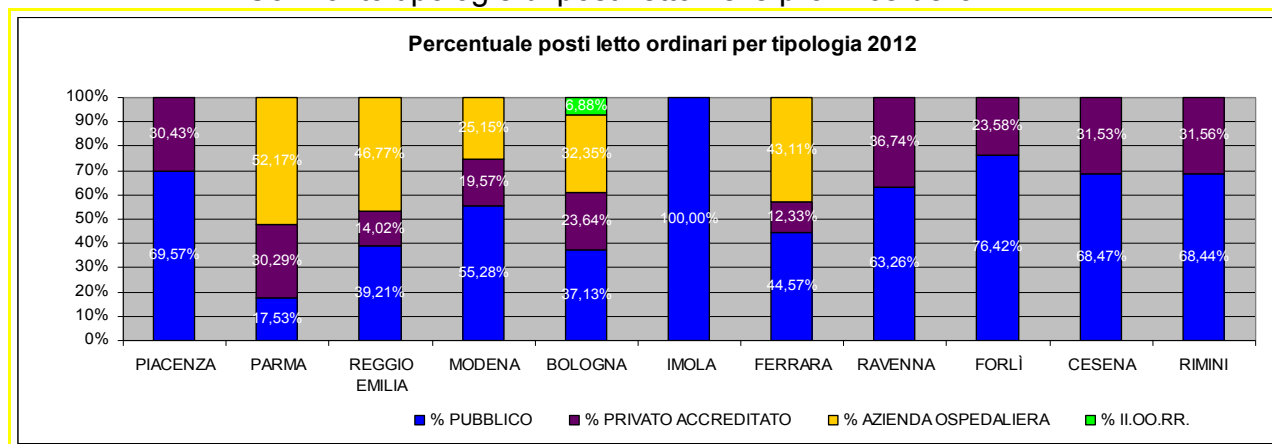
Azienda	Posti letto DH/DS 2011	Posti letto DH/DS 2012	Variazione % DH/DS
902 - AOSPU PARMA	126	126	0,00%
903 - AOSP REGGIO EMILIA	118	119	0,85%
904 - AOSPU MODENA	85	81	-4,71%
908 - AOSPU BOLOGNA	155	155	0,00%
<b>909 - AOSPU FERRARA</b>	<b>116</b>	<b>85</b>	<b>-26,72%</b>
960 - IOR	23	23	0,00%
<b>TOTALE</b>	<b>540</b>	<b>505</b>	<b>-6,48%</b>



### Distribuzione dei Posti letto nelle province per tipologia

Nella provincia di Ferrara, la percentuale dei posti letto privati è la più bassa rispetto alle altre province in cui è presente un'Azienda Ospedaliero Universitaria, ed è presente la stessa distribuzione in percentuale tra AOSPU e AUSL.

### Confronto tipologie di posti letto nelle province della RER



### Produzione da ricovero

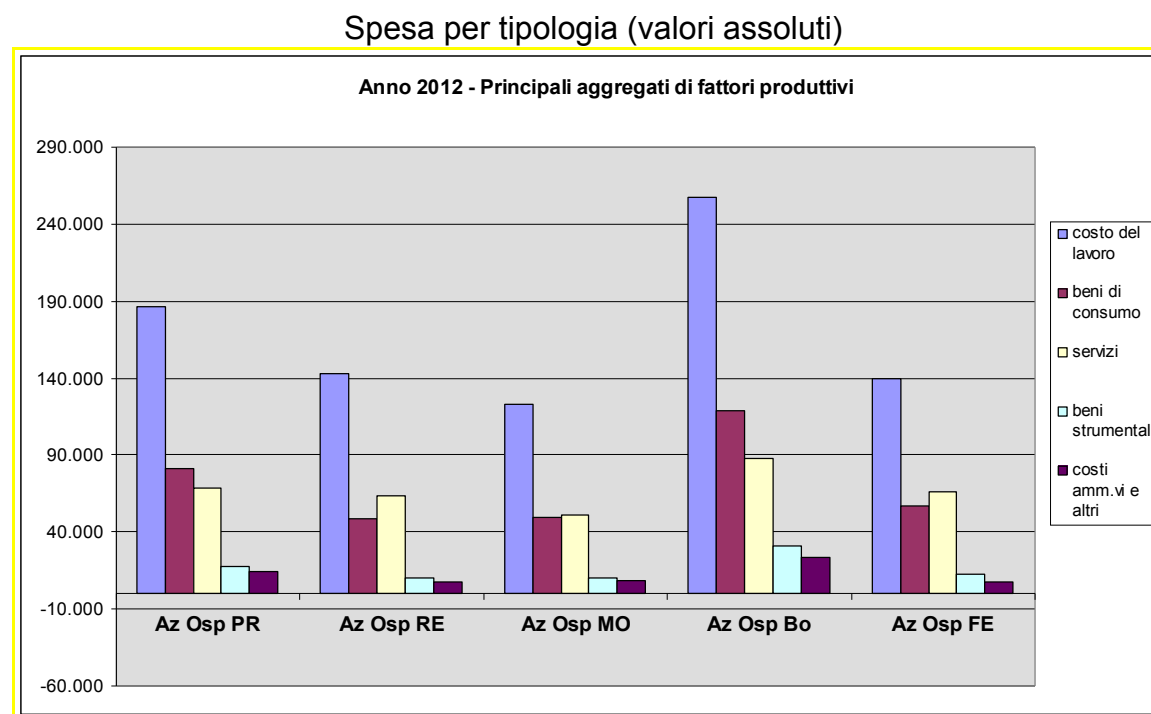
La tavola successiva mette a confronto la produzione da ricovero (RO+DH) delle AOSPU della RER. per Ferrara è evidente il forte calo della produzione legato al principalmente all'evento del trasloco per l'intero anno 2012 e alla riduzione dei posti letto persistente nel 2013.

Dimissioni e relativi importi per residenza delle AOSPU della Regione Emilia Romagna (RER): confronto anni 2011 e 2012

		N. dim. GEN.-DIC. 2011 (a)	N. dim. GEN.-DIC. 2012 (b)	Diff. n. dim. (c)= (b)-(a)	Variaz. % n. dim. (d)= (c)*100/(a)	Importo GEN.-DIC. 2011 (e)	Importo GEN.-DIC. 2012 (f)	Diff. Importo (g)= (f)-(e)	Variaz. % Importo (h)= 100*(g)/(e)
<b>Azienda</b>	<b>Residenza paziente</b>								
a) AOSPU PARMA	PROVINCIA O ESTERO	41129	42276	1147	2.8	147,647,039	150,779,709	3,132,670	2.1
	EXTRA PROV.	10214	10398	184	1.8	46,918,991	46,805,198	-113,793	-0.2
b) AOSP REGGIO EM.	PROVINCIA O ESTERO	41396	40016	-1380	-3.3	133,840,203	132,477,551	-1,362,652	-1.0
	EXTRA PROV.	6805	6986	181	2.7	19,084,636	20,985,064	1,900,429	10.0
c) AOSPU MODENA	PROVINCIA O ESTERO	34939	32485	-2454	-7.0	103,373,572	99,888,881	-3,484,691	-3.4
	EXTRA PROV.	8662	7191	-1471	-17.0	30,082,272	25,777,629	-4,304,643	-14.3
d) AOSPU BOLOGNA	PROVINCIA O ESTERO	53233	52592	-641	-1.2	187,191,103	185,738,848	-1,452,255	-0.8
	EXTRA PROV.	18078	17584	-494	-2.7	88,821,279	87,388,554	-1,432,725	-1.6
e) AOSPU FERRARA	PROVINCIA O ESTERO	30980	27377	-3603	-11.6	109,474,305	95,635,887	-13,838,417	-12.6
	EXTRA PROV.	6705	5624	-1081	-16.1	26,315,873	22,181,392	-4,134,481	-15.7

## Costi di produzione

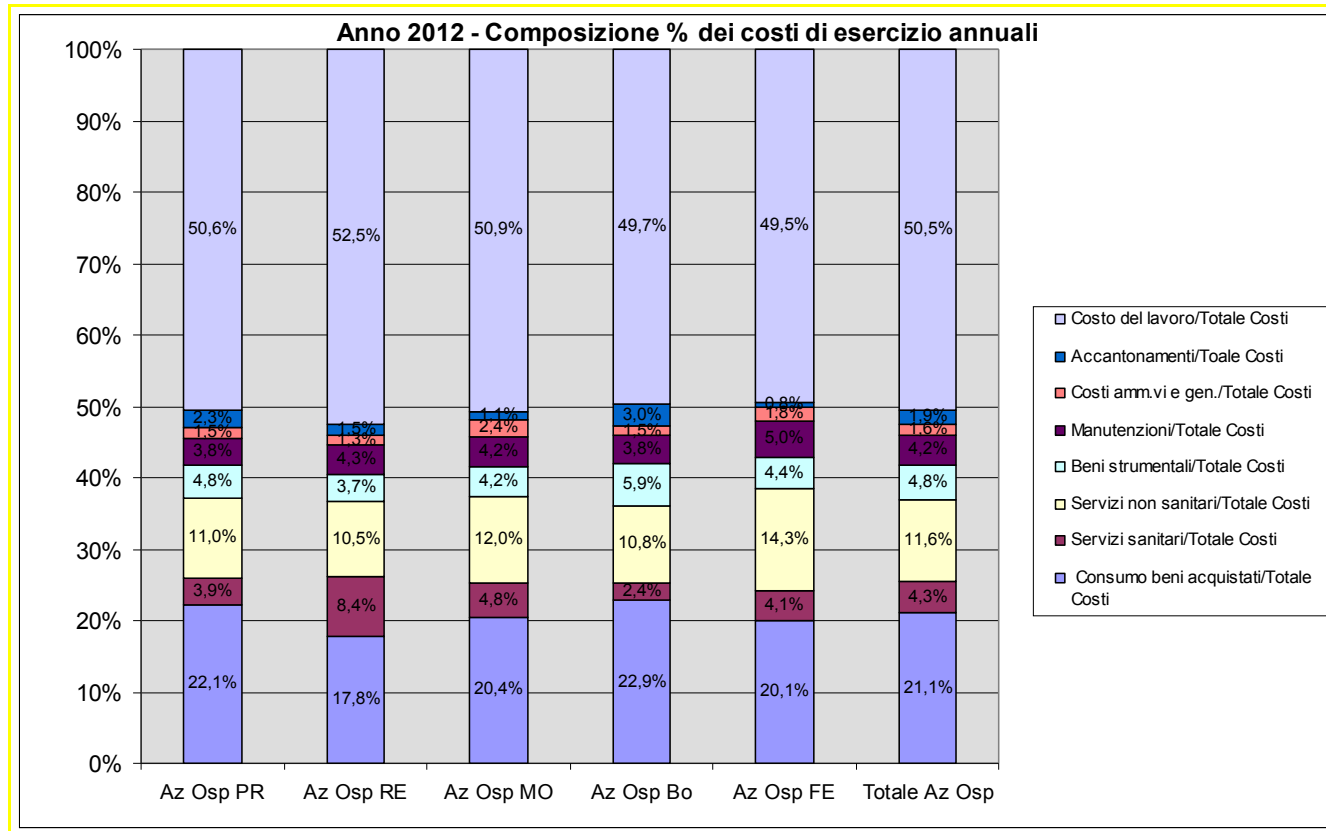
L'analisi comparata delle voci di spesa raggruppate per tipologia mostra un quadro complessivo come quello della figura seguente



Analizzando in modo comparato i costi d'esercizio per composizione, emerge come per il 2012 AOSPU FE presenti la minore incidenza dei costi del lavoro sul totale dei costi. Considerando la particolarità di Reggio Emilia (che non presenta le stesse caratteristiche come componente universitaria, rispetto alle altre AOSPU) AOSPU FE presenta anche la minor incidenza di costi per beni di consumo, che appare anche significativamente inferiore alla media regionale.

Per contro è presente una percentuale più elevata di costi per servizi non sanitari. In questo aggregato di fattori sono presenti tutte le spese tecnicamente definibili come “non comprimibili” attraverso azioni di governo dirette dall'Azienda (in primis i costi per la gestione del vecchio Ospedale S.Anna: Utenze, Energia, Manutenzioni) e per la gestione esternalizzata dei servizi nel nuovo Ospedale.

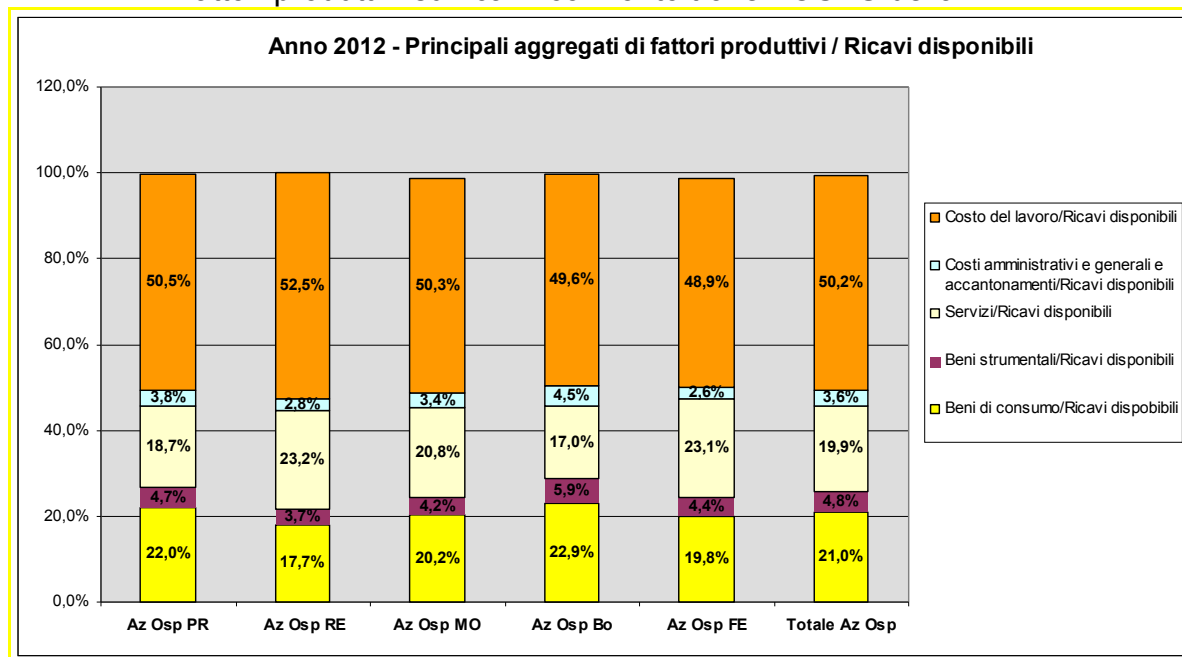
### Composizione dei costi di esercizio



### Spese per aggregati principali rapportate ai ricavi

Confrontando tali indicatori tra le AOSPU della RER, emerge che nel 2012 AOSPU FE ha registrato una incidenza della spesa del personale sulla produzione sensibilmente inferiore alla media RER. Stesso fenomeno si registra anche per l'incidenza dei beni di consumo sui ricavi. Rimane ancora più elevata la spesa per i servizi rispetto alla media RER.

### Fattori produttivi su ricavi: confronto tra le AOSPU della RER



A fronte del trend dei risultati economici e dei fondi a garanzia dell'equilibrio economico finanziario (nel 2012 si è trasferito ed è funzionante l'Ospedale di Cona) l'Azienda sta operando al proprio interno, già, nella seconda parte del 2012, per ottenere un risultato in termini di organizzazione, appropriatezza efficienza ed economicità, nei seguenti punti:

- Uso ragionevole delle risorse
- Ottimizzare i rapporti di codifica con la struttura regionale
- Ottenere finanziamenti da fonti diverse da quelle regionali
- Ospedale e Università a basse emissioni

## Obiettivi e azioni specifiche nel triennio

Gli obiettivi (sempre nell'ottica dell'integrazione) perseguibili nel lasso del triennio sono:

### Garantire l'appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni sanitarie

In primo luogo è necessario rinforzare il ruolo del dipartimento farmaceutico interaziendale e dei dipartimenti ospedalieri e delle cure primarie delle due aziende per:

- ☞ Promuovere attivamente l'indicazione ministeriale sulla prescrizione dei farmaci a brevetto scaduto e per la prescrizione del principio attivo, applicando in sede locale l'Accordo Regionale con la Medicina Generale.
- ☞ Promuovere attivamente la prescrizione di farmaci ad elevata evidenza di efficacia da revisioni sistematiche. Laddove è possibile esercitare un controllo efficace e condiviso, interpretare il prontuario farmaceutico regionale secondo le indicazioni della lista dei farmaci essenziali OMS.
- ☞ Definire un progetto interaziendale su base provinciale sull'utilizzo dei farmaci biologici ad alto costo, differenziandone l'utilizzo a titolo sperimentazione di IV fase da quello post- marketing per condizioni in cui questi farmaci sono di provata efficacia, ed istituendo un registro provinciale di follow-up sui successi e gli insuccessi terapeutici per tumori, malattie reumatiche e dermatologiche e sugli eventi avversi.
- ☞ Sviluppare il lavoro della Commissione Interaziendale dei dispositivi medici, alla quale attività va legata la scelta dei dispositivi migliori per le manovre diagnostiche e terapeutiche (mediche, assistenziali e chirurgiche) e le conseguenti gare di area vasta.
- ☞ Dare piena attuazione, e condividere con gli ospedali della provincia le indicazioni dei professionisti dell'Ospedale di Cona relativamente ai cosiddetti "Menù chirurgici", in maniera tale da ridurre al massimo possibile la variabilità nell'acquisizione degli strumenti e garantirne l'arrivo a scadenze predefinite, sia per gli interventi programmabili che per quelli in emergenza urgenza. A questo obiettivo concorrono i dipartimenti interaziendale acquisti, quello di ingegneria clinica, il dipartimento farmaceutico, i magazzini, i responsabili medici ed infermieristici dei Dipartimenti delle due Aziende.
- ☞ Di regola per il materiale consumabile in transito ad alto costi si utilizza lo strumento del conto-deposito.
- ☞ Il dipartimento interaziendale ICT analizza i sistemi informatici in essere e li mette al servizio, in completa integrazione, della semplificazione per tutti gli utenti delle procedure tracciabili dall'ordinazione all'utilizzo del dispositivo al letto del paziente, anche allo scopo di monitorare in tempo reale la programmazione dei consumi previsti e segnalare in tempo reale le difformità dall'atteso.
- ☞ Le attività di chirurgia programmata e nell'urgenza delle UUOO chirurgiche della Provincia vanno verso una più forte integrazione organizzativa e l'interscambio attivo di pazienti, materiale, personale, per garantire il buon utilizzo di tutte le risorse dei percorsi chirurgici del territorio. Viene nel contempo sospesa la convenzione per attività chirurgiche nelle due cliniche di Ferrara, fino a nuovo accordo che le integri nella programmazione provinciale, anche dal punto di vista organizzativo.



Vanno attuati ed implementati nell'area provinciale i percorsi assistenziali su ca. della mammella ed ictus, e vanno allargati alle altre patologie ad elevato impegno assistenziale.

#### Garantire la sicurezza dei pazienti

- a. Vanno attuate in tutte le articolazioni delle due aziende le azioni previste dal Ministero per la salute per prevenire gli eventi avversi. Vanno inoltre attuate tutte le indicazioni dell'AHRQ e dell'OMS in tema di promozione della sicurezza dei pazienti. La gestione delle attività per la sicurezza dei pazienti diventa una funzione dipartimentale coordinata a livello interaziendale.
- b. Gli interventi chirurgici e le manovre invasive potranno essere effettuati solamente nelle UUOO ospedaliere o ambulatoriali, pubbliche o private accreditate che siano state appositamente autorizzate ed accreditate per la funzione specifica e che abbiano volumi di attività compatibili con il mantenimento della competenza delle equipe mediche ed assistenziali.
- c. Viene messo in atto un programma di interscambiabilità fra medici ed infermieri dell'ospedale di Cona e della Provincia ai fini del mantenimento e del miglioramento delle loro competenze cliniche ed assistenziali.

Sulla base di questi due gruppi di azioni complesse, se ben coordinate, la letteratura internazionale afferma che è possibile ridurre i costi secondari da sprechi, conseguenze degli eventi avversi, perdite di tempo e di immagine dal 10 fino al 30% in un anno dall'inizio dell'operatività per singolo sottoprogetto.

E' sufficiente andare a vedere nei bilanci delle due aziende per comprendere di quanto potremo essere in grado di migliorare la performance economica a partire dal miglioramento di quella clinica ed organizzativa.

#### Sviluppare e mantenere l'efficienza delle sale operatorie

Gli ospedali della provincia di Ferrara contengono strutture chirurgiche, sale operatorie, di primo livello, tutte autorizzate ed accreditate, tranne le ultime tre di Cona, costruite secondo i migliori criteri, ed in grado di soddisfare pienamente ai fabbisogno di interventi chirurgici espresso dalla popolazione di Ferrara.

Ciononostante esiste un discreto tasso di fuga intra ed extra regionale, anche per patologie banali, un basso tasso di attrazione, liste di attesa piuttosto lunghe, una grande disomogeneità fra ospedali per quanto riguarda trattamenti, giornate di degenza, degenza media e volumi di attività.

Le attività chirurgiche della provincia di Ferrara vanno coordinate a livello interaziendale, sia per quanto riguarda la complessità assistenziale compatibile con gli ospedali nelle quali sono inserite, sia per quanto riguarda i volumi di attività per complessità assistenziale.

In relazione al ripensamento dell'utilizzo delle organizzazioni chirurgiche pubbliche territoriali il sistema dovrà garantire:

- ≡ la riduzione dei tempi di attesa per tutte le patologie;
- ≡ il rientro dei tassi di fuga;
- ≡ l'aumento dei tassi di attrazione intra ed extraregionale;
- ≡ la soddisfazione del bisogno di chirurgia di primo livello (chirurgia ambulatoriale e Day Surgery) in prossimità della comunità dei pazienti e la piena soddisfazione di quasi tutte le necessità di chirurgia specialistica, tranne la cardiocirurgia, nell'Ospedale di Cona, nei tre regimi assistenziali, delegando alcune funzioni semplici e compatibili con i loro livelli autorizzativi e di accreditamento, agli ospedali della provincia, per la chirurgia ambulatoriale, Day Surgery, One Day Surgery).

In questo modo potrà essere possibile utilizzare al meglio le potenzialità chirurgiche della provincia e garantire il raggiungimento degli obiettivi indicati.

#### Ottimizzare gli strumenti informatici già in essere



E' noto da tempo il disagio causato ai cittadini e agli operatori dalla presenza di due sistemi informatici al servizio delle attività sanitarie della Provincia.  
E' stato dato mandato all'ICT di integrare al massimo i due sistemi in tutte le loro funzioni di servizio ai cittadini ed agli operatori, riducendo al minimo le ripetizioni e le ridondanze che sono dannose per l'economia di questo territorio e delle due aziende.  
Un progetto dettagliato è in corso d'opera da parte del dipartimento interaziendale ICT nell'ambito del Progetto AVEC.  
Completamento dell'integrazione interaziendale del RIS-PACS

#### Ripensare agli ospedali in rapporto alla complessità dei bisogni assistenziali dei pazienti - ridurre le giornate di degenza in eccesso per ritardata dimissione da ritardato assorbimento territoriale

La situazione economica attuale può favorire un pensiero nuovo nella progettazione delle attività sanitarie ad elevata specializzazione che vanno costruite negli ospedali:

- ① Ospedali Spoke con funzioni di Pronto Soccorso o Primo intervento, Medicina d'urgenza per la stabilizzazione dei pazienti e intensiva (o semintensiva), con Medicina interna, Cardiologia, Chirurgia Ortopedia, Urologia, Ginecologia ambulatoriale, day, ambulatoriale, day e week surgery per le patologie ed i trattamenti a bassa intensità assistenziale. In definitiva tre ospedali con una medicina interna suddivisa per complessità assistenziale medio-bassa e letti di assistenza per pazienti chirurgici a bassa complessità.
- ② Ospedali privati accreditati che effettuano, per la città di Ferrara, funzioni di post-acuzie, riabilitazione estensiva vera e lungodegenza, ed escludono per il momento le attività di chirurgia che necessitano ricovero ordinario.
- ③ Un ospedale universitario ad alta specializzazione hub regionale per l'emergenza, il politrauma e le altre funzioni ad elevata specializzazione, con degenze integrate nei 4 percorsi prima identificati e la possibilità per i pazienti di essere dimessi in situazioni di stabilizzazione e inviati presso le loro sedi di origine.

## **Le strategie e le azioni: tempi e modalità di attuazione**

Sulla base delle strategie di integrazione col Territorio e con l'Università, i sistemi di programmazione, di attività erogate, di efficienza ed economicità possono convergere verso un traguardo comune. La programmazione della sanità nella Provincia di Ferrara orientata ai bisogni del cittadino si attua attraverso il pieno sviluppo delle principali reti assistenziali cliniche, di diagnostica e socio-sanitarie.

**LE RETI CLINICHE ASSISTENZIALI E DI DIAGNOSTICA** individuate sono:

- a) Rete per l'assistenza all'ictus cerebrale acuto
- b. Rete integrata per l'assistenza al trauma grave e neuro trauma
- c. Rete assistenziale per l'emergenza cardiologica e l'elezione cardiologica
- d. Rete dell'emergenza
- e. Rete oncologica
- ✕ Rete pediatrica e Percorso nascita

- 🏥 Rete Chirurgica (Chirurgia Urgenza, Generale, Urologia, Ortopedia)
- 🏥 Rete Nefrologia – Dialisi
- 🏥 Rete TAO
- 🏥 Rete di diagnostica radiologica e radiologia interventistica
- 🏥 Rete di diagnostica di laboratorio
- 🏥 Rete di assistenza riabilitativa
- 🏥 Rete per la salute mentale in età adulta e pediatrica
- 🏥 Rete integrata del paziente diabetico
- 🏥 Rete delle Cure Palliative.

Il principale strumento per implementare, razionalizzare e sviluppare i percorsi clinico-assistenziali è l'integrazione interaziendale.

L'Azienda USL Ferrara e l'Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Anna hanno intrapreso già da alcuni anni un processo di integrazione interaziendale delle funzioni amministrative e delle reti cliniche assistenziali attraverso dipartimenti, servizi, programmi e strutture comuni.

Il fine perseguito è stato quello di *"migliorare la qualità dell'offerta e dell'efficienza nella produzione di servizi avviando un processo di integrazione di attività e funzioni tra Aziende per condividere le migliori professionalità presenti, razionalizzare risorse tecnologiche, materiali, umane e finanziarie concentrando strutturalmente le funzioni amministrative, tecnico-professionali e sanitarie a prevalente carattere generale e di supporto tecnico-logistico che non influenzano l'esercizio dell'autonomia e della responsabilità gestionale in capo alle direzioni aziendali, ma che possono determinare economie di scala ed economie di processo."* (DGR 199/2013)

Il Piano Strategico Provinciale per raggiungere l'obiettivo di migliorare l'assistenza e di renderla economicamente sostenibile deve operare attraverso l'attivazione o il consolidamento (in rosso quelli ancora non completamente attivati; in blu quelli da progettare) dei:

#### 1. DIPARTIMENTI SANITARI INTERAZIENDALI

- DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE PREVENZIONE E PROTEZIONE (D.I.P.P.)
- DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE FARMACEUTICO (D.I.F.)
- DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DSM (DAI)
- **DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE DI MEDICINA LEGALE (DIML)**
- **DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE RADIOLOGICO**

#### 2. UNITA' OPERATIVE/SERVIZI UNICI INTERAZIENDALI

- LABORATORIO UNICO PROVINCIALE (LUP)
- STRUTTURA SANITARIA INTERAZIENDALE PRESIDIO SANITARIO TERRITORIALE S. ANNA
- **UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA DI PEDIATRIA INTERAZIENDALE**
- **UNITÀ OPERATIVA COMPLESSA DI UROLOGIA INTERAZIENDALE**
- **BREAST UNIT INTERAZIENDALE**
- **SERVIZIO DI ONCOLOGIA INTERAZIENDALE**
- **U.O.C. DI NEFROLOGIA E DIALISI INTERAZIENDALE**
- **U.O.C. INTERAZIENDALE DI ASSISTENZA AL PAZIENTE DIABETICO**
- **U.O.C. INTERAZIENDALE DI RADIOLOGIA**

### 3. PROGRAMMI E COORDINAMENTI INTERAZIENDALI

- PROGRAMMA INTERAZIENDALE CARDIOLOGICO
- COORDINAMENTO INTERAZIENDALE ODONTOIATRICO
- COMMISSIONE PROVINCIALE DISPOSITI MEDICI – CPDM
- COMITATO CONTROLLO INFEZIONI
- COORDINAMENTO INTERAZIENDALE RETE DELLE CURE PALLIATIVE
- PROGRAMMA INTERAZIENDALE DI RIABILITAZIONE
- PROGRAMMA INTERAZIENDALE GERIATRICO
- PROGRAMMA INTERAZIENDALE ONCOLOGICO
- PROGRAMMA INTERAZIENDALE ORTOPEDICO E TRAUMATOLOGIA MINORE
- PROGRAMMA INTERAZIENDALE DI CHIRURGIA GENERALE E SPECIALISTICA
- PROGRAMMA INTERAZIENDALE DI OCULISTICA

### 4. DIPARTIMENTI TECNICI INTERAZIENDALI

- DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE ATTIVITÀ TECNICHE E PATRIMONIALI (D.I.A.T.P.)
- IL DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE TECNOLOGIE PER LA COMUNICAZIONE E L'INFORMAZIONE (D.I.C.T.)
- DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE INGEGNERIA CLINICA

### 5. DIPARTIMENTI AMMINISTRATIVI INTERAZIENDALI

- DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE ACQUISTI CONTRATTI E LOGISTICA (D.I.A.L.E.)
- DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE (D.I.A.P.)
- SERVIZIO LEGALE/ASSICURATIVO INTERAZIENDALE
- SERVIZI STAFF (FORMAZIONE, SISTEMA INFORMATIVO, .....)

Sull'Area dei Dipartimenti Tecnici ed Amministrativi, è necessaria una propedeutica analisi delle numerose attività che sono state sviluppate in Provincia di Ferrara con ampio anticipo, rispetto alle altre Province e alle altre ASL della Regione Emilia Romagna.

L'Azienda USL e l'Azienda Ospedaliero/Universitaria di Ferrara a partire dal 2003 hanno sperimentato nuove forme organizzative al fine di garantire una sempre maggiore appropriatezza e qualità delle prestazioni e realizzando contestualmente economie di gestione.

Le forme di coordinamento e/o di integrazione fra funzioni dell'Azienda Ospedaliero Universitaria con quelle dalla Azienda USL di Ferrara sono rappresentate dai Dipartimenti Interaziendali, dai Programmi Interaziendali e dal Coordinamento Interaziendale.

In particolare il Dipartimento Interaziendale è una speciale articolazione organizzativa derivante dall'integrazione delle strutture complesse e strutture semplici dei settori operativi, appartenenti ad un ambito operativo omogeneo dell'Azienda USL di Ferrara e dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara. Tale articolazione costituisce un organismo unitario dal punto di vista gestionale sui cui le Direzioni Generali esercitano in modo paritetico e cooperativo il ruolo di organi di governo, programmazione e controllo, affidandone la conduzione a un Direttore unico che risponde in egual misura ad entrambe le aziende sanitarie.

La dimensione interaziendale consente di raggiungere elevati gradi di efficienza, ottimizzando i costi non solo su scala aziendale, rendendo possibile:

- a) la razionalizzazione dell'allocazione e dell'utilizzo di tecnologie costose e sofisticate, in particolare nel settore dei servizi e comunque nei settori con elevato peso del "fattore macchina" nel quale sono possibili margini per la realizzazione di economie di scala;
- b) dimensioni più adeguate al perseguimento di obiettivi di qualità ed all'individuazione di punti di eccellenza;

- c) la realizzazione di programmi di formazione comuni nell'area di riferimento, con diffusione di "best practice" e di comportamenti più omogenei tra le aziende;
- d) una maggiore facilità di scambi di ogni fattore di produzione e di cultura tra aziende.

Per i dipartimenti interaziendali di tipo sanitario ai precedenti obiettivi vanno aggiunti:

- a) programmazione dell'offerta di prestazioni adeguata all'esigenza di una migliore presa in carico della popolazione dell'area di riferimento per una maggiore garanzia della continuità assistenziale
- b) adozione di tutte le modalità organizzative che, a parità di qualità nei risultati ottenuti rispetto alla salute dell'utente e nei limiti delle risorse economiche disponibili, consentano una minor permanenza in ospedale del paziente.
- c) Sviluppo e implementazione dell'organizzazione delle sedi produttive in una logica di hub & spoke.

L'obiettivo di migliorare la qualità dell'offerta e dell'efficienza nella produzione dei servizi sanitari per il tramite di processi di integrazione viene ribadito con forza dalle recenti linee di programmazione regionale per l'anno 2013. Le spinte sempre più pressanti alla razionalizzazione delle risorse per il tramite di importanti interventi legislativi (vedi L. 135/12 e non ultima la Legge di Stabilità 2013), costringono i gestori di risorse a ripensare i servizi sanitari ed amministrativi, avviando un processo di integrazione di attività e funzioni tra Aziende per condividere le migliori professionalità, razionalizzare le risorse tecnologiche, materiali, umane e finanziarie. Si ribadisce nelle linee guida regionali che tali modalità di procedere non influenzano l'esercizio dell'autonomia e della responsabilità gestionale in capo alle direzioni aziendali, ma possono determinare economie di scala ed economie di processo.

Per l'anno 2013 La Delibera Regionale n. 199/2013, punta ad effettuare le integrazioni già dal primo semestre 2013 sulle seguenti aree:

- Gestione e reclutamento del personale e formazione;
- Gestione del sistema assicurativo, servizio legale e gestione del contenzioso;
- Gestione del patrimonio immobiliare, impiantistico e tecnologico e gestionale di energia.

Questa è la nuova area di attività rispetto alla quale sia il livello regionale sia le Aziende sono impegnate, area di studio necessaria per superare l'autoreferenzialità e innescare meccanismi di confronto che siano basati su dati oggettivi e standardizzabili. Un primo set di indicatori sui quali sviluppare confronti sono stati già stabiliti a livello regionale quali: costo personale per ruolo, per DRG prodotto, costo pro-capite, valore unitario dei Fondi contrattuali

## Le Reti cliniche

La progettazione integrata interaziendale triennale, attraverso le modalità organizzative sopradescritte (Dipartimenti, Unità e servizi unici interaziendali e programmi), porterà alla progressiva istituzione delle reti cliniche, che risulteranno articolate, in sintesi, nel seguente modo.

### a) **RETE PER L'ASSISTENZA ALL'ICTUS CEREBRALE ACUTO PROGRAMMA INTERAZIENDALE**

I pazienti colpiti da Ictus vengono trasportati direttamente dal 118 dal proprio domicilio e/o inviati dal PS degli Ospedali Spoke della provincia direttamente all'Hub di Cona. I protocolli operativi sono già attivi, da completare la centralizzazione primaria.

Negli Ospedali Spoke può essere effettuata la riabilitazione estensiva.

### b) **RETE INTEGRATA PER L'ASSISTENZA AL TRAUMA GRAVE E NEURO TRAUMA PROGRAMMA INTERAZIENDALE**

I pazienti vengono trasportati direttamente dal 118 e/o inviati dal PS degli Ospedali Spoke della provincia direttamente all'Hub di Cona. I protocolli operativi sono già attivi, da completare l'integrazione di Area Vasta.

Negli Ospedali Spoke può essere effettuata la riabilitazione estensiva.

**c) RETE ASSISTENZIALE PER L'EMERGENZA CARDIOLOGICA E L'ELEZIONE CARDIOLOGICA PROGRAMMA INTERAZIENDALE**

I pazienti colpiti da infarto, vengono trasportati direttamente dal 118 e/o inviati dal PS degli Ospedali Spoke della provincia direttamente all'Hub di Cona. I protocolli operativi sono già attivi.

Negli Ospedali Spoke può essere effettuata la riabilitazione estensiva e le altre funzioni.

HUB S.ANNA DI CONA

- PERCORSO IMA/STEMI
- EMODINAMICA, ARITMOLOGIA, INTERVENTISTICA E INTENSIVA COMPLESSA
- CENTRO DI RIFERIMENTO DISTRETTO CENTRO NORD, DIAGNOSTICA DI 1° E 2° LIVELLO

SPOKE DI CENTO

- TERAPIA INTENSIVA – UTIC – DEGENZA
- DIAGNOSTICA ARITMOLOGICA ED IMPIANTO PACE MAKER
- CENTRO DI RIFERIMENTO DISTRETTO OVEST PER DIAGNOSTICA DI 1° E 2° LIVELLO

SPOKE DEL DELTA

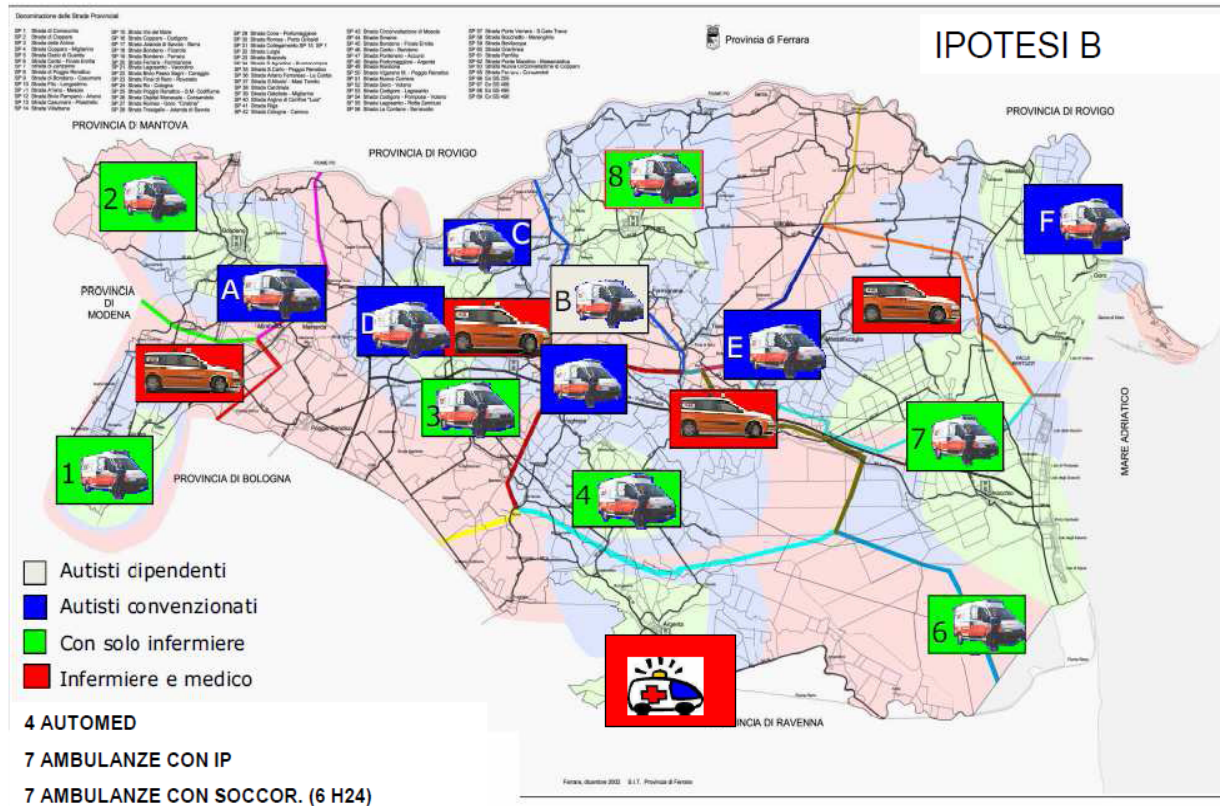
- TERAPIA INTENSIVA – UTIC – DEGENZA
- DIAGNOSTICA ARITMOLOGICA ED IMPIANTO PACE MAKER
- CENTRO DI RIFERIMENTO DISTRETTO SUD EST E AREA DEL DELTA PER DIAGNOSTICA DI 1° E 2° LIVELLO

SPOKE DI ARGENTA

- CENTRO DI RIFERIMENTO AREA PORTOMAGGIORE – ARGENTA PER DIAGNOSTICA DI 1° E 2° LIVELLO

**d. RETE DELL'EMERGENZA**

Il Piano della Rete dell'Emergenza della Provincia, come sotto rappresentato dalla slide, viene ampiamente esplicitato nell'allegato A.



## e. RETE ONCOLOGIA – U.O.C. INTERAZIENDALE DI ONCOLOGIA MEDICA

Attualmente la diagnosi e l'assistenza al malato oncologico è parcellizzata e scarsamente integrata nelle varie sedi ospedaliere provinciali. Si ritiene necessario addivenire ad una offerta fortemente integrata attraverso l'unificazione in una unica UOC di Oncologia Medica Interaziendale che possa operare nelle varie sedi secondo protocolli, modalità organizzative ed operative unitarie. La realizzazione di questo progetto dovrà avvenire entro il 2014. Successivamente vengono trattati i percorsi chirurgici della patologia oncologica.

### HUB DI CONA

- BREAST UNIT
- DIAGNOSI E TERAPIA DI I° E II° LIVELLO
- DEGENZA

#### SPOKE DI CENTO

- DH ONCOLOGICO PER 1° VISITA ED ESECUZIONE DI TERAPIA

#### SPOKE DEL DELTA

- DH ONCOLOGICO PER 1° VISITA ED ESECUZIONE DI TERAPIA

#### SPOKE ARGENTA

- DH ONCOLOGICO PER 1° VISITA ED ESECUZIONE DI TERAPIA

#### S.ANNA CORSO GIOVECCA

- EPIDEMIOLOGIA TUMORI; REGISTRO TUMORI; COORDINAMENTO SCREENING
- MAMMOGRAFIA (SCREENING)

### **f. RETE PEDIATRICA E PERCORSO NASCITA – U.O.C. INTERAZIENDALE DI PEDIATRIA**

Attualmente la Rete Provinciale è costituita da tre punti nascita: Cona (1° e 2° livello) Cento e Delta (1° livello). La presenza di Unità Operative autonome di Pediatria a Cona e al Delta e di un servizio pediatrico a Cento. Il ridotto numero di nascite e di bambini che caratterizzano la Provincia di Ferrara e in modo particolare nel Distretto Sud Est impone la necessità di trovare soluzioni di efficienza e di equità dell'assistenza pediatrica, anche attraverso l'attivazione di una Unità Operativa Complessa Unica che può operare nelle tre sedi, da realizzare entro il 2013.

#### HUB S.ANNA DI CONA

- PUNTO NASCITA DI II° LIVELLO (U.O.C.)
- P.S. PEDIATRICO
- TIN
- DEGENZA PEDIATRICA
- ATTIVITA' SPECIALISTICA DI I° E II° LIVELLO
- IVG

#### SPOKE DEL DELTA (MODULO DI U.O.C. INTERAZIENDALE)

##### AREA MATERNO INFANTILE

- U.O. di ostetricia e ginecologia
  - a) Punto nascita di 1° livello
  - b) Attività chirurgica-ginecologica
  - c) IVG
  - d) Attività specialistica ginecologica
- SERVIZIO PEDIATRICO DI I° LIVELLO CON PEDIATRA PRESENTE H24 IN STRUTTURA PER LE FUNZIONI DI:
  - consulenza pediatrica al P.S.
  - osservazione breve pediatrica 2 P.L. (superamento p.l. ordinari)
  - assistenza neonatale sala parto

#### SPOKE DI CENTO (MODULO DI U.O.C. INTERAZIENDALE)

## AREA MATERNO INFANTILE

- U.O. di ostetricia e ginecologia
  - a) Punto nascita di I° livello
  - b) Attività chirurgica-ginecologica
  - c) IVG
  - d) Attività specialistica ginecologica
- Servizio Pediatrico di I° livello e assistenza neonatale e Sala Parto
- Potenziamento della Rete Pediatrica locale attraverso l' U.O. Interaziendale e il coinvolgimento dei Pediatri di Libera Scelta e Pediatri di Comunità

## **g. RETI CHIRURGICHE (CHIRURGIA URGENZA, GENERALE, UROLOGIA, ORTOPEDIA)**

Vi è la necessità per migliorare l'appropriatezza delle Reti Chirurgiche di attuare progetti interaziendali, basati sulla concentrazione degli interventi chirurgici maggiori, in modo particolare per quanto riguarda la Chirurgia Oncologica in unica sede, lasciando nelle sedi Ospedali Spoke interventi chirurgici a bassa complessità e a maggior incidenza. Tale progetto può essere realizzato attraverso Unità Operative Complesse Interaziendali o con Programmi.

### **RETE CHIRURGICA GENERALE E SPECIALISTICA PROGRAMMA INTERAZIENDALE:**

#### HUB DI CONA

- ONCOLOGIA UROLOGICA
- CHIRURGIA MAMMELLA
- CHIRURGIA ONCOLOGICA
- CHIRURGIA ENDOCRINOLOGICA
- CHIRURGIA POLMONE, CHIRURGIA GASTROINTESTINALE, PANCREAS, FEGATO, CHIRURGIA SISTEMA NERVOSO, CHIRURGIA VASCOLARE, CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE, CHIRURGIA ORL, OCULISTICA E GINECOLOGICA COMPLESSE, CHIRURGIA PEDIATRICA

#### SPOKE DI CENTO

- ONCOLOGIA GINECOLOGICA NON COMPLESSA
- EPATO GASTRO INTESTINALE AD ALTA NUMEROSITA'
- DAY SURGERY/AMBULATORIO CHIRURGICO

#### SPOKE DELTA

- ONCOLOGIA GINECOLOGICA NON COMPLESSA
- EPATO GASTRO INTESTINALE AD ALTA NUMEROSITA'
- DAY SURGERY/AMBULATORIO CHIRURGICO DELTA
- CHIRURGIA AMBULATORIALE COMACCHIO

#### SPOKE DI ARGENTA

- D.S. PLURISPECIALISTICO ANCHE IN COLLABORAZIONE CON L'AZIENDA OSPEDALIERA (OCULISTICA, IVG, CHIRURGIA PLASTICA)
- ELEZIONE SECONDO PROGRAMMA INTERAZIENDALE DI CHIRURGIA GENERALE



## **RETE UROLOGICA - U.O.C. INTERAZIENDALE DI UROLOGIA**

### HUB DI CONA

- DIAGNOSTICA DI I° E II° LIVELLO
- CHIRURGIA MAGGIORE
- D.S.

### SPOKE DI CENTO (MODULO DI U.O.C. INTERAZIENDALE)

- DIAGNOSTICA E TERAPIA DI I° LIVELLO
- D.S.
- CHIRURGIA PAVIMENTO PELVICO

### SPOKE DEL DELTA (MODULO DI U.O.C. INTERAZIENDALE)

- DIAGNOSTICA E TERAPIA DI I° LIVELLO
- D.S.
- CHIRURGIA ENDOSCOPICA VIA URINARIE

## **RETE DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PROGRAMMA INTERAZIENDALE**

### HUB DI CONA (U.O.C. UNIVERSITARIA)

- POLITRAUMA GRAVE
- TRAUMATOLOGIA LIEVE E MEDIA GRAVITA' DISTRETTO CENTRO NORD
- TRAUMATOLOGIA PEDIATRICA
- PROTESICA: ANCA, SPALLA, GINOCCHIO E GOMITO

### SPOKE DI CENTO

- TRAUMATOLOGIA MEDIO LIEVE
- PROTESI ANCA, GINOCCHIO
- D.S.

### SPOKE DEL DELTA

- TRAUMATOLOGIA MEDIO LIEVE
- PROTESI ANCA, GINOCCHIO
- D.S.

### SPOKE DI ARGENTA (MODULO DI U.O.C. UNIVERSITARIA)

- D.S.
- TRAUMATOLOGIA ANZIANO NON COMPLICATA
- ELEZIONE SECONDO PROGRAMMA INTERAZIENDALE, PROTESI ANCA E GINOCCHIO

#### **h. RETE NEFROLOGIA – DIALISI U.O.C. INTERAZIENDALE DI NEFROLOGIA E DIALISI**

Si intravede la necessità, per migliorare il percorso assistenziale e omogeneizzare l'offerta su tutto il territorio provinciale di attivare una Unità Operativa Complessa Interaziendale che operi in tutte le sedi provinciali da realizzarsi entro il 2014.

##### HUB DI CONA

- AREA DI DEGENZA
- CENTRO DIALISI OSPEDALIERO
- DIAGNOSTICA DI 1° E 2° LIVELLO

##### S.ANNA CORSO GIOVECCA

- CENTRO DIALISI DECENTRATO AD ASSISTENZA LIMITATA (CAL); (FERRARA; DISTRETTO OVEST DA DEFINIRE)

##### COPPARO

- CENTRO DIALISI DECENTRATO AD ASSISTENZA LIMITATA (CAL)

##### DELTA

- CENTRO DIALISI DECENTRATO AD ASSISTENZA LIMITATA (CAL)

#### **i. RETE T.A.O.**

In questi giorni si sta completando, l'implementazione del programma Interaziendale TAO che prevede l'esecuzione della Diagnostica di Laboratorio nel Hub di Cona e per tutta la Provincia, un servizio unico provinciale di 2° livello e l'assistenza di 1° livello ai pazienti in terapia anticoagulante nelle sedi periferiche di: Cento, Argenta, Delta e Copparo.

L'esecuzione degli esami e la gestione dei "pazienti TAO" fa parte del programma interaziendale che coinvolge oltre al LUP, l'Ematologia del Sant'Anna, le Cardiologie di Cento e del Delta, la Medicina di Argenta e i MMG.

##### CENTRO DI SORVEGLIANZA HUB:

- AMBULATORIO DI FISIOPATOLOGIA DELLA COAGULAZIONE: GESTIONE E MONITORAGGIO DEI PAZIENTI IN TAO DI FERRARA: BACINO DI UTENZA PARI A CIRCA 4.000 PAZIENTI
- LABORATORIO EMOSTASI II LIVELLO: ESECUZIONE DEL LIVELLO DI ANTICOAGULAZIONE DI TUTTI I PAZIENTI IN TAO DELLA PROVINCIA DI FERRARA E IMPLEMENTAZIONE DEI TEST DI LABORATORIO NECESSARI AL MONITORAGGIO DEI NAO

##### CENTRI DI SORVEGLIANZA SPOKE:

- EMATOLOGIA S. ANNA DI FERRARA
- MEDICINA ARGENTA
- CARDIOLOGIA DELTA
- CARDIOLOGIA CENTO
- MEDICI DI MEDICINA GENERALE

#### SISTEMA DI CONTROLLO DEL PROGETTO

- CONTROLLO DI QUALITÀ STRUMENTALE
- TEMPO IN RANGE TERAPEUTICO
- COMPLICANZE EMORRAGICHE E TROMBOEMBOLICHE
- GRADO DI SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE

#### **J. RETE DI DIAGNOSTICA RADIOLOGICA E RADIOLOGIA INTERVENTISTICA – DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE DI RADIODIAGNOSTICA E RADIOLOGIA INTERVENTISTICA – U.O.C. INTERAZIENDALE CONA-DELTA DI RADIOLOGIA INTERVENTISTICA E RADIODIAGNOSTICA**

Attualmente la Rete di Diagnostica Radiologica e Radiologia Interventistica è caratterizzata da un elevato consumo e di una elevata produzione di prestazioni su tutta la Provincia. La presenza di tre Servizi di Radiologia Interventistica (2 a Cona e 1 al Delta) non garantiscono una continuità H24 dell' offerta nelle varie sedi e una assoluta disomogeneità di percorsi assistenziali, scarsa efficienza e scarsa integrazione. Pertanto si propone di attivare:

- una UOC Interaziendale di Radiologia Interventistica e radiodiagnostica entro il 2013;
- un Dipartimento Interaziendale per risolvere le numerose criticità sia sul piano dell' assistenza che dei costi nel triennio.

#### HUB DI CONA H 24

- NEURORADIOLOGIA
- RADIOLOGIA INTERVENTISTICA
- RADIOLOGIA CONVENZIONALE ED ALTA TECNOLOGIA
- ECOGRAFIA
- MEDICINA NUCLEARE
- RADIOTERAPIA

#### SPOKE DI CENTO

- RADIOLOGIA CONVENZIONALE ED ALTA TECNOLOGIA
- ECOGRAFIA

#### SPOKE DEL DELTA

- RADIOLOGIA CONVENZIONALE ED ALTA TECNOLOGIA
- ECOGRAFIA

#### SPOKE DI ARGENTA

- RADIOLOGIA CONVENZIONALE
- TAC; RM; ECOGRAFIA

#### STRUTTURE SANITARIE DI COPPARO, COMACCHIO, BONDENO, ANELLO S.ANNA:

- RADIOLOGIA CONVENZIONALE ED ECOGRAFIA
- TAC A COMACCHIO
- RMN ARTICOLARE A COPPARO

## SCREENING MAMMOGRAFICO PROVINCIALE

### **K. RETE DI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO - U.O.C. INTERAZIENDALE**

Il Laboratorio Unico Provinciale termina entro il 2013 la centralizzazione sull'Hub AVEC di Cona di tutti gli esami, compreso screening, ad eccezione degli esami di base intraospedalieri durante le ore diurne degli Ospedali di Cento e del Delta e di quelli eseguibili tramite POCT. Permanenza di POCT nelle Strutture Sanitarie con degenza e/o PPS.

Il Laboratorio di analisi interaziendale fa parte del progetto del Laboratorio AVEC.

#### HUB DI CONA H 24

- ESAMI SPECIALISTICI E SCREENING
- ESAMI ESTERNI DI TUTTA LA PROVINCIA
- ROUTINE CHIMICA-CLINICA – MICROBIOLOGIA
- URGENZA CONA
- ESAMI DI RIFERIMENTO AVEC (LABORATORIO UNICO DI AREA VASTA)

#### SPOKE DI CENTO

- POCT (NOTTURNO 20-8)
- ROUTINE (ESAMI AD ALTA NUMEROSITA' DI RICHIESTA- DIURNI 8-20)

#### SPOKE DEL DELTA

- POCT (NOTTURNO 20-8)
- ROUTINE (ESAMI AD ALTA NUMEROSITA' DI RICHIESTA- DIURNI 8-20)

#### SPOKE DI ARGENTA

- URGENZE 8-18 (LUNEDI' – VENERDI')
- POCT (18- 8); H24 FESTIVI E PREFESTIVI

### **I. RETE DELLA RIABILITAZIONE - PROGRAMMA INTERAZIENDALE DI RIABILITAZIONE**

Ad oggi non è operativo il Programma interaziendale Riabilitazione, il cui progetto è previsto entro il 2013 con relativa attivazione in considerazione delle seguenti direttive.

#### HUB DI CONA

- RIABILITAZIONE INTENSIVA (NEURORIABILITAZIONE); RIABILITAZIONE POST TRAUMATICA; ORTOPEDIA
- CENTRO REGIONALE PER LE CEREBROLESIONI
- SERVIZIO AMBULATORIALE

#### SPOKE DI CENTO

- RIABILITAZIONE ESTENSIVA, ORTOPEDIA E NEUROLOGICA CON SPECIALIZZAZIONE DI ALCUNI P.L. DELLA LUNGODEGENZA
- D.H. RIABILITATIVO

#### SPOKE DEL DELTA

- RIABILITAZIONE ESTENSIVA, ORTOPEDIA E NEUROLOGICA CON SPECIALIZZAZIONE DI ALCUNI P.L. DELLA LUNGODEGENZA
- D.H. RIABILITATIVO

#### SPOKE DI ARGENTA

- RIABILITAZIONE ESTENSIVA, ORTOPEDIA E NEUROLOGICA CON SPECIALIZZAZIONE DI ALCUNI P.L. DELLA LUNGODEGENZA CON PREVALENZA DELLA RIABILITAZIONE ORTOPEDICA ANZIANO
- D.H. RIABILITATIVO

#### CASA DI CURA

- RIABILITAZIONE ESTENSIVA, CON SPECIALIZZAZIONE NELL'AMBITO DEI P.L. DI LUNGODEGENZA ACCREDITATI

#### STRUTTURE DI COPPARO, COMACCHIO, BONDENO: SERVIZIO AMBULATORIALE DI RIABILITAZIONE

### **m. RETE DELLA SALUTE MENTALE DELL'ADULTO E DELL'INFANZIA - DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE DI SALUTE MENTALE**

Nel Dipartimento di Salute Mentale entro il 2013 verranno avviati i Programmi interaziendali per i Disturbi del Comportamento Alimentare e le consulenze intraospedaliere di Neuropsichiatria Infantile.

Si intravede la necessità di rimodulare l'offerta assistenziale per la patologia psichiatrica dell'adulto adeguandola ai modelli regionali più avanzati, trasferendo più risorse dall'assistenza ospedaliera all'assistenza territoriale.

#### HUB DI CONA H 24

- SPDC UNICO PROVINCIALE

#### SPOKE DEL DELTA

- SUPERAMENTO SPOD

#### PROGRAMMA INTERAZIENDALE DI PSICOLOGIA CLINICA E DI COMUNITA'

#### SERVIZIO INTERAZIENDALE DISTURBI COMPORTAMENTO ALIMENTARE

### **n. RETE INTEGRATA PER IL PAZIENTE DIABETICO U.O.C INTERAZIENDALE**

#### HUB DI CONA

- AMBULATORIO SPECIALISTICO DI 1° E 2° LIVELLO (AMBULATORIO PIEDE DIABETICO E GESTIONE MICROINFUSORI)

- CONSULENZE AI RICOVERI PER COMPLICANZE GRAVI DIABETICHE NEI REPARTI SPECIALISTICI OSPEDALE DI CONA

#### RETE PROVINCIALE DI ASSISTENZA AMBULATORIALE DIABETOLOGICA

- CAD S.ANNA (ANELLO)
- CAD DI CENTO
- CAD DI ARGENTA
- CAD COMACCHIO
- CAD COPPARO
- CAD CODIGORO
- CAD BONDENO
- CAD DI PORTOMAGGIORE

#### **0. RETE INTERAZIENDALE CURE PALLIATIVE**

##### AZIENDA OSPEDALIERA/UNIVERSITARIA DI FERRARA

- ≡ U.O. ONCOLOGIA
- ≡ U.O. GERIATRIA
- ≡ U.O. MEDICINE
- ≡ U.O. NEUROLOGIA
- ≡ U.O. PNEUMOLOGIA

##### AZIENDA USL DI FERRARA

- ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA
- HOSPICE DI CODIGORO
- HOSPICE DI FERRARA
- HOSPICE DI COPPARO 2014
- U.O. DEL PRESIDIO UNICO OSPEDALIERO

**L'integrazione tra le due Aziende in ambito sanitario si completa attraverso l'operatività di ulteriori Dipartimenti, Unità Operativi e/o Servizi Interaziendali, Programmi già operativi o in via di implementazione come di seguito specificato:**

- ≡ **DIPARTIMENTO FARMACEUTICO** già attivo da alcuni anni. Nel Dipartimento Farmaceutico nel 2013 prende avvio la "Centralizzazione del Laboratorio Antiblastici".
- **STRUTTURA SANITARIA INTERAZIENDALE PRESIDIO SANITARIO TERRITORIALE S. ANNA.**  
La Struttura che gestisce l'area del vecchio Sant'Anna è ad oggi operativa e partecipa attivamente alla progettazione della futura Casa della Salute.
- ≡ **DIPARTIMENTO MEDICINA LEGALE**, già approvato, prenderà avvio nel 2013
- **COORDINAMENTO INTERAZIENDALE ODONTOIATRICO**

- **COMMISSIONE PROVINCIALE DISPOSITIVI MEDICI – CPDM**
- **COMITATO CONTROLLO INFEZIONI**
- **PROGRAMMA INTERAZIENDALE GERIATRICO:** Il Programma interaziendale Geriatrico da compiersi entro il 2013 riassumerà in quanto compatibili le attività del Dipartimento funzionale interaziendale di Geriatria e Lungodegenza e le attività dell'U.O. "Assistenza Anziani" dell'AUSL.

**Le due Aziende già da alcuni anni, hanno intrapreso un percorso di integrazione e/o unificazione delle attività Amministrative e Tecniche, attraverso l'implementazione di Dipartimenti e/o Servizi Interaziendali come sotto riportato:**

≡ **DIPARTIMENTI AMMINISTRATIVI INTERAZIENDALI (già attivi)**

- DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE ACQUISTI CONTRATTI E LOGISTICA (D.I.A.L.E.)
- DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE (D.I.A.P.)

≡ **DIPARTIMENTI TECNICI INTERAZIENDALI**

- DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE ATTIVITÀ TECNICHE E PATRIMONIALI (D.I.A.T.P.)
- DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE INGEGNERIA CLINICA
- IL DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE TECNOLOGIE PER LA COMUNICAZIONE E L'INFORMAZIONE (D.I.C.T.)
- SERVIZIO LEGALE/ASSICURATIVO INTERAZIENDALE

Ad oggi sono operativi tutti i dipartimenti tecnici interaziendali con attivazione nel 2013 del Dipartimento Attività Tecniche e Patrimoniali e del Dipartimento Ingegneria Clinica ed in previsione, il Servizio Assicurativo Interaziendale che dovrà portare avanti il progetto di "autoassicurazione", secondo i tempi previsti della regione per l'ingresso delle due Aziende ferraresi nel processo

Dall'anno 2013 le Aziende della Provincia di Ferrara sono impegnate a sviluppare i processi di integrazione delle procedure informatiche dei Dipartimenti Interaziendali già attivi; questo elemento, insieme alla unificazione delle sedi territoriali darà nuovo slancio e completamento alla gestione integrata dei percorsi tecnico-amministrativi.

## **La Ricerca**

Nei processi di integrazione dovrà articolarsi anche lo sviluppo dell'attività di ricerca. Questa sarà svolta in rapporto alle linee di programmazione e progettualità regionali e dovrà crescere nel contesto organizzativo e funzionale dato dall'interdipendenza e integrazione con gli altri due elementi costitutivi basilari dei Dipartimenti ad attività integrata (DAI): l'assistenza e la didattica.

La pianificazione strategica, infatti, viene condivisa con la componente universitaria attraverso l'approvazione nel Collegio di Direzione delle attività connesse ai trasferimenti programmati, alle manovre di contenimento della spesa, ma anche ai progetti di ricerca.

La funzione di ricerca e didattica (integrata nel processo assistenziale) è presente nella pianificazione dell'Equilibrio di Bilancio

Nel corso del triennio proseguirà la collaborazione e integrazione nell'ambito dei progetti di ricerca, in particolare Regione Università.

Il contributo sul versante della didattica e della ricerca, diverrà elemento di sviluppo delle attività di eccellenza, funzioni HUB, e a bassa diffusione e per la gestione del patrimonio tecnologico

Gli obiettivi di ricerca sono stati formalizzati e condivisi nel processo di budget a partire dal 2011, attraverso la stesura di un piano di descrizione della attività di ricerca-formazione in ogni Unità operativa dei Dipartimenti. Dal 2013 l'obiettivo assegnato ai DAI consiste nella stesura e avvio di un piano della ricerca per il Dipartimento in cui siano contenute le principali tematiche di sviluppo.

## **I punti strategici basilari per la sostenibilità del triennio 2013 -2015**

Il piano della sostenibilità nel triennio è così articolato

- una realizzazione nel 2013 di azioni incisive volte all'avvicinamento ai costi pro-capite medi regionali ed ai valori regionali medi delle dotazioni di posti letto, agendo attraverso:
  - creazioni di reti cliniche integrate
  - maggior valore mobilità attiva su pazienti fuori provincia e regione
  - diminuzione costi calore S.Anna

Una realizzazione nel 2014 di azioni strutturali di consolidamento dei costi pro-capite medi regionali ed ai valori standard delle dotazioni di posti letto, agendo attraverso il ridimensionamento S.Anna (Corso Giovecca):

- ridimensionamento S.Anna - Giovecca
- consolidamento reti integrate
- consolidamento valore mobilità attiva
- trascinarsi minori costi di gestione

Una realizzazione nel 2015 di azioni strutturali di revisione organizzativa delle sedi:

- concentrazione a Cona, della sede riabilitativa attualmente presso il Pellegrino
- consolidamento dotazioni posti letto agli standard

## **Gli obiettivi intermedi**

### **Azioni specifiche legate alle strategie aziendali**

#### **Ambiti strategici generali**



In relazione alle linee di programmazione regionali per il 2013, alle esigenze di sviluppo specifiche del nuovo ospedale, ai rapporti con la committenza e alla situazione economico finanziaria generale (azioni di governo e spending review in primis), le direttive strategiche che la Direzione proietta sulle articolazioni aziendali trovano la loro concretizzazione nei seguenti ambiti fondamentali:

- ≡ Completamento del Trasferimento verso il nuovo Ospedale di Cona
- ≡ Efficienza organizzativa
- ≡ Equilibrio di Bilancio
- ≡ Processi di integrazione
- ≡ Attività di eccellenza
- ≡ Accreditamento

#### **Completamento del Trasferimento verso il nuovo Ospedale di Cona**

Durante il 2013 dovrà essere completato il processo di trasferimento rivolto alle attività che ancora erogano le prestazioni all'utenza dalla vecchia sede. In particolare saranno effettuate le procedure per:

- ≡ Trasferimento della Medicina Nucleare
- ≡ Trasferimento della Dermatologia
- ≡ Completamento della fase preparatoria del trasferimento della Radioterapia, evento programmato per il 2014.

Elemento prioritario, nella preparazione delle attività sequenziali, sarà l'elaborazione del cronoprogramma per il trasferimento programmato verso il nuovo ospedale.

Una volta implementato il programma del trasferimento, saranno garantiti gli aspetti della condivisione formalizzate attraverso la presentazione ed approvazione del piano dei trasferimenti al Collegio di Direzione.

La definizione della procedura di avvio costituirà il passo strettamente correlato al piano.

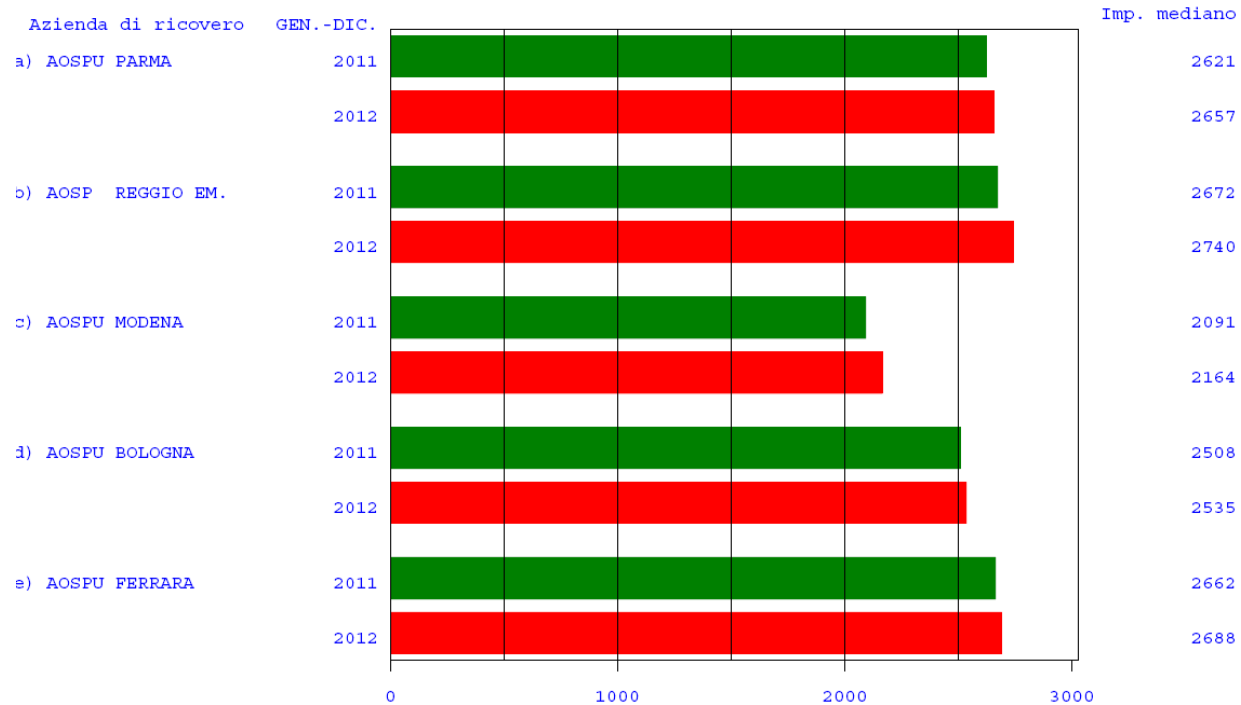
Saranno perseguite le linee organizzative che hanno permesso la buona riuscita del trasferimento avvenuto nel 2012, in primo luogo attraverso l'analisi puntuale degli aggiornamenti in relazione a criticità emergenti.

#### **Efficienza organizzativa e produttiva**

La produzione dell'ospedale, superata la fase di transizione logistica e iniziata la fase di ripresa dei volumi di attività, dovrà seguire il trend dei livelli di erogazione degli anni precedenti al trasferimento, in particolare garantendo l'alta complessità e le funzioni con valenza HUB e alta specialità.

Nel 2012, a fronte del calo di volume di attività, sono stati mantenuti livelli elevati (rispetto alle medie regionali) di complessità della casistica, come evidenziato nella figura seguente.

Azienda Osped. Univ. di Ferrara – Programmazione e Controllo di Gestione – Unità di Statistica Sanitaria  
**Graf. 5 – Importo mediano GEN.-DIC. 2011/2012 per Aziende Ospedaliere R.E.R. – 13 invio SDO**  
 Regime di ricovero=Ordinario



In stretta correlazione con le linee direttive del punto precedente, e seguendo i criteri di ottimizzazione e razionalizzazione delle risorse, dovrà essere parallelamente effettuata la rimodulazione organizzativa del personale in relazione alle riduzioni di attività nel periodo del trasloco e nel periodo estivo.

Proseguiranno i processi di ridefinizione dei criteri di accorpamento delle funzioni in relazione alle funzionalità del nuovo Ospedale, con particolare riguardo all'attività chirurgica. Tali processi influiscono sull'impatto economico e hanno contribuito alla formulazione delle previsioni di bilancio.

Parallelamente alle revisioni organizzative e logistiche della nuova struttura, per consentire il controllo delle spese e la corretta allocazione delle risorse, vengono effettuate le elaborazioni del nuovo Piano dei Centri di costo Aziendale, già prodotto per il nuovo ospedale e aggiornato costantemente.

Sul versante Chirurgico sarà completata la regolamentazione della piastra operatoria per il nuovo ospedale e garantita l'utilizzazione del nuovo software per la gestione diretta dell'attività di sala operatoria attraverso il nuovo programma informatico di gestione e controllo delle sale operatorie (Ormaweb).

È stato completato e realizzato il progetto relativo allo sviluppo del sistema CUNICO, consistente nella centralizzazione delle attività relative agli accertamenti propedeutici all'intervento chirurgico. In questo modo anche nella nuova struttura, grazie ai nuovi percorsi logistici e organizzativi verrà ottimizzata l'appropriatezza organizzativa delle prestazioni erogate, nel rispetto del setting assistenziale più adeguato.

Il monitoraggio presenterà come elemento metodologico basilare l'analisi puntuale degli aggiornamenti in relazione a criticità emergenti, in condivisione col Collegio di Direzione. Sarà, inoltre, potenziato dall'utilizzazione analitica di Ormaweb da parte degli uffici di staff.

### **Processi di integrazione**

Nel corso del 2013 si proseguirà il processo di integrazione funzionale organizzativa con l'azienda committente, già iniziato negli anni scorsi.

Nel settore tecnico-amministrativo saranno attivati / sviluppati i nuovi dipartimenti interaziendali:

- ≡ il Dipartimento interaziendale di Medicina Legale
- ≡ il Dipartimento interaziendale di Ingegneria Clinica

Sul versante sanitario invece verranno sviluppati i processi di integrazione funzionale e organizzativa delle seguenti aree:

- ≡ integrazione delle attività di Pediatria
- ≡ integrazione delle attività di Radiologia

in entrambi i versanti il processo di integrazione è articolato sulla collaborazione e su processi di condivisione delle attività e delle strategie tra l'azienda ospedaliera, l'Azienda Sanitaria territoriale e l'Università.

I processi di *integrazione con l'Università* nel corso del 2013 troveranno sviluppo o consolidamento nei seguenti ambiti:

- ≡ La pianificazione strategica viene condivisa con la componente universitaria attraverso l'approvazione nel Collegio di Direzione delle attività connesse ai trasferimenti programmati per il 2013, alle manovre di contenimento della spesa, all'ottimizzazione organizzativa e funzionale dell'attività operatoria, ai progetti di ricerca.
- ≡ Lo svolgimento dell'attività didattica e la frequenza degli studenti dei corsi universitari (professioni sanitarie), oltre che delle Scuole di Specializzazione, si svolgerà negli spazi del nuovo Ospedale.
- ≡ Sarà sostenuto il processo di sviluppo della didattica per le Professioni sanitarie e per le Scuole di Specializzazione, che si potrà avvalere dell'attività didattica svolta dai professionisti, dell'attività di tutoraggio-affiancamento-tirocinio, anche nei settori Tecnico-amministrativi. Nel 2013 partirà un'esperienza pilota di introduzione formale di un insegnamento sull'appropriatezza e importanza della codifica della SDO nella Scuola di Specializzazione di Chirurgia Generale.
- ≡ Proseguirà la collaborazione e integrazione nell'ambito dei progetti di ricerca, in particolare Regione Università.
- ≡ Si svilupperà ancora la collaborazione sui processi di condivisione delle attività e delle strategie anche con l'Azienda Sanitaria territoriale, per i Dipartimenti Interaziendali, e per l'implementazione delle integrazioni funzionali sul versante sanitario (citate sopra).
- ≡ Sarà consolidata l'attività HUB o di eccellenza e a bassa diffusione, che nasce da processi di programmazione integrata tra l'Azienda Ospedaliera, il Territorio e l'Università (descritti più avanti, nella sezione dedicata).
- ≡ Saranno condotti processi di partenariato sull'utilizzo razionale dell'energia.

### **Equilibrio di Bilancio**

I punti fondamentali sono il contenimento della spesa e l'applicazione della Spendig Review (applicazione che presenta diverse criticità e difficoltà) attraverso interventi sui beni di consumo, sulle politiche del personale e di acquisizione dei beni e servizi. Il contenimento della spesa non potrà prescindere dalle esigenze di sviluppo e di ripresa delle attività compatibili con la crescita del nuovo ospedale in rapporto a:

- ≡ committenza,
- ≡ potere di attrazione,
- ≡ funzione di ricerca e didattica (integrata nel processo assistenziale).

La struttura dell'offerta territoriale, che si concretizza nella formulazione della dotazione dei posti letto delle Unità Operative, viene seguita dalla definizione dei volumi budgetari necessari all'erogazione delle prestazioni, derivate, a loro volta, dalle funzioni riportate nei tre punti precedenti.

Saranno messe in atto le azioni di governo dell'appropriatezza organizzativa e prescrittiva secondo le linee guida RER descritte nelle sezioni successive.

Come garanzia di sviluppo dell'interfaccia tra Direzione e articolazioni aziendali viene garantita la fornitura dei documenti descrittivi sulle manovre di rientro della spesa per i Direttori dei DAI, nonché le informazioni tempestive per i Dipartimenti sulla disponibilità di budget. E' prevista anche l'ottimizzazione del controllo del percorso degli ordini nei reparti e lo snellimento delle relative procedure specifiche.

### **Sviluppo delle attività di eccellenza, funzioni HUB, e a bassa diffusione**

Nel corso del 2013 l'azienda promuoverà le azioni di consolidamento e sviluppo delle innovazioni nelle attività cliniche organizzative delle discipline in cui viene gestita la funzione di HUB o di eccellenza e a bassa diffusione. Le azioni di sviluppo dell'attività nascono da processi di programmazione integrata tra l'Azienda Ospedaliera, il Territorio e l'Università, attraverso:

- ≡ l'analisi condivisa delle risorse umane e tecnologiche necessarie (rimanendo in linea con le direttive regionali sui vincoli economici),
- ≡ la definizione delle componenti formative specifiche,
- ≡ il contributo sul versante della didattica e della ricerca,
- ≡ le necessità effettive della popolazione dei bacini di utenza di riferimento

#### Talassemia ed Emoglobinopatie

Vengono analizzati e ottimizzati i Setting assistenziali e promossa l'introduzione di nuovi progetti di ricerca.

#### Riabilitazione dei gravi cerebrolesi.

In stretta relazione con i vincoli di contenimento della spesa per il personale, viene perseguito l'impegno del ripristino della dotazione dei posti letto antecedente il 2012.

Sarà così possibile contribuire in modo determinante alla definizione di una offerta assistenziale più efficace rispetto alle esigenze epidemiologiche della popolazione di riferimento provinciale e extraprovinciale. Inoltre si sta procedendo al riordino della dotazione tecnologica.

#### Chirurgia Maxillo facciale.

Si procede al consolidamento delle attività di chirurgia di alta specializzazione e complessità

#### Chirurgia Audiologica.

Tendenziale sviluppo dell'attività di trattamento chirurgico della sordità neurosensoriale attraverso l'impianto di protesi cocleare.

#### Neurochirurgia.

Le azioni saranno mirate soprattutto allo sviluppo della chirurgia awake surgery. Inoltre sarà sviluppato il sostegno delle attività di neuroradiologia interventistica e radiologia interventistica

#### Terapia intensiva neonatale.

Saranno perseguite le azioni finalizzate al sostegno della funzione di HUB regionale

#### Genetica Medica.

Sarà effettuato il potenziamento delle funzioni di diagnostica con particolare attenzione al settore molecolare.

#### Neurologia.

Sarà consolidato il trattamento delle sindromi neurologiche degenerative con particolare riferimento alla gestione della fase avanzata del morbo di Parkinson, al trattamento e diagnosi delle demenze; sarà inoltre consolidato il sostegno delle attività per la cura dello stroke in fase acuta, favorendo il processo di integrazione organizzativa col territorio

#### Cardiologia.

Sarà incrementata l'attività di emodinamica ed elettrofisiologia come frutto di processi di integrazione e ottimizzazione delle risorse necessarie tra le due aziende della provincia.

#### Chirurgia Vascolare.

Si svilupperà l'integrazione tra Chirurgia vascolare e Radiologia interventiva sui grossi vasi.

#### Chirurgia Pediatrica.

Sarà consolidata la gestione dei chirurgia neonatale e dei prematuri, della chirurgia malformativa in collaborazione con la Chirurgia Maxillo facciale

### **Accreditamento**

Durante l'anno 2013 è previsto l'avvio dell'accREDITamento del nuovo ospedale. La programmazione prevede che tale traguardo sia raggiunto da tutti i Dipartimenti ad attività integrata (DAI), dal Dipartimento Farmaceutico Interaziendale (relativamente al Servizio di Farmacia Ospedaliera) e dalla Unità Organizzativa Formazione e Aggiornamento e che si concluda nel maggio 2014.

Per 2013 è prevista la visita ispettiva regionale di accREDITamento per:

- ≡ Direzione Aziendale
- ≡ Unità Organizzativa formazione Aggiornamento
- ≡ DAI Riproduzione Accrescimento
- ≡ Piastra operatoria
- ≡ DAI Emergenza
- ≡ DAI Medico
- ≡ DAI Chirurgico
- ≡ DAI Medico Specialistico
- ≡ DAI Chirurgico Specialistico

Per 2014 è prevista la visita ispettiva regionale di accREDITamento per :

- ≡ DAI Neuroscienze Riabilitazione + Piastra ambulatoriale
- ≡ DAI Immagini e Medicina di Laboratorio
- ≡ Dipartimento Interaziendale Laboratorio Unico Provinciale + Servizio Trasfusionale + AVIS
- ≡ Dipartimento Interaziendale del Farmaco (Servizio Farmacia)
- ≡ Anello S.Anna

In relazione al raggiungimento di tale traguardo, la preparazione dei DAI e delle UUOO alla visita ispettiva regionale di accREDITamento deve basarsi su alcuni elementi fondamentali che distinguono tale processo nel 2013 rispetto allo stesso evento avvenuto nella vecchia struttura:

- ≡ la trasversalità e l'integrazione tra i servizi, in particolare:
  - l'organizzazione della Piastra Operatoria
  - l'organizzazione della Piastra Ambulatoriale

- l'organizzazione del Sistema di Pronto Soccorso
  - l'organizzazione dell'Area Endoscopica
  - ≡ la linearità sequenziale tra i processi di pianificazione (piano annuale delle attività) e di verifica dei risultati.
- Le verifiche Interne, che, come di norma, precedono le visite Ispettive regionali sono state suddivise in due parti, temporaneamente fra loro distanziate:
- ≡ Alla fine del 2012 è stata effettuata la ricognizione dei soli requisiti strutturali e tecnologici. L'Azienda ha potuto in questo modo avere tempo per acquisizioni eventuali o modifiche strutturali che si ritenessero necessarie per soddisfare i requisiti richiesti a livello regionale.
  - ≡ Nel 2013 verrà valutato il possesso dei requisiti organizzativi attraverso la seconda Verifica Ispettiva Interna nelle Unità Operative degli otto DAI, pianificata con tempistica utile come da procedura aziendale di gestione delle visite.

## **Azioni specifiche per l'applicazione delle Linee di Programmazione RER 2013**

### **Il vincolo dell'equilibrio di bilancio in capo alle Aziende Sanitarie**

#### **Azioni specifiche introdotte ai fini del controllo della spesa in funzione dell'appropriatezza delle prestazioni.**

Viene rigorosamente garantito il rispetto delle scadenze informative regionali per tutte le tipologie di rendicontazione e monitoraggio. Viene assicurata la fornitura intraaziendale di report sui costi, trimestrale (per voci di dettaglio) e mensile (per l'andamento dei consumi rispetto al budget). Inoltre, nello specifico, sono garantiti:

- ≡ Fornitura dei documenti descrittivi sulle manovre di rientro della spesa per i Direttori dei DAI.
- ≡ Informazioni tempestive per i Dipartimenti sulla disponibilità di budget residuo
- ≡ Condivisione continua tra la Direzione strategica e i DAI delle strategie di risparmio da applicare entro l'anno
- ≡ Ottimizzazione del percorso degli ordini nei Reparti e del controllo della relativa spesa. Su questo ambito già dal 2012 è attivo un nucleo di esperti aziendali che, dopo aver ultimato una fase di analisi di processo, controlla la corretta sequenzialità delle fasi del percorso e la relativa appropriatezza.

#### **Azioni specifiche introdotte ai fini del controllo della produzione.**

Viene rigorosamente garantito il rispetto delle scadenze informative regionali per tutte le tipologie di assistenza. Viene assicurata la fornitura intraaziendale di report di attività e costi, trimestrale (per indicatori di dettaglio) e mensile (per dati di produzione, complessità e attrazione). Inoltre, nello specifico vengono prodotti report con frequenza quindicinale sui presenti nei letti in ospedale, sugli accettati in ricovero diurno e ordinario.

È stato implementato e sarà applicato il nuovo sistema informatico delle sale operatorie che permetterà un monitoraggio stretto dell'attività e dell'organizzazione; sarà favorita in tal modo l'ottimizzazione dei livelli di efficienza nell'attività.

### **Armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio**

L'Azienda nel 2013 sarà impegnata nell'avvio delle procedure per perseguire la certificabilità dei bilanci sanitari, in applicazione del DM 1 marzo 2013. La Direzione Finanziaria è già stata coinvolta dalla Regione fin dal 2012 nella progettazione del percorso e nella definizione e schedulazione delle tappe e sarà

inserita in specifici gruppi di lavoro regionali per l'individuazione di un modello regionale di riferimento per la formalizzazione delle procedure amministrativo contabili e la definizione di requisiti e standard minimi delle stesse, nonché per la revisione della normativa contabile regionale.

L'attività necessaria per garantire la certificabilità dei bilanci coinvolgerà per un triennio e trasversalmente tutti i settori aziendali che alimentano i processi e le attività aziendali, che, con la supervisione della Direzione Aziendale e il coordinamento della Direzione Finanziaria, dovranno collaborare al miglioramento delle attuali procedure amministrativo-contabili, alla revisione del sistema di controllo interno e al riscontro dell'affidabilità dei sistemi informativo contabili.

L' Azienda provvederà nel 2013 ad assicurare l'applicazione delle indicazioni regionali che saranno fornite per completare il percorso di recepimento e di attuazione del D.Lgs n. 118/2011 e successive modifiche ed integrazioni e dell'ulteriore Casistica applicativa approvata in corso d'anno.

In particolare la Direzione Finanziaria dell'Azienda si impegna a garantire:

- ≡ la determinazione degli ammortamenti sulla base dei coefficienti riportati nell'allegato 3 al D.Lgs n. 118/2011, così come già avvenuto nel 2012;
- ≡ l'applicazione uniforme dei principi e delle regole concernenti la modalità di rilevazione degli ammortamenti e la procedura di sterilizzazione degli stessi come previsto dalla Casistica Applicativa n. 1 riferita ai bilanci delle Aziende sanitarie ed avente ad oggetto "La sterilizzazione degli ammortamenti", approvata con D.M. del 17 settembre 2012 e ad adeguarsi alle indicazioni che la Regione fornirà per allineare le procedure di ammortamento alle indicazioni ed alle interpretazioni che sono fornite a livello ministeriale;
- ≡ il recepimento delle indicazioni contenute nella Casistica applicativa del D. Lgs n. 118/2011 che sarà approvata nel corso dell'anno;
- ≡ il corretto utilizzo del Piano dei conti regionale 2012 (economico e patrimoniale) e del nuovo schema di Nota Integrativa prevista dal Decreto e la redazione del Consolidato regionale.
- ≡ l'esatta contabilizzazione dei fatti gestionali riferiti ai rapporti di scambio di beni e di prestazioni di servizi infrazziendali e nei confronti della Gestione Sanitaria Accentrata regionale (GSA);
- ≡ la verifica dell'adeguatezza dei fondi rischi ed oneri iscritti nel bilancio aziendale;
- ≡ la collaborazione e la partecipazione all'attività svolta dagli specifici Gruppi di lavoro designati dalla Regione al fine di assicurare l'omogenea applicazione a livello regionale del D.Lgs n. 118/2011 e successive modifiche ed integrazioni.

## **Il governo delle risorse umane**

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara, sulla base delle indicazioni regionali si atterrà a una gestione rigorosa degli organici limitando le nuove assunzioni con contenimento del turnover al 25% dei posti resisi vacanti e disponibili. Tenuto pertanto conto della diminuzione di 49 unità a tempo indeterminato al 31.12.2012, rispetto al 31.12.2011, e le cessazioni sinora definite di ulteriori 27 dipendenti nel 2013 vi è la possibilità di sostituire 19 unità. Conseguentemente il numero di dipendenti a tempo indeterminato in servizio a fine 2013 si ridurrà certamente di ulteriori 9, numero che potrà anche incrementarsi a seguito di altre possibili cessazioni di personale in corso d'anno. Anche nell'anno 2013 l'Azienda proseguirà un processo di riorganizzazione delle attività, considerata anche la riduzione del personale per il blocco del turnover, la sempre maggior incidenza di personale parzialmente inidoneo allo svolgimento di tutte le mansioni professionali proprie della qualifica posseduta e il costante incremento dell'utilizzo di permessi collegati alla L. 104/92

Nello stesso tempo si dovrà procedere a diminuire del 20% le spese di "sostituzione temporanea del personale" effettuate nel 2012 fatte salve le coperture a fronte di assenze tutelate e previste per legge e quelle di lunga durata al fine di garantire i servizi essenziali previsti. Si garantirà inoltre per l'anno 2013 l'invarianza della spesa iscritta nel Bilancio Consuntivo 2012 relativa ai contratti di lavoro flessibile (rapporti di lavoro subordinato a tempo determinato, collaborazioni sanitarie e non sanitarie) con esclusione di quelli in qualunque forma finanziati all'interno di progetti finalizzati o con risorse esterne dell'Azienda.

Tali limitazioni di sostituzione del personale comporterà una riduzione di spesa rispetto all'anno precedente, di circa € 500.000 per il personale dipendente.

L'Azienda sta procedendo alla realizzazione di una politica di razionalizzazione delle funzioni amministrative, tecnico professionali su base provinciale continuando nell'integrazione delle risorse con l'Azienda U.S.L. di Ferrara. Oltre ai settori di attività per i quali l'integrazione è già iniziata negli anni precedenti (Acquisti e Logistica Economale, I.C.T. Tecnologie per la Comunicazione e l'Informazione, Amministrazione del personale, Prevenzione e Protezione, Farmaceutico) sono stati istituiti anche in Dipartimento Interaziendali per le attività tecniche e patrimoniali e l'ingegneria clinica.

L'integrazione nel corso dell'anno 2013 interessa anche il settore sanitario con la realizzazione di reti cliniche provinciali con i servizi dell'Azienda U.S.L. di Ferrara per rendere più razionale, efficiente ed economica l'erogazione delle prestazioni sanitarie.

L'Azienda in relazione alle Strutture Complesse che si rendono vacanti nell'anno 2013 valuterà l'ipotesi di soppressione o copertura dei posti in un'ottica di razionalizzazione ed integrazione con particolare riferimento alla presenza nell'ambito provinciale di attività uguali o affini. Contestualmente si procederà alla riduzione dei corrispettivi fondi

### **Il governo dei processi di acquisto di beni e servizi**

Le Aziende sanitarie ferraresi attraverso il Dipartimento interaziendale Acquisti e logistica economica per l'anno 2013 hanno approvato la programmazione gare di AVEC con appositi atti:

- Aosp delibera n. 43 del 15.3.2013
- Ausl delibera n. 28 del 15.2.2013

La programmazione comprende l'estensione delle unioni di acquisto tra le aziende di AVEC tale che rimangano di esclusiva gestione aziendale solo le procedure in economia per importi limitati al Regolamento di AVEC.

Si è inoltre dato l'avvio più sistematico all'utilizzo della piattaforma Consip-MePa anche per gli acquisti in economia utilizzando gli strumenti messi a disposizione quali fornitori accreditati, listini e cataloghi del mercato elettronico.

In tema di "spending review"

- ≡ Anche per l'anno 2013 le Aziende sanitarie di Ferrara proseguono nell'applicazione delle disposizioni previste dal Decreto legge n. 95/2012 convertito nella Legge 07.08.12 n. 135 così come modificata dalla legge 228/2012
- ≡ E' stata inoltrata una disposizione indirizzata a tutte le Unità Operative con la quale si comunica che per l'anno 2013 si procede alla riduzione sull'acquisizione di beni e servizi (ove possibile, poiché resta l'obbligo di assicurare l'erogazione dei LEA).
- ≡ Si stanno rinegoziando i volumi di beni e servizi acquisiti e le modalità di erogazione degli stessi.
- ≡ E' in corso di trasmissione a tutti i fornitori aziendali una lettera di richiesta di riduzione degli importi contrattuali e si stanno raccogliendo gli esiti di tali negoziazioni.
- ≡ Si è sospeso il riconoscimento dell'Istat a tutti i fornitori con decorrenza dalla data di entrata in vigore del decreto (6 luglio 2012), considerandolo come sconto che concorre alla percentuale del 10%. Tuttavia su indicazione di AVEC laddove le Ditte non siano d'accordo, onde evitare contenzioso, si procede al riconoscimento e, ove possibile, in termini ridotti.

Infine come stabilito dalla RER nella redazione dei bandi di gara ove le aziende ferraresi eventualmente siano capofila per AVEC tramite il Dipartimento interaziendale Acquisti e Logistica Economale, si andranno a specificare l'ammontare delle singole prestazioni per i contratti di service.

### **Politica del farmaco e governo della spesa farmaceutica**

La spesa farmaceutica ospedaliera 2012 (esclusa l'erogazione diretta di fascia A), comprensiva dei farmaci H erogati direttamente, a livello regionale ha avuto un incremento del 3%; al contrario l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara ha realizzato un - 8,2% (-8,8% rispetto all'obiettivo), cioè tra le più alte riduzioni di spesa regionali. Tenuto conto che per il 2013 si prevede l'immissione in commercio di nuovi farmaci ad elevato costo, e che, in considerazione dei limiti economici imposti dal finanziamento del SSR, la spesa per acquisti ospedalieri non dovrà incrementare oltre il 6% come media regionale, per Ferrara la Regione ha previsto un incremento del 7,9%. Va sottolineato che, tenendo conto del forte calo del 2012 e del trattamento da ottobre 2012 di un nuovo paziente affetto da



malattia rara (Malattia di Pompe) con un costo annuale incrementale vs 2012 di oltre 300.000€ che da solo rappresenta l'1,5% (non preventivabile da RER), sarà estremamente difficile rispettare il limite.

#### **ASSISTENZA FARMACEUTICA OSPEDALIERA**

##### **Appropriatezza d'uso di farmaci specialistici da parte di Centri autorizzati e monitoraggio**

La regione ha prodotto, con l'aiuto di specifici gruppi di lavoro della CRF e di professionisti, specifiche Raccomandazioni e Linee Guida nelle Aree specialistiche come Onco-ematologia, Reumatologia (artrite reumatoide e artrite psoriasica), Dermatologia (psoriasi a placche e artrite psoriasica), Epatologia (antivirali nell'epatite B e C), Pediatria/Endocrinologia (ormone della crescita), Cardiologia ( ticagrelor), nuovi farmaci della coagulazione, Diabetologia (nuovi farmaci per il diabete) affinché l'impiego dei farmaci innovativi sia effettuato secondo criteri di appropriatezza e nei pazienti che possono effettivamente beneficiarne. Tali Linee guida e Raccomandazioni sono state discusse già nell'anno 2011, nell'ambito della Commissione Provinciale del Farmaco e dal 2012 in Commissione Farmaco di Area Vasta e diffuse agli utilizzatori.

Continueranno ad essere effettuati i monitoraggi (audit) condotti nei documenti in formato elettronico e nelle piattaforme web secondo le modalità indicate dalla regione nonché audit nelle aree specialistiche di epatologia e cardiologia. Inoltre, relativamente alla spesa per farmaci di alto costo e innovativi vengono posti obiettivi specifici ad ogni Unità Operativa e Dipartimento. Tali obiettivi vengono monitorati dal Dipartimento Farmaceutico mensilmente con produzione di reports per i Centri Specialistici.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria ha provveduto ad una revisione dei propri Centri autorizzati alla prescrizione dei farmaci di elevato impatto economico, anche in una visione sovraziendale (ad es. per i nuovi farmaci Epatite C) seguendo l'indicazione regionale. Come da linea guida RER gli specialisti nella prescrizione devono tener conto delle gare effettuate in ambito regionale e di area vasta e che corre l'obbligo di valutare quanto di più vantaggioso per il SSR; a tal proposito il Dipartimento farmaceutico invia loro i risultati delle gare e rende disponibili i farmaci individuati con la gara.

##### **Uso razionale e sicuro dei farmaci**

Da anni il Dipartimento Farmaceutico effettua le attività correlate e sollecita i clinici alla corretta e completa compilazione dei Registri.

Il Dipartimento Farmaceutico promuove da anni la Farmacovigilanza con diverse iniziative quali risposte commentate alle segnalazioni, un bollettino periodico, report sulle interazioni tra farmaci, le iniziative di formazione ed informazione, nonché l'attivazione di specifici progetti finanziati da AIFA. La Farmacia dell'Azienda Ospedaliero Universitaria è anche centro coordinatore regionale per uno di questi.

Nel 2013 sarà ulteriormente aggiornata la procedura per la gestione clinica dei farmaci, già revisionata nel 2012, con formazione ad un numero elevato di operatori sanitari. Per quanto riguarda la raccomandazione per la ricognizione farmacologica, una verifica effettuata in Azienda negli scorsi anni ha evidenziato che questa è risultata effettivamente applicata e nel 2013 verrà verificata, tramite la rete degli infermieri referenti per il rischio. Verrà anche eseguito un audit relativamente al rispetto della procedura nell'ambito della prescrizione di "terapia al bisogno". Inoltre nel corso del 2013 il foglio unico di terapia, già presente per Dipartimento, verrà omogeneizzato su tutta l'Azienda.

##### **Rete delle farmacie oncologiche**

L'Azienda ha centralizzato l'allestimento delle terapie onco ematologiche sin dal 2003 ed effettua gli allestimenti per drug-day per i farmaci costosi ai fini di una riduzione dei costi e degli scarti di produzione

##### **Centralizzazione dei magazzini farmaceutici ed economici.**

In ambito AVEC si sta valutando l'implementazione della centralizzazione e l'unificazione dei magazzini farmaceutici ed economici. A tal proposito è stato nominato uno specifico gruppo di lavoro.

## **OBIETTIVI RIGUARDANTI I FARMACI ANTIBIOTICI**

L'obiettivo è migliorare l'appropriatezza prescrittiva di questa classe di farmaci nelle singole aziende. L'Indicatore consiste nella riduzione del tasso di consumo di antibiotici sistemici (classe ATC J01) in ospedale rispetto agli anni precedenti. Il tasso di consumo viene calcolato come DDD (dose definita giornaliera) per 100 giornate di degenza ordinaria.

L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara presenta un consumo (DDD/100gg degenza) più elevato della media regionale, anche se la spesa/100gg degenza è inferiore ad altre Aziende Ospedaliere. Particolare criticità è stata riscontrata nell'impiego di antibiotici nella profilassi chirurgica. Lo specifico Gruppo aziendale antimicrobici, dopo aver effettuato un audit sta implementando l'adozione di protocolli di antibiotico profilassi in maniera efficace tramite condivisione e diffusione degli stessi nelle diverse specialità chirurgiche. Inoltre in tale ambito verranno attribuiti alle Unità Operative coinvolte, specifici obiettivi di budget.

Nello specifico sarà effettuato un approfondimento delle capacità di analisi per implementare azioni mirate sui diversi target di consumo:

1. Consumo di antibatterici in regime di ricovero ordinario (con riferimento all'anno 2011): Le Unità Operative coinvolte sono:
  - U.O. di Medicina generale
  - U.O. di Geriatria
  - U.O. di Oncologia
  - UTI
2. consumo di antimicotici in regime di ricovero ordinario (con riferimento all' anno 2011); l'Unità Operativa coinvolta è l'Ematologia
3. Somministrazione antibiotico-profilassi peri-operatoria
4. Prescrizione antibiotici alla dimissione

## **ASSISTENZA FARMACEUTICA CONVENZIONATA**

### **Prescrizione di farmaci con brevetto scaduto**

L'Azienda nel corso del 2013 continuerà ad attribuire specifici obiettivi di BDG ai propri specialisti di prescrizione di molecole a brevetto scaduto nell'ambito di categorie terapeutiche omogenee, per favorire un effetto induttivo positivo sulla prescrizione territoriale

### **Interventi su categorie terapeutiche critiche per consumi e spesa**

L'Azienda, perseguendo una politica strategica in ambito provinciale in un'ottica di continuità Ospedale-Territorio, contribuisce da anni al raggiungimento dei due obiettivi di farmaceutica convenzionata: aumento utilizzo di farmaci con brevetto scaduto e miglioramento dell'appropriatezza di categorie terapeutiche critiche. A tale fine sono stati attribuiti specifici obiettivi agli specialisti ospedalieri nell'ambito delle concertazioni di budget. Questo approccio complessivo in area provinciale ha favorito la realizzazione nel 2012 nella provincia di Ferrara di una delle migliori performance regionali.

## **GOVERNO DEI DISPOSITIVI MEDICI (DM)**

La Commissione Provinciale dei Dispositivi Medici della Provincia di Ferrara, competente per l'Azienda USL e l'Azienda Ospedaliero Universitaria, è stata reinsediata con Del. N. 41 del 15/03/2013 della DG Azienda USL.

A fronte del nuovo reinsediamento il piano di lavoro della seconda metà di quest'anno prevede di indirizzare i seguenti temi, alcuni dei quali stabiliti dalle indicazioni regionali relative alla "Sostenibilità del Sistema dei Servizi Sanitari e Soziali integrati":

- ① verifica dello stato dei Repertori Aziendali dei Dispositivi Medici in relazione all'attribuzione del codice Banca dati/Repertorio DM ministeriale ed analisi di fattibilità di una loro integrazione funzionale;
- ② recepimento formale dei documenti di indirizzo della Commissione Regionale Dispositivi Medici e evidenza delle azioni intraprese per una loro adozione presso le strutture residenziali del territorio;

- Ⓜ① monitoraggio periodico della completezza e della qualità dei dati oggetto di rilevazione dei consumi e dei contratti per l'acquisizione dei dispositivi medici e adozione di idonee azioni correttive per mantenere il livello di accettabilità equivalente o superiore ai corrispondenti livelli medi regionali, laddove questo non si verifici;
- Ⓐ① creazione di specifici gruppi di lavoro sull'appropriatezza di utilizzo dei prodotti a bassa complessità tecnologica e a largo consumo quali quelli di seguito indicati con l'obiettivo di ridurre la spesa di almeno il 10% a fronte del dato di consumo consolidato 2012:
  - ≡ guanti monouso non chirurgici (CND T0102);
  - ≡ medicazioni avanzate per il trattamento delle ferite, piaghe e ulcere acute e croniche (CND M0404);
- Ⓜ① adozione del documento regionale relativo alla Terapia e Pressione Negativa, pubblicazione della procedura aziendale di gestione della terapia, monitoraggio dell'applicazione delle linee di indirizzo con effettuazione di audit per la verifica dei trattamenti;
- ✕① redazione di procedure condivise con gli operatori per i criteri di utilizzo delle suturatrici meccaniche (CND H02) finalizzate ad una razionalizzazione dell'uso medesimo;
- Ⓜ① collaborazione strutturata con l'Area Vasta Emilia Centro per la realizzazione e l'adozione di criteri condivisi per le fasi di acquisizione e utilizzo dei dispositivi di cui ai punti precedenti.
- Ⓜ① creazione di un registro dei dispositivi medici ricevuti come campioni gratuiti ed evidenza della applicazione delle relative linee guida regionali inerenti in particolare ai dispositivi di classe di rischio III;

### **Revisione del sistema tariffario**

Le azioni specifiche che saranno introdotte in tale ambito, seguendo le indicazioni delle linee guida regionali, consistono in:

- ≡ aggiornamento dei report informativi elaborati per la Direzione e per le Unità Operative, e garanzia dell'informazione al professionista.
- ≡ revisione delle modalità di risposta alle richieste di accordo di fornitura provenienti dalle aziende AUSL della RER. Sarà valutata la produzione concordata secondo gli aggiornamenti tariffari, pur rimanendo in linea con i principi fondamentali del pieno riconoscimento delle attività HUB, e relative alle discipline a bassa diffusione.

### **Azioni per la sostenibilità nelle cure primarie**

Le azioni di miglioramento dell'appropriatezza clinico-organizzativa si baseranno in buona misura sulle verifiche condotte dal nuovo nucleo aziendale dei controlli sanitari (ex DGR 354 2012). Nello specifico vengono effettuate verifiche di appropriatezza del setting organizzativo.

### **Assistenza Specialistica ambulatoriale**

#### **Valutazione della produzione e revisione dei contratti di fornitura**

L'Accordo di Fornitura rappresenta il principale strumento di governo dell'offerta di prestazioni specialistiche ambulatoriali, in relazione alle esigenze della popolazione. Gli accordi contrattuali definiti in sede di committenza sono il risultato di analisi di appropriatezza e di valutazione dei bisogni effettivi della popolazione del territorio, ed oggetto di periodica analisi e discussione al Tavolo Interaziendale per la Specialistica Ambulatoriale.

Secondo quanto stabilito dalla DGR n.1035 del 10 luglio 2009 (Programma regionale di miglioramento dell'accesso ai servizi di specialistica ambulatoriale) e dalla DGR n.925 del 27 giugno 2011 (Piano regionale di governo delle liste di attesa), l'Azienda USL presenta uno specifico Piano Attuativo nel quale sono specificate anche le modalità con cui l'Azienda intende garantire il rispetto dei tempi di attesa. Il piano attuativo presuppone la valutazione del fabbisogno della popolazione di riferimento, la valutazione dell'appropriatezza di prescrizione e di erogazione, la programmazione della produzione di visite specialistiche ed esami strumentali, il piano di produzione con la distinzione dei volumi attesi per classe di priorità, il sistema delle garanzie di accesso.

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria collabora con l'Azienda USL alla definizione e stesura del Piano di Produzione della Specialistica Ambulatoriale 2013, sviluppando azioni finalizzate alla riduzione dei tempi di attesa. Tali azioni sono rivolte sia alla gestione delle agende di prenotazione (ad esempio, la netta separazione tra prima visita e controllo, l'implementazione e consolidamento del CUP unico provinciale) sia all'appropriatezza dell'offerta di prestazioni.

L'obiettivo congiunto tra le due Aziende della provincia è quello di favorire l'accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, tenendo conto del vincolo del rispetto del tempo di attesa per classe di priorità, concentrando le risorse prioritariamente sulle prestazioni critiche. La garanzia del rispetto del tempo di attesa è data, per la maggior parte delle prestazioni, in ambito distrettuale; solo per alcune più complesse la garanzia riguarda l'ambito territoriale provinciale

### **Azioni di qualificazione e promozione dell'appropriatezza**

Come indicato dalle Linee Guida regionali la verifica dell'appropriatezza prescrittiva, per l'anno 2013 interesserà principalmente :

- *la diagnostica per immagini, con particolare riferimento alle RM e TAC osteoarticolari per le quali sono state definite le condizioni di erogabilità che saranno oggetto di una delibera di Giunta regionale*
- *gli esami di laboratorio, ad esempio, PSA Reflex e TSH Reflex per il quale sono state definite indicazioni (di cui alla DGR 1779/2010)*
- *percorsi senologici per i quali sono state definite indicazioni (DGR 1035/2009, DGR 220/2011, DGR 1414/2012)*
- *prestazioni trasferite dal regime di ricovero al regime ambulatoriale (DGR 1108/2011) al fine di disincentivare i ricoveri di day surgery ad alto rischio di in appropriatezza.*

A seguito delle criticità organizzative rilevate, in ambito di Laboratorio Analisi Chimico-Cliniche, sono state preordinate ed sviluppate azioni atte a modificare i comportamenti dei prescrittori interni per i pazienti ricoverati.

Mediante il coinvolgimento dei Direttori dei DAI e dei loro consigli direttivi, si provvede a monitorare ed a rendicontare a ciascuna equipe richiedente, in merito all'appropriatezza delle modalità di richiesta degli analiti (ordinario, in urgenza, in emergenza).

Un'ulteriore azione che si intende implementare è data dall'adozione di profili preoperatori aziendali per pazienti adulti e pediatrici, che tengano conto delle indicazioni delle linee guida internazionali in materia. L'adozione di questi profili per la preparazione di tutti i pazienti chirurgici rappresenta sicuramente un'azione di attenzione all'appropriatezza prescrittiva degli accertamenti di laboratorio e diagnostica oltre che elemento di razionalizzazione organizzativa.

Ai fini della verifica dell'appropriatezza saranno sviluppati i controlli attraverso le azioni specifiche:

- ≡ l'analisi e quantificazione delle prestazioni erogate in regime di ricovero diurno e convertibili all'erogazione ambulatoriale secondo criteri condivisi di appropriatezza del setting in cui vengono erogate all'utenza.
- ≡ Il monitoraggio delle prestazioni citate nelle Linee guida, gestito in modo diretto dai Dipartimenti interessati, con il supporto tecnico-organizzativo della Direzione Medica del Presidio
- ≡ Il contributo analitico e propositivo del Nucleo Aziendale dei Controlli, in merito all'appropriatezza dei percorsi del ricovero e, conseguentemente, dei regimi più adeguati all'erogazione delle prestazioni.

### **Gli investimenti e la gestione del patrimonio immobiliare e tecnologico**

Il Piano Investimenti 2013-2015 viene redatto, come da tempo richiesto dalla Regione, secondo le indicazioni e gli schemi, previsti dalla normativa vigente e regionali, nonché le indicazioni regionali.

A seguito del trasferimento dell'attività ospedaliera a Cona, è stato avviato un percorso di razionalizzazione degli spazi presso la sede di C.so Giovecca, realizzando l'accorpamento presso l'ex Pediatria delle principali attività Amministrative rimaste nella sede cittadina.

In merito ai costi di manutenzione ordinaria, a seguito del trasferimento a Cona dell'attività sanitaria, gli stessi verranno rideterminati sia per Cona che per le restanti strutture dell'Azienda tramite la compilazione delle relative tabelle regionali.

Relativamente ai nuovi interventi avviati nel 2013, la progettazione preliminare e, ove possibile, anche la progettazione definitiva, verrà svolta da personale interno all'Azienda, e lo stesso per le attività di Coordinamento per la sicurezza in fase di progettazione ed esecuzione, e per gli incarichi di Direzione lavori, collaudo e certificazione di regolare esecuzione, fatti salvi casi in cui la tipologia di intervento richieda un profilo professionale specialistico non presente in organico.

Sono in corso di conclusione le verifiche di vulnerabilità sismica sui fabbricati in uso all'Azienda, in particolare restano da completare quelle relative al Centro di riabilitazione S. Giorgio di via Messidoro e alla scuola di specializzazione Varano di via C. Mayr.

La gestione del patrimonio tecnologico, che con le recenti modifiche tecnico organizzative è stato attribuito alla struttura complessa Ingegneria Clinica, prevede in particolare l'adozione di procedure volte ad assicurare che le nuove acquisizioni di apparecchiature biomediche ad alta complessità tecnologica siano:

- ≡ sottoposte ad autorizzazione del Gruppo Tecnico Regionale laddove sia prevista una richiesta di finanziamento per l'acquisizione delle stesse alla Regione. La documentazione prodotta in questo caso dovrà garantire l'adeguato livello di completezza e qualità previsto dalle linee guida regionali relative, con particolare attenzione per quanto riguarda l'analisi di impatto economico;
- ≡ sottoposte a parere preventivo da parte degli organi competenti regionali (es. Servizio Strutture Sanitarie e Socio Sanitarie, Osservatorio per l'Innovazione dell'Agenzia per i Servizi Sanitari e Sociali, Servizio Presidi Ospedalieri, ecc.) coordinati dal Servizio Strutture Sanitarie e Socio Sanitarie della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali in merito ad altre tipologie di acquisizione (leasing, noleggio, service) realizzate con fondi aziendali. La documentazione presentata in questo caso dovrà comunque indirizzare sia l'evidenza del bisogno clinico assistenziale e/o di ricerca in relazione alla tipologia di apparecchiatura individuata e allo stato attuale dell'installato nel territorio in cui opera l'azienda, sia la sostenibilità finanziaria relativa all'acquisizione e alla successiva gestione.

Per quanto riguarda la gestione delle tecnologie questa verrà attuata con azioni specifiche relative al monitoraggio dei contratti di global service e dei contratti di manutenzione stipulati con le ditte fornitrici dei servizi in esclusiva, sia nell'ambito dell'aspetto economico per quanto previsto specificatamente dalla spending review, sia nell'ambito della verifica continua della qualità del servizio prestato.

## **Politiche per l'uso razionale dell'energia e la corretta gestione ambientale**

### ***LA GESTIONE AMBIENTALE***

Un primo processo di riduzione dell'impatto ambientale viene sviluppato tramite l'implementazione del **sistema di pulizie a base di probiotici (PCHS)**, con sostituzione, ad eccezione delle aree "a bassa carica microbica (es. blocchi operatori, sale interventive, camere "bianche") e in caso di contaminazione superfici con liquidi biologici, dell'utilizzo di prodotti chimici.

### **Azioni perseguibili in breve tempo**

L'azienda è impegnata nel condurre e controllare le azioni specifiche definite nel Programma delle attività 2013 relative alla gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie della Regione Emilia Romagna, evidenziate nella tabella seguente:

a)	Implementazione di campagne informative aziendali, sul modello della campagna "Abbi cura del tuo
----	--

	pianeta” (cartelli, locandine, adesivi, ecc.)
b)	Applicazione del punto 1.8 delle Linee guida regionali per la gestione dei rifiuti (DGR 1155/2009) in tema di organizzazione. Il gruppo aziendale gestione rifiuti. Il gruppo aziendale non si occupa solo di gestione dei rifiuti, ma di tutte le tematiche ambientali. 1) Organizza la necessaria Informazione, Formazione, Addestramento (IFA) dei lavoratori, col supporto del gruppo regionale "Gestione Ambientale"; 2) Verifica efficacia e applicazione di procedure e IFA; 3) Tiene sotto controllo la quantità di rifiuti prodotti e i costi di gestione sostenuti; 4) Sottopone a revisione periodica il sistema.
c)	Sostituzione dei contenitori monouso per rifiuti pericolosi a rischio infettivo con i riutilizzabili
d)	Svuotamento delle sacche (in particolare, sacche per urine a ciclo chiuso; in tale settore sono presenti criticità)
e)	Controllo nei reparti del corretto conferimento dei rifiuti, in particolare pannoloni e sacche (piano dei controlli e formazione sul campo)
f)	Rendicontazione annuale della gestione dei rifiuti con il modello regionale (invio e-mail) e sintesi nel bilancio di missione
g)	Installazione, almeno nelle mense, di sistemi di trattamento al punto d'uso e di rubinetti per l'acqua di rete in alternativa alle bottiglie di acqua minerale – stoviglie riutilizzabili.
h)	Per le Aziende assoggettate a TIA: verifica del pagamento dell'IVA sulla TIA e istanza di rimborso al soggetto a cui si è pagata l'IVA (Multiservizi)

### **Altre attività specifiche**

#### **Gara Intercent-ER**

La convenzione è stata stipulata il 23/02/2009. I contratti con i fornitori (ordinativi, nella terminologia Intercent-ER) sono stati avviati dalle Aziende USL di Cesena e Forlì il 01/04/2009, poi sono seguite (non nell'ordine: Azienda Ospedaliera e Azienda USL di Reggio Emilia, Azienda Ospedaliera di Ferrara, Azienda USL di Imola, Azienda USL di Ravenna, Azienda USL di Rimini, IRST). Il contratto ha validità fino al 01/04/2014.

È stata attivata la stesura del nuovo capitolato Intercenter (vi partecipa il coordinatore infermieristico Igiene Ospedaliera)

#### **Analisi della produzione di rifiuti nelle Aziende sanitarie**

Nel corso del 2012, uno specifico gruppo di approfondimento ha predisposto un metodo di rilevazione della produzione di rifiuti per centro di costo, allo scopo di rendere più utile il confronto fra attività/prestazioni analoghe erogate in aziende diverse.

I dati saranno elaborati entro il primo semestre 2013, quindi si valuterà se il metodo di calcolo di una “produzione attesa” possa essere esteso a tutte le Aziende, con una eventuale verifica a campione. Il mese target è novembre 2012.

#### **L'USO RAZIONALE DELL'ENERGIA**

Per quanto riguarda l'uso razionale dell'energia l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara si è attivata fin dalle fasi della costruzione del Nuovo Ospedale S. Anna a Cona per il raggiungimento dell'obiettivo di dotarlo di:

- ≡ Un cogeneratore della potenza di 1.000 kW elettrici (e altrettanti termici)
- ≡ Un impianto fotovoltaico “pilota”
- ≡ Un impianto solare termico “pilota”

I tre impianti sopra elencati sono stati sviluppati a livello di progetto definitivo; purtroppo la loro realizzazione si è bloccata a fronte di difficoltà economico-finanziarie del Concessionario, che tali impianti doveva realizzare sostenendone i costi iniziali di finanziamento, recuperandoli poi in termini di calore prodotto ed energia elettrica venduta all'Azienda Ospedaliero Universitaria, nonché di altri introiti quali, ad esempio, i Certificati Bianchi derivanti da tali realizzazioni.

L'Azienda si sta comunque muovendo su almeno due fronti:

- 1) Dialogo con il Concessionario per valutare possibili margini di recupero e realizzazione dei progetti sopra esposti
- 2) Dialogo e partenariato con altri Enti ed Istituzioni (Comune, Provincia, Università, etc.) per la promozione di iniziative comuni sul fronte della produzione ed utilizzo razionale di energia da fonti rinnovabili tramite l'accesso, ove possibile, a finanziamenti europei

Nel contempo si sono promosse, fin dalla fase della costruzione, altre iniziative "minori" come, ad esempio, l'adozione di sistemi di regolazione del flusso luminoso dei lampioni dei parcheggi durante gli orari di minor afflusso di personale e visitatori (dalle 22,30 al mattino seguente).

Occorre inoltre tener presente che l'impianto termoidraulico, essendo di recente costruzione, adotta già alcuni accorgimenti di risparmio che impianti più vecchi devono invece implementare (ad esempio: recuperi condense).

In definitiva, tutti i punti del Piano Energetico della Sanità Regionale (P.E.N.SA.RE.) sono stati presi in esame e già attuati o in corso di realizzazione.

### **Azioni di razionalizzazione in ambito ICT**

Le azioni di razionalizzazione individuate e applicabili nell'ambito ICT, in risposta alle Linee guida regionali, sono le seguenti:

*1) Unificazione cartella clinica MMG*

Il Dipartimento ICT dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara si impegna a collaborare attivamente con propri referenti ai tavoli di lavoro regionali, che lavoreranno alla stesura di un capitolato tecnico per l'espletamento di una gara di livello regionale.

*2) Promozione Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE)*

In linea con quanto previsto dalla circolare n. 5/2013 della Direzione Generale alla Sanità e alle Politiche Sociali della Regione Emilia Romagna avente ad oggetto "Disposizioni in materia di consegna dei referti tramite Fascicolo Sanitario Elettronico", le Aziende Sanitarie ferraresi e l'Azienda USL di Imola hanno costituito, con l'avvallo della Regione e il supporto di Cup2000, un tavolo di lavoro i cui partecipanti si confrontano sullo stato dell'arte dell'FSE con l'obiettivo di individuare alcuni interventi operativi di natura tecnica e organizzativa volti al miglioramento e alla semplificazione funzionale dello stesso.

*3) Dematerializzazione ricetta*

Il Dipartimento ICT opererà sia a livello regionale che a livello provinciale per favorire e realizzare gli interventi di messa in produzione della Nuova Ricetta Elettronica secondo le modalità operative e le tempistiche definite nelle linee guida regionali e ministeriali.

*4) Centralizzazione gestione informatizzata delle risorse umane*

Il Dipartimento ICT dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara parteciperà, con propri referenti, ai tavoli di lavoro regionali che lavoreranno all'individuazione di una soluzione per la gestione informatizzata a livello centralizzato delle risorse umane.

*5) Studio preliminare per la omogeneizzazione e centralizzazione della gestione informatizzata della contabilità generale (D. Lgs. n. 118/2011)*

Il Dipartimento ICT lavorerà insieme ai referenti di progetto regionali, per condurre congiuntamente lo studio preliminare per la omogeneizzazione e la centralizzazione della gestione informatizzata della contabilità generale.

6) **Adozione di un sistema di monitoraggio e governo dell'appropriatezza in ambito di Analisi di Laboratorio**

Il Dipartimento ICT in collaborazione con il Dipartimento Medico e il Laboratorio Unico Provinciale sta realizzando un sistema di supporto informatizzato alla prescrizione degli esami di laboratorio analisi (Decision Support System). Tale sistema implementerà una serie di "buone regole" per la prescrizione, che saranno di ausilio ai medici specialisti ospedalieri, territoriali e ai medici MMG, per evitare che richiedano esami inappropriati o ripetuti.

Per quanto riguarda invece l'ambito degli esami di radiologia, le Aziende Sanitarie ferraresi hanno già realizzato una piena integrazione funzionale tra i rispettivi sistemi RIS-PACS, che consente ai medici radiologi di consultare lo storico degli esami radiologici di un paziente previo consenso, evitando le ripetizioni degli esami già eseguiti presso altra struttura provinciale. Nel anno 2013 si procederà a realizzare un'estensione di tale sistema anche ai medici di reparto.

Anche la gestione interaziendale unificata di tutte le attività del laboratorio analisi (compresa la Terapia Anticoagulante Orale) permette ai medici di reparto una consultazione dei referti precedenti indipendentemente da dove il paziente ha effettuato gli esami, infatti con il completamento del Laboratorio Unico Provinciale di Ferrara tutti i reparti di degenza e tutti i punti di prelievo di tutte le strutture sanitarie della provincia sono in rete tra loro per la richiesta degli esami e la consultazione dei risultati. Infine anche ai medici di medicina generale e Pediatri di Libera Scelta, l'analoga completezza di informazioni, è garantita dal sistema SOLE, a cui, nel corso del 2013, vengono inviati tutti i referti indipendentemente dalla modalità con cui sono stati richiesti, nel rispetto delle norme a tutela dei dati sanitari.

## **Obiettivi dell'Assistenza Ospedaliera**

### **Centrali Operative – 118**

L'Azienda ha già fatto proprio il documento regionale attraverso il quale si sancisce la centralizzazione su Bologna della Centrale Operativa dell'Emergenza 118 con i suoi operatori, ponendolo già in discussione con le Organizzazioni Sindacali del Comparto ed ottenendone un sostanziale accoglimento.

### **Centralizzazione emergenze**

Per la Provincia di Ferrara è già attiva la centralizzazione presso l'Ortopedia del nuovo ospedale a Cona di tutta la traumatologia ortopedica.

Sul versante dell'emergenza chirurgica è comunque attiva la rete di integrazione tra il punto HUB di Cona (dotato peraltro di Funzioni Specialistiche di supporto fondamentali quali la Chirurgia Vascolare, la Neurochirurgia, la Chirurgia Maxillo-Facciale), ed i due satelliti di Cento e Delta che attualmente permangono attivi.

### **Servizi intermedi**

Successivamente alla realizzazione del Laboratorio Unico Provinciale di Ferrara realizzata presso il Laboratorio di Analisi e Microbiologia del nuovo ospedale a Cona, la nostra Azienda collabora nel percorso di realizzazione dell'officina trasfusionale unica di AVEC.

### **Accordi di fornitura tra le Aziende pubbliche**

Le risposte alle richieste di accordo di fornitura alle aziende AUSL della Regione saranno condotte sulla base delle seguenti considerazioni tecniche e strategiche fondamentali:

- ≡ Il nuovo ospedale si trova in una fase di ripresa dell'attività dopo le riduzioni avvenute lo scorso anno a seguito dell'evento trasloco. Inoltre la ripresa avviene in un contesto territoriale e demografico caratterizzato da necessità e bisogni della popolazione in fase di riesame congiunto con l'azienda territoriale Committente.
- ≡ Nella lettera del 28/9/2012 inviata alle Aziende, si precisava che le linee guida non sono da ritenersi sostitutive degli accordi di fornitura e che in presenza di richiesta di accordo è necessario fornire risposta.



Per il 2013, sarà seguita la linea programmatica di poter condividere il principio del tetto per l'attività complessiva non HUB (storico 2011), tenendo conto delle tariffe del 2013, senza vincoli legati al peso DRG, e di non mettere nessun tetto per l'attività HUB e a bassa diffusione, che dovrà essere interamente riconosciuta.

### **Day-hospital**

La progressiva riduzione della dotazione di posti di Day Hospital medico (in funzione del progressivo miglioramento dei setting assistenziali) è giunta al dimezzamento della dotazione del 2011, fino a raggiungere il livello minimo con l'apertura del nuovo Ospedale a Cona.

L'analisi delle prestazioni potenzialmente inappropriate, se erogate in tale regime, favorirà ancora l'ottimizzazione dell'attuale dotazione, sempre secondo il principio dell'appropriatezza prioritaria del setting assistenziale.

Il nuovo Nucleo Aziendale dei Controlli sanitari (istituito con delibera aziendale n 81 del 22 maggio 2013) vigilerà sull'appropriatezza dei ricoveri e presenterà alla Direzione Sanitaria eventuali criticità riscontrate e azioni di miglioramento dei percorsi di ricovero.

### **Punti nascita**

L'Unità Operativa Ostetricia-Ginecologia sviluppa il proprio ruolo di HUB provinciale, a supporto dei punti nascita territoriali, garantendone la sicurezza in una logica di integrazione Azienda-Territorio, attraverso la realizzazione di un'offerta differenziata e orientata ad una sempre maggiore qualificazione (casistica complessa, parto in acqua e partoanalgesia).






### **Riconfigurazione del processo assistenziale ospedaliero**

Seguendo una linea strategica di collaborazione per una gestione congiunta l'Azienda Ospedaliero Universitaria condivide con l'Azienda USL la dotazione di posti letto di post acuzie. Questi sono distribuiti nelle Strutture accreditate cittadine e della Provincia, attraverso un percorso di gestione comune della presa in carico delle situazioni difficili, sin dal primo momento del ricovero ospedaliero, alla conclusione della fase di acuzie e successivo trasferimento verso le strutture organizzative di accoglienza e gestione individuate (LPA, RSA, ADI).

### **Definizione di una struttura organizzativa interaziendale dei trapianti**

Sarà implementata una progettualità sull'organizzazione interaziendale che veda nella tematica "trapianti" non tanto l'effettuazione degli stessi, ma fondamentalmente il ruolo dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara, che insiste sull'accertamento della realtà della morte e sul procurement di organi e tessuti.

Il percorso perseguibile che possa connettere l'Azienda Ospedaliero Universitaria con l'Azienda Territoriale è così articolato:

-  Incontri specifici tra i due coordinatori aziendali per i trapianti, almeno 3 volte l'anno, per discutere insieme i risultati raggiunti nell'anno precedente e le problematiche attuali.
-  Organizzazione dell'incontro istituzionale congiunto per tutti gli anestesisti rianimatori delle due Aziende, al fine di condividere risultati ed esperienze alla luce degli obiettivi regionali. A tale incontro saranno invitati anche gli specialisti che concorrono al procurement, quali Oculisti ed Urologi, nonché tutti i professionisti Infermieri che a vario titolo, nella fase di accertamento di morte e nella fase di procurement, concorrono alla buona riuscita del processo.
-  Valutazione della possibilità che i componenti della commissione possano svolgere il loro compito in entrambe le Aziende, superando così le problematiche attuali.
-  Aiuto ai familiari dei soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a trattamento rianimatorio, mediante la possibilità di istituire un supporto psicologico ad indirizzo unitario nelle unità di rianimazione delle due aziende.
-  Favorire la funzione formativa con la partecipazione ai corsi regionali TPM

## **Obiettivi di Budget per i Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) 2013**

### **Macro-obiettivi generali:**

- ≡ *Ottimizzazione e miglioramento degli indicatori di Attività, Appropriatezza ed Efficienza*
- ≡ *Governo della prescrizione farmaceutica*
- ≡ *Ottimizzazione delle risorse e dell'economicità:*
- ≡ *Accreditamento;*
- ≡ *Miglioramento della performance clinica*
- ≡ *Sviluppo dell'Attività di Ricerca*

*Con l'anno 2014 l'articolazione degli obiettivi aziendali si integrerà in modo armonico con un ulteriore ambito relativo ai principi della trasparenza della pubblica amministrazione e alle norme per la prevenzione della corruzione, come previsto da esse stesse.*

### **Obiettivi specifici:**

#### **DAI Riproduzione Accrescimento**

- ≡ *Sviluppo progetto rooming in*
- ≡ *Parto Cesareo e IVG farmacologiche*
- ≡ *Integrazione col Territorio per le attività pediatriche*
- ≡ *Sviluppo della gestione della Talassemia e delle Emoglobinopatie*
- ≡ *Sviluppo della rete oncoematologica pediatrica*
- ≡ *Parto in analgesia farmacologica e con tecniche alternative*

#### **DAI Emergenza 2013**

- ≡ *Sviluppo della rete cardiologica provinciale*
- ≡ *Controllo del sistema Pronto Soccorso unificato*
- ≡ *Sviluppo della terapia semiintensiva*
- ≡ *Ottimizzazione dei tempi di attesa per l'intervento chirurgico*

#### **DAI Medico 2013**

- ≡ *Applicazione sistematica del braccialetto riconoscitivo*
- ≡ *Implementazione della prescrizione informatizzata con PALM a tutte le UUOO del DAI*
- ≡ *Progetto "corretta ripetizione degli esami di laboratorio": inizio del progetto per la richiesta informatizzata degli esami di laboratorio*

≡ Lettera di dimissione informatizzata

### **DAI Chirurgico 2013**

- ≡ Applicazione/utilizzo dei sistemi Ormaweb e SAP
- ≡ Ottimizzazione organizzativa in sala operatoria
- ≡ Ottimizzazione delle liste di attesa
- ≡ Utilizzazione del sistema CUNICO
- ≡ Individuazione degli indicatori specifici (Chirurgia d'Urgenza)

### **DAI Medico Specialistico 2013**

- ≡ Rete provinciale della gestione TAO (implementazione progettualità)
- ≡ Rete provinciale Nefrologia e Dialisi (implementazione progettualità)
- ≡ Rete Oncologica provinciale (implementazione progettualità)
- ≡ Rete Ematologica provinciale (implementazione progettualità)
- ≡ Ridefinizione organizzativa della piastra DH e Ambulatoriale

### **DAI Chirurgico Specialistico**

- ≡ Applicazione/utilizzo dei sistemi Ormaweb e SAP
- ≡ Ottimizzazione organizzativa in sala operatoria
- ≡ Ottimizzazione delle liste di attesa
- ≡ Utilizzazione del sistema CUNICO

### **DAI Neuroscienze Riabilitazione**

- ≡ Applicazione/utilizzo dei sistemi Ormaweb e SAP
- ≡ Ottimizzazione organizzativa in sala operatoria
- ≡ Rete provinciale della Riabilitazione
- ≡ Sviluppo della clinical competence provinciale neuroradiologica interventistica

### **DAI Diagnostica per Immagini e Medicina di Laboratorio**

- ≡ Rete provinciale radiologica
- ≡ Sviluppo della clinical competence provinciale radiologica interventistica
- ≡ Ottimizzazione dei tempi di attesa delle prestazioni

### **Dipartimento Interaziendale Laboratorio Unico Provinciale**

- ≡ Integrazione in Area Vasta
- ≡ Sistema della rete HUB SOKE

## Scheda di Budget dei DAI

OBIETTIVI	INDICATORI	Strumenti di misurazione dei risultati	Responsabile del monitoraggio	Peso (negoziato)	Frequenza del monitoraggio
<b>Ottimizzazione e miglioramento degli indicatori di Attività, Appropriately ed Efficienza:</b> incremento della produzione e dell'attrazione; conversione ambulatoriale delle prestazioni inappropriate e controllo delle riammissioni	<b>INDICATORI DI DEGENZA ORDINARIA</b>	Dati statistici on line	Progr. CDG	20%	Trimestrale/mensile
	<b>INDICATORI DI DAY HOSPITAL</b>		Progr. CDG		Trimestrale/mensile
	<b>INDICATORI DI SPECIALISTICA PER ESTERNI</b>		Progr. CDG		Trimestrale
	<b>PRESTAZIONI EROGABILI IN REGIME AMBULATORIALE</b>		Progr. CDG		Trimestrale
<b>Governo della prescrizione farmaceutica:</b> erogazione diretta farmaci di Fascia H	<b>INDICATORI DI APPROPRIATEZZA PRESCRITTIVA</b>	Report Farmacia	Dipartimento Farmaceutico	10%	Trimestrale
<b>Ottimizzazione delle risorse e dell'economicità:</b> appropriatezza del consumo di	<b>BENI DI CONSUMO</b>	Dati di produzione e costi on line	Prog. CDG / Farmacia / Economato	20%	Trimestrale

materiali e di prestazioni per interni	<b>RAPPORTO CONSUMI E PERSONALE/RICAVI</b>		Prog. CDG		Trimestrale
adeguamento della spesa farmaci alle linee guida RER	<b>SPESA PER SERVIZI INTERMEDI</b>		Prog. CDG		Trimestrale
adeguamento della spesa per il personale alla produzione	<b>IMPORTO PRESTAZIONI RICHIESTE/RICAVI</b>		Prog. CDG		Trimestrale
<b>Performance clinica:</b> immissione regolare del dato nel data base aziendale allineamento allo standard predefinito	<b>INDICATORI DI PERFORMANCE CLINICA</b>	Indicatori monitorati nel Database Aziendale	Staff AcQuaRi	10%	In relazione alla periodicità predefinita della rilevazione
<b>Accreditamento:</b> esito positivo della visita ispettiva regionale	<b>ESITO DELLA VISITA ISPETTIVA REGIONALE DI ACCREDITAMENTO PER L'UO/DAI</b>	Report Verifica Ispettiva	Staff AcQuaRi/Direzione Medica/Direzione delle Professioni	20%	Semestrale
<b>Sviluppo dell'Attività di Ricerca:</b> stesura e avvio di un piano della ricerca per il DAI in cui siano contenute le principali tematiche di sviluppo	<b>PIANO DELLA RICERCA</b>	Evidenze documentali	Staff AcQuari	10%	Annuale
<b>Obiettivi specifici del DAI:</b> -sviluppo della rete cardiologica provinciale -controllo del sistema Pronto Soccorso unificato -sviluppo della terapia semiintensiva -ottimizzazione dei tempi di attesa per l'intervento chirurgico	<b>RELAZIONE SPECIFICA SULL'ATTIVITA'</b>	Evidenze documentali	Direttore del DAI	10%	Annuale

<b>Ambiti di intervento</b>	<b>Macro Obiettivi</b>	Anestesia Rianimazione Ospedaliera	Anestesia Rianimazione Universitaria	Medicina Emergenza Urgenza	Fisiopatologia Respiratoria	Pneumologia	Cardiologia	Ortopedia e Traumatologia	Attività Cardiologica non invasiva
Attività, Appropriately ed Efficienza	Aumento della produzione				SI	SI	SI	SI	
	Attività di eccellenza e Potere di Attrazione (aumento Mobilità attiva)				SI	SI	SI	SI	
	Conversione ambulatoriale prestazioni inappropriate			SI	SI	SI	SI	SI	
	Riduzione dei ricoveri ripetuti				SI	SI	SI	SI	
Performance clinica	Immissione regolare del dato nel Database Aziendale e mantenimento valori in standard	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
	Allineamento allo standard predefinito			MEDURG 01			CARDIO 08	ORTO 06, 07, 10, 11, 12, 13, 14, 15	
Accreditamento	Esito positivo della visita ispettiva regionale	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Governo della prescrizione farmaceutica	Erogazione diretta			SI	SI	SI	SI	SI	SI
	Farmaci Fascia H	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
	Governo della prescrizione di medicinali EQUIVALENTI						SI		
Risorse/Economicità	Appropriatezza del consumo di materiali	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
	Contenimento del rapporto richieste prestazioni per interni/ricavi			SI	SI	SI	SI	SI	
	Adeguamento spesa farmaci alle LG RER	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
	Adeguamento spesa per personale alla	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

	produzione								
Attività di Ricerca	Stesura e avvio di un piano della ricerca	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Obiettivi specifici del DAI	sviluppo della rete cardiologica provinciale						SI		SI
	controllo del sistema Pronto Soccorso unificato			SI				SI	
	sviluppo della terapia semiintensiva				SI	SI			
	ottimizzazione dei tempi di attesa per l'intervento chirurgico	SI	SI			SI		SI	

# Regolamento di Budget

## Premessa

Il presente documento si pone l'obiettivo di esporre le regole principali che governano il processo di budget attuato in questa azienda. Di seguito viene esposta una descrizione delle fasi che lo compongono con la spiegazione delle loro finalità, gli attori/organi coinvolti per ognuna di esse e le tempistiche legate alla loro esecuzione e conclusione.

In relazione a queste ultime, la Direzione Generale intende sottolineare l'importanza del loro rispetto da parte di tutti i soggetti coinvolti nel processo di budget, in quanto la sua durata rappresenta una variabile fondamentale nel determinare l'efficacia di un tale strumento gestionale. **All'atto della fissazione delle date tra le parti per gli incontri di budget, si dovrà necessariamente tenere conto delle tempistiche stabilite nel presente documento.**

## Le Fasi del Processo di Budget

1. Definizione delle linee guida aziendali e dei macro obiettivi, in base ai programmi stabiliti in sede di pianificazione strategica.
2. Integrazione delle linee guida aziendali in una scheda di budget di Dipartimento che contiene anche le proposte della Direzione Generale.
3. Distribuzione e presentazione delle linee guida e degli obiettivi proposti per i Dipartimenti ai singoli Direttori (*primo incontro: presentazione scheda di budget iniziale*).
4. Distribuzione da parte del Direttore di Dipartimento, coadiuvato dal Referente di Settore (dove presente), delle schede di budget alle Unità Operative e Moduli e richiesta di una loro proposta di budget, ossia di un contributo al raggiungimento degli obiettivi del Dipartimento.
5. Raccolta ed elaborazione delle proposte dei Direttori di UO/Responsabili di Modulo, da parte del Direttore di Dipartimento (coadiuvato dal Referente di Settore dove presente).
6. Predisposizione delle *proposte* dipartimentali di budget da parte del Direttore del Dipartimento.
7. Negoziazione con assegnazione finale degli obiettivi di budget del Dipartimento tra Direttore dello stesso e Direzione Generale (*secondo incontro: scheda di budget definitiva*).
8. Negoziazione con assegnazione finale degli obiettivi di UO/Modulo tra Direttore di Dipartimento (coadiuvato dal Referente di Settore, dove presente) e Direttori di UO/Responsabili di Modulo.
9. Assegnazione finale degli obiettivi di UO/Modulo tra Direttori di UO/Responsabili di Modulo ed i Professionisti.
10. Consegna di una copia delle schede di budget firmate delle UU.OO/Moduli alla Direzione Generale.



### **FASE 1**

#### **Definizione delle linee guida aziendali e dei macro obiettivi, in base ai programmi definiti in sede di pianificazione strategica.**

In questa fase la Direzione Generale fissa le linee guida generali per l'azienda derivanti da vincoli ed obblighi interni (obblighi di bilancio e sviluppo aziendale), ma anche esterni verso: la Regione, il Governo Centrale, l'Azienda Territoriale, ecc. Queste linee guida saranno presenti nelle schede di budget allo scopo di favorire il coinvolgimento e la responsabilizzazione da parte di tutti i professionisti, verso i vincoli a cui l'azienda è soggetta nello svolgimento della propria attività. Di seguito si riporta lo schema con le tempistiche e gli attori/organi aziendali coinvolti in questa fase.

<b>Fase 1 del Processo di Budget</b>			
<b>Fase 1</b>	<b>Attori/Organi coinvolti</b>	<b>Inizio Fase (data)</b>	<b>Durata Fase (giorni)</b>
Definizione delle linee guida aziendali e dei macro obiettivi, in base ai programmi definiti in sede di pianificazione strategica.	<ul style="list-style-type: none"><li>- Direzione Generale</li><li>- Comitato di Budget</li></ul>	Concordata con la Direzione Generale	<b>5</b>

### **FASE 2**

#### **Integrazione delle linee guida aziendali in una scheda di budget di Dipartimento che contiene anche le proposte della Direzione Generale.**

In questa fase la Programmazione e Controllo di Gestione di concerto con il Comitato di Budget predispone i modelli per la realizzazione delle schede di budget per i Dipartimenti, le Unità Operative ed i Moduli.

Esse contengono le proposte di obiettivi che la Direzione formula per questi livelli decisionali, ma anche le linee guida aziendali realizzate nella fase 1.

Di seguito si riporta lo schema con le tempistiche e gli attori/organi aziendali coinvolti in questa fase.

<b>Fase 2 del Processo di Budget</b>			
<b>Fase 2</b>	<b>Attori/Organi coinvolti</b>	<b>Inizio Fase</b>	<b>Durata Fase (giorni)</b>
Integrazione delle linee guida aziendali in una scheda di budget di Dipartimento che contiene anche le proposte della Direzione Generale.	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Comitato di Budget (R*)</b></li><li>- Programmazione e Controllo di Gestione</li></ul>	Dalla fine della fase 1	<b>30</b>

\*R= *Responsabile del rispetto della tempistica della fase*

### **FASE 3**

#### **Distribuzione e presentazione delle linee guida e degli obiettivi proposti per i Dipartimenti ai singoli Direttori (*primo incontro: presentazione scheda di budget iniziale*).**

In questa fase avviene il primo incontro durante il quale la Direzione Generale ed il Comitato di Budget espongono e descrivono le proposte di obiettivi presenti nella scheda di budget al Direttore del singolo Dipartimento. Inoltre, viene presentata la reportistica dell'anno precedente a quello di budget, con i risultati ottenuti e le criticità relative al singolo Dipartimento. In questa fase il Direttore di Dipartimento prende visione degli obiettivi proposti.

Nell'occasione verranno consegnate al Direttore del Dipartimento le schede di budget specifiche delle singole UU.OO/Moduli (elaborate sulla base della scheda del Dipartimento). Tali schede si differenziano rispetto a quelle di Dipartimento per la presenza di una colonna nella quale inserire il contributo della singola UO al raggiungimento dell'obiettivo dipartimentale.

Sempre in questa fase *verrà concordata la data del secondo incontro* nel quale avverrà la negoziazione finale degli obiettivi (fase 7).

Di seguito si riporta lo schema con le tempistiche e gli attori/organi aziendali coinvolti in questa fase.

<b>Fase 3 del Processo di Budget</b>			
<b>Fase 3</b>	<b>Attori/Organi coinvolti</b>	<b>Inizio Fase</b>	<b>Durata Fase (giorni)</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Distribuzione e presentazione delle linee guida e degli obiettivi proposti per i Dipartimenti ai singoli Direttori (<i>primo incontro: presentazione scheda di budget iniziale</i>).</li><li>➤ <i>Decisione data del secondo incontro(fase 7).</i></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Direzione Generale</li><li>- <b>Comitato di Budget (R*)</b></li><li>- Direttore di Dipartimento e Collaboratori</li></ul>	Dalla fine della fase 2	<b>10</b>

### **FASE 4**

#### **Distribuzione da parte del Direttore di Dipartimento, coadiuvato dal Referente di Settore (dove presente) e dal Dirigente infermieristico, ostetrico, della riabilitazione e tecnico-sanitario, delle schede di proposta di budget alle Unità Operative e Moduli e sollecitazione per l'individuazione di progetti da proporre alla Direzione Generale come contributo al raggiungimento di una loro proposta di budget, ossia di un contributo al raggiungimento degli obiettivi del Dipartimento.**

Questa fase viene svolta internamente alla struttura dipartimentale e vede coinvolti da un lato il Direttore del Dipartimento, il Referente di Settore (dove presente) e il Dirigente infermieristico, ostetrico, della riabilitazione e tecnico-sanitario e dall'altro i Direttori delle UU.OO, i Responsabili dei Moduli e i Coordinatori delle UU.OO.

Il Direttore di Dipartimento coadiuvato dal Referente di Settore (dove presente) e dal Dirigente infermieristico, ostetrico, della riabilitazione e tecnico-sanitario espone le linee di indirizzo aziendali e le proposte di obiettivi dipartimentali contenuti nella relativa scheda e contemporaneamente illustra le caratteristiche delle schede di budget relative alle UU.OO/Moduli, consegnategli dalla Direzione Generale in occasione della fase 3. Il modello e gli obiettivi delle schede di UO/Modulo, sono ricavati dalla scheda generale di Dipartimento (come già esposto nella fase 3): tali schede costituiscono

l'interfaccia tra il Direttore del Dipartimento/Referente di Settore e le singole UU.OO/Moduli e rimangono a gestione intradipartimentale. Di seguito si riporta lo schema con gli attori/organi aziendali coinvolti in questa fase.

<b>Fase 4 del processo di Budget</b>	
<b>Fase 4</b>	<b>Attori/Organi coinvolti</b>
Distribuzione da parte del Direttore di Dipartimento, coadiuvato dal Referente di Settore (dove presente) e dal Dirigente infermieristico, ostetrico, della riabilitazione e tecnico-sanitario, delle schede di budget alle Unità Operative e Moduli e richiesta di una loro proposta di budget, ossia di un contributo al raggiungimento degli obiettivi del Dipartimento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Direttore di Dipartimento (R*)</b></li> <li>- Referente di Settore (dove presente)</li> <li>- Direttore di Unità Operativa</li> <li>- Responsabile di Modulo</li> <li>- Coordinatori di Unità Operativa</li> </ul>

#### **FASE 5**

**Raccolta ed elaborazione delle proposte dei Direttori di UO/Responsabili di Modulo/ Coordinatori di UO da parte del Direttore del Dipartimento (coadiuvato dal Referente di Settore dove presente e dal Dirigente infermieristico, ostetrico, della riabilitazione e tecnico-sanitario).**

In questa fase avvengono gli incontri tra Direttore di Dipartimento (coadiuvato dal Referente di Settore, dove presente, e dal Dirigente infermieristico, ostetrico, della riabilitazione e tecnico-sanitario), Direttori di UO, Responsabili di Modulo e Coordinatori di UO nei quali il Direttore controlla la coerenza di ogni contributo proposto al raggiungimento degli obiettivi dipartimentali. Inoltre, in base agli indirizzi aziendali, nel corso di questa fase le UU.OO/Moduli elaborano anche i loro progetti da presentare al Direttore del Dipartimento (o al Referente di Settore, dove presente), che a sua volta (previa valutazione interna) li presenterà in occasione della negoziazione finale con la Direzione Generale (vedasi fase 7). I progetti di UO/Modulo nascono dalla collaborazione tra dirigenza e comparto e devono essere in linea con le esigenze di miglioramento e sviluppo della azienda e devono tenere conto delle risorse necessarie per la loro realizzazione. Di seguito si riporta lo schema con gli attori/organi aziendali coinvolti in questa fase.

<b>Fase 5 del processo di Budget</b>	
<b>Fase 5</b>	<b>Attori/Organi coinvolti</b>
Raccolta ed elaborazione delle proposte dei Direttori di UO, coadiuvati dai Coordinatori delle professioni sanitarie, e dai Responsabili di Modulo da parte del Direttore del Dipartimento (coadiuvato dal Referente di Settore dove presente, e dal Dirigente infermieristico, ostetrico, della riabilitazione e tecnico-sanitario).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Direttore di Dipartimento (R*)</b></li> <li>- Referente di Settore (dove presente)</li> <li>- Direttore di Unità Operativa</li> <li>- Responsabile di Modulo</li> <li>- Coordinatori di Unità Operativa</li> </ul>

#### **FASE 6**

**Predisposizione delle proposte dipartimentali di budget da parte del Direttore del Dipartimento.**

In questa fase il Direttore del Dipartimento, coadiuvato dal Referente di Settore dove presente, raccoglie tutte le eventuali proposte di modifica delle UU.OO/Moduli legate agli obiettivi del Dipartimento, emerse nella fase 5. In pratica, fa il punto della situazione di quali sono gli obiettivi con proposte di modifica e quali rimangono immutati rispetto alla *scheda di budget iniziale* proposta dalla Direzione Generale. Di seguito si riporta lo schema con gli attori/organi aziendali coinvolti in questa fase.

Fase 6 del processo di Budget	
Fase 6	Attori/Organi coinvolti
Predisposizione delle <i>proposte</i> dipartimentali di budget da parte del Direttore del Dipartimento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Direttore di Dipartimento (R*)</b></li> <li>- Referente di Settore (dove presente)</li> <li>- Comitato di Dipartimento</li> </ul>

*Le tempistiche per la realizzazione delle fasi 4, 5, 6 sono a gestione dei Direttori di Dipartimento (e Referenti di settore dove presenti) e Direttori delle UU.OO/Responsabili di Modulo, nel rispetto del vincolo stabilito nella fase 3 in cui viene fissata la data del secondo incontro (fase 7), tra Direttore del Dipartimento e Direzione Generale.*

### FASE 7

**Negoziazione con assegnazione finale degli obiettivi di budget del Dipartimento tra Direttore dello stesso e Direzione Generale (secondo incontro: *scheda di budget definitiva*).**

In questa fase il Direttore di Dipartimento negozia con la Direzione Generale le modifiche/proposte (derivanti dalla fase 6) apportate agli obiettivi della *scheda di budget iniziale*. **La negoziazione tra le due parti trattanti, rappresentate dalla Direzione Generale e dal Direttore del Dipartimento, termina con la loro firma della *scheda di budget*.** Con la firma, la scheda di Dipartimento diventa il documento ufficiale di accettazione degli obiettivi costituendo l'interfaccia tra la Direzione Generale ed il Dipartimento.

Di seguito si riporta lo schema con le tempistiche e gli attori/organi aziendali coinvolti in questa fase.

Fase 7 del Processo di Budget			
Fase 7	Attori/Organi coinvolti	Inizio Fase	Durata Fase (giorni)
Negoziazione con assegnazione finale degli obiettivi di budget del Dipartimento tra Direttore dello stesso e Direzione Generale ( <i>secondo incontro: scheda di budget definitiva</i> ).	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Direzione Generale</li> <li>- <b>Comitato di Budget (R*)</b></li> <li>- Direttore di Dipartimento e Collaboratori</li> </ul>	30 giorni dalla fine della fase 3	<b>10</b>

### **FASE 8**

**Assegnazione finale degli obiettivi di UO/Modulo tra Direttore di Dipartimento (coadiuvato dal Referente di Settore, dove presente, e dal Dirigente infermieristico, ostetrico, della riabilitazione e tecnico-sanitario ) e Direttori di UO/Responsabili di Modulo/ Coordinatori di UO.**

In questa fase, il Direttore di Dipartimento incontra i Direttori delle UU.OO ed i Responsabili dei Moduli e i Coordinatori delle UU.OO., per la *assegnazione finale* dei loro contributi al raggiungimento degli obiettivi di Dipartimento, approvati nella fase 7. Obiettivo di questa fase è la elaborazione della scheda definitiva di UO/Modulo.

Di seguito si riporta lo schema con gli attori/organi aziendali coinvolti in questa fase.

<b>Fase 8 del processo di Budget</b>	
<b>Fase 8</b>	<b>Attori/Organi coinvolti</b>
Assegnazione <i>finale</i> degli obiettivi di UO/Modulo tra Direttore di Dipartimento (coadiuvato dal Referente di settore, dove presente, e dal Dirigente infermieristico, ostetrico, della riabilitazione e tecnico-sanitario) e Direttori di UO/Responsabili di Modulo e Coordinatori di UU.OO..	<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Direttore di Dipartimento (R*)</b></li><li>- Referente di Settore (dove presente)</li><li>- Direttore di Unità Operativa</li><li>- Responsabile di Modulo</li><li>- Coordinatori di Unità Operativa</li></ul>

### **FASE 9**

**Assegnazione finale degli obiettivi di UO/Modulo tra Direttore di UO/Responsabile di Modulo ed i Professionisti.**

In questa fase, *tutte le schede vengono firmate da ogni dirigente medico* secondo un principio di responsabilizzazione, condivisione ed informazione.

Attraverso tali schede il Direttore del Dipartimento dovrà svolgere la propria azione di controllo e monitoraggio sugli obiettivi di ogni UO/Modulo ed i Direttori di UO/Responsabili di Modulo su quelli di ogni Professionista.

Di seguito si riporta lo schema con gli attori/organi aziendali coinvolti in questa fase.

<b>Fase 9 del processo di Budget</b>	
<b>Fase 9</b>	<b>Attori/Organi coinvolti</b>

Assegnazione *finale* degli obiettivi di UO/Modulo tra Direttore di UO/Responsabile di Modulo ed i Professionisti.

- Direttore di Dipartimento
- **Direttore di UO/Responsabile di Modulo (R\*)**
- Singoli Professionisti

### ***FASE 10***

#### **Consegna di una copia delle schede di budget firmate delle UU.OO/Moduli alla Direzione Generale.**

In questa fase il Direttore di Dipartimento si assume la responsabilità di far pervenire alla Direzione Generale una *copia firmata* di tutte le schede di budget delle UU.OO/Moduli presenti nel suo Dipartimento. La ragione risiede nel fatto che le copie delle schede di budget servono per la produzione della reportistica di controllo trimestrale, semestrale ed annuale.

Di seguito si riporta lo schema con le tempistiche e gli attori/organi aziendali coinvolti in questa fase.

<b>Fase 10 del Processo di Budget</b>			
<b>Fase 10</b>	<b>Attori/Organi coinvolti</b>	<b>Inizio Fase</b>	<b>Durata Fase (giorni)</b>
Consegna di una copia delle schede di budget <i>firmate</i> delle UU.OO/Moduli alla Direzione Generale.	- <b>Direttore di Dipartimento (R*)</b> e collaboratori	30 giorni dalla fine della fase 7	<b>5</b>

*Le tempistiche per la realizzazione delle fasi 8 e 9 sono a gestione del Direttore di Dipartimento e dei Direttori di UO/Responsabili di Modulo e singoli Professionisti, nel rispetto del vincolo stabilito nella fase 10 in cui viene fissata la data di consegna delle copie delle schede di budget alla Direzione generale.*

Con il termine della fase 10 si conclude il processo di budget.