



*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



REGIONE CALABRIA

PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI CROTONE

Triennio 2021-2023

**Approvato con delibera del Commissario Straordinario n. 161 del
31/03/2021**

INDICE

PARTE I - PREMESSA	4
1 <i>I principi costituzionali in materia di pubblica amministrazione e di pubblico impiego</i>	4
2 <i>La legislazione ordinaria per la prevenzione e il controllo del rischio di corruzione</i>	4
3 <i>I controlli interni alle pubbliche amministrazioni</i>	6
4 <i>Il contesto socio economico della Regione Calabria e dell'A.S.P. di Crotone</i>	7
5 <i>La missione dell'A.S.P. di Crotone, fattori interni che la condizionano e i suoi risultati</i>	8
PARTE II – IL PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	12
6 <i>Gli obiettivi strategici del piano anticorruzione</i>	12
7 <i>Oggetto e finalità</i>	13
8 <i>Quadro normativo di riferimento</i>	14
9 <i>Soggetti, funzioni e responsabilità</i>	16
10 <i>Trasparenza</i>	26
PARTE III - LA GESTIONE DEL RISCHIO	27
11 <i>Analisi del contesto</i>	27
11.1 <i>Mappatura processo autorizzazione incarichi extraistituzionali ai dipendenti</i>	40
11.2 <i>Mappatura del processo programmazione attività istituzionali di formazione</i>	42
11.3 <i>Mappatura del processo rapporti contrattuali con gli erogatori privati</i>	44
12 <i>Valutazione del rischio</i>	47
13 <i>Trattamento del rischio</i>	49
13.1 <i>U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione</i>	53
13.2 <i>U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie</i>	55
13.3 <i>U.O.C. Affari Generali Legali e Assicurativi</i>	56
13.4 <i>U.O.C. Programmazione, controllo di gestione, sist.informativi e rapporti contrattuali con erogatori privati</i>	57
13.5 <i>U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale</i>	59
13.6 <i>U.O.C. Provveditorato, Economato e Gestione Logistica</i>	64
13.7 <i>Distretto Sanitario Unico Aziendale (D.S.U.A.)</i>	71
13.8 <i>Assistenza sanitaria di base e specialistica ambulatoriale (D.S.U.A.)</i>	75
13.9 <i>S.O.S.D. CUP Aziendale</i>	77
13.10 <i>Direzione Medica di Presidio Ospedaliero</i>	80



AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

REGIONE CALABRIA

13.11	Dipartimento di Prevenzione Sanità Animale Area A	82
13.12	Dipartimento di Prevenzione Igiene degli alimenti di origine animale Area B	84
13.13	Dipartimento di Prevenzione Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche Area C	86
13.14	Dipartimento Prevenzione Igiene Alimenti e Nutrizione	89
13.15	Dipartimento di Prevenzione Igiene e sanità pubblica	91
13.16	Dipartimento di Prevenzione SPISAL	93

PARTE I - PREMESSA¹

1 I principi costituzionali in materia di pubblica amministrazione e di pubblico impiego

L'art. 97 della Costituzione della Repubblica italiana, prevede che *"le pubbliche amministrazioni, in coerenza con l'ordinamento dell'Unione europea, assicurano l'equilibrio dei bilanci e la sostenibilità del debito pubblico. I pubblici uffici sono organizzati secondo disposizioni di legge in modo che siano assicurati il buon andamento e l'imparzialità dell'amministrazione. Nell'ordinamento degli uffici sono determinate le sfere di competenza, le attribuzioni e le responsabilità proprie dei funzionari"*.

Sono corollario delle norme suddette il dovere dei pubblici impiegati di essere al servizio esclusivo della Nazione (art. 98) e la loro diretta responsabilità, secondo le leggi penali, civili e amministrative, degli atti compiuti in violazione dei diritti (articolo 28). La responsabilità civile si estende allo Stato e agli enti pubblici.

2 La legislazione ordinaria per la prevenzione e il controllo del rischio di corruzione

A partire dallo Statuto degli impiegati civili dello Stato e delle pubbliche amministrazioni (decreti del Presidente della Repubblica n.ri 3 e 686 del 1957) la legislazione ordinaria ha dato esecuzione ai principi costituzionali, stabilendo **norme disciplinari** con carattere di indeterminatezza (come i codici di comportamento), salva la tassatività delle norme penali, e sanzionando l'impiegato con la sospensione e la destituzione *"per l'uso dell'impiego ai fini di interessi personali"*, *"per atti che siano in grave contrasto con i doveri di fedeltà dell'impiegato"*, *"per richiesta o accettazione di compensi o benefici in relazione ad affari trattati dall'impiegato per ragioni dell'ufficio"*, che sono le fattispecie di doveri che si ricollegano direttamente o indirettamente a fenomeni concussivi o corruttivi giudizialmente accertati.

¹ Le norme citate s'intendono nel testo vigente alla data di redazione del Piano. L'elencazione dettagliata delle norme, delle raccomandazioni e delle direttive, nazionali e regionali, applicate è indicata in apposito allegato al Piano

La subordinazione della sanzione disciplinare all'accertamento giudiziale, con l'evoluzione e l'accrescersi dei rapporti della pubblica amministrazione con l'economia e la società, ha mostrato limiti di efficacia, dilatando nel tempo l'irrogazione delle sanzioni più gravi, fino al punto da determinare un atteggiamento di sfiducia nell'opinione pubblica.

Soltanto in tempi più recenti (decreto legislativo n. 150 del 2009) il legislatore ha sganciato i due procedimenti stabilendo che il **procedimento disciplinare**, che abbia ad oggetto, in tutto o in parte, fatti in relazione ai quali procede l'autorità giudiziaria, **è proseguito e concluso anche in pendenza del procedimento penale**, salvo che nei casi di particolare complessità dell'accertamento del fatto addebitato al dipendente e quando all'esito dell'istruttoria non si disponga di elementi sufficienti a motivare l'irrogazione della sanzione.

Il **controllo esterno di legittimità** ex ante dei provvedimenti amministrativi ha dominato la scena fino all'inizio degli anni '90 del secolo scorso; ma i controlli formali – di conformità alle norme – non sono stati sufficienti né a garantire l'efficienza delle pubbliche amministrazioni, né ad impedire i comportamenti illeciti.

La materia è stata progressivamente sistematizzata con le *norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi* (legge n. 241 del 1990, aggiornata dal decreto legislativo n. 104 del 2017), *di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni* (d.lgs. n. 150 del 2009, successivamente modificato dal d.lgs. n. 74 del 2017), *di riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche* (decreto legislativo n. 286 del 1999), *di prevenzione e repressione della corruzione* (legge n.190 del 2012, revisionata dal d.lgs. n. 97 del 2016), *di amministrazione trasparente* (decreto legislativo n.33 del 2013, revisionato dal d.lgs. n. 97 del 2016), *di inconfiribilità e sull'incompatibilità di incarichi nelle pubbliche amministrazioni ed enti privati in controllo pubblico* (decreto legislativo n. 39 del 2013), *di accesso a cariche elettive comunali, regionali e parlamentari disciplinate dai rispettivi testi unici, di codice di comportamento dei dipendenti pubblici* (DPR n. 62 del 2013).

In tale rinnovato quadro normativo, si inserisce l'Autorità nazionale anticorruzione, istituita con d.lgs. n. 150 del 2009 e successivamente così ridenominata e ridisegnata dal d.lgs. n. 190 del 2012, che *in primis* adotta il **Piano Nazionale Anticorruzione (PNA)**, annualmente

aggiornato, con il precipuo fine di costituire *atto di indirizzo per le pubbliche amministrazioni* ai fini dell'adozione dei propri **Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione (PTPC)**.

Ma è proprio la legislazione sul **Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.)** del 1992 che fa da apripista, tra le amministrazioni pubbliche che erogano servizi per la collettività, verso una **radicale innovazione dei controlli**.

Fermo restando il *controllo sulla regolarità amministrativa (legittimità) e contabile* affidata al **Collegio sindacale** delle Aziende Sanitarie, hanno assunto una valenza primaria per il governo delle aziende il *valore informativo del bilancio di esercizio, il controllo di gestione, il controllo di qualità, la prevenzione del rischio clinico, il controllo strategico, la valutazione sistematica dei dirigenti* ai fini della conferma degli incarichi e delle progressioni di carriera. È ancora solo l'avvio rispetto ad un organico sistema di controllo interno, ma è un punto di partenza irreversibile.

3 I controlli interni alle pubbliche amministrazioni

Il complesso dei principi e norme costituzionali ed ordinarie sopra richiamate costituisce il nucleo centrale di un sistema di controlli interni della pubblica amministrazione, verso cui le odierne pubbliche amministrazioni si orientano, progressivamente sotto il profilo culturale e sotto il profilo dell'impiego degli strumenti operativi.

I **controlli interni**, vanno intesi – secondo le definizioni della letteratura internazionale – come ***l'insieme dei processi di governance che indirizzano le attività di qualsiasi istituzione***, inclusi gli enti pubblici e le organizzazioni senza fini di lucro, ***verso il conseguimento della missione*** minimizzando i rischi di percorso, attraverso la promozione dell'efficienza, la protezione del patrimonio da possibili perdite, l'attendibilità dei bilanci e la conformità delle attività alle leggi e ai regolamenti in vigore. **Questi controlli interni, ormai, includono le strategie finalizzate alla prevenzione dei comportamenti illeciti.**

Le imprese hanno una tradizione più consolidata in materia, per la maturità dei *sistemi di management* e, per attinenza al presente piano, di *risk management* (in Italia il *decreto legislativo n. 231 del 2001* reca la disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica per gli illeciti amministrativi dipendenti da reato) e i loro organi dirigenti devono adottare ed attuare

efficacemente, prima della commissione del fatto illecito, modelli di organizzazione e di gestione idonei a prevenire il reato.

I **Piani di prevenzione, controllo e repressione della corruzione e di altri comportamenti illeciti dei pubblici dipendenti** attengono, appunto, alla conformità delle attività alle leggi e ai regolamenti in vigore, esattamente come, nel quadro dei processi di **Enterprise Risk Management (ERM)**, fanno le istituzioni private e sono analoghi a quelli del citato decreto legislativo n. 231/2001.

Il **processo di risk management** è del tutto analogo ai processi di programmazione e controllo delle attività aziendali che rappresentano il fine dell'istituzione. Si tratta di:

- *individuare le attività di rischio* dell'ente e l'influenza su di esse del contesto ambientale esterno ed interno;
- *valutare i rischi individuati* in termini di significatività e di priorità;
- *analizzare la congruenza del sistema* di autonomia e responsabilità delle articolazioni organizzative con gli interventi di controllo dei rischi e, se necessario, modificarlo;
- *prevedere protocolli idonei* a programmare il processo decisionale in relazione ai rischi;
- *individuare modalità di gestione* atte ad impedire la commissione di reati;
- *prevedere obblighi di informazione nei confronti degli organismi di vigilanza e controllo*;
- *introdurre sanzioni disciplinari* per il mancato rispetto delle direttive, salvi i più gravi profili di responsabilità penale;
- *proteggere le persone* da ritorsioni o discriminazioni le persone che hanno segnalato il fatto illecito.

4 Il contesto socio economico della Regione Calabria e dell'A.S.P. di Crotone

La Calabria, al pari di altre Regioni del sud, è afflitta da atavici problemi di sviluppo economico e di marginalità sociale, retaggio dell'irrisolta Questione meridionale, nata con l'unificazione nazionale. I fenomeni di sottosviluppo economico, con alto indice di disoccupazione e inoccupazione e con basso reddito *pro capite* rispetto alle medie nazionali, alimentano pesanti fenomeni di criminalità organizzata e la criminalità condiziona, in circolo vizioso, il sottosviluppo e l'azione dei pubblici poteri e della pubblica amministrazione per eliminarne le cause.

L'andamento demografico segna una costante diminuzione della popolazione, ormai inferiore ai 2 milioni di abitanti, che alle cause generali dell'analogo fenomeno nazionale, somma l'emigrazione delle energie più giovani, moralmente sane, qualificate professionalmente, che non riescono a trovare in regione le opportunità per realizzare la propria personalità, né condizioni di vita lavorativa e sociale accettabili. L'attuale struttura demografica della popolazione presenta, perciò, un'alta incidenza di persone anziane.

Le donne e gli uomini che lavorano nell'ASP di Crotona sono consapevoli delle difficoltà e dei condizionamenti, non sempre espliciti ma subdolamente presenti, nel contesto ambientale in cui operano. E, tuttavia, essi sentono la responsabilità di operare per un servizio, quello sanitario pubblico, fondamentale per la coesione sociale e, con l'istruzione, basilare per lo sviluppo economico e il benessere della comunità.

L'azienda fa proprio l'autorevole richiamo della Giustizia contabile e della Giustizia penale a contrastare ogni possibile forma di supina tolleranza verso i comportamenti illeciti.

5 La missione dell'A.S.P. di Crotona, fattori interni che la condizionano e i suoi risultati

L'ASP di Crotona, Ente del Servizio Sanitario Regionale con popolazione al 2019 di 174.328 residenti in 27 comuni, concorre con i singoli cittadini e con le altre istituzioni che agiscono nel campo dell'assistenza sanitaria e sociale, avvalendosi secondo le leggi vigenti anche di *professionisti e soggetti giuridici privati accreditati* per la fornitura di prestazioni sanitarie per conto del Servizio sanitario regionale, a promuovere lo stato di salute della popolazione, a migliorarlo, a ristabilirlo o a mantenerlo nel tempo, secondo le possibilità offerte dalle conoscenze scientifiche, dalle competenze professionali e dalle tecnologie disponibili, per consentire alle persone una normale vita lavorativa e familiare e un'accettabile vita sociale.

La MISSIONE è perseguita con l'offerta e l'erogazione di prestazioni e servizi di prevenzione, di diagnosi, di cura, di riabilitazione e di assistenza socio sanitaria che costituiscono **i livelli essenziali di assistenza**, uniformi per il territorio nazionale, nel rispetto dei principi fondamentali del Servizio sanitario nazionale che sostanziano i diritti di cittadinanza in materia sanitaria e la centralità della persona secondo il dettato costituzionale, che si esplica nei seguenti PRINCIPI:

- a) Universalità dell'accesso ai servizi e libera scelta del luogo di cura, alle condizioni previste dall'ordinamento giuridico;
- b) Finanziamento attraverso la fiscalità generale, che fa da corollario all'universalità di accesso, integrato dalle compartecipazioni alla spesa stabilite dalle leggi nazionali e regionali e dai fondi di assistenza sociale per i programmi di assistenza socio sanitaria;
- c) Rispetto della dignità della persona e della sua centralità nelle procedure di accesso ai servizi, di cura e di assistenza.
- d) Equità nell'accesso ai servizi per tutte le persone presenti nel territorio regionale, che si realizza:
 - ✓ nell'allocazione equilibrata delle risorse alle aree di prevenzione, di cura e di riabilitazione, garantita dall'applicazione di sistemi di programmazione e controllo dell'offerta di servizi sulla base di accurate analisi della domanda sanitaria, espressione dei bisogni emergenti nel territorio regionale, di cui il SSR si fa carico;
 - ✓ nella razionale distribuzione territoriale dei presidi colmando la disparità di offerta territoriale in modo da garantire pienamente la presa in carico e la continuità assistenziale delle persone.
- e) Integrazione socio-sanitaria, relativamente alle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, alle prestazioni sociali a elevata integrazione sanitaria, e alle prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, fermo restando la diversa competenza al finanziamento rispettivamente in capo al fondo sanitario regionale e al fondo di assistenza sociale di competenza dei Comuni.
- f) Integrazione tra ricerca, didattica e assistenza, che si realizza sulla base di provvedimenti regionali ad hoc;
- g) Qualità, elemento centrale delle prestazioni e dei servizi, come la costante e dinamica ricerca di condizioni di gestione che permettano una perfetta aderenza tra le esigenze dell'utente (interno o esterno) e il servizio fornito, che deve rispondere ad obiettivi chiari e misurabili attraverso indicatori riferiti a:
 - ✓ *sicurezza*: cure che non comportino rischio per il paziente – primum non nocere;
 - ✓ *accettabilità*: consenso della persona al trattamento;
 - ✓ *appropriatezza*: cura e modalità di cura indicate per quel particolare paziente;
 - ✓ *efficacia*: capacità delle cure di migliorare lo stato di salute, in base ai risultati dimostrati dalla ricerca scientifica;
 - ✓ *accessibilità*: in senso giuridico e di semplicità delle procedure burocratiche, fisico, organizzativo, culturale e di tempo intercorso tra domanda ed erogazione della prestazione.

- ✓ il *sistema di accreditamento* delle strutture pubbliche e private, perché una struttura ben organizzata favorisce un processo operativo appropriato; un processo appropriato è la condizione basilare per ottenere buoni risultati. Tale principio deve orientare le scelte prioritarie di investimento edilizio e tecnologico e di reclutamento delle risorse umane.
- h) Correttezza e adeguatezza della comunicazione, come strumento fondamentale di educazione alla salute, che permetta alle persone di scegliere e praticare stili di vita utili a prevenire la malattia; di informazione ai cittadini sull'offerta di prestazioni, sulle condizioni della loro fruibilità e sui costi per l'accesso responsabile all'uso delle risorse del SSR. A tal fine l'azienda valorizza, tra gli altri strumenti di comunicazione, sia la *Carta dei servizi* periodicamente aggiornata nei contenuti ed accessibile nel sito *Internet* aziendale e, quando occorra, diffusa in forma sintetica a stampa; la *Conferenza dei servizi*" (articolo 14, decreto legislativo n.502 del 1992); la *Relazione sulla gestione*" allegata al bilancio di esercizio (articolo 11, comma 2, decreto legislativo n. 118 del 2011) e il rendiconto semplificato pubblicato nel sito *Internet* aziendale (art.11, comma 6).
- i) Partecipazione delle comunità locali, attraverso le loro rappresentanze istituzionali, dei lavoratori e degli operatori economici, attraverso le rappresentanze di categoria, delle associazioni di tutela degli utenti, riconosciute dall'ordinamento, ai processi di programmazione e di valutazione dei risultati dell'azienda.
- j) Economicità: corrispondente ad una allocazione ed utilizzazione ottimale delle risorse disponibili, nel rispetto del vincolo di bilancio.
- k) Etica e trasparenza dei comportamenti degli amministratori, dei dirigenti e degli altri operatori, che trova realizzazione nella responsabilità di gestire risorse pubbliche destinate a realizzare fondamentali principi di solidarietà e sussidiarietà per mantenere la coesione sociale della comunità regionale. La trasparenza è, quindi, la condizione dei comportamenti degli operatori che favorisce tutte le forme di partecipazione a tutti i livelli di governo dell'azienda e di gestione dei servizi.

Questi principi possono essere disattesi o violati per negligenze o per comportamenti illeciti, per cui il presente piano detta regole di comportamento adeguate a prevenirli e monitorarli per evitarne le conseguenze negative sulla realizzazione dei fini istituzionali dell'ASP di Crotone.

Purtroppo, le rilevazioni annuali dei risultati raggiunti pongono il SSR della Calabria e dell'ASP di Crotone in posizione non ancora del tutto soddisfacente quanto alla garanzia dei livelli

essenziali di assistenza erogati alla popolazione. L'indicatore più sensibile di questo stato delle cose è l'altissimo esodo di pazienti verso strutture sanitarie di altre regioni, principalmente del nord Italia.

Nonostante il reiterarsi di Piani di riqualificazione e di risanamento economico del proprio servizio sanitario, è tuttora in atto il complesso cammino di recupero di standard migliori. Il cambiamento che doveva riequilibrare la centralità dell'ospedale, con le diverse soluzioni e i modelli di servizio incentrati *su prevenzione, integrazione socio-sanitaria, medico di famiglia, assistenza ambulatoriale e domiciliare e residenzialità extra ospedaliera*, ossia sui **servizi** che comunemente vengono definiti **territoriali**, è risultato soltanto avviato.

Neppure la rete ospedaliera *Hub e Spoke*, la cui caratteristica è l'esistenza di un ponte tra ospedali a più sedi, nella ricerca della dimensione ospedaliera più appropriata, coniugata all'esigenza di favorire l'accesso alle cure in sicurezza e di contenere i costi, ha raggiunto la piena funzionalità.

Nell'ASP DI CROTONE, il già di per sé difficile governo della complessità delle organizzazioni sanitarie, si somma ad un NON ancora consolidato assetto organizzativo e del sistema di responsabilità operative secondo l'atto aziendale vigente adottato con deliberazione n. 253 del 2016, che è in fase di revisione anche al fine di superare le aree di inefficienza e i conflitti di competenza, che possono diventare crogiolo di rischi corruttivi.

L'assetto organizzativo aziendale normalizzato sarà, dunque, la preconditione sia per il recupero della capacità dell'azienda di soddisfare efficacemente, nel vincolo di bilancio, la domanda degli utenti, sia per l'efficacia della prevenzione, del controllo e del monitoraggio del piano anticorruzione.

L'azienda è stata, altresì, caratterizzata da instabilità nel suo governo di vertice, anche in virtù delle recenti misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria ed in particolare il *D.L. 30 aprile 2019, n. 35*, convertito con modificazioni dalla *Legge n. 60/2019* c.d. "*Decreto Calabria 1*" ed il *D.L. 10 novembre 2020, n. 150*, convertito con modificazioni dalla *L. 30 dicembre 2020, n. 181* c.d. "*Decreto Calabria 1*".

Ed in effetti questo aspetto può impattare sul tema di cui trattasi poiché proprio alla Direzione strategica compete il compito di costituire l'ambiente di controllo, ossia le sensibilità culturali dell'organizzazione su cui poggiano gli altri elementi del **risk management** costituiti *dalla valutazione dei rischi, dall'attività di controllo, dalla acquisizione, elaborazione e comunicazione delle informazioni rilevanti, dal monitoraggio infrannuale e annuale.*

PARTE II – IL PIANO DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

6 Gli obiettivi strategici del piano anticorruzione

*L'operar senza regole è il più faticoso e difficile mestiere di questo mondo.
Alessandro Manzoni, Storia della colonna infame*

Gli OBIETTIVI di fondo che costituiscono la missione aziendale devono essere perseguiti attraverso la costante ricerca di **una efficiente, sana e prudente gestione dell'azienda, solidamente strutturata per garantirle la capacità di assolvere la sua funzione** e di adeguarsi nel tempo ai mutamenti dei bisogni e della domanda con il patrimonio ricevuto in dotazione dalla Regione Calabria e a seguito di atti di liberalità e con le risorse pubbliche e private che remunerano le prestazioni ed i servizi erogati.

Le *strategie, i programmi operativi, gli altri processi di governo* dell'azienda, il lavoro degli *amministratori, dei dirigenti e degli operatori* devono essere costantemente focalizzati su queste finalità e principi. Amministratori, dirigenti ed operatori hanno, perciò, la responsabilità di rendere conto dell'attività svolta secondo le procedure di valutazione dei risultati stabilite dalle leggi, dagli atti di programmazione e indirizzo nazionali e regionali, dai contratti collettivi di lavoro.

L'azienda, dal canto suo, è impegnata nei confronti di tutti i collaboratori al fine di promuovere la *crescita professionale, l'attitudine al dialogo sociale armonioso e sereno, l'adesione sincera* alla missione aziendale nel rispetto delle leggi e dei diritti e dei doveri reciproci.

A questi obiettivi concorrono, con il *Piano della performance coordinato con il bilancio di previsione dell'azienda, le regole di comportamento e le procedure e misure applicative*

stabilite dal presente Piano, per prevenire e monitorare i potenziali rischi di comportamenti illeciti da parte del personale.

A ciò si aggiungono le norme sugli *obblighi di trasparenza*, anche al fine di rendere conto ai portatori di interesse, interni ed esterni all'ASP DI CROTONE, verso i quali l'azienda predispone ed attua azioni di sensibilizzazione e programmi di formazione.

Le disposizioni del Piano anticorruzione, nelle materie di riferimento, modificano o sostituiscono regolamenti, procedure, direttive e protocolli previgenti nell'ASP DI CROTONE.

7 Oggetto e finalità

L'ASP DI CROTONE adotta il proprio Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza al fine di definire la programmazione degli interventi per il perseguimento degli OBIETTIVI STRATEGICI sopra individuati e il raggiungimento degli OBIETTIVI previsti dalla Legge 6 novembre 2012, n. 190 ed in particolare:

- riduzione delle opportunità che si manifestino casi di corruzione;
- aumento della capacità di individuazione degli eventuali casi di corruzione;
- creazione di un contesto sfavorevole ai fenomeni corruttivi.

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (P.T.P.C.T.), deve essere approvato entro il 31 gennaio di ogni anno (per il 2021, il 31 marzo), ed è finalizzato a formulare una strategia aziendale di prevenzione della corruzione attraverso *l'individuazione delle attività più esposte al rischio corruzione stabilendo delle priorità di trattamento, nonché la definizione di misure e di strumenti di controllo atti a prevenirlo*. In particolare, rientrano in questa fattispecie, tutte le misure di comunicazione, formazione e monitoraggio attuate in ASP per contrastare l'insorgere del fenomeno corruttivo.

Trattandosi di uno strumento di programmazione viene modificato in relazione ai risultati conseguiti e alle criticità riscontrate nell'anno precedente, alle normative sopravvenute in materia, alle modifiche organizzative e all'emersione di nuovi rischi.

L'aggiornamento, su proposta del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, è approvato con deliberazione del Direttore Generale.

Il presente Piano definisce l'attività del triennio 2021-2023 ed è, dunque, l'aggiornamento del precedente Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2020-2022 (PTPCT

2020-2022) approvato con deliberazione del Commissario Straordinario n. 011 del 31/01/2020, che si richiama integralmente.

8 Quadro normativo di riferimento

Il Piano viene elaborato in applicazione della seguente normativa:

- Decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 *"Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche"*;
- Decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 *"Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni"*;
- Legge 6 novembre 2012, n. 190 *"Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità"*;
- Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 *"Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni"*
- Decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 *"Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, comma 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190"*;
- Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62 *"Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, ai sensi dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165"*;
- Intesa tra Governo, Regioni ed Enti Locali sancita dalla Conferenza unificata nella seduta del 24 luglio 2013 (Repertorio atti n. 79/CU) con la quale sono stati individuati gli adempimenti, con l'indicazione dei relativi termini, per l'attuazione della legge 6 novembre 2012, n. 190 e dei decreti attuativi (d.lgs. 33/2013, d.lgs 39/2013, D.P.R. 62/2013);
- Circolare Dipartimento della Funzione Pubblica 25 gennaio 2013, n. 1 *"Legge n. 190 del 2012 -Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione"*;
- Circolare Dipartimento della Funzione Pubblica 19 luglio 2013, n. 2 *"D.lgs. n. 33 del 2013 - Attuazione della trasparenza"*;
- Delibera CIVIT 4 luglio 2013, n. 50 *"Linee Guida per l'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014-2016"*;

- Delibera CIVIT 11 settembre 2013, n. 72 "Approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione";
- Delibera CIVIT 24 ottobre 2013, n. 75 "Linee guida in materia di codice di comportamento delle pubbliche amministrazioni";
- Legge 11 agosto 2014, n. 144, di conversione, con modifiche, del Decreto legge 24 giugno 2014, n. 90 "Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari";
- Regolamento ANAC 9 settembre 2014 "Regolamento in materia di esercizio del potere sanzionatorio dell'ANAC per l'omessa adozione dei Piani triennali di prevenzione della corruzione, dei piani triennali di trasparenza, dei codici di comportamento";
- Determinazione ANAC 28 aprile 2015, n. 6 "Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (whistleblower)";
- Legge 7 agosto 2015, n. 124 "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche" (art. 1 Carta della cittadinanza digitale e art. 7 Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza);
- Determinazione ANAC 28 ottobre 2015, n. 12 "Aggiornamento del Piano Nazionale Anticorruzione";
- Decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 "Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture";
- Decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97 che modifica il Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- Delibera ANAC 3 agosto 2016, n. 831 "Piano Nazionale Anticorruzione 2016";
- Delibera ANAC 28 dicembre 2016, n. 1309 "Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 comma 2 del d.lgs. 33/2013. Art. 5- bis, comma 6, del d.lgs. n. 33 del 14/03/2013 recante «Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni»;

- Delibera ANAC 28 dicembre 2016, n. 1310 "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016";
- Delibera ANAC 29 marzo 2017, n. 358 "Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale";
- Delibera ANAC 22 novembre 2017, n. 1208 "Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione";
- Legge 30 novembre 2017, n. 179 "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato";
- Delibera ANAC 2 ottobre 2018, n. 840 "Richieste di parere all'ANAC sulla corretta interpretazione dei compiti del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT)";
- Delibera ANAC 5 giugno 2019, n. 494 "Linee guida n. 15 recanti individuazione e gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici";
- Delibera ANAC 26 giugno 2019, n. 586 "Integrazioni e modifiche della delibera 8 marzo 2017, n. 241 per l'applicazione dell'art. 14, co. 1-bis e 1-ter del d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n. 20 del 23 gennaio 2019";
- Delibera ANAC 13 novembre 2019, n. 1064 "Approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2019";
- Delibera ANAC 19 febbraio 2020, n. 177 "Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche".

9 Soggetti, funzioni e responsabilità

I soggetti che, in maniera tra loro coordinata, concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno dell'Azienda sono indicati nella tabella che segue.

Soggetto/organo/struttura Funzioni e responsabilità	Funzioni e responsabilità
<p>L'Organo di Indirizzo (direzione strategica)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - valorizza, in sede di formulazione degli indirizzi e delle strategie dell'amministrazione, lo sviluppo e la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione; - tiene conto, in sede di nomina del RPCT, delle competenze e della autorevolezza necessarie al corretto svolgimento delle funzioni ad esso assegnate e adoperarsi affinché le stesse siano sviluppate nel tempo;

	<ul style="list-style-type: none"> - crea le condizioni per favorire l'indipendenza e l'autonomia del RPCT nello svolgimento della sua attività senza pressioni che possono condizionarne le valutazioni; - assicura al RPCT un supporto concreto, garantendo la disponibilità di risorse umane e digitali adeguate, al fine di favorire il corretto svolgimento delle sue funzioni; - promuove una cultura della valutazione del rischio all'interno dell'organizzazione, incentivando l'attuazione di percorsi formativi e di sensibilizzazione relativi all'etica pubblica che coinvolgano l'intero personale
<p style="text-align: center;">Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - <i>l'art 1, co. 8, l. 190/2012</i>, stabilisce che il RPCT predispone – in via esclusiva (essendo vietato l'ausilio esterno) – il Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPC) e lo sottopone all'Organo di indirizzo per la necessaria approvazione; - <i>L'art 1, co. 7, l. 190/2012</i> stabilisce che il RPCT segnali all'Organo di indirizzo e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) le "disfunzioni" inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indichi agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza; - <i>L'art. 1 co. 9, lett. c)</i> della medesima legge dispone che il PTPC preveda «<i>obblighi di informazione nei confronti del RPC chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano</i>», con particolare riguardo alle attività ivi individuate; - <i>L'art 1, co. 10, l. 190/2012</i> stabilisce che il RPCT verifica l'efficace attuazione del PTPC e la sua idoneità e propone modifiche dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione. La richiamata disposizione assegna al RPCT anche il compito di verificare, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici maggiormente esposti ai reati di corruzione nonché quello di definire le procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nelle aree a rischio corruzione; - <i>L'art. 1, co. 14, l. 190/2012</i> stabilisce che il RPCT rediga la

	<p>RELAZIONE ANNUALE recante i risultati dell'attività svolta tra cui il rendiconto sull'attuazione delle misure di prevenzione definite nei PTPC;</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'art. 43, d.lgs. 33/2013 assegna al RPCT, di norma, anche le funzioni di Responsabile per la trasparenza, attribuendo a tale soggetto "un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione"; - L'art. 5, co. 7, d.lgs. 33/2013 attribuisce al RPCT il compito di occuparsi dei casi di riesame dell'ACCESSO CIVICO: "Nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine indicato al comma 6, il richiedente può presentare richiesta di riesame al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, che decide con provvedimento motivato, entro il termine di venti giorni". - L'art. 5, co. 10, d.lgs. 33/2013 precisa poi che nel caso in cui la richiesta di accesso civico riguardi DATI, INFORMAZIONI o DOCUMENTI oggetto di pubblicazione obbligatoria, il RPCT ha l'obbligo di effettuare la segnalazione all'Ufficio di disciplina di cui all'art.43, comma 5 del d.lgs. 33/2013. - L'art. 15, co. 3 del d.P.R. 16 aprile 2013 n. 62 stabilisce che il RPCT cura la diffusione della conoscenza dei Codici di comportamento nell'amministrazione, il monitoraggio annuale della loro attuazione, la pubblicazione sul sito istituzionale e la comunicazione all'ANAC dei risultati del monitoraggio.
--	---

I REFERENTI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO

È buona prassi nelle organizzazioni particolarmente complesse quali l'A.S.P. di Crotone, creare una rete di referenti per la gestione del rischio corruttivo, che possano fungere da interlocutori stabili del RPCT nelle varie unità organizzative e nelle eventuali articolazioni periferiche, supportandolo operativamente in tutte le fasi del processo. Vale precisare che la figura del referente non va intesa come un modo per deresponsabilizzare il dirigente preposto all'unità

organizzativa in merito al ruolo e alle sue responsabilità nell'ambito del "Sistema di gestione del rischio corruttivo".

L'incarico di Referente della prevenzione della corruzione si configura come incarico aggiuntivo a quello già ordinariamente svolto dal dipendente.

<p>Referenti per la prevenzione della corruzione e trasparenza per l'area di rispettiva competenza (da individuare con delibera dell'organo di indirizzo)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - affiancano il RPCT nella sua attività; - svolgono una costante attività informativa nei confronti del RPCT; - coinvolgono tutti i dipendenti delle strutture di loro competenza nelle attività previste dal piano anticorruzione; - forniscono gli elementi necessari per l'adozione e l'aggiornamento del Piano anticorruzione e del programma per la trasparenza; - collaborano all'individuazione del personale da inserire nei percorsi di formazione; - forniscono gli elementi per l'adozione dei "protocolli di legalità" e dei "patti di integrità" che dovranno essere osservati dai fornitori di beni, servizi e consulenze; - partecipano agli incontri periodici programmati dal Responsabile al fine di monitorare il rispetto del piano e condividere le problematiche emerse nel corso dello svolgimento dell'attività; - comunicano tempestivamente al RPCT fatti corruttivi tentati o realizzati all'interno dell'amministrazione ovvero segnalazioni ricevute circa il mancato adempimento degli obblighi di trasparenza; - realizzano gli obiettivi assegnati in materia di trasparenza e di prevenzione della corruzione nel ciclo della performance individuale;
--	---

SUPPORTO OPERATIVO

Al fine di garantire che il RPCT possa svolgere il proprio ruolo con autonomia ed effettività, il legislatore, con le modifiche apportate dal d.lgs. 97/2016 alla l. 190 del 2012, ha previsto, che l'organo di indirizzo disponga «*le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei*» al RPCT.

Per quanto riguarda gli aspetti organizzativi, appare necessaria la costituzione di un apposito ufficio dedicato allo svolgimento delle funzioni poste in capo al RPCT. Ove ciò non sia possibile, è opportuno **rafforzare la struttura di supporto** mediante appositi atti organizzativi che consentano al RPCT di avvalersi di personale di altri uffici. Questa struttura, che potrebbe

anche non essere esclusivamente dedicata a tale scopo, può, in una necessaria logica di **integrazione delle attività**, essere anche a **disposizione** di chi si occupa **delle misure di miglioramento** della funzionalità dell'amministrazione (si pensi, ad esempio, ai controlli interni, alle strutture di *audit*, alle strutture che curano la predisposizione del Piano della *performance*). A tal riguardo, è opportuno prevedere un'integrazione di differenti competenze multidisciplinari di supporto al RPCT.

Soggetto/organo/struttura Funzioni e responsabilità	Funzioni e responsabilità
<p>Gruppo operativo (da individuare con delibera dell'organo di indirizzo)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - supporta il RPCT nella sua attività operativa; - collabora con i referenti, in accordo con il Responsabile; - contribuisce alla stesura del Piano e degli allegati; - affianca il RPCT nell'attività di verifica, monitoraggio e sensibilizzazione.

DIRIGENTI e I RESPONSABILI DELLE UU.OO.

Dalle valutazioni dei PTPCT svolte dall'A.N.A.C. è risultato che la **carente mappatura** dei processi elaborata dalle amministrazioni è dipesa anche dalla **resistenza dei responsabili degli uffici a partecipare**, per le parti di rispettiva competenza, alla rilevazione e alle successive fasi di identificazione e valutazione dei rischi. L'Autorità è stata anche destinataria di segnalazioni da parte degli stessi RPCT, in cui si lamenta il mancato contributo dei dirigenti e dei titolari di posizione organizzativa nella fase di elaborazione del PTPCT.

Queste resistenze vanno rimosse, in termini culturali, con adeguati e mirati processi formativi, ma anche con soluzioni organizzative e procedurali che consentano una maggiore partecipazione dei responsabili degli uffici a tutte le fasi di predisposizione del PTPCT promuovendo così la piena condivisione degli obiettivi e la più ampia responsabilizzazione di tutti i dipendenti.

L'art. 1, co. 9, lett. c) della l.190/2012, con particolare riguardo ai contenuti del PTPC stabilisce che in esso debbano essere previsti **obblighi di informazione nei confronti del RPCT**, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano, con particolare riguardo alle attività e aree di rischio individuate nel PTPC e alle misure di contrasto del rischio di corruzione;

L'art. 16, co. 1 ter, d.lgs. n. 165 del 2001 stabilisce che i dirigenti degli uffici dirigenziali generali sono tenuti a "fornire le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione".

Soggetto/organo/struttura Funzioni e responsabilità	Funzioni e responsabilità
<p>I dirigenti e i responsabili delle unità organizzative</p>	<ul style="list-style-type: none"> - valorizzano la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione in sede di formulazione degli obiettivi delle proprie unità organizzative; - partecipano attivamente al processo di gestione del rischio, fornendo i dati e le informazioni necessarie per realizzare l'analisi del contesto, la valutazione, il trattamento del rischio e il monitoraggio delle misure; - curano lo sviluppo delle proprie competenze in materia di gestione del rischio di corruzione e promuovono la formazione in materia di dipendenti assegnati ai propri uffici, nonché la diffusione di una cultura organizzativa basata sull'integrità; - si assumono la responsabilità dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate nel PTPCT e operano in maniera tale da creare le condizioni che consentano l'efficace attuazione delle stesse da parte del loro personale; - tengono conto, in sede di valutazione delle performance del contributo apportato dai dipendenti all'attuazione del processo di gestione del rischio e del loro grado di collaborazione con il RPCT; - forniscono le informazioni richieste dal RPCT per l'individuazione delle attività a elevato rischio di corruzione; - concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione; - controllano costantemente le attività più esposte al rischio corruzione svolte nella struttura cui sono preposti; - assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione; - avanzano proposte per la rotazione del personale esposto a rischio, afferente la propria struttura; - propongono, per l'area di competenza, i nominativi del personale con priorità di formazione.

GLI ORGANISMI INDIPENDENTI DI VALUTAZIONE (O.I.V.)

Gli OIV rivestono un ruolo importante nel coordinamento tra il *sistema di gestione della performance* e le *misure di prevenzione della corruzione e trasparenza* nelle pubbliche amministrazioni.

Il quadro delle competenze ad essi dapprima attribuite dall'art. 14 del d.lgs. 150/2009, n. 150, è stato successivamente modificato ed integrato dal d.l. 90/2014 e dal d.P.R. del 9 maggio 2016, n. 105 «Regolamento di disciplina delle funzioni del Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri in materia di misurazione e valutazione della performance delle amministrazioni pubbliche» e, più recentemente, dal decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 74. Specifici compiti in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza sono stati conferiti agli OIV dal d.lgs. 33/2013 e dalla l. 190/2012.

Le funzioni già affidate agli OIV in materia di prevenzione della corruzione dal d.lgs. 33/2013 sono state rafforzate dalle modifiche che il d.lgs. 97/2016 ha apportato alla l. 190/2012. La nuova disciplina, improntata su una logica di coordinamento e maggiore comunicazione tra OIV e RPCT e di relazione dello stesso OIV con ANAC, prevede un **più ampio coinvolgimento degli OIV chiamati a rafforzare il raccordo tra misure anticorruzione e misure di miglioramento della funzionalità delle amministrazioni e della performance degli uffici e dei funzionari pubblici.**

In linea con quanto già disposto dall'art. 44 del d.lgs. 33/2013, detti organismi, anche ai fini della validazione della relazione sulla *performance*, **verificano che i PTPCT siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance**, si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza. *Con riferimento alla corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo essi offrono un supporto metodologico al RPCT e agli altri soggetti interessati.*

In rapporto agli obiettivi inerenti la prevenzione della corruzione e la trasparenza, l'OIV **verifica i contenuti della Relazione annuale del RPCT** recante i risultati dell'attività svolta che il RPCT è tenuto a trasmettere allo stesso OIV oltre che all'organo di indirizzo dell'amministrazione (art. 1, co. 14, della l. 190/2012). Nell'ambito di tale verifica, l'OIV ha la possibilità di chiedere al RPCT informazioni e documenti che ritiene necessari e può anche effettuare audizioni di dipendenti (art. 1, co. 8-bis, l. 190/2012).

L'OIV esprime un parere obbligatorio su una specifica misura di prevenzione della corruzione - il **codice di comportamento** - che ogni amministrazione adotta ai sensi dell'art. 54, co. 5, d.lgs. 165/2001.

La connessione fra gli **obiettivi di performance** e le **misure di trasparenza** già prevista dal d.lgs. 150/2009 ha trovato conferma nel d.lgs. 33/2013 ove si è affermato che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico di ogni amministrazione (art. 10). Ne consegue che **gli OIV sono tenuti a verificare la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nel piano della performance**, valutando anche l'adeguatezza dei relativi indicatori. Inoltre, essi utilizzano i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della misurazione e valutazione delle *performance* sia organizzativa, sia individuale, del responsabile e dei dirigenti dei singoli uffici responsabili della trasmissione dei dati (art. 44). L'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, posta in capo al RPCT, è svolta con il coinvolgimento dell'OIV, al quale il RPCT segnala i casi di mancato o ritardato adempimento (art. 43).

Le modifiche normative che si sono succedute nel tempo hanno mantenuto inalterato il compito affidato agli OIV **di promuovere e attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza** (art. 14, co. 4, lett. g), del d.lgs. 150/2009) (cfr. Parte III § 4.4. "L'attestazione OIV sulla trasparenza"). Detta attività continua a rivestire particolare importanza per ANAC che, nell'ambito dell'esercizio dei propri poteri di controllo e di vigilanza sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza, definisce annualmente le modalità per la predisposizione dell'attestazione. Tale attestazione va pubblicata, da parte del RPCT, entro il 30 aprile.

Nell'esercizio dei propri **poteri di vigilanza e controllo**, l'ANAC può chiedere **informazioni tanto all'OIV quanto al RPCT** sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza (art. 1, co. 8-bis, l. 190/2012), anche tenuto conto che l'OIV riceve dal RPCT le segnalazioni riguardanti eventuali **disfunzioni** inerenti l'attuazione dei PTPCT (art. 1, co. 7, l. 190/2012). Ciò in continuità con quanto già disposto dall'art. 45, co. 2, del d.lgs. 33/2013, ove è prevista la possibilità per ANAC di coinvolgere l'OIV per acquisire ulteriori informazioni sul controllo dell'esatto adempimento degli obblighi di trasparenza.

Soggetto/organo/struttura Funzioni e responsabilità	Funzioni e responsabilità
<p>Gli Organismi Indipendenti di Valutazione <i>(delibera del Commissario Straordinario n.ro 31 del 11/05/2020)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - offrono, nell'ambito delle proprie competenze specifiche, un supporto metodologico al RPCT e agli altri soggetti, con riferimento alla corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo; - forniscono, qualora disponibili, dati e informazioni utili all'analisi del contesto (inclusa la rilevazione dei processi), alla valutazione e al trattamento dei rischi; - favoriscono l'integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della performance e il ciclo di gestione del rischio corruttivo.

IL COLLEGIO SINDACALE

Il Collegio Sindacale è organo della Azienda ai pari del Direttore Generale che lo nomina in base alla specifica designazione delle Autorità competenti, sulla scorta di quanto previsto dall'art. 3 comma 13 del D.Lgs 502/92 e s.m.i. nonché dalla vigente normativa regionale in materia. La funzione del Collegio si estrinseca in azione di vigilanza riguardo al rispetto da parte dell'Azienda delle regole di buon governo, nonché delle norme vigenti disciplinanti la garanzia della legittimità procedurale e la tenuta della contabilità in ciò ricomprendendo tutte le disposizioni disciplinanti la corretta compilazione dei libri contabili previsti nonché la scrupolosa annotazione delle registrazioni.

Il Collegio in particolare:

- esercita la vigilanza sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale;
- vigila sull'osservanza della legge, sulla correttezza degli atti e sulla regolare tenuta della contabilità e dei libri, garantendo la conformità del bilancio alle risultanze delle scritture e dei libri contabili;
- esprime un parere sul bilancio di previsione e di esercizio;
- vigila sugli adempimenti relativi agli obblighi fiscali;
- effettua periodiche verifiche di cassa;
- procede ad atti di ispezione e di controllo.

Il carattere di Organo dell'Azienda abilita pienamente il Collegio alla esecuzione di ogni forma di controllo ritenuta utile in ordine all'assolvimento delle incombenze devolute anche per il tramite del controllo degli atti assunti ovvero di richiesta al Direttore Generale o ai Dirigenti di informazioni riguardanti l'andamento della gestione in senso lato.

Soggetto/organo/struttura Funzioni e responsabilità	Funzioni e responsabilità
<p>Il Collegio sindacale (delibera del Direttore Generale F.F. n.ro 65 del 16/01/2020)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - la funzione di organismo di vigilanza prevista dal presente piano è svolta dal collegio sindacale che già svolge la medesima funzione ai fini della gestione e controllo ai sensi dell'art. 3 comma 13 del d.lgs 502/92 e dell'art. 1 comma 174 l. 23 dicembre 2014 n. 190. - il suddetto organismo verifica l'amministrazione dell'asp sotto il profilo economico e vigila sulla corretta applicazione della normativa vigente e, pertanto, anche quella relativa alla tematica della prevenzione della corruzione.

UFFICIO PER I PROCEDIMENTI DISCIPLINARI (UPD)

L'UPD è espressamente previsto dall'art. 55-bis, comma 2 del d.lgs. 165/2001, novellato dall'art. 13 del d.lgs. 75/2017.

Oltre alle funzioni disciplinari di cui all'articolo 55-bis e seguenti del decreto legislativo n. 165 del 2001, l'UPD cura l'aggiornamento del Codice di comportamento dei dipendenti dell'ASP, l'esame delle segnalazioni di violazione dei codici di comportamento, la predisposizione dell'archivio delle condotte illecite accertate e sanzionate; assicura il rispetto dell'art. 54-bis e seguenti del decreto legislativo n. 165 del 2001, in raccordo con il RPCT.

Soggetto/organo/struttura Funzioni e responsabilità	Funzioni e responsabilità
<p>Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (UPD) (istituito con delibera n.ro 106 del 14/02/2020)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - vigilano sull'applicazione del Codice di comportamento aziendale; - svolgono i compiti attribuiti dalla normativa ai comitati etici; - curano l'aggiornamento del Codice di comportamento della amministrazione, l'esame delle segnalazioni di violazione dei codici di comportamento, la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate, - assicurando al dipendente che segnala illeciti le garanzie previste dall'ordinamento; - possono chiedere all'Autorità Nazionale Anticorruzione parere facoltativo ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare per violazione del Codice di comportamento.

DIPENDENTI

L'art. 8 del d.P.R. 62/2013 contiene il dovere per i dipendenti di prestare la loro collaborazione al RPCT e di rispettare le prescrizioni contenute nel PTPCT. La violazione da parte dei

dipendenti dell'amministrazione delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce **illecito disciplinare** (legge 190/2012, art. 1, co. 14).

A tal proposito si evidenzia l'obbligo che i dirigenti hanno l'obbligo di avviare i procedimenti disciplinari nei confronti dei dipendenti ai sensi all'art. 55-*sexies*, co. 3, del d.lgs. 165/2001.

Soggetto/organo/struttura Funzioni e responsabilità	Funzioni e responsabilità
Dipendenti	<ul style="list-style-type: none"> - partecipano attivamente al processo di gestione del rischio; - attuano le misure di prevenzione programmate nel PTPCT; - comunicano i casi di conflitto di interessi che li riguardano personalmente; - segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'UPD.

Soggetto/organo/struttura Funzioni e responsabilità	Funzioni e responsabilità
Collaboratori a qualsiasi titolo	<ul style="list-style-type: none"> - osservano le <i>misure di prevenzione della corruzione e trasparenza</i> contenute nel presente Piano, per quanto applicabili alla tipologia di rapporto che intercorre con l'ASP di Crotone; - segnalano le situazioni di illecito; - ottemperano alla disposizione di cui all'art. 2 comma 2 CODICE DI COMPORTAMENTO ED ETICO dei dipendenti dell'ASP di Crotone, aggiornato con <i>deliberazione del Direttore Generale F.F. n.ro 65 del 14 agosto 2020: "gli obblighi di condotta previsti dal Codice si applicano anche nei confronti dei dipendenti e collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni e servizi e che realizzano opere in favore della stessa Amministrazione"</i>.

10 Trasparenza

La risorsa addetta all'Ufficio Trasparenza affianca il R.P.C.T e, tenendo conto di quanto previsto nell'allegato A del D.Lgs. n. 33/2013, come modificato dal d.lgs. 97/2016, gestisce la sezione "Amministrazione trasparente" articolata in sottosezioni di primo e di secondo livello corrispondenti a tipologie di dati da pubblicare.

Gli obblighi di pubblicazione sono quelli previsti dalla *Delibera A.N.A.C. n. 1310 del 28 dicembre 2016* e nel *PTPCT 2020-22* approvato con *deliberazione del Commissario Straordinario n. 011 del 31/01/2020*, a cui si rimanda integralmente.

PARTE III - LA GESTIONE DEL RISCHIO

11 Analisi del contesto

La prima fase del processo di gestione del rischio è relativa all'analisi del contesto esterno ed interno. In questa fase, l'amministrazione acquisisce le informazioni necessarie ad identificare il rischio corruttivo, in relazione sia alle caratteristiche dell'ambiente in cui opera (**contesto esterno**), sia alla propria organizzazione (**contesto interno**).

Per l'analisi del CONTESTO ESTERNO si rimanda a quanto riportato in premessa ed al *PTPCT 2020-22* approvato con *deliberazione del Commissario Straordinario n. 011 del 31/01/2020*. Qui nel prosieguo si riporta una breve descrizione delle attività finalizzate all'analisi del CONTESTO INTERNO.

Ai fini della predisposizione del nuovo Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dell'ASP di Crotona (PTPCT 2021-2023), per la parte relativa alla gestione del rischio corruttivo, si è assunto l'approccio metodologico di cui all'ALLEGATO 1 al PNA 2019 approvato con *Delibera A.N.A.C. n. 1064 del 13 novembre 2019*.

In esecuzione al programma di affiancamento dell'ASP di Crotona, da parte di AGE.NA.S., il 17 e il 18 giugno 2020 presso la sede della Direzione Generale dell'ASP di Crotona, si sono tenuti degli incontri operativi finalizzati, tra l'altro, all'aggiornamento dei processi di prevenzione alla corruzione.

Preliminarmente, i rappresentanti dell'AGE.NA.S. hanno condiviso con l'RPCT la metodologia seguita dagli stessi nella *mappatura, valutazione e trattamento* del rischio in particolare dei seguenti processi:

GESTIONE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE:

- pagamenti e controlli sulle prestazioni specialistiche e diagnostiche erogate dalle strutture e/o convenzionate;

U.R.P. - C.U.P. (informazione, accoglienza e orientamento del cittadino):

- garantisce il diritto all'informazione sui servizi, sulle prenotazioni e le loro modalità di erogazione allo scopo di facilitare e agevolare l'accesso ai servizi per i cittadini (mette in contatto gli utenti sia esterni che interni con gli uffici competenti per ulteriori*

approfondimenti). -Gestione delle segnalazioni dei cittadini: reclami, rilievi, suggerimenti, elogi, ecc... -Elaborazione di una reportistica delle segnalazioni. Presso gli sportelli CUP possono essere prenotate e pagate tutte le prestazioni specialistiche ambulatoriali erogabili in ambito aziendale”;

ACQUISIZIONE E SELEZIONE PERSONALE:

- Atto di programmazione e assunzioni;*
- Avvisi di mobilità volontaria:* -pubblicazione avviso -ammissione istanze -nomina commissione valutazione; -ammissione candidati -approvazione relativi atti -nomina vincitori;
- Procedure di pubblica selezione:* -indizione pubblico concorso/avviso -ammissione istanze -nomina commissione esaminatrice - nomina vincitori/utilizzo graduatorie
- Procedure di pubblica selezione per categorie protette:* -indizione bando -ammissione istanze -nomina commissione esaminatrice - nomina vincitori;

PROGRAMMAZIONE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI DI FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO:

- Coordinamento corsi di formazione per personale ASP Accreditazione corsi ECM con relative procedure- Gestione attività di tirocinio pre - e post laurea, laurea specialistica, specializzazione, aggiornamento professionale in tutte le Strutture Aziendali.

Il RPCT, dopo aver condiviso la metodologia di lavoro, ha richiesto di ultimare i processi già proposti e di avviare lo sviluppo dei processi relativi **all'AREA di RISCHIO AFFIDAMENTO LAVORI, SERVIZI e FORNITURE.**

Al fine di avviare l'attività di verifica dei processi predisposti dall'AGENAS, si è proceduto con l'AUDIT dei Dirigenti delle UU.OO. interessate, i cui esiti sono riportati nel dettaglio nella RELAZIONE ANNUALE, redatta dal RPCT, recante i risultati dell'attività svolta tra cui il rendiconto sull'attuazione delle misure di prevenzione definite nei PTPC 2020-2022.

Conclusa la fase di AUDIT, così come da accordi, il RPCT, in data 06/07/2020, ha trasmesso ad AGENAS i REGOLAMENTI INTERNI afferenti i processi esaminati e da esaminare:

AREA DI RISCHIO: ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE;

- Referente RPC: Dirigente Ufficio Gestione Risorse Umane;

- **processo: Autorizzazione degli incarichi extraistituzionali ai dipendenti, ex art. 53 d.lgs. n. 165/2001;**
- *Allegati: "Regolamento in materia di espletamento incarichi extra-istituzionali ai sensi ex art. 53 d.lgs. n. 165/2001", adottato con delibera 179 del 12/05/2017 e modificato con delibera n. 81 del 04.03.2019;*

AREA DI RISCHIO: ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE;

- Referenti RPC: Dirigente Ufficio Affari Generali e Dirigente Ufficio Gestione Tecnico Patrimoniale;
- **processo: Conferimento di incarichi di collaborazione e consulenza;**
- *Allegati: delibera n.ro 602 del 18/04/2019 "presa atto avviso pubblico per la formazione dell'elenco dei professionisti qualificati per l'affidamento di incarichi di progettazione, di direzione lavori ed ogni altra attività inerente la realizzazione di OO.PP."; delibera n.ro 97 del 28/07/2015 "presa atto lista avvocati esterni cui conferire incarichi di rappresentanza e resistenza in giudizio";*

AREA DI RISCHIO: ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE;

- Referente RPC: Dirigente Ufficio Gestione Risorse Umane;
- **Sub processo: Programmazione attività istituzionali di formazione e aggiornamento per tutte le figure professionali aziendali; Coordinamento corsi di formazione per personale ASP; Accreditemento corsi ECM;**
- *Allegati: Regolamento formazione aziendale adottato con delibera n.ro 30 del 27 novembre 2008 e modificato con delibera n.ro 191 del 13/12/2010;*

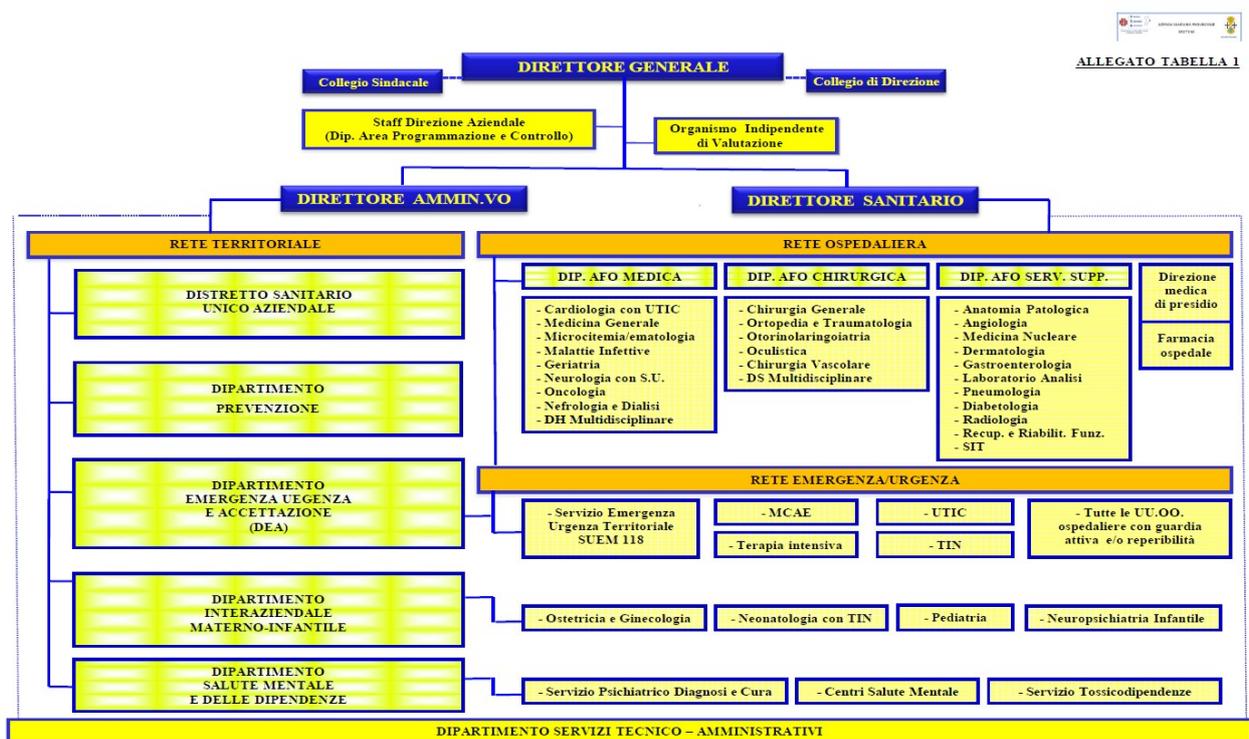
AREA DI RISCHIO: RAPPORTI CONTRATTUALI CON GLI EROGATORI PRIVATI

- Referente RPC: Direttore Programmazione, Controllo di Gestione e Sistemi Informatici;
- **processo: pagamenti e controlli sulle prestazioni specialistiche e diagnostiche erogate dalle strutture e/o convenzionate;**
- *Allegati: atto aziendale adottato con delibera n. 253 del 21/07/2016: p.to 25 "Rapporti convenzionali"; p.to 27 "Controllo e verifica dell'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere"; p.to 28 "Accreditamento"; p.to 47 "Le funzioni di staff"; p.to 53 "La pianificazione strategica".*

Sulla scorta delle informazioni e dei dati reperiti e degli AUDIT eseguiti si è quindi proceduto all'ANALISI DEL CONTESTO INTERNO utilizzando, come detto, approccio metodologico di cui all'ALLEGATO 1 al PNA 2019 approvato con *Delibera A.N.A.C. n. 1064 del 13 novembre 2019*.

LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La struttura organizzativa è quella di cui all'atto aziendale approvato con *delibera del Commissario Straordinario n.ro 253 del 21/07/2016*, a cui si rimanda per eventuali approfondimenti. Qui nel seguito si rappresenta sinteticamente l'articolazione organizzativa dell'ASP di Crotone, con riferimento sia alla struttura organizzativa centrale sia alle sedi periferiche dislocate sul territorio.



DOTAZIONE ORGANICA

Al fine di fornire indicazioni utili anche in termini di dotazione di personale dell'ASP di Crotone si riporta qui nel seguito la "TABELLA 4" allegata all'atto aziendale sopra richiamato e aggiornata alla data della sua adozione.

E' bene precisare però che l'Azienda, in prosieguo di tempo, ha provveduto alla definizione della nuova dotazione organica e alla quantificazione del fabbisogno di personale in relazione

alle vigenti disposizioni di legge nazionali e regionali in materia e nel rispetto del limite di spesa per il personale stabiliti dalla legge, con separati e specifici atti deliberativi.

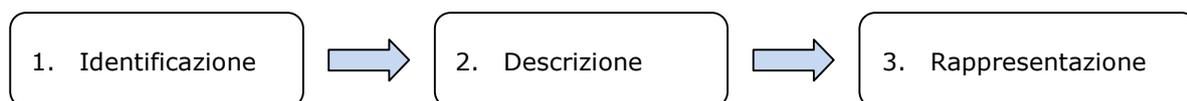
DOTAZIONE ORGANICA – Numero Dipendenti TI e TD

Ruolo	Area Contrattuale	Qualifica	Dipendenti TI e TD al 31.12.2015
Sanitario	Dirigenza Medica e Veterinaria	Dirigente Medico	342
		Dirigente Veterinario	16
	Dirigenza Ruoli STPA	Dirigente Biologo	6
		Dirigente Chimico	0
		Dirigente Farmacista	10
		Dirigente Fisico	0
		Dirigente Psicologo	25
	Comparto	Dirigente Professioni Sanitarie	0
		Collaboratore Professionale Sanitario Esperto	51
		Personale Infermieristico	546
		Personale Tecnico Sanitario	84
		Personale della Riabilitazione	56
	Professionale	Dirigenza Ruoli SPTA	Personale Vigilanza e Ispezione
Dirigente Architetto			1
Dirigente Avvocato			3
Comparto		Dirigente Ingegnere	2
		Assistente Religioso	1
Tecnico	Dirigenza Ruoli SPTA	Assistente Religioso	1
		Dirigente Analista	0
		Dirigente Statistico	0
	Comparto	Dirigente Sociologo	3
		Collaboratore tecnico professionale esperto	0
		Collabor. Prof. assistente sociale esperto	1
		Collaboratore tecnico professionale	2
		Personale assistenza sociale	15
		Assistente tecnico	8
		Programmatore	0
		Operatore tecnico specializzato esperto	13
		Operatore tecnico specializzato	27
		Operatore sociosanitario	8
Operatore tecnico addetto all'assistenza	0		
Ammin.vo	Dirigenza Ruoli SPTA	Operatore tecnico	62
		Ausiliario specializzato	35
	Comparto	Dirigente Amministrativo	10
		Collaboratore ammin.vo professionale esperto	7
		Collaboratore amministrativo professionale	39
		Assistente amministrativo	89
Coadiutore amministrativo esperto	13		
Coadiutore amministrativo	68		
Totale Dotazione Organica Aziendale			1.562

N.B. Nella tabella è conteggiato anche il personale delle equipe socio-psico-pedagogiche trasferito dalla regione.

LA "MAPPATURA" DEI PROCESSI

La mappatura dei processi si articola nelle fasi riportate nella figura seguente:



Come già evidenziato precedentemente, dal punto di vista prettamente operativo si è proceduto per *step* attraverso:

- ✓ l'elencazione dei processi o macro – processi;
- ✓ l'individuazione delle responsabilità e delle strutture organizzative che intervengono;
- ✓ l'indicazione dell'origine del processo (input) e del risultato atteso (output);
- ✓ l'indicazione della sequenza delle attività poste in essere: tempi, vincoli, risorse e interrelazioni tra i processi;
- ✓ il coinvolgimento dei responsabili delle strutture organizzative.

Identificazione

In questa fase l'obiettivo è quello di definire l'elenco dei processi che dovranno essere oggetto di analisi e approfondimento nelle fasi successive.

L'elenco è aggregato nelle cosiddette "**aree di rischio**", intese come raggruppamenti omogenei di processi. Le aree di rischio possono essere distinte in **generali** e **specifiche**. Quelle generali sono comuni a tutte le amministrazioni (es. contratti pubblici, acquisizione e gestione del personale), mentre quelle specifiche riguardano la singola amministrazione e dipendono dalle caratteristiche peculiari delle attività da essa svolte.

Area a rischio generale	a) acquisizione e gestione del personale; b) affidamento di lavori, servizi e forniture; c) affari legali e contenzioso, d) incarichi e nomine; e) gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio; f) controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni.
Area a rischio specifico	g) attività libero professionale e liste di attesa; h) rapporti contrattuali con privati accreditati; i) farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni; j) attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

Amministrazioni ed Enti interessati	Aree di rischio	Riferimento
TUTTI	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	<i>Aree di rischio generali - Allegato 2 del PNA 2013, corrispondente ad autorizzazioni e concessioni (lettera a, comma 16 art. 1 della Legge 190/2012)</i>
	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	<i>Aree di rischio generali - Allegato 2 del PNA 2013, corrispondente alla concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati (lettera c, comma 16 art. 1 della Legge 190/2012)</i>
	Contratti Pubblici (ex affidamento di lavori, servizi e forniture)	<i>Aree di rischio generali - Legge 190/2012 - PNA 2013 e Aggiornamento 2015 al PNA, con particolare riferimento al paragrafo 4. Fasi delle procedure di approvvigionamento</i>
	Acquisizione e gestione del personale (ex acquisizione e gestione del personale)	<i>Aree di rischio generali - Legge 190/2012 - PNA 2013 e Aggiornamento 2015 al PNA punto b, Par. 6.3, nota 10</i>
	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	<i>Aree di rischio generali - Aggiornamento 2015 al PNA (Parte generale Par. 6.3 lettera b)</i>
	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	<i>Aree di rischio generali - Aggiornamento 2015 al PNA Parte generale Par. 6.3 lettera b)</i>
	Incarichi e nomine	<i>Aree di rischio generali - Aggiornamento 2015 al PNA (Parte generale Par. 6.3 lettera b)</i>
	Affari legali e contenzioso	<i>Aree di rischio generali - Aggiornamento 2015 al PNA (Parte generale Par. 6.3 lettera b)</i>
AZIENDE ED ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	Attività libero professionale	<i>Aree di rischio specifiche - Parte Speciale I - SANITA' dell'Aggiornamento 2015 al PNA e Parte Speciale IV - SANITA' del PNA 2016</i>
	Liste di attesa	<i>Aree di rischio specifiche - Parte Speciale I - SANITA' dell'Aggiornamento 2015 al PNA e Parte Speciale IV - SANITA' del PNA 2016</i>

	Rapporti con soggetti erogatori	<i>Aree di rischio specifiche - Parte Speciale I - SANITA' dell'Aggiornamento 2015 al PNA e Parte Speciale IV - SANITA' del PNA 2016</i>
	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	<i>Aree di rischio specifiche - Parte Speciale I - SANITA' dell'Aggiornamento 2015 al PNA e Parte Speciale IV - SANITA' del PNA 2016</i>
	Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.	<i>Aree di rischio specifiche - Parte Speciale I - SANITA' dell'Aggiornamento 2015 al PNA e Parte Speciale IV - SANITA' del PNA 2016</i>

Area a rischio/macroprocesso

Processo

<p>Acquisizione e gestione del personale (U.O.C. Gestione Risorse Umane - G.R.U.)</p>	supporto alla Direzione Strategica nella pianificazione e definizione del fabbisogno del personale
	gestione dello sviluppo del personale, dei percorsi di carriera, dei sistemi di valutazione;
	gestione delle relazioni sindacali, della gestione dei contratti di lavoro dipendente e non dipendente;
	rilevazione gestione presenze, gestione giuridica ed economica del personale;
	Reclutamento del personale-Procedure concorsuali
	Reclutamento del personale- Comandi e Procedure di mobilità
	affidamento incarichi dirigenziali e del comparto
	gestione Economica del personale (individuazione fondi) e procedure elaborazione stipendi
	gestione e liquidazione del trattamento economico e previdenziale dei Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici di Continuità Assistenziale e Specialisti Ambulatoriali Interni
	autorizzazione incarichi extraistituzionali ai dipendenti
	concessione dei tempi ex L. 104/92 e D.Lgs. 151/2001
	procedimenti disciplinari
	programmazione attività istituzionali di formazione e aggiornamento
	gestione attività di tirocinio
gestione attività di volontariato a carattere formativo	

	gestione borse di studio istituite a seguito di donazioni
	cessazione dal servizio e gestione procedure di quiescenza;
	gestione adempimenti previdenziali e assistenziali ad Enti terzi

Area a rischio/macroprocesso

Processo

<p>Gestione delle risorse finanziarie (U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie)</p>	redazione dei bilanci preventivi, consuntivi e periodici con tenuta della contabilità generale e dei libri e registri obbligatori, anche ai fini Iva con relativi adempimenti
	gestione adempimenti fiscali anche relativamente ai cespiti ed agli investimenti;
	gestione delle fatture e del ciclo passivo
	gestione dei documenti di incasso per prestazioni attive e contabilizzazione dei ricavi senza fattura;
	tenuta conto correnti e rapporti con istituti di credito e/o tesoreria;
	gestione prestazioni a carico di altra AA.SS. e dei proventi dei CUP e dei rimborsi tickets;
	gestione contabilità separata incassi e fatturazioni per libera professione (ALPI);
	gestione rapporti di carattere contabile con i fornitori e relative fatture e documenti d'acquisto
	gestione dei rapporti di natura economica con professionisti e collaboratori sanitari;
contabilizzazione stipendi ed adempimenti fiscali	

Area a rischio/macroprocesso

Processo

<p>Gestione affari generali, legali e contenzioso (U.O.C. Affari Generali Legali e Assicurativi)</p>	gestione della corrispondenza dell'Ente
	gestione degli atti amministrativi del Direttore Generale e dei Direttori di UOC e relative procedure di pubblicazione;
	gestione delle convenzioni e delle pratiche di cui alla L. 210/92;
	stipula contratti e attività di ufficiale rogante
	gestione delle assicurazioni e dei sinistri in via giudiziale ed extragiudiziale;
	gestione tutela i diritti dell'Ente nei confronti dei terzi
	consulenza tecnico-giuridica ai servizi aziendali
	gestione del contenzioso civile, del lavoro, penale, amministrativo;
gestione del protocollo;	

	gestione della privacy;
	Affidamenti degli incarichi professionali, gestione elenco avvocati di fiducia e liquidazione parcelle;
	gestione della corrispondenza dell'Ente
	gestione degli atti amministrativi del Direttore Generale e dei Direttori di UOC e relative procedure di pubblicazione;
	gestione delle convenzioni e delle pratiche di cui alla L. 210/92;

Area a rischio/macroprocesso	Processo
<p>Programmazione, controllo di gestione, sistemi informativi e RAPPORTI CONTRATTUALI CON GLI EROGATORI PRIVATI</p> <ul style="list-style-type: none"> • U.O.C. Programmazione Sanitaria, Pianificazione Strategica e Sviluppo Organizzativo (Pr.San.); • U.O.C. Programmazione, Controllo di gestione e sistemi informatici (CO.GE); 	<p>governo della rete e degli erogatori: verifica la programmazione e la valutazione della rete dell'offerta con specifico riferimento alle reti assistenziali definite dalla Regione nei programmi operativi</p>
	<p>supporto tecnico professionale alla direzione aziendale in materia di programmazione e pianificazione annuale di acquisto delle prestazioni sanitarie dagli erogatori pubblici e privati accreditati</p>
	<p>supporto alla programmazione, organizzazione, implementazione, valutazione e sviluppo delle reti assistenziali</p>
	<p>monitoraggio, controllo e verifica appropriatezza delle prestazioni ospedaliere rese da tutti gli erogatori pubblici e privati per come stabilito dal DPGR 53/2011 e previsto al punto 28 dell'allegato A) al DCA 130/2015</p>
	<p>Pianificazione Strategica e ciclo della performance</p>
	<p>Controllo di gestione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - programmazione del percorso di budget e i sistemi incentivanti in collaborazione con l'area risorse umane; - controllo di gestione e governo dei relativi strumenti (contabilità analitica - attività di reportistica- budgeting); - elaborazione e il monitoraggio degli obiettivi aziendali e regionali e dei relativi indicatori; - gestione della rilevazione dei costi e dei fattori produttivi; - <i>gestione tecnologica della rete informatica e di tutto l'hardware aziendale.</i>
	<p>gestione centralizzata di supporto alla direzione aziendale per l'assegnazione del budget e per la stipula dei contratti con tutti gli erogatori privati accreditati, nonché la funzione di verifica, espressamente richiesta prima della stipula dei contratti, del mantenimento dei requisiti di accreditamento stabiliti dalle specifiche disposizioni normative e regolamentari adottati dalla Regione;</p>

Area a rischio/macroprocesso	Processo
<p>Affidamento di lavori, servizi e forniture</p> <ul style="list-style-type: none"> • U.O.C. <i>Provveditorato, Economato e Gestione Logistica (P.E.G.L.);</i> • U.O.C. <i>Gestione Tecnico Patrimoniale (G.T.P.);</i> • U.O.C. <i>Distretto Sanitario Unico Aziendale (D.S.U.A.);</i> 	programma biennale degli acquisti di beni e servizi dell'ASP ex art.21, co.6, d.lgs.50/2016 (P.E.G.L.)
	programma triennale dei lavori pubblici ex art.21, co.7, d.lgs.50/2016 (G.T.P.)
	procedure di gara, sopra e sotto soglia comunitaria
	procedure negoziate mediante consultazione di almeno cinque operatori economici
	procedure di affidamento diretto per acquisti di importo inferiore a 40.000 euro
	procedure di acquisto di beni esclusivi ed infungibili
	acquisizioni tramite utilizzo degli strumenti Piattaforma Consip www.acquistinrete.it
	affidamento dei servizi attinenti all'architettura e all'ingegneria (G.T.P.)
	logistica e gestione magazzini (P.E.G.L.)
	gestione acquisti in economia (area territoriale ed ospedaliera)
	gestione dei flussi riguardanti i dispositivi medici ed ai relativi contratti;
	gestione del conto deposito e dei relativi contratti;
	esecuzione del contratto
	emissione ordinativi contabili d'acquisto e distinte di pagamento
	monitoraggio periodico dei dati relativi ad ordinato e consegnato
	accettazione donazione di beni mobili
	Comodati d'uso beni mobili e attrezzature
gestione del patrimonio immobiliare di proprietà dcompresi i rapporti contrattuali di locazione e di comodato (attivi/passivi) e l'amministrazione degli immobili, procedure di gara per le alienazioni, perizie di stima e certificazioni energetiche, acquisizione delle autorizzazioni regionali per l'alienazione del patrimonio disponibile	
Inventario beni	
gestione della manutenzione ordinaria e straordinaria e gestione degli impianti, tenuta del verde, della segnaletica e di tutti gli aspetti connessi al comfort ambientale, gestione delle installazioni dei sistemi di sicurezza del patrimonio aziendale;	

	gestione dei consumi energetici e di tutti i consumi collegati al patrimonio immobiliare aziendale;
	gestione dei rapporti con gli Enti e gli Organi pubblici preposti ai controlli tecnici di legge (Osservatorio dei LL.PP., Vigili del Fuoco, Comuni, ISPESL, ASP, ARPA, ecc.);

Area a rischio/macroprocesso	Processo
Gestione rete assistenziale territoriale (U.O.C. Distretto Sanitario Unico Aziendale - D.S.U.A.)	Gestione area delle cure primarie: <ul style="list-style-type: none"> - assistenza sanitaria di base (medicina generale - pediatria di libera scelta - continuità assistenziale) - assistenza specialistica ambulatoriale - assistenza domiciliare - assistenza residenziale e semiresidenziale - assistenza riabilitativa territoriale extraospedaliera anziani e disabili - sanità penitenziaria
	Gestione Area dei servizi: <ul style="list-style-type: none"> - assistenza farmaceutica - assistenza protesica - servizi amministrativi - CUP - assistenza sociale
	Gestione area cure palliative e terapia del dolore: <ul style="list-style-type: none"> - cure palliative - terapia del dolore
	Gestione Servizio Farmaceutico territoriale

Area a rischio/macroprocesso	Processo
Gestione assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro (Dipartimento di Prevenzione)	gestione igiene e sanità pubblica: Integrazione Salute e Ambiente; Educazione Sanitaria e attività di screening Oncologici; Prevenzione nelle scuole, pediatria di comunità e prevenzione rivolta alle persone (vaccinazioni); tutela della salute delle attività Sportive
	gestione igiene degli alimenti e della nutrizione;
	gestione prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro;
	gestione sanità animale;
	gestione igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;
	gestione igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche;
medicina legale	

Area a rischio/macroprocesso	Processo
Gestione assistenza ospedaliera (U.O.C. Direzione Medica di Presidio Ospedaliero)	gestione dei servizi di portineria, di vigilanza e di controllo sulla riscossione dei ticket
	gestione igienico-organizzativa del P.O.
	supporto alla direzione strategica per l'adozione di progetti, programmi e criteri di organizzazione interna delle attività del P.O.
	attuazione dei programmi e dei progetti adottati dall'Azienda per il P.O.
	direzione dei dirigenti medici in servizio presso la direzione medica del presidio e degli uffici afferenti alla direzione medica del presidio
	direzione ed il coordinamento del sistema informativo-statistico interno al presidio ospedaliero e assolvimento al debito informativo per la programmazione sanitaria aziendale, regionale e nazionale.
	gestione procedure finalizzate al rispetto dei requisiti previsti per l'accreditamento della struttura ospedaliera, nonché, più in particolare, delle condizioni relative alla sicurezza.
	proposte operative l'acquisizione di impianti, attrezzature e arredi ospedalieri, indicando le priorità ed il rapporto costi/benefici.
Coordinamento l'attività di vigilanza dei medici della direzione ospedaliera sugli approvvigionamenti occorrenti al funzionamento sanitario dell'ospedale e al mantenimento dei degenti.	

A titolo esemplificativo e NON esaustivo vengono riportate qui nel prosieguo le attività di analisi relative ai seguenti processi riportati in tabella

Area a rischio	Processo
acquisizione e gestione del personale	autorizzazione incarichi extraistituzionali ai dipendenti (ex art. d.lgs. n. 165/2001)
acquisizione e gestione del personale	programmazione attività istituzionali di formazione

La descrizione e la rappresentazione dei singoli processi oggetto di avviene tramite l'utilizzo di schede e tabelle.

DESCRIZIONE

Vengono rappresentati nell'apposita SCHEDA i seguenti elementi:

- *responsabilità connesse alla corretta realizzazione del processo;*

- descrizione del processo;
- elementi in ingresso che innescano il processo – "input";
- risultato atteso del processo – "output";
- vincoli del processo (rappresentati dalle condizioni da rispettare nello svolgimento del processo in base a previsioni legislative o regolamentari);
- risorse del processo (con riferimento alle risorse umane necessarie per garantire il corretto funzionamento del processo (laddove le stesse siano agevolmente ed oggettivamente allocabili al processo));
- tempi di svolgimento del processo e delle sue attività (nei casi in cui i tempi di svolgimento sono certi e/o conosciuti, anche in base a previsioni legislative o regolamentari);
- destinatari del Processo;
- uffici competenti per il Processo;
- interazioni con altri processi/uffici.

RAPPRESENTAZIONE

Per rappresentare nell'apposita tabella (o diagramma) il processo in una logica di semplificazione, vengono inclusi solo gli elementi strettamente funzionali allo svolgimento delle fasi successive del processo di gestione del rischio (valutazione e trattamento).

11.1 Mappatura processo autorizzazione incarichi extraistituzionali ai dipendenti

DESCRIZIONE	
AREA	Acquisizione e gestione del personale
Processo	Autorizzazione incarichi extraistituzionali ai dipendenti (ex art. d.lgs. n. 165/2001)
Responsabile del Processo	Direttore U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione
Descrizione del Processo	<i>Il processo è disciplinato dal Regolamento adottato con delibera n. 179 del 12 maggio 2017 concernente l'espletamento degli incarichi extraistituzionali da parte dei propri dipendenti, ai sensi dell'articolo 53 del Decreto Legislativo n. 165/2001 e ss.mm.ii....ogni dipendente aziendale interessato dovrà presentare formale richiesta al Direttore generale. Il Direttore del Dipartimento Area Amministrativa provvederà a concedere l'autorizzazione sulla scorta di apposita istruttoria dell'Ufficio G.R.U.</i>
Input	Formale richiesta da parte del dipendente interessato, con rapporto di lavoro a tempo determinato o indeterminato, interessato all'espletamento di incarichi extra-istituzionali retribuiti, resi in favore di soggetti pubblici o privati, indirizzato al Direttore Generale

Output	Autorizzazione/diniego all'autorizzazione di espletamento incarico al dipendente
Descrizione dei vincoli del Processo	Normativa vigente, in particolare "Regolamento in materia di espletamento incarichi extraistituzionali (art. 53 decreto legislativo n. 165/2001)" allegato alla Deliberazione 179 del 12 maggio 2017 dell'ASP Crotone (compreso l'allegato documento "Criteri generali in materia di incarichi vietati ai dipendenti pubblici"), CCNL Sanità, CCIA vigente
Risorse utilizzate	Protocollo generale - 1 dirigente
Nr. personale coinvolto	1 dirigente
Tempo necessario allo svolgimento del Processo	<i>solo casi in cui i tempi di svolgimento sono certi e/o conosciuti, anche in base a previsioni legislative o regolamentari</i>
Destinatari del Processo	Dipendenti aziendali con rapporto di lavoro a tempo determinato o indeterminato, soggetto pubblico o privato che intende conferire l'incarico al dipendente aziendale, Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica
Uffici competenti per il Processo	Ufficio Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione
Interazioni con altri processi/uffici	Direzione Generale, Dipartimento Servizi Tecnico-Amministrativi, superiore gerarchico o suo delegato dell'Ufficio presso cui è stata presentata la richiesta, Direttore del Dipartimento afferente

RAPPRESENTAZIONE

AREA: Acquisizione e gestione del personale

PROCESSO: Autorizzazione incarichi extraistituzionali ai dipendenti ex art. d.lgs. n. 165/2001

RESPONSABILE: Direttore U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione

Elenco attività svolte	Output	Responsabili attività
1. Richiesta di autorizzazione del dipendente al suo superiore gerarchico e al Direttore Dipartimento, o ricevimento da parte del soggetto pubblico o privato che intende conferire l'incarico	Ricezione richiesta	superiore gerarchico o suo delegato, Direttore del Dipartimento
2. Verifica congruità della richiesta	Rilascio nulla osta	superiore gerarchico o suo delegato, Direttore del Dipartimento

3. Invio richiesta di autorizzazione corredata del nulla osta al Direttore Generale	Ricezione e smistamento tramite protocollo generale	Direzione Generale
4. Svolgimento dell'istruttoria	Comunicazione dell'esito dell'istruttoria al Direttore del Dipartimento Servizi Tecnico-Amministrativi	Direttore U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione
5. Rilascio autorizzazione o eventuale diniego al dipendente	Lettera di autorizzazione o di eventuale diniego	Direttore Dipartimento Servizi Tecnico-Amministrativi
6. Comunicazione online dell'incarico al Dipartimento per la Funzione Pubblica (sito PerlaPA)	Aggiornamento banca dati Anagrafe prestazioni	Direttore U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione
7. Pubblicazione sul sito istituzionale dell'ASP nella sezione Amministrazione Trasparente col relativo compenso	Dato pubblicato	Direttore U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione

11.2 Mappatura del processo programmazione attività istituzionali di formazione

DESCRIZIONE	
AREA	Acquisizione e gestione del personale
Processo	Programmazione attività istituzionali di formazione e aggiornamento continuo in sanità per tutte le figure professionali aziendali.
Responsabile del Processo	Direttore U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione
Descrizione del Processo	<p><i>Il processo è disciplinato dal Regolamento adottato dall'A.S.P. di Crotone con delibera n. 191 del 13 dicembre 2010</i></p> <p>L'azienda assume come impegno prioritario la valorizzazione del personale, nel quadro di riferimento normativo del Dlgs n. 502/92 e s.m.i., dei contratti collettivi nazionali di lavoro e dei contratti integrativi locali; esso riguarda tutte le componenti professionali operanti nell'Azienda, coinvolge le loro rappresentanze sindacali e si concretizza mediante progetti e programmi specifici realizzati prioritariamente all'interno dell'Azienda.</p>
Input	rilevazione fabbisogno formativo
Output	Riconoscimento crediti formativi ai discenti
Descrizione dei Vincoli del	<ul style="list-style-type: none"> Regolamenti formazione e aggiornamento del personale (indicare estremi del provvedimento);

Processo	<ul style="list-style-type: none"> • Atto aziendale; • D. lgs n. 502/1992; • CCNL/CCIA vigenti; • Accordi Stato- Regioni in materia ECM: 1° agosto 2007- 5 novembre 2009- 17 aprile 2012- 2 febbraio 2017
Risorse utilizzate	apparecchiature informatiche e risorse umane
Nr. personale coinvolto	Responsabile del settore Formazione e aggiornamento professionale- personale assegnato all'unità che coadiuva il Responsabile di settore- segreteria amministrativa ed organizzativa
Tempo necessario allo svolgimento del Processo	-
Destinatari del Processo	tutte le componenti professionali operanti nell'Azienda e loro rappresentanze sindacali
Uffici competenti per il Processo	U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione
Interazioni con altri processi/uffici	Dipartimenti dell'ASP

RAPPRESENTAZIONE

AREA: Acquisizione e gestione del personale

PROCESSO: Autorizzazione incarichi extraistituzionali ai dipendenti ex art. d.lgs. n. 165/2001

RESPONSABILE: Direttore U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione

Elenco attività svolte	Output	Responsabili attività
1. Rilevazione del fabbisogno formativo	Convalida analisi	Referenti Area Formazione
2. Elaborazione proposte formative	Comunicazione alla Direzione generale	Responsabile Settore Formazione e Aggiornamento Professionale e Comitato scientifico ECM
3. Approvazione PFA	Delibera di adozione del PFA	Direttore generale
4. Organizzazione del corso	Validazione evento da parte del Comitato scientifico	Responsabile Settore Formazione e Aggiornamento Professionale e Comitato

		scientifico ECM
5. <i>Accreditamento evento formativo</i>	Comunicazione all'azienda ai fini dell'iscrizione	Segreteria amministrativa ed organizzativa
6. <i>Erogazione evento formativo</i>	Rilascio attestati di partecipazione	Docenti e Responsabile scientifico dell'evento
7. <i>Rendicontazione dell'evento formativo all'ente accreditante e al Cogeaps</i>	Riconoscimento crediti formativi ai discenti	Segreteria amministrativa ed organizzativa

Note e informazioni utili:	<i>E' necessario aggiornare il regolamento di formazione in quanto in quello vigente non vengono citati gli ultimi due Accordi Stato-Regioni</i>
----------------------------	--

11.3 Mappatura del processo rapporti contrattuali con gli erogatori privati

DESCRIZIONE	
AREA	Programmazione, controllo di gestione, sistemi informativi e rapporti contrattuali con gli erogatori privati
Processo	Rapporti contrattuali con gli erogatori privati
Responsabile del Processo	<i>Direttore U.O.C. Programmazione Sanitaria, Pianificazione Strategica e Sviluppo Organizzativo</i> <i>Direttore U.O.C. Programmazione, Controllo di gestione e sistemi informatici</i>
Descrizione del Processo	Al fine di garantire risposte assistenziali adeguate alla domanda della salute delle persone, l'azienda offre prestazioni sanitarie direttamente attraverso le proprie strutture, ovvero, indirettamente attraverso la contrattualizzazione di rapporti convenzionali con vari soggetti pubblici e privati accreditati operanti nel territorio aziendale.
Input	Determinazione del fabbisogno
Output	Esecuzione del contratto; pagamenti e controlli sulle prestazioni specialistiche e diagnostiche erogate dalle strutture e/o convenzionate;
Descrizione dei Vincoli del Processo	<ul style="list-style-type: none"> • D. lgs n. 502/1992; • Linee Guida di programmazione sanitaria locale; • DCA n. 81/2020; • Decreto n. 53 del 4.7.2011 - Linee guida per il processo di compilazione e controllo Schede di Dimissione Ospedaliera. Integrazione e modifiche al DPGR n. 25 del 16 novembre 2010 • Allegato - Linee Guida per il Monitoraggio e il Controllo dell'attività di Ricovero Ospedaliero per Acuti. • D.P.G.R. n.5 del 3.2.2014 - Promozione dell'appropriatezza organizzativa ospedaliera. Trasferimento attività ospedaliere in altri setting assistenziali.

	<ul style="list-style-type: none"> monitoraggio, controllo e verifica appropriatezza delle prestazioni ospedaliere rese da tutti gli erogatori pubblici e privati per come stabilito dal DPGR 53/2011 e previsto al punto 28 dell'allegato A) al DCA 130/2015; atto aziendale adottato con delibera n. 253 del 21/07/2016: p.to 25 "Rapporti convenzionali"; p.to 27 "Controllo e verifica dell'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere"; p.to 28 "Accreditamento"; p.to 47 "Le funzioni di staff"; p.to 53 "La pianificazione strategica".
Risorse utilizzate	Risorse umane, strumentali ed economiche assegnate alle U.O.C. competenti;
Nr. personale coinvolto	10
Tempo	
Destinatari del Processo	cittadini
Uffici competenti per il Processo	Dipartimento Area Programmazione e Controllo
Interazioni con altri processi/uffici	Direzione Strategica; Distretto Sanitario Unico Aziendale; U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie

RAPPRESENTAZIONE

AREA: Programmazione, controllo di gestione, sistemi informativi e rapporti contrattuali con gli erogatori privati

PROCESSO: rapporti contrattuali con gli erogatori privati

RESPONSABILE: Direttore U.O.C. Programmazione Sanitaria, Pianificazione Strategica e Sviluppo Organizzativo; Direttore U.O.C. Programmazione, Controllo di gestione e sistemi informatici

Elenco attività svolte	Output	Responsabili attività
1. Istanza di autorizzazione struttura privata ex DCA 81/2016	Autorizzazione all'esercizio attività	Dip. Tutela della Salute Regione Calabria; Direzione Strategica ASP; Commissione autorizzazione e vigilanza
2. Istanza di accreditamento	Accreditamento	Dip. Tutela della Salute Regione Calabria; Direzione Strategica ASP; O.T.A.
3. Determinazione del fabbisogno	Elaborazione piano dei fabbisogni regionale	Dip. Tutela della Salute Regione Calabria; Direzione Strategica ASP; Dipartimento Area Programmazione e Controllo
4. Valutazione da parte della Regione	Notifica all'Ufficio programmazione dell'azienda sanitaria	Dipartimento Area Programmazione e Controllo
5. Piani di acquisto delle prestazioni	Delibera di adozione	Dipartimento Area Programmazione e Controllo

6. Stipula degli accordi contrattuali	Erogazione prestazioni sanitarie	Dipartimento Area Programmazione e Controllo
7. Verifica e monitoraggio circa il mantenimento dei requisiti e il numero delle prestazioni erogate	Liquidazione delle prestazioni, dietro presentazione della fattura	Dipartimento Area Programmazione e Controllo; Commissione autorizzazione e vigilanza

12 Valutazione del rischio

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

La valutazione del rischio è pertanto un processo che si articola in tre fasi:

1. **Individuazione dei comportamenti o fatti** (anche ipotetici) che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell'amministrazione, tramite cui si concretizza il fenomeno corruttivo (utilizzando fonti informative es. *procedimenti disciplinari, segnalazioni, report di uffici di controllo, ecc.; interviste/incontri con il personale, workshop e focus group, benchmarking* con amministrazioni simili, ecc.);
2. **Analisi del rischio** al fine di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati (attraverso l'analisi dei cosiddetti FATTORI ABILITANTI della corruzione) e stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio;
3. **Ponderazione del rischio**, prendendo come riferimento le risultanze della precedente fase, per definire:
 - a) le **azioni** da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio;
 - b) le **priorità** di trattamento dei rischi, considerando gli obiettivi dell'organizzazione e il contesto in cui la stessa opera, attraverso il loro confronto

Esempi di FATTORI ABILITANTI del rischio corruttivo sono:

- a) **mancanza di misure di trattamento del rischio (controlli)**: in fase di analisi si è verificato se gli strumenti di controllo relativi agli eventi rischiosi già predisposti sono stati efficacemente attuati;
- b) **mancanza di trasparenza**;
- c) **eccessiva regolamentazione**, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento;
- d) **esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità** di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;
- e) **scarsa responsabilizzazione** interna;
- f) **inadeguatezza o assenza di competenze** del personale addetto ai processi;
- g) **inadeguata diffusione della cultura** della legalità;
- h) **mancata attuazione del principio di distinzione** tra politica e amministrazione.

Stima del livello di esposizione al rischio

L'analisi del livello di esposizione è avvenuta rispettando i *principi guida* richiamati nel PNA 2019 (cfr. par. 1, *Finalità*), nonché un criterio generale di "prudenza". **In tal senso, si è evitata la sottostima del rischio**, che non permetterebbe di attivare in alcun modo le opportune misure di prevenzione.

Ai fini dell'**ANALISI DEL LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO**:

- a) si è scelto un **approccio valutativo** (qualitativo e quantitativo);
- b) si sono individuati **i criteri di valutazione** (key risk indicators);
- c) **si sono rilevati dati e informazioni** (rilevate da soggetti/fonti interne/esterne oppure attraverso forme di autovalutazione da parte dei dirigenti/responsabili strutture competenti);
- d) **si è formulato un giudizio sintetico**, adeguatamente motivato (valutazione complessiva del livello di esposizione al rischio);

Esempi di INDICATORI DI STIMA DEL LIVELLO DI RISCHIO:

- a) *livello di interesse "esterno"*: la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio
- b) *grado di discrezionalità del decisore interno*: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato;
- c) *opacità del processo decisionale*: l'adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio;
- d) *livello di collaborazione del responsabile del processo* o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque risultare in una opacità sul reale grado di rischiosità
- e) *grado di attuazione delle misure di trattamento*: l'attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi.

13 Trattamento del rischio

Il trattamento del rischio è la fase volta ad individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi.

L'**individuazione** e la conseguente **programmazione** di misure per la prevenzione della corruzione rappresentano il "cuore" del PTPCT: tutte le attività (dall'analisi del contesto alla valutazione del rischio) precedentemente effettuate sono propedeutiche alla identificazione e progettazione delle misure che rappresentano, quindi, la parte fondamentale del PTPCT di questa amministrazione.

I fattori considerati nella scelta della misure di prevenzione sono:

- ✓ *Identificazione della misura di prevenzione efficace per la neutralizzazione delle cause del rischio;*
- ✓ *Sostenibilità economica e organizzativa delle misure;*
- ✓ *Adattamento delle misure alle caratteristiche dell'organizzazione dell'ASP di Crotone;*
- ✓ **Programmazione delle misure** con l'indicazione per ciascuna:
 - della tempistica, con l'indicazione delle fasi per l'attuazione, per consentire il monitoraggio del RPCT
 - dei responsabili, cioè le UU.OO. destinati all'attuazione della misura;
 - gli indicatori di monitoraggio e i valori attesi;

Le MISURE DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO possono definirsi:

- ✓ **Generali:** che si caratterizzano per la capacità di incidere sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione, intervenendo in modo trasversale sull'intera amministrazione o ente
- ✓ **Specifiche:** che si caratterizzano per il fatto di incidere su problemi specifici individuati tramite l'analisi del rischio e pertanto devono essere ben contestualizzate rispetto all'amministrazione di riferimento. Entrambe le tipologie di misura sono utili a definire la strategia di prevenzione della corruzione in quanto agiscono su due diversi livelli: complessivamente sull'organizzazione e in maniera puntuale su particolari rischi corruttivi.

Le principali **MISURE GENERALI** individuate dal legislatore ed adottate nel presente Piano sono:

- ✓ **La disciplina sull'imparzialità soggettiva di dirigenti e funzionari:**
 - ✓ accesso/permanenza nell'incarico;

- ✓ "rotazione straordinaria";
- ✓ doveri di comportamento;
- ✓ disciplina del conflitto di interessi;
- ✓ procedura di gestione delle situazioni di inconferibilità/incompatibilità di incarichi;
- ✓ procedura di verifica della sussistenza di eventuali precedenti penali nel conferimento di incarico ai dipendenti e/o altri soggetti (es. formazione di commissioni; assegnazioni agli uffici; incarichi dirigenziali e altri incarichi specificati dall'art. 3 del d.lgs. 39/2013);
- ✓ regolamento per conferimento/autorizzazione di incarichi extraistituzionali;
- ✓ disciplina di gestione del divieto di *pantouflage* (inserimento di clausole negli atti di assunzione del personale e cessazione dal servizio o dall'incarico; previsione di specifiche dichiarazioni nei bandi di gara o negli atti di affidamento di contratti pubblici
- ✓ previsione di protocolli di legalità o patti di integrità nei contratti pubblici
- ✓ **la formazione dei dipendenti materia di etica, integrità e altre tematiche inerenti al rischio corruttivo;**
- ✓ **la disciplina della rotazione ordinaria;**
- ✓ **la trasparenza come sezione del PTPCT, le misure specifiche di trasparenza e l'attestazione OIV sulla trasparenza;**

Al trattamento dovrà seguire **un'attività continuativa di verifica**, finalizzata a garantire un'efficace strategia di prevenzione della corruzione:

- ✓ sull'attuazione delle misure di trattamento del rischio;
- ✓ sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio. L'attività di monitoraggio non coinvolge soltanto il RPCT, ma interessa i referenti, laddove previsti, i dirigenti e gli OIV, o organismi con funzioni analoghe, che concorrono, ciascuno per i propri profili di competenza, a garantire un supporto al RPCT. Si possono prevedere sistemi di monitoraggio su più livelli (nelle amministrazioni di grandi dimensioni o con un elevato livello di complessità), in cui
- ✓ il primo livello è in capo alla struttura organizzativa che è chiamata ad adottare le misure
- ✓ secondo livello in capo al RPCT

Sono allegate al presente documento per formarne parte integrante e sostanziale le SCHEDE TRATTAMENTO DEL RISCHIO PER UNITA' ORGANIZZATIVA

*Il Responsabile della Prevenzione della
Corruzione e della Trasparenza (RPTC)*
Ing. Ivan Giuseppe Solano



*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



REGIONE CALABRIA

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE VUOTA



*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE
CROTONE



REGIONE CALABRIA

ALLEGATO 1 – SCHEDE TRATTAMENTO DEL RISCHIO PER UNITA' ORGANIZZATIVA

13.1 U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione							
	Processo/Attività	Rischio potenziale	MISURE di TRATTAMENTO	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e Valutazione	Tempistica
1.	Reclutamento del personale-Procedure concorsuali	<ul style="list-style-type: none"> - Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e imparzialità della procedura; - individuazione del profilo professionale a concorso difforme dal piano del fabbisogno del personale 	<ul style="list-style-type: none"> - ROTAZIONE del personale addetto - MOTIVAZIONE: in delibera andrà evidenziata la coerenza tra la richiesta di avvio di una procedura concorsuale e l'Atto aziendale, la dotazione organica, le previsioni normative e regolamentari del settore, le necessità assistenziali della popolazione afferente al bacino di utenza di riferimento, la sostenibilità economico finanziaria nel medio-lungo periodo. - TRASPARENZA: In fase di comunicazione e pubblicazione dei risultati occorre garantire la massima trasparenza nella pubblicazione degli atti che deve essere tempestiva e condotta secondo modalità strutturate e di facile consultazione 	ALTO	<ul style="list-style-type: none"> n.ro procedure completate/addetto; n.ro procedure non completate/n.ro bandi di indizione n.ro procedure conformi a piano di fabbisogni e dotazione organica 	Audit a campione su procedure non complete	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
2.	Autorizzazione incarichi extraistituzionali ai dipendenti	<ul style="list-style-type: none"> - erroneo o discrezionale svolgimento dell'istruttoria atto ad agevolare il dipendente nell'ottenimento dell'incarico; - conferimento autorizzazione superando il limite previsto dal Regolamento 	<p>Regolamento attività di volontariato extra-istituzionali;</p> <p>Trasparenza: pubblicazione del numero degli incarichi extraistituzionali autorizzati ai dipendenti e limite massimo previsto dal Regolamento nell'apposita sezione dell'Amministrazione Trasparente</p>	ALTO	n.ro incarichi autorizzati/limite massimo	100% dei controlli	c.s.
3.	Procedure finalizzate al riconoscimento del diritto alla retribuzione accessoria (indennità, ecc.)	Inosservanza delle norme contrattuali, regolamentari e di legge	controlli incrociati organismi di vigilanza e di valutazione della performance	ALTO	n.ro anomalie emerse in fase di verifica a campione/n. procedure complessive	Audit a campione	c.s.

ALLEGATO 1 – SCHEDE TRATTAMENTO DEL RISCHIO PER UNITA' ORGANIZZATIVA

13.1 U.O.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane e Formazione							
	Processo/Attività	Rischio potenziale	MISURE di TRATTAMENTO	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e Valutazione	Tempistica
4.	Gestione economica del personale e procedure elaborazione stipendi	Inosservanza delle norme contrattuali, regolamentari e di legge	Rotazione del personale addetto - controlli incrociati organismi di vigilanza e di valutazione della performance	ALTO	n.ro anomalie emerse in fase di verifica a campione/n. procedure complessive	Audit campione ^a	c.s.
5.	Programmazione attività istituzionali di formazione e aggiornamento	Inosservanza delle norme contrattuali, regolamentari e di legge	Qualificazione del personale addetto	BASSO	Relazione	Relazione annuale	c.s.
6.	Cessazione contratto di lavoro	Svolgimento attività lavorativa in contrasto al divieto di svolgere nei tre anni successivi attività presso soggetti privati destinatari di provvedimenti adottati con il proprio apporto decisionale	Rilascio ai dipendenti cessanti di una nota per informare del divieto di cui all'art. 1 comma 42 lett. L, della L. 190/2012. Previsione nella determina dirigenziale di apposito articolo che contenga la descrizione dell'art. 1 comma 42 lett. L, della L. 190/2012	MEDIO	100% della consegna ai dipendenti cessati dell'informativa 100% dell'inserimento dell'articolo contenente la descrizione dell'art. 1 comma 42 lett. L, della L. 190/2012	Relazione annuale	c.s.
7.	Comportamento del personale	Comportamenti inadeguati per mancata conoscenza dei contenuti del P.T.P.C.T. e del Codice di Comportamento.	- Consegna del PTPCT anche mediante la comunicazione dell'obbligo di prenderne visione e conoscenza consultando il sito web aziendale (contenente il Codice di Comportamento ed il Piano per la trasparenza). - previsione in tutti i contratti di assunzione del personale della clausola che sancisce il divieto di prestare attività lavorativa nei termini sopra descritti con specifica delle conseguenze in caso di violazione.	MEDIO	100% della consegna ai dipendenti neoassunti del P.T.P.C.T. e del Codice di comportamento con dichiarazione di averne preso atto e conoscenza	Relazione annuale	c.s.

ALLEGATO 1 – SCHEDE TRATTAMENTO DEL RISCHIO PER UNITA' ORGANIZZATIVA

13.2 U.O.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie							
	Processo/Attività	Rischio potenziale	MISURE di TRATTAMENTO	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
1.	Ciclo passivo: pagamenti	<ul style="list-style-type: none"> - Mancato rispetto della cronologia per effettuazione di pagamenti; - Pagamenti fatture senza CIG; - Pagamenti fatture oltre il valore del CIG; 	<ul style="list-style-type: none"> - ottimizzazione e razionalizzazione gestione ciclo passivo - Adozione MANUALE aziendale del ciclo passivo che impone il pagamento entro 30 giorni dalla data della determina di liquidazione qualora tutti i controlli (DURC, Equitalia, tracciabilità, controlli ex 48 bis ...) risultino regolari. - Informatizzazione della procedura per l'adozione delle determine con conseguente tracciabilità anche cronologica di tutto il processo. Eventuali deroghe devono essere motivate 	ALTO	numero di fatture e volumi finanziari delle fatture pagate/da pagare; n.ro pagamenti effettuati dopo il 30° giorno dal ricevimento della determina	Numero dei pagamenti oltre il 30° giorno dalla determina non giustificati da impedimenti normativi	Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti
2.	Ciclo attivo: riscossioni	Riscossione di somme diverse da quelle dovute	<ul style="list-style-type: none"> - Adozione del manuale aziendale del ciclo attivo - Adozione del regolamento delle casse - Automazione procedure di fatturazione ed incasso 	MEDIO	Concordanza fra fattura emessa e la documentazione fornita.	Controllo a campione	Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti
3.	Registrazione incassi Centro Unificato Prenotazione (CUP)	Versamento inferiore all'incasso	<ul style="list-style-type: none"> - Verifica mensile della corrispondenza tra gli incassi presso il tesoriere e gli incassi risultanti dalla procedura gestionale di contabilità; - Controlli incrociati Organismi vigilanza; 	MEDIO	Corrispondenza fra la documentazione attestante il carico degli incassi registrati nelle procedure e quelli realmente versati in tesoreria	Controllo a campione	Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti
4.	Verifica Cassa economale	Non corretta verifica	<ul style="list-style-type: none"> - Aggiornamento regolamento aziendale - Controlli incrociati Organismi vigilanza; - Redazione verbale corredato da adeguata documentazione (evidenze contabili estratti dai sistemi gestionali) 	ALTO	Verifiche periodiche di norma trimestralmente	Controllo a campione	Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti

ALLEGATO 1 – SCHEDE TRATTAMENTO DEL RISCHIO PER UNITA' ORGANIZZATIVA

13.3 U.O.C. Affari Generali Legali e Assicurativi							
	Processo/Attività	Rischio potenziale	MISURE di TRATTAMENTO	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	Tempistica
1.	Accesso agli atti e documenti	Fornire accesso a chi non ha diritto e negarlo a chi ha diritto	<ul style="list-style-type: none"> - Regolamento aziendale e normativa generale - Formalizzazione del rilascio 	BASSO	n. accessi secondo regolamento/ n. accessi = 100%	applicazione regolamento aziendale	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
2.	Conferimento incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo	<p>Affidamento incarico senza tener conto dell'esperienza professionale nella materia e dell'economicità;</p> <p>Mancata rotazione degli incarichi professionali;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Adozione regolamento per il conferimento di incarichi di consulenza e collaborazione esterna; - Disponibilità elenchi aggiornato dei professionisti; - Incarico affidato con atto formale - Acquisizione preventivo di spesa per gli oneri di difesa, nel rispetto dei tariffari forensi vigenti; - Monitoraggio continuo dell'attività del legale a cura del competente ufficio - Verifica dei risultati conseguiti da ciascun legale affidatario degli incarichi. 	ALTO	<ul style="list-style-type: none"> - verifica corretto svolgimento incarico - verifica congruità oneri con riferimento a preventivo acquisito e, ovviamente, al tariffario vigenti 	n. incarichi/ consulente/ procedimento	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
3.	Liquidazione fatture	Liquidazioni relative a prestazioni non eseguite conformemente all'incarico	<ul style="list-style-type: none"> - Regolamento ciclo passivo - Liquidazione attraverso determina dirigenziale informatizzata - Pubblicazione dei dati sul portale web aziendale - Dichiarazione assenza conflitto interesse 	MEDIO	corrispondenza dovuto/eseguito/liqui dato	Verifica a campione della corrispondenza dovuto/liquidato	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

ALLEGATO 1 – SCHEDE TRATTAMENTO DEL RISCHIO PER UNITA' ORGANIZZATIVA

13.4 U.O.C. Programmazione, controllo di gestione, sist.informativi e rapporti contrattuali con erogatori privati							
	Processo/ Attività	Rischio potenziale	MISURE di TRATTAMENTO	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
1.	Liquidazione	Liquidazioni non dovute	<ul style="list-style-type: none"> - Regolamento ciclo passivo - Più attori nel processo - Liquidazione attraverso determina dirigenziale informatizzata (istruttore+RUP+dirigente) - Pubblicazione dei dati sul portale web aziendale - Dichiarazione assenza conflitto interesse 	ALTO	corrispondenza dovuto/liquidato	Verifica a campione della corrispondenza dovuto/liquidato	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
2.	Accordi contrattuali della mobilità sanitaria con strutture sanitarie pubbliche e case di cura private	<p>Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e imparzialità della procedura;</p> <p>accordo difforme dal piano dei fabbisogni</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Adozione atti organizzativi con attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione, evitando esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi soggetti; - Regolamento aziendale con procedure e controlli - Delibere presa atto di linee guida regionali annuali, che stabiliscono regole controlli e budget; - Limitazione potere discrezionale nell'elaborazione dei Piani di fabbisogni e di acquisto delle prestazioni; - Presenza di un comitato esterno di controllo - Corrispondenza dell'accordo con le disposizioni regionali; - Pubblicazione dell'accordo sul sito web aziendale; 	ALTO	<p>n.ro verifiche a campione senza preavviso strutture private</p> <p>n.ro di rinnovi non automatici ma legati alla verifica della performance</p>	<p>Audit a campione</p> <p>Relazione trimestrale sugli indicatori</p>	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

ALLEGATO 1 – SCHEDE TRATTAMENTO DEL RISCHIO PER UNITA' ORGANIZZATIVA

13.4 U.O.C. Programmazione, controllo di gestione, sist.informativi e rapporti contrattuali con erogatori privati

	Processo/ Attività	Rischio potenziale	MISURE di TRATTAMENTO	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
3.	Accordi contrattuali della mobilità sanitaria con strutture sanitarie private accreditate	Alterazione definizione contenuti economici	<ul style="list-style-type: none"> - L'importo delle convenzioni è storicamente stabilito in base ai fabbisogni. - Il limite è stabilito con la "spending review". - Definizione di un budget massimo annuo. - Pubblicazione dell'accordo sul sito web aziendale 	ALTO	Rispetto del budget	Relazione annuale con reportistica contenente indicazione dello storico per struttura, della definizione del budget e dell'importo liquidato	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
4.	Flussi informatici mobilità verso strutture private	Non corretta applicazione delle regole sui controlli	<ul style="list-style-type: none"> - Presenza di Disciplinare tecnico regionale. - Presenza di accordo contrattuale. - Controlli da parte della Regione - Controlli da parte delle altre Aziende sanitarie. 	ALTO	Fatturato/tetto stabilito	Relazione annuale	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

ALLEGATO 1 – SCHEDE TRATTAMENTO DEL RISCHIO PER UNITA' ORGANIZZATIVA

13.5 U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale							
	Processo/Attività	Rischio potenziale	MISURE di TRATTAMENTO	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
1.	Gestione locazioni attive/passive e Comodati d'uso; Acquisizioni, alienazioni, variazioni patrimoniali	<ul style="list-style-type: none"> - Definizione sommaria dei criteri a base della ricerca immobiliare; - Calcolo del canone di locazioni attive non congruo, al fine di agevolare particolari soggetti; - Distorta valutazione di congruità del canone di locazione passiva; - Inadeguata pubblicità degli Avvisi di manifestazione d'interesse alla locazione attiva o passiva di immobili da destinare, prevalentemente ad attività istituzionale, quindi impedendo la massima trasparenza e concorrenzialità; - Disomogeneità nel rispetto delle scadenze temporali; - Elaborazione di perizie di stima non congrue, al fine di agevolare particolari soggetti; - Non adeguata pubblicità dei Bandi e quindi impedendo la concorrenzialità; - Alterazione verifiche per favorire alcuni operatori economici. 	<ul style="list-style-type: none"> - presenza di più incaricati anche se la responsabilità del procedimento è affidata ad unico dipendente - rotazione dei RUP; - calcolo del canone di locazione attraverso la consultazione del Borsino Immobiliare pubblicato dall'Agenzia dell'Entrate; - dichiarazione di assenza di conflitto d'interesse e incompatibilità; - pubblicazione tempestiva degli esiti; - pubblicazione del contratto sul sito Aziendale; - qualora dovessero rendersi possibili operazioni di utilizzo da parte di terzi del patrimonio immobiliare, le singole procedure dovranno essere improntate, nella fase precedente alla stipula del contratto di diritto privato, al rispetto dei principi della selezione tra gli aspiranti, dell'imparziale confronto tra soggetti interessati e della adeguata motivazione in ordine alla scelta, con specifico riguardo all'interesse pubblico perseguito 	ALTO	Audit a campione sulle aggiudicazioni adottate	rapporto tra n. operatori economici aggiudicatari diviso il n. delle procedure espletate (il rapporto con risultato ≠ da 1 origina un alert)	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

ALLEGATO 1 – SCHEDE TRATTAMENTO DEL RISCHIO PER UNITA' ORGANIZZATIVA

13.5 U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale							
	Processo/Attività	Rischio potenziale	MISURE di TRATTAMENTO	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
2.	Nomina Commissione Giudicatrice (scelta componenti, predisposizione provvedimento di nomina Commissione)	<ul style="list-style-type: none"> - Affidamento incarichi di componente e/o segretario ai medesimi soggetti; - Mancato rispetto dei criteri di individuazione e di verifica delle offerte anormalmente basse, anche sotto il profilo procedurale 	<ul style="list-style-type: none"> - Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi – Inconferibilità - Dichiarazione ex art. 51 c.p.c. - Pubblicazione dei componenti delle commissioni sul sito web Aziendale; - Regolamento nomina Commissioni giudicatrici; - Regolamentare la scelta dei componenti delle commissioni mediante estrazione a sorte in un'ampia rosa di candidati; - Regolamentare Obblighi di rotazione nelle nomine - Tracciatura del procedimento di valutazione delle offerte anormalmente basse e di verifica della congruità dell'anomalia, specificando espressamente le motivazioni nel caso in cui, all'esito del procedimento di verifica, la stazione appaltante non abbia proceduto all'esclusione. 	ALTO	Audit in ordine alla composizione della commissione	Rendicontazione delle nomine dei Commissari di gara giudicatrice con cadenza annuale.	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
3.	Affidamento incarichi professionali (servizi di ingegneria e architettura)	<ul style="list-style-type: none"> - Definizione di requisiti di capacità professionale, tecnici e economici strumentali a favorire un determinato professionista; - Eventuale abuso nel ricorso all'affidamento diretto ed alle procedure negoziate senza bando al fine di favorire un professionista; - Disomogeneità di valutazione nella individuazione del soggetto destinatario; - Alterazione verifiche per favorire alcuni operatori economici 	<ul style="list-style-type: none"> - adozione preventiva di regole atte a garantire un maggiore grado di tutela della concorrenza; - creazione di parametri definiti e specifici per la valutazione delle offerte economicamente più vantaggiose; - rotazione dei professionisti iscritti all'Albo della Regione Calabria secondo criteri di competenza; - pubblicazione sul sito istituzionale degli avvisi di selezione per l'affidamento dell'incarico e dell'elenco degli incarichi conferiti; - rispetto degli obblighi di pubblicità di cui al D.Lgs. 33/2013; - pubblicazione degli esiti dei provvedimenti; - pubblicazione degli atti stessi sul sito istituzionale 	ALTO	Previsione di un controllo periodico a campione sui provvedimenti del settore	Numero incarichi negli ultimi dieci anni per professionista	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

ALLEGATO 1 – SCHEDE TRATTAMENTO DEL RISCHIO PER UNITA' ORGANIZZATIVA

13.5 U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale							
Processo/Attività	Rischio potenziale	MISURE di TRATTAMENTO	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica	
4.	<p>Gestione procedure di gara (Predisposizione documentazione di gara, indizione procedura, svolgimento gara, predisposizione provvedimento di affidamento, stipulazione contratto)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Previsione di elementi ad elevata discrezionalità nella definizione dei criteri e nell'attribuzione dei punteggi - Discrezionalità interpretativa delle regole di affidamento con improprio utilizzo dei modelli procedurali al fine di agevolare particolari soggetti; - Uso distorto dell'offerta economicamente più vantaggiosa finalizzato a fini impropri; - omissione delle verifiche in capo all'aggiudicatario o alterazioni delle stesse per favorire altri operatori economici; - ritardi o inesattezze nelle formalizzazioni che possono indurre l'aggiudicatario a sciogliersi dai vincoli contrattuali 	<ul style="list-style-type: none"> - Misure di imparzialità e trasparenza; - presenza di più incaricati nell'espletamento dell'istruttoria, fermo restando la responsabilità del procedimento in capo ad un unico dipendente - compartecipazione di più Uffici istituzionali interni/esterni (verifiche al Tribunale Casellario Giudiziale) - formalizzazione delle principali fasi procedurali (es. pubblicazioni sul sito web aziendale e certificazioni di regolare esecuzione) - definizione analitica dei requisiti occorrenti; - verifica di conformità ai bandi tipo ANAC e obbligo di motivazione in caso di scostamenti; - in caso di un numero significativo di offerte simili o uguali o altri elementi, adeguata formalizzazione delle verifiche espletate in ordine a situazioni di controllo/accordo/collegamento tra i partecipanti alla gara, tali da poter determinare offerte "concordate"; - pubblicazione degli avvisi e dei bandi sul sito della Azienda; - tempestività della pubblicazione degli esiti dei provvedimenti; - dichiarazione di assenza di conflitto d'interesse; - obbligo di motivazione nella delibera a contrarre circa la scelta della procedura e circa il sistema di affidamento; - rispetto delle normative sulla tracciabilità dei pagamenti; - previsione di clausole risolutive del contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute nei patti d'integrità 	ALTO	<p>Audit a campione su procedure non aperte</p> <p>verifica CIG</p>	<p>valore delle procedure non aperte /valore complessivo delle procedure in un determinato periodo</p>	<p>Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti</p>

ALLEGATO 1 – SCHEDE TRATTAMENTO DEL RISCHIO PER UNITA' ORGANIZZATIVA

13.5 U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale							
	Processo/Attività	Rischio potenziale	MISURE di TRATTAMENTO	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
5.	Autorizzazione ai subappalti	Abuso della discrezionalità nella verifica della documentazione presentata al fine di agevolare determinati soggetti, ricorso improprio all'utilizzo del silenzio assenso	<ul style="list-style-type: none"> - coinvolgimento soggetti addetti ai controlli appartenenti a Enti diversi (CCIAA e Prefettura) - trasmissione alla competente Prefettura della documentazione per il rilascio delle informazioni antimafia 	ALTO	Audit a campione su procedure non aperte verifica CIG	Verifica della liquidazione dei lavori subappaltati come da contratto	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
6.	Varianti in corso di esecuzione dei contratti d'appalto	Ammissione di varianti per consentire all'appaltatore di recuperare il ribasso offerto in sede di gara o conseguire utilità ulteriori	<ul style="list-style-type: none"> - Verifica del corretto assolvimento dell'obbligo di trasmissione all'ANAC delle varianti; - Pubblicazione sul sito web Aziendale degli atti. 	ALTO	Audit in ordine all'applicazione dell'istituto	Numero degli affidamenti con almeno una variante / il numero totale degli affidamenti effettuati nell'arco dei tre anni	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
7.	Procedura negoziata	Abuso della procedura negoziata al solo scopo di favorire una o più imprese	<ul style="list-style-type: none"> - Adozione regolamenti - Predeterminazione nella determina a contrarre dei criteri che saranno utilizzati per l'individuazione delle imprese da invitare; - Pubblicazione sul sito aziendale delle sedute di gara e pubblicazione della determina a contrarre - Pubblicazione degli esiti delle procedure 	ALTO	Audit a campione sulle procedure non aperte	Il valore delle procedure non aperte/il valore complessivo delle procedure in un determinato periodo	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
8.	Risoluzione delle controversie	Scelta di sistemi alternativi a quelli giudiziali al solo scopo di favorire l'appaltatore	<ul style="list-style-type: none"> - Costituzione di un gruppo di controllo trasversale aziendale in grado di verificare la legittimità delle procedure; - Avvicendamento periodico dei componenti della struttura di controllo; - Pubblicazione sul sito web Aziendale degli atti corrispondenti 	MEDIO	Audit in ordine alla risoluzione contrattuale	Numero delle risoluzioni delle controversie /numero appalti affidato nell'arco dei cinque anni.	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

ALLEGATO 1 – SCHEDE TRATTAMENTO DEL RISCHIO PER UNITA' ORGANIZZATIVA

13.5 U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale							
	Processo/Attività	Rischio potenziale	MISURE di TRATTAMENTO	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
9.	Contabilizzazione lavori in corso d'opera stato finale a collaudo	Abusi/irregolarità nella vigilanza/contabilizzazione lavori per favorire l'impresa esecutrice	<ul style="list-style-type: none"> - Costituzione di un gruppo di controllo aziendale in grado di verificare la legittimità delle procedure - Verifica attività direzione lavori; - Pubblicazione sul sito web atti corrispondenti; 	ALTO	Audit a campione in ordine ai contratti, alla contabilità, allo stato finale ed al collaudo.	Rapporto tra scostamenti di costo di ogni singolo contratto / il numero complessivo di contratti conclusi.	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
10.	Liquidazioni (fatture, imposte e tasse, oneri condominiali)	Liquidazione non dovute	<ul style="list-style-type: none"> - Regolamento ciclo passivo aziendale; - Il controllo delle fatture e distinta di pagamento viene svolto da una funzione diversa da quella che emette l'ordine; - liquidazione attraverso determina dirigenziale informatizzata (istruttore+RUP+dirigente); - Pubblicazione dei dati sul portale web aziendale; - Dichiarazione assenza conflitto interesse; - Deliberazioni assembleari con approvazione delle quote millesimali a carico dei proprietari e dei conduttori e conseguenti oneri connessi; 	ALTO	Corrispondenza dovuto/liquidato	Verifica a campione della corrispondenza dovuto/liquidato	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

ALLEGATO 1 – SCHEDE TRATTAMENTO DEL RISCHIO PER UNITA' ORGANIZZATIVA

13.6 U.O.C. Provveditorato, Economato e Gestione Logistica							
	Processo/ Attività	Rischio potenziale	MISURE di TRATTAMENTO	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
1.	Programma e definizione dei fabbisogni di beni consumabili e servizi	<ul style="list-style-type: none"> - Fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza ed economicità - Nelle consultazioni preliminari di mercato, la mancanza di trasparenza nelle modalità di dialogo con gli operatori consultati - Acquisizione di prodotti impropriamente e classificati come infungibili 	<ul style="list-style-type: none"> - Il fabbisogno deve essere espressamente esplicitato in termini di natura, quantità e tempistica; - Audit interni sulla determinazione del fabbisogno con partecipazione delle UU.OO. richiedenti e della direzione aziendale con formalizzazione dell'audit; - Adozione di delibera per programmazione biennale degli acquisti; - Individuazione criteri di priorità; - Elaborazione dello scadenario dei contratti; - Pubblicazione periodica degli affidamenti; - Pubblicazione, sui siti istituzionali, di report periodici in cui siano rendicontati i contratti prorogati e i contratti affidati in via d'urgenza e relative motivazioni; - Applicazione delle Linee guida ANAC n. 8 "Ricorso a procedure negoziate senza previa pubblicazione di un bando nel caso di forniture e servizi ritenuti infungibili" e del Regolamento adottato con delibera 224 del 26/10/2020 	ALTO	<ul style="list-style-type: none"> - Numero degli affidamenti non programmati, rispetto al totale degli affidamenti effettuati in un determinato arco di tempo - Numero affidamenti per prodotti infungibili effettuati in conformità alle Linee Guida ANAC e al regolamento aziendale 	<ul style="list-style-type: none"> - Gli affidamenti non programmati NON devono essere più del 30% del totale degli affidamenti effettuati - Il 100% degli incontri per consultazioni preliminari effettuati devono essere aperti al pubblico - Il 100% degli affidamenti per prodotti infungibili effettuati in conformità alle Linee Guida ANAC e al regolamento aziendale adottato con delibera 224 del 26/10/2020 	Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti

ALLEGATO 1 – SCHEDE TRATTAMENTO DEL RISCHIO PER UNITA' ORGANIZZATIVA

13.6 U.O.C. Provveditorato, Economato e Gestione Logistica

	Processo/ Attività	Rischio potenziale	MISURE di TRATTAMENTO	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
2.	Progettazione della gara Predisposizioni e Capitolati d'appalto da porre a base di gara	<p>requisiti restrittivi di partecipazione per favorire determinati operatori;</p> <p>elementi ad alta discrezionalità nella definizione delle caratteristiche tecniche tali da favorire un operatore economico;</p> <p>Acquisto autonomo di beni presenti su CONSIP</p> <p>procedure negoziate e affidamenti diretti per favorire un operatore;</p> <p>mancata rotazione</p> <p>ricorso al criterio dell'OEPV per l'affidamento di beni e servizi standardizzati</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Regolamento nomina R.U.P. e D.E.C.; - Acquisizione di dichiarazioni di assenza di incompatibilità e di conflitto di interessi da parte dei soggetti coinvolti nella redazione del C.S.A.; - Obbligo di motivazione nella determina a contrarre in ordine sia alla scelta della procedura, sia alla scelta del sistema di affidamento adottato, e di predeterminazione dei criteri che saranno utilizzati per l'individuazione delle imprese da invitare per procedure negoziate e affidamenti diretti; - Pubblicazione di appositi avvisi per manifestazioni di interesse, sorteggi su MEPA e utilizzo di elenchi aperti di operatori economici; - Adozione di direttive interne che limitino il ricorso all'OEPV, in caso di affidamento di beni/servizi standardizzati con utilizzo dei bandi e capitolati conformi ai bandi tipo redatti dall'ANAC e utilizzo di clausole standard conformi alle prescrizioni normative con riguardo a garanzie a corredo dell'offerta, tracciabilità dei pagamenti e termini di pagamento agli operatori economici - Comunicazione del nominativo dei soggetti cui ricorrere in caso di ingiustificato ritardo o diniego dell'accesso ai documenti di gara 	ALTO	<ul style="list-style-type: none"> - Numero di determinazioni a contrarre con indicazione dell'avvenuta verifica dell'esistenza di convenzioni stipulate dalla Centrale di committenza o da Consip rispetto al numero totale - Numero degli affidamenti di beni e servizi standardizzati che hanno utilizzato come criterio di scelta quello dell'offerta economicamente più vantaggiosa rispetto a tutti gli affidamenti effettuati 	<ul style="list-style-type: none"> - Il 100% delle determinazioni a contrarre deve indicare l'avvenuta verifica dell'esistenza di convenzioni stipulate dalla Centrale di committenza o da Consip - Il 100% degli acquisti di prodotti e servizi standardizzati deve essere effettuato con il criterio del prezzo più basso 	Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti

ALLEGATO 1 – SCHEDE TRATTAMENTO DEL RISCHIO PER UNITA' ORGANIZZATIVA

13.6 U.O.C. Provveditorato, Economato e Gestione Logistica							
	Processo/ Attività	Rischio potenziale	MISURE di TRATTAMENTO	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
3.	RUP	<ul style="list-style-type: none"> - Conflitto d'interesse in relazione all'affidamento - Nomina di responsabili del procedimento privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza 	<ul style="list-style-type: none"> - Misure di trasparenza volte a garantire la nomina di RP a soggetti in possesso dei requisiti di professionalità necessari; - Acquisizione dichiarazione assenza conflitto d'interesse; - Previsione di procedure interne che individuino criteri di rotazione straordinaria da applicarsi successivamente al verificarsi di fenomeni corruttivi, prevista nel d.lgs. n. 165 del 30 marzo 2001, art. 16, co. 1, lett. 1-quater 	ALTO	Numero dichiarazioni acquisite/numero totali di procedimenti	100% dichiarazioni rispetto agli affidamenti	Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti
4.	Adesione agli strumenti delle Centrali di Committenza o dei soggetti aggregatori	<ul style="list-style-type: none"> - Mancato rispetto dei tempi di invio fabbisogni - Mancata/parziale adesione rispetto al fabbisogno espresso 	<ul style="list-style-type: none"> - Acquisizione dei dati presso le UU.OO. competenti e controllo dei tempi d'invio - Confronto tra fabbisogno espresso e adesione 	MEDIO	<p>Numero invii fabbisogni entro i termini</p> <p>Numero recepimenti rispetto i fabbisogni espressi</p>	<p>Gli invii tardivi non devono superare il 30% degli invii</p> <p>100% di adesioni rispetto ai fabbisogni espressi</p>	Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti
5.	Selezione del contraente	<ul style="list-style-type: none"> - Manipolazioni per ridurre il numero dei concorrenti o per applicare in modo distorto i criteri di aggiudicazione 	<ul style="list-style-type: none"> - Rilascio da parte dei commissari delle dichiarazioni di assenze di conflitto di interessi, di inconferibilità e dichiarazione ex art.51 c.p.c. - Accessibilità online della documentazione di gara e delle informazioni complementari rese 	ALTO	<p>Numero procedure con un solo offerente rapportato al numero totale di procedure attivate;</p> <p>Numero delle dichiarazioni acquisite rispetto al numero dei commissari nominati</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Il numero delle procedure con un solo offerente NON deve superare il 30% del totale delle procedure attivate - Acquisizione del 100% delle dichiarazioni dei commissari 	Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti

ALLEGATO 1 – SCHEDE TRATTAMENTO DEL RISCHIO PER UNITA' ORGANIZZATIVA

13.6 U.O.C. Provveditorato, Economato e Gestione Logistica

	Processo/ Attività	Rischio potenziale	MISURE di TRATTAMENTO	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
6.	Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto	<p>Tempo intercorrente tra aggiudicazione efficace e stipula;</p> <p>Alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche in capo all'aggiudicatari;</p> <p>Mancata pubblicazione provvedimenti di affidamento e di quelli di esclusione per evitare la proposizione di ricorsi;</p> <p>Ricorrenza delle aggiudicazioni ai medesimi Operatori economici</p>	<p>Rilevazione tempi di stipula;</p> <p>Utilizzo AVCPASS;</p> <p>Tracciabilità dei flussi finanziari;</p> <p>Previsione in tutti i bandi, gli avvisi, le lettere di invito o nei contratti adottati di una clausola risolutiva del contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità;</p> <p>Pubblicazione dei provvedimenti di esclusione sul portale aziendale, sezione "Amministrazione trasparente" e comunicazione degli stessi agli interessati nei termini di legge;</p> <p>Pubblicazione di appositi avvisi per manifestazioni di interesse, sorteggi su MEPA, utilizzo di elenchi aperti di operatori economici e raccolta di dichiarazioni da parte del RUP circa l'assenza di conflitto di interessi.</p>	ALTO	<ul style="list-style-type: none"> - Numero contratti verificati - Numero degli aggiudicatari verificati rispetto alle aggiudicazioni effettuate - Numero provvedimenti di esclusione pubblicati sul portale aziendale e comunicati agli stessi agli interessati rispetto al totale 	<p>Il numero dei contratti stipulati dopo 60 gg dall'efficacia dell'aggiudicazione, non deve superare il 30% dei contratti stipulati</p> <p>100% dei provvedimenti di esclusione pubblicati sul portale aziendale e comunicati agli stessi agli interessati</p>	<p>Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti</p>

ALLEGATO 1 – SCHEDE TRATTAMENTO DEL RISCHIO PER UNITA' ORGANIZZATIVA

13.6 U.O.C. Provveditorato, Economato e Gestione Logistica

	Processo/ Attività	Rischio potenziale	MISURE di TRATTAMENTO	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
7.	Esecuzione del contratto	<ul style="list-style-type: none"> - Mancato controllo sullo stato di avanzamento dell'esecuzione e - Ricorso alle varianti, in difformità dalla legge - Ricorso al subappalto in violazione della normativa e omesso controllo del subappaltatore - Mancato rispetto dei tempi di esecuzione e delle clausole contrattuali - Ricorso a sistemi alternativi di risoluzione delle controversie per favorire l'esecutore 	<ul style="list-style-type: none"> - Individuazione del Direttore Esecuzione del Contratto - Regolamento nomina RUP e DEC - Trasmissione all'ANAC delle varianti - Ammissione esclusivamente dei subappalti indicati in sede di offerta e nel limite della quota del 30% dell'importo del contratto - Redazione, per i maggiori servizi appaltati, di apposite check-list a cura del Direttore di Esecuzione del Contratto e dei relativi assistenti per verificare la conformità al contratto delle prestazioni rese e il rispetto delle tempistiche - Applicazione di penali a carico dell'appaltatore - Pubblicazione degli accordi bonari e transazioni nel periodo di riferimento; - Pubblicazione relazione di calcolo per la revisione dei prezzi 	ALTO	<ul style="list-style-type: none"> - Numero delle varianti approvate rispetto al numero degli affidamenti; - Numero dei subappalti indicati in sede di offerta rispetto al totale di subappalti; - Numero dei subappalti controllati rispetto al totale di subappalti; - Numero di accordi bonari e transazioni pubblicati rispetto al totale di accordi bonari e transazioni; - Numero di revisioni dei pezzi accordate 	<ul style="list-style-type: none"> - Le varianti non devono superare il 30% del numero degli affidamenti - 100% dei subappalti indicati in sede di offerta - 100% dei subappalti controllati - 100% di accordi bonari e transazioni pubblicati; - 100 % revisione dei prezzi 	Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti

ALLEGATO 1 – SCHEDE TRATTAMENTO DEL RISCHIO PER UNITA' ORGANIZZATIVA

13.6 U.O.C. Provveditorato, Economato e Gestione Logistica							
	Processo/ Attività	Rischio potenziale	MISURE di TRATTAMENTO	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
8.	Rendicontazio ne del contratto	<ul style="list-style-type: none"> - Mancata acquisizione dei certificati di regolare esecuzione, di acquisizione dei beni o dei collaudi - Mancata acquisizione del CIG - Collusione con l'appaltatore per agevolarlo nell'esecuzione e del contratto 	<ul style="list-style-type: none"> - Nomina del collaudatore e del Direttore Esecuzione del Contratto e individuazione del Responsabile dei recepimento del bene - Pubblicazione del report periodico delle procedure di gara espletate sul sito aziendale - Effettuazione dei pagamenti solo a seguito di attestazione di regolare esecuzione del contratto rilasciata dal Direttore di Esecuzione del Contratto 	MEDIO	<ul style="list-style-type: none"> - Numero dei collaudi effettuati rispetto al numero degli acquisiti di apparecchiature - Numero di pagamenti effettuati a seguito di attestazione di regolare esecuzione del contratto rispetto al numero totale di pagamenti 	<ul style="list-style-type: none"> - 100% dei collaudi delle apparecchiature - 100% dei di pagamenti effettuati a seguito di attestazione di regolare esecuzione del contratto 	Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti
9.	Liquidazione (distinta di pagamento)	<ul style="list-style-type: none"> - Liquidazione somme non dovute; - Collusione con l'appaltatore per agevolarlo nella fase di liquidazione; 	<ul style="list-style-type: none"> - Regolamento aziendale - Liquidazione attraverso determina dirigenziale informatizzata (istruttore+ RUP+ dirigente) - Pubblicazione dei dati sul portale web aziendale - Dichiarazione assenza conflitto interesse da parte dei sottoscrittori dell'atto di liquidazione 	ALTO	<ul style="list-style-type: none"> - Numero di liquidazioni effettuate con Determina Dirigenziale informatizzata rispetto al numero totale di liquidazioni - Numero di liquidazioni effettuate in cui si attesta l'assenza di conflitto interesse rispetto al numero totale di liquidazioni 	<ul style="list-style-type: none"> - 100% liquidazioni effettuate con Determina Dirigenziale informatizza - 100% liquidazioni effettuate con attestazione assenza di conflitto interesse 	Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti

ALLEGATO 1 – SCHEDE TRATTAMENTO DEL RISCHIO PER UNITA' ORGANIZZATIVA

13.6 U.O.C. Provveditorato, Economato e Gestione Logistica							
	Processo/ Attività	Rischio potenziale	MISURE di TRATTAMENTO	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
10.	Gestione cassa economale	- Non corretta gestione	- Aggiornamento regolamento aziendale - Controlli incrociati Organismi vigilanza; - Redazione verbale corredato da adeguata documentazione (evidenze contabili estratti dai sistemi gestionali)	ALTO	Numero rilievi del Collegio Sindacale	0 rilievi del Collegio Sindacale	Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti
11.	Gestione magazzini economali	- Errata giacenza	- Completa informatizzazione operazioni di carico/scarico; - Richieste informatizzate da parte di reparti e servizi; - Controlli incrociati Organismi vigilanza;	ALTO	n. discordanze riscontrate in sede di inventario	0 discordanze	Relazione entro il 30 novembre per i 12 mesi precedenti

ALLEGATO 1 – SCHEDE TRATTAMENTO DEL RISCHIO PER UNITA' ORGANIZZATIVA

13.7 Distretto Sanitario Unico Aziendale (D.S.U.A.)							
	Processo/ Attività	Rischio potenziale	MISURE di TRATTAMENTO	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
1.	Autorizzazione inserimenti in strutture residenziali (RP anziani)	Scavalco liste attese; Attività volta a favorire determinate strutture	<ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione di più operatori nel processo. Gli inserimenti vengono valutati dalle UU.VV.MM. (unità di valutazione multiprofessionale, Organismo composto da più membri); - Inserimento in lista di attesa in rigoroso ordine cronologico attraverso il Protocollo informatizzato; - Adozione regolamento aziendale per la gestione ordinaria e per gli inserimenti in urgenza; - La scelta della struttura avviene direttamente da parte del diretto interessato/tutore/AdS; - Dichiarazione assenza conflitti di interesse; 	ALTO	<p>n. richieste inserimento/mese</p> <p>n. utenti inseriti in struttura secondo regolamento aziendale</p> <p>n. domande idonee protocollate</p>	<p>n. richieste inserimento = n. pazienti inseriti/in lista d'attesa</p> <p>Attestazione assenza conflitto di interesse per ogni componente UMV in ogni verbale</p> <p>n. utenti inseriti in struttura secondo regolamento aziendale / n. utenti inseriti = 100%</p> <p>n. domande idonee protocollate / n. inserimenti = 100%</p>	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
2.	Autorizzazione trasporti sanitari	Favorire un paziente; Favorire un operatore	- Regolamento regionale ed aziendale	MEDIO	n. autorizzazioni = n. aventi diritto al trasporto	Verifica autorizzazioni	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
3.	Autorizzazione inserimenti in comunità terapeutiche per dipendenze patologiche	Favorire un ingresso Favorire una struttura	<ul style="list-style-type: none"> - L'inserimento è valutato da una équipe multidisciplinare - Dichiarazione assenza conflitto interesse - Presenza di lista d'attesa 	BASSO	Rispetto delle misure di prevenzione	Relazione sui risultati	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
4.	Autorizzazione Assistenza domiciliare socio-sanitaria	Favorire un paziente	<ul style="list-style-type: none"> - Gli inserimenti ed i quantitativi orari e prestazionali vengono valutati dalle UU.VV.MM. (Organismo composto da più membri) e monitorati dai servizi aziendali - Elaborazione PAI e sottoscrizione del "Patto di cura"; 	MEDIO	corrispondenza PAI/con prestazioni erogate	Verifica a campione della corrispondenza PAI/con prestazioni erogate	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

ALLEGATO 1 – SCHEDE TRATTAMENTO DEL RISCHIO PER UNITA' ORGANIZZATIVA

13.7 Distretto Sanitario Unico Aziendale (D.S.U.A.)							
	Processo/ Attività	Rischio potenziale	MISURE di TRATTAMENTO	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
			<ul style="list-style-type: none"> - Più attori nel processo: MMG, Assistenti Sociali, Direttore Distretto, Responsabili dei Servizi; - Dichiarazione assenza conflitto interesse; 		N*dichiarazioni conflitto interesse=n° casi valutati	Attestazione assenza conflitto d'interesse per ogni componente UMV in ogni verbale	
5.	Liquidazione (distinta di pagamento)	Liquidazioni non dovute	<ul style="list-style-type: none"> - Regolamento ciclo passivo - Più attori nel processo (responsabili dei Servizi/RUP/DEC) - Liquidazione attraverso determina dirigenziale informatizzata (istruttore+RUP+dirigente) - Pubblicazione dei dati sul portale web aziendale - Dichiarazione assenza conflitto interesse 	MEDIO	corrispondenza dovuto/liquidato	Verifica a campione della corrispondenza dovuto/liquidato	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
6.	Rilascio copia cartella clinica/documentazione sanitaria	Favorire rilascio ad un non legittimato	<ul style="list-style-type: none"> - Rispetto normativa e Regolamento aziendale - Istruzioni e formazione agli operatori 	BASSO	n. cartelle rilasciate secondo procedura aziendale	n. cartelle rilasciate secondo procedura aziendale / n. cartelle rilasciate = 100%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
7.	Rilascio esenzione ticket per malattia rara	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> - Normativa stringente - Certificazione rilasciata da centri regionali di riferimento - Iscrizione registro nazionale malattie rare che è continuamente monitorato - L'esenzione è comunicata al MMG o PLS che conosce le patologie del paziente 	BASSO	n. esenzioni ticket rilasciate	n. esenzioni ticket rilasciate / n. malattie da decreto = 100%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
8.	Assistenza integrativa per la concessione di presidi sanitari	Concessione di presidi ulteriori/diversi rispetto a quelli a cui si ha diritto	<ul style="list-style-type: none"> - Procedura informatizzata che effettua anche controlli sui quantitativi - Rotazione del personale addetto - controlli incrociati 	ALTO	n. anomalie emerse in fase di verifica	n. anomalie emerse in fase di verifica =0	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
9.	Assistenza sanitaria penitenziaria – rilascio certificato per la domanda per accertamento invalidità civile	Falsa certificazione	<ul style="list-style-type: none"> - Rotazione fra i medici certificatori - Formazione specifica 	ALTO	Concordanza fra certificazione medica e riscontro commissione	<ul style="list-style-type: none"> - Verifica da parte Commissione INPS - Verifica a campione del Referente Sanità Penitenziaria 	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

ALLEGATO 1 – SCHEDE TRATTAMENTO DEL RISCHIO PER UNITA' ORGANIZZATIVA

13.7 Distretto Sanitario Unico Aziendale (D.S.U.A.)							
	Processo/Attività	Rischio potenziale	MISURE di TRATTAMENTO	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
10.	Assistenza sanitaria penitenziaria – Assistenza sanitaria all'interno delle strutture di reclusione	Riconoscimento di benefici non dovuti	- Rotazione del personale sanitario - Formazione specifica	ALTO	Rotazione del personale sanitario nell'assegnazione dei reparti secondo il modello di assistenza primaria	n.ro disposizioni di servizio semestrale/annuale del Referente Sanitario I.P.	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
11.	Assistenza sanitaria penitenziaria - Assistenza specialistica	Prescrizione di visite non necessarie	- Richieste effettuabili esclusivamente su richiesta di Assistenza Primaria - Formazione specifica	ALTO	n. visite specialistiche effettuate	N° visite specialistiche effettuate / N° richieste medici A.P. > 80%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
12.	Scelta e revoca MMG/PLS	False/ fuorvianti informazioni agli utenti per influenzare scelte False deleghe	- Invio lettera informativa agli assistiti dei medici che lasciano la convenzione - Elenchi medici esposti e pubblicati sul sito web aziendale - Istruzioni agli operatori	MEDIO	n deleghe/MMG-PLS	Report sulla verifica annuale deleghe	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
13.	Rilascio esenzione ticket per patologia	False certificazioni	- Ampliamento dei collegamenti on line con le funzioni anagrafiche comunali, in attesa dell'avvio del progetto regionale anagrafi; - Azioni formative ai dipendenti dei Centri Unici di Prenotazione in ordine al miglioramento del caricamento dati nel sistema a disposizione; - Verifica e controllo a campione da parte del responsabile;	MEDIO	n. certificazioni	Report sulle risultanze delle verifiche effettuate su certificazioni	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
14.	Esenzioni ticket per età e reddito	Falsa attribuzione	- Controlli informatizzati con comuni e MEF su tutte le posizioni - Applicazione della normativa vigente	BASSO	Verifica su tutte le autocertificazioni	Report sulle risultanze delle verifiche effettuate	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

ALLEGATO 1 – SCHEDE TRATTAMENTO DEL RISCHIO PER UNITA' ORGANIZZATIVA

13.7 Distretto Sanitario Unico Aziendale (D.S.U.A.)							
	Processo/ Attività	Rischio potenziale	MISURE di TRATTAMENTO	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
15.	Assistenza sanitaria cittadini italiani c/o paesi UE o Stati convenzionati e lavoratori italiani distaccati all'estero	Falsa attestazione	- Coinvolgimento di soggetti esterni (Regione, Ministero, Presidio Ospedaliero) - Regolamento aziendale con procedure	BASSO	Applicazione dei controlli previsti nella procedura aziendale	Report sugli esiti dei controlli	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
16.	Assistenza sanitaria stranieri a carico di paesi UE e Stati convenzionati	Falsa documentazione	- Regolamento aziendale con procedure	BASSO	Applicazione dei controlli previsti nella procedura aziendale	Report sugli esiti dei controlli	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
17.	Ricoveri all'estero in centri di alta specializzazione - assistenza diretta mod. S/2	Falsa documentazione	- Regolamento aziendale con procedure - Partecipazione al processo di più operatori anche di Enti diversi - Intervento dei Centri Regionali di Riferimento - Informatizzazione del processo	BASSO	Applicazione dei controlli previsti nella procedura aziendale	Report sugli esiti dei controlli	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
18.	Ricoveri all'estero in centri di alta specializzazione - assistenza indiretta	Falsa documentazione	- Coinvolgimento di soggetti esterni - rispetto della procedura aziendale	BASSO	Applicazione dei controlli previsti nella procedura aziendale	Report sugli esiti dei controlli	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
19.	Rimborso per prestazioni Sanitarie/ricoveri fruiti all'estero	Falsa documentazione	- Coinvolgimento di soggetti esterni - Rispetto della procedura aziendale	BASSO	Applicazione dei controlli previsti nella procedura aziendale	Report sugli esiti dei controlli	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

ALLEGATO 1 – SCHEDE TRATTAMENTO DEL RISCHIO PER UNITA' ORGANIZZATIVA

13.8 Assistenza sanitaria di base e specialistica ambulatoriale (D.S.U.A.)							
	Processo/ Attività	Rischio potenziale	MISURE di TRATTAMENTO	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	Processo/ Attività
1.	Conferimento di incarico provvisorio dei Pediatri di Libera Scelta/Medici Assistenza Primaria	Favorire un medico	<ul style="list-style-type: none"> - Il comitato aziendale valuta in tutti i casi l'opportunità o meno di conferire l'incarico; - Le graduatorie da cui si attinge il PLS/MMG sono graduatorie regionali e pubblicate su BUR; - L'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) disciplina l'assegnazione dell'incarico in modo stringente e dettagliato; - Rotazione del personale addetto; 	MEDIO	n. incarichi nel rispetto delle misure adottate conferiti in un determinato periodo di tempo	100% degli incarichi nel rispetto delle misure adottate	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
2.	Conferimento incarico provvisorio nel Servizio di Continuità Assistenziale	Favorire un medico	<ul style="list-style-type: none"> - Pubblicazione di un avviso e redazione della graduatoria aziendale secondo i criteri individuati dall'ACN e dall'Accordo Integrativo Regionale. - Pubblicazione della graduatoria aziendale su BUR - Conferimento incarico attingendo dalla graduatoria aziendale - Acquisizione eventuale diniego all'accettazione dell'incarico proposto formalmente - L'ACN disciplina l'assegnazione dell'incarico provvisorio in modo stringente e dettagliato 	MEDIO	n. incarichi nel rispetto delle misure adottate conferiti in un determinato periodo di tempo	100% degli incarichi nel rispetto delle misure adottate	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
3.	Conferimento incarico provvisorio nel Servizio Medicina Specialistica Ambulatoriale	Favorire un medico	L'ACN disciplina la procedura per il conferimento dell'incarico provvisorio in modo stringente e dettagliato	MEDIO	n. incarichi nel rispetto delle misure adottate conferiti in un determinato periodo di tempo	100% degli incarichi nel rispetto delle misure adottate	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

ALLEGATO 1 – SCHEDE TRATTAMENTO DEL RISCHIO PER UNITA' ORGANIZZATIVA

13.8 Assistenza sanitaria di base e specialistica ambulatoriale (D.S.U.A.)							
	Processo/ Attività	Rischio potenziale	MISURE di TRATTAMENTO	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	Processo/ Attività
4.	Conferimento incarico a tempo indeterminato nel Servizio Medicina Specialistica Ambulatoriale	Favorire un medico	<ul style="list-style-type: none"> - L'espletamento dell'intera procedura vede coinvolti diversi soggetti; - Il responsabile dei servizi territoriali rappresenta il proprio fabbisogno; - La direzione aziendale valuta i fabbisogni che sono presentati al comitato zonale - Pubblicazione degli avvisi per la copertura dei turni sull'albo pretorio del comitato zonale e sul sito aziendale in amministrazione trasparente sottosezione Bandi di Concorso - Conferimento dell'incarico secondo l'ordine di priorità indicato dall'ACN - Il conferimento dell'incarico si conclude con atto formale (delibera/determina) 	MEDIO	n. incarichi nel rispetto delle misure adottate conferiti in un determinato periodo di tempo	100% degli incarichi nel rispetto delle misure adottate	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
5.	Conferimento incarico a tempo determinato nel Servizio Medicina Specialistica Ambulatoriale	Favorire un medico	<ul style="list-style-type: none"> - L'espletamento dell'intera procedura vede coinvolti diversi soggetti; - Il responsabile dei servizi territoriali rappresenta il proprio fabbisogno - La direzione aziendale valuta i fabbisogni che sono presentati al comitato zonale - Pubblicazione degli avvisi per la copertura dei turni sull'albo pretorio del comitato zonale e sul sito aziendale in amministrazione trasparente sottosezione Bandi di Concorso - Conferimento dell'incarico sulla base dell'ordine di priorità stabilito dall'ACN - Il conferimento dell'incarico si conclude con atto formale (delibera/determina) 	MEDIO	n. incarichi nel rispetto delle misure adottate conferiti in un determinato periodo di tempo	100% degli incarichi nel rispetto delle misure adottate	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
6.	Liquidazione stipendi	Riconoscimento indennità non dovute	<ul style="list-style-type: none"> - In presenza del pagamento di incentivi adozione di un atto deliberativo con indicazione per ciascun medico dell'importo da erogare; - controlli incrociati organismi di vigilanza e di valutazione della performance 	ALTO	n.ro anomalie emerse in fase di verifica a campione/n. procedure complessive	Audit a campione	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

ALLEGATO 1 – SCHEDE TRATTAMENTO DEL RISCHIO PER UNITA' ORGANIZZATIVA

13.9 S.O.S.D. CUP Aziendale							
	Processo/ Attività	Rischio potenziale	MISURE di TRATTAMENTO	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
1.	Prenotazione prestazioni sanitarie (CUP)	Favorire alcuni utenti senza rispettare le liste d'attesa; Alterazione liste; Favorire un medico/struttura privata;	- Utilizzo CUP Area Centro; - Adozione regolamento gestione liste di attesa; - Controlli del back office mirati ad individuare eventuali abusi della relazione professionale con gli utenti per indirizzarli verso strutture private, o attività libero professionali; - Azione di sensibilizzazione verso l'esterno; - Adempimenti volti a garantire la trasparenza	ALTO	calcolo volumi di attività istituzionale e in libera professione	monitoraggio semestrale sui volumi di attività istituzionale e in libera professione	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
2.	Pagamento prestazioni sanitarie (CUP)	Favorire l'assistito	- Favorire l'utilizzo dei mezzi di pagamento elettronici	BASSO	n.ro pagamenti effettuati con il POS	Controllo indicatore	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
3.	Accettazione diretta prestazioni sanitarie (CUP)	alterazione liste d'attesa	- Confronto sistematico con gli ambulatori per contenere il ricorso alla procedura di accettazione diretta	ALTO	numero prenotazioni/totale; numero di accettazioni dirette/totale	Accettazioni dirette < 15%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
4.	Rimborso ticket (per prestazioni non effettuate)	Falsa documentazione per sottrarre gli importi rimborsati	- Utilizzo procedura informatica	MEDIO	numero di storni importo superiore a 50 euro	0,50% importo totale	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
5.	Recupero ticket (importi dovuti e non pagati)	Favorire pazienti non richiedendo il pagamento dovuto	- pagamento ticket prima della effettuazione della prestazione	MEDIO	Numeri di pagamenti senza prenotazione	Numeri di pagamenti senza prenotazione/totale < 15%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

ALLEGATO 1 – SCHEDE TRATTAMENTO DEL RISCHIO PER UNITA' ORGANIZZATIVA

13.9 S.O.S.D. CUP Aziendale							
	Processo/ Attività	Rischio potenziale	MISURE di TRATTAMENTO	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
6.	Storno pagamenti effettuati (annullamento pagamento per errore o volontà utente)	Falsa documentazione per sottrarre gli importi stornati	<ul style="list-style-type: none"> - Utilizzo procedura informatica - Controllo del numero di storni effettuati dallo stesso operatore (identificato per termID) 	MEDIO	Numero storni/Numero riscossioni per operatore	<10%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
7.	Gestione agende di prenotazione e liste d'attesa	Gestione delle liste d'attesa per favorire: attività libero professionali; attività di strutture private; singoli specialisti;	<ul style="list-style-type: none"> - Adozione regolamento aziendale - Verifica delle richieste di apertura/chiusura agende - Estrazione da procedura delle variazioni effettuate 	ALTO	Controllo a campione della corrispondenza fra cartaceo e report della procedura informatizzata	100% di corrispondenza	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
8.	Attività ambulatoriale libero professionale intramoenia	Favorire l'attività di alcuni specialisti	<ul style="list-style-type: none"> - Aggiornare regolamento ALPI; - Adottare tariffario unico - Applicazione rigorosa del regolamento - Deterrente costituito da attività sanzionatoria normata e dal controllo assegnato ai dirigenti - Le agende di prenotazione devono essere configurate, sotto il controllo diretto del personale del CUP in stretta coerenza con l'attività autorizzata in termini di fascia oraria e tempo unitario delle singole prestazioni 	ALTO	n. prestazioni istituzionali/n. prestazioni ALPI	Report sui risultati	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
9.	Attività domiciliare libero professionale intramoenia	Attività di alcuni specialisti che svolgono principalmente attività domiciliare con retribuzione più elevata	<ul style="list-style-type: none"> - Aggiornare regolamento ALPI; - Adottare tariffario unico - Applicazione rigorosa del regolamento - Deterrente costituito da attività sanzionatoria normata 	BASSO	n. prestazioni ambulatoriali ALPI/n. prestazioni domiciliari ALPI	> 10	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

ALLEGATO 1 – SCHEDE TRATTAMENTO DEL RISCHIO PER UNITA' ORGANIZZATIVA

13.9 S.O.S.D. CUP Aziendale							
	Processo/ Attività	Rischio potenziale	MISURE di TRATTAMENTO	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
10.	Attività ambulatoriale libero professionale presso studi professionali esterni alle strutture aziendali	Attività economica che può sfuggire all'Azienda	- la riscossione dei pagamenti deve essere effettuata esclusivamente con sistemi di pagamento tracciabili (POS/assegni/bonifici)	BASSO	Verifica prenotazioni/pagam enti riscossi	Relazione	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
11.	Estrazione dati economici per liquidazione competenze ALPI	Falsificazione estrazione per incrementare attività di alcuni specialisti	- Controllo dati effettuato da più operatori/responsabili	BASSO	Report sui controlli	Relazione	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
12.	Gestione liquidazione attività intraoemia	Falsi/distorti pagamenti in favore ad alcuni specialisti	- Regolamento - Più operatori/responsabili partecipano al processo	BASSO	corrispondenza dovuto/liquidato	Verifica a campione della corrispondenza dovuto/liquidato	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

ALLEGATO 1 – SCHEDE TRATTAMENTO DEL RISCHIO PER UNITA' ORGANIZZATIVA

13.10 Direzione Medica di Presidio Ospedaliero							
	Processo/ Attività	Rischio potenziale	MISURE di TRATTAMENTO	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
1.	Attività conseguenti al decesso	Indirizzare la scelta nei confronti di una determinata impresa funebre in cambio di una quota sugli utili.	<ul style="list-style-type: none"> - Collocazione della salma presso l'obitorio da parte del personale in servizio al momento del decesso - Disposizione di servizio a tutto il personale coinvolto sul divieto di fornire indicazioni di alcun tipo sulle imprese funebri o contattare direttamente le imprese per conto dei familiari; - Rotazione operatori; 	ALTO	n. salme/impresa funebre	Report trimestrale al Direttore Medico P.O.	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
2.	Attività conseguenti al decesso	richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti (es. per la vestizione della salma da parte di un operatore sanitario)	<ul style="list-style-type: none"> - Disposizione di servizio a tutto il personale coinvolto sul divieto di fornire prestazioni e compiti non propri; - Codice di comportamento 	ALTO	Verifica a campione direttore medico di presidio	Relazione sulla corretta adozione delle misure	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
3.	Rilascio cartella clinica/referto pronto soccorso	Favorire rilascio ad un non legittimato	<ul style="list-style-type: none"> - Adozione Regolamento aziendale con procedura; - Cartella clinica elettronica - Istruzioni e formazione agli operatori 	ALTO	n. cartelle rilasciate secondo procedura aziendale / totale	n. cartelle rilasciate secondo procedura aziendale / n. cartelle totali rilasciate = 1	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

ALLEGATO 1 – SCHEDE TRATTAMENTO DEL RISCHIO PER UNITA' ORGANIZZATIVA

13.10 Direzione Medica di Presidio Ospedaliero							
	Processo/ Attività	Rischio potenziale	MISURE di TRATTAMENTO	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
4.	Liste attesa sale operatorie	Alterazione liste attese: - Al momento di assegnazione classe di priorità - Al momento di compilazione della lista - Al momento della assegnazione della seduta operatoria al singolo professionista	- adozione della “procedura aziendale delle agende di prenotazione e della preospedalizzazione per i ricoveri chirurgici programmabili” in sostituzione degli attuali regolamenti - attuazione dei controlli trimestrali per tutte le fasi di rischio individuate con particolare riferimento ai rispetto dell’ordine cronologico a parità di classi di priorità - controllo sulla validazione delle schede di preospedalizzazione da parte del Responsabile della singola struttura.	MEDIO	Adozione della procedura	Relazione circa le risultanze delle verifiche effettuate	Relazione una volta l’anno entro il 30/11 per i 12 mesi precedenti
5.	Liquidazioni	Liquidazioni non dovute	- Regolamento ciclo passivo - Più attori nel processo - Liquidazione attraverso determina dirigenziale informatizzata (istruttore+RUP+dirigente) - Pubblicazione dei dati sul portale web aziendale - Dichiarazione assenza conflitto interesse	ALTO	corrispondenza dovuto/liquidato	Verifica a campione della corrispondenza dovuto/liquidato	Relazione una volta l’anno entro il 30/11 per i 12 mesi precedenti

ALLEGATO 1 – SCHEDE TRATTAMENTO DEL RISCHIO PER UNITA' ORGANIZZATIVA

13.11 Dipartimento di Prevenzione Sanità Animale Area A							
	Processo/ Attività	Rischio potenziale	MISURE di TRATTAMENTO	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
1.	Ispezione Aziende zootecniche	- Falsa attestazione - Omissione erogazione sanzione	- Sopralluogo con almeno due operatori - Rotazione sulla struttura - Rotazione fra le coppie - Rotazione sul territorio in base a programmazione audit annuale su strutture a più alto rischio - Utilizzo Ceck list ministeriali - Sottoscrizione dichiarazione di assenza di conflitto di interesse - Inserimento del 20% dei sopralluoghi che non hanno originato prescrizione nel piano dei controlli dell'anno successivo con operatori diversi	ALTO	n. ispezioni che non hanno dato luogo a prescrizioni	Verifica delle ispezioni con prescrizione rispetto alla precedente verifica	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
2.	Controllo bovini "Tubercolosi"	Falsa certificazione (Mod 2/33)	- Rotazione sulla struttura - Sottoscrizione dichiarazione di assenza di conflitto di interesse	MEDIO	Esiti positivi su quelli negativi sullo stesso allevamento	Numero di capi positivi sullo stesso allevamento	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
3.	Prelievi ematici bovini/ovini per brucellosi	Falsa certificazione (Mod 2/33)	- Rotazione sulla struttura - Sottoscrizione dichiarazione di assenza di conflitto di interesse	MEDIO	Esiti positivi su quelli negativi sullo stesso allevamento	Numero di capi positivi sullo stesso allevamento	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
4.	prelievi biologici/test diagnostici ed altri atti rilasciati da Sanità Animale	- Alterazione campione - Alterazione certificato nelle compravendite	- Rotazione sulla struttura - Sottoscrizione dichiarazione di assenza di conflitto di interesse	ALTO	100% rotazione sui venditori	Relazione sulla avvenuta rotazione	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
5.	Rilascio atti anagrafe equina (test Coggins)	Falsa certificazione (Mod 2/33)	- Rotazione sulla struttura - Sottoscrizione dichiarazione di assenza di conflitto di interesse	BASSO	Esiti positivi su quelli negativi sullo stesso allevamento	Numero di capi positivi sullo stesso allevamento	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

ALLEGATO 1 – SCHEDE TRATTAMENTO DEL RISCHIO PER UNITA' ORGANIZZATIVA

13.11 Dipartimento di Prevenzione Sanità Animale Area A							
	Processo/ Attività	Rischio potenziale	MISURE di TRATTAMENTO	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
6.	Sterilizzazioni chirurgiche (cani e gatti)	Sterilizzazione di animali non randagi	Coinvolgimento dei comuni ed associazioni animaliste (che effettuano le richieste)	BASSO	Interventi eseguiti in numero superiore alle richieste	Controllo incrociato tra schede di richiesta sterilizzazioni e numero di quelle eseguite	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
7.	Cattura cani	- Restituzione cani non randagi ai proprietari e omissione erogazione sanzione - Omissione riscossione diritti di cattura	Redazione giornaliera delle attività	ALTO	numero cani randagi; numero cani padronali; numero segnalazioni	Numero cani randagi + numero cani padronali > 0 = numero segnalazioni	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

ALLEGATO 1 – SCHEDE TRATTAMENTO DEL RISCHIO PER UNITA' ORGANIZZATIVA

13.12Dipartimento di Prevenzione Igiene degli alimenti di origine animale Area B							
	Processo/ Attività	Rischio potenziale	MISURE di TRATTAMENTO	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
1.	Ispezioni Veterinarie impianti di macellazione	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisione da parte dei responsabili territoriali - Rispetto normativa regionale per la verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali - Audit sull'azienda effettuati da Team leader e Auditor - Turnazione/Rotazione sulla struttura - Compilazione ceck list 	ALTO	n. supervisioni/n. ispezioni	Almeno 2%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
					Coerenza evidenze on site/Coerenza controlli effettuati	100%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
					n. audit/n. aziende n. turnazioni/Struttura	100%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
					Compilazione ceck list	100%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
2.	Controllo stabilimenti CEE alimenti Origine Animale	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisione da parte dei responsabili territoriali - Rispetto normativa regionale per la verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali - Audit sull'azienda effettuati da Team leader e Auditor - Turnazione/Rotazione sulla struttura - Compilazione ceck list 	MEDIO	n. supervisioni/n. ispezioni	Almeno 2%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
					Coerenza evidenze on site/Coerenza controlli effettuati	100%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
					n. audit/n. aziende	50%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
					n. turnazioni/Struttura	20%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
					Compilazione ceck list	100%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
3.	Interventi imprese registrate alimenti O.A.	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisione da parte dei responsabili territoriali - Rispetto normativa regionale per la verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali - Sopralluogo con almeno due operatori (va comunque garantito l'intervento immediato) 	MEDIO	n. supervisioni/n. ispezioni	Almeno 2%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
					Coerenza evidenze on site/Coerenza controlli effettuati	100%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

ALLEGATO 1 – SCHEDE TRATTAMENTO DEL RISCHIO PER UNITA' ORGANIZZATIVA

13.12Dipartimento di Prevenzione Igiene degli alimenti di origine animale Area B							
	Processo/ Attività	Rischio potenziale	MISURE di TRATTAMENTO	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
			anche con un solo operatore in caso di reperibilità o di urgenze) - Compilazione ceck list		n. sopralluoghi con almeno due operatori	100%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
					Operatori/n. sopralluoghi Compilazione ceck list	100%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

ALLEGATO 1 – SCHEDE TRATTAMENTO DEL RISCHIO PER UNITA' ORGANIZZATIVA

13.13 Dipartimento di Prevenzione Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche Area C							
	Processo/ Attività	Rischio potenziale	MISURE di TRATTAMENTO	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
1.	Controlli qualità su campioni di diversa matrice (mangime, latte...)	Falsa attestazione Alterazione campione	- Controllo con almeno due operatori - Rotazione sulla struttura - Rotazione fra le coppie - Redazione dichiarazione di presenza di conflitto interesse secondo il la normativa vigente	ALTO	controlli con almeno due operatori	100% dei controlli con almeno due operatori	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
2.	Sopralluoghi depositi con vendita all'ingrosso e al minuto di farmaci	Falsa attestazione	- Sopralluogo con almeno due operatori - Rotazione sulla struttura - Rotazione fra le coppie - Redazione dichiarazione di presenza di conflitto interesse secondo il la normativa vigente	ALTO	Sopralluoghi con almeno due operatori	100% dei sopralluoghi con almeno due operatori	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
3.	Sopralluoghi Allevamenti con armadietti farmaceutici	Falsa attestazione	- Sopralluogo con almeno due operatori - Rotazione sulla struttura - Rotazione fra le coppie - Redazione dichiarazione di presenza di conflitto interesse secondo il la normativa vigente	MEDIO	Sopralluoghi con almeno due operatori	100% dei sopralluoghi con almeno due operatori	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

ALLEGATO 1 – SCHEDE TRATTAMENTO DEL RISCHIO PER UNITA' ORGANIZZATIVA

13.13 Dipartimento di Prevenzione Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche Area C							
	Processo/ Attività	Rischio potenziale	MISURE di TRATTAMENTO	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
4.	Sopralluogo farmacie	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> - Sopralluogo con almeno due operatori - Rotazione sulla struttura - Rotazione fra le coppie - Sottoscrizione dichiarazione assenza conflitto di interessi 	MEDIO	Sopralluoghi con almeno due operatori	100% dei sopralluoghi con almeno due operatori	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
5.	Sopralluogo ambulatori veterinari	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> - Sopralluogo con almeno due operatori - Rotazione sulla struttura - Rotazione fra le coppie - Compilazione checklist - Sottoscrizione dichiarazione assenza conflitto di interessi 	MEDIO	Sopralluoghi con almeno due operatori	100% dei sopralluoghi con almeno due operatori	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
					Compilazione checklist	100% dei sopralluoghi con checklist compilata	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
6.	Controlli sul benessere animale	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> - Controllo con almeno due operatori - Rotazione sulla struttura - Rotazione fra le coppie - Compilazione checklist - Gruppo di lavoro controlli - Sottoscrizione dichiarazione assenza conflitto di interessi 	MEDIO	Controlli con almeno due operatori	100% dei controlli con almeno due operatori	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
					Compilazione checklist	100% dei sopralluoghi con checklist compilata	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
7.	Controllo stalloni per anemia infettiva	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> - Rotazione sulla struttura - Compilazione checklist - Gruppo di lavoro controlli - Redazione dichiarazione di presenza di conflitto interesse secondo il la normativa vigente 	BASSO	Compilazione checklist	100% dei controlli con checklist compilata	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

ALLEGATO 1 – SCHEDE TRATTAMENTO DEL RISCHIO PER UNITA' ORGANIZZATIVA

13.13 Dipartimento di Prevenzione Igiene Allevamenti e Produzioni Zootecniche Area C							
	Processo/ Attività	Rischio potenziale	MISURE di TRATTAMENTO	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
8.	Controlli centri raccolta e magazzinaggio sperma per la fecondazione artificiale equina, bovina suina ovina e caprina.	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> - Controllo con almeno due operatori - Rotazione sulla struttura - Rotazione fra le coppie - Compilazione checklist 	BASSO	Controlli con almeno due operatori	100% dei controlli con almeno due operatori	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
					Compilazione checklist	100% checklist compilate	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
9.	Controllo impianti transito e deposito di sottoprodotti di origine animale	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> - Controllo con almeno due operatori - Rotazione sulla struttura - Rotazione fra le coppie - Compilazione checklist - Redazione dichiarazione di presenza di conflitto interesse secondo il la normativa vigente 	MEDIO	controlli con almeno due operatori	100% dei controlli con almeno due operatori	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
					Compilazione checklist	100% checklist compilate	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

ALLEGATO 1 – SCHEDE TRATTAMENTO DEL RISCHIO PER UNITA' ORGANIZZATIVA

13.14 Dipartimento Prevenzione Igiene Alimenti e Nutrizione							
	Processo/ Attività	Rischio potenziale	MISURE di TRATTAMENTO	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
1.	Controllo Attività di produzione	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisione a campione da parte di appositi gruppi di controllo che si alternano sul territorio - Rispetto normativa regionale per la verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali - Sopralluogo con almeno due operatori - Compilazione ceck list - Redazione dichiarazione di presenza di conflitto interesse secondo il la normativa vigente 	MEDIO	N° supervisioni/N°i spezioni	Almeno 2%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
					Coerenza evidenze on site/Coerenza controlli effettuati	100%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
					N° sopralluoghi con almeno due operatori/N° sopralluoghi	100%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
					Compilazione ceck list	100%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
2.	Controllo Attività di trasformazione	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisione a campione da parte di appositi gruppi di controllo che si alternano sul territorio - Rispetto normativa regionale per la verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali - Sopralluogo con almeno due operatori - Compilazione ceck list - Redazione dichiarazione di presenza di conflitto interesse secondo il la normativa vigente 	MEDIO	N° supervisioni/N°i spezioni	Almeno 2%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
					Coerenza evidenze on site/Coerenza controlli effettuati	100%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
					N° sopralluoghi con almeno due operatori/N° sopralluoghi	100%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
					Compilazione ceck list	100%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

ALLEGATO 1 – SCHEDE TRATTAMENTO DEL RISCHIO PER UNITA' ORGANIZZATIVA

13.14 Dipartimento Prevenzione Igiene Alimenti e Nutrizione							
	Processo/ Attività	Rischio potenziale	MISURE di TRATTAMENTO	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
3.	Attività di commercializzazione	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisione a campione da parte di appositi gruppi di controllo che si alternano sul territorio - Rispetto normativa regionale per la verifica dell'efficacia dei controlli ufficiali - Sopralluogo con almeno due operatori - Compilazione ceck list - Redazione dichiarazione di presenza di conflitto interesse secondo il la normativa vigente 	MEDIO	N° supervisioni/N°i spezioni Coerenza evidenze on site/Coerenza controlli effettuati	Almeno 2%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
					N° sopralluoghi con almeno due operatori/N° sopralluoghi Compilazione ceck list	100%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
					N° sopralluoghi con almeno due operatori/N° spezioni Coerenza evidenze on site/Coerenza controlli effettuati	100%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
					Compilazione ceck list	100%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
4.	Sanzioni amministrative	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> - Controlli con almeno due operatori - Rotazione sulla struttura - Rotazione fra le coppie - Compilazione ceck list - Supervisione a campione da parte di appositi gruppi di verifica controlli ufficiali che si alternano sul territorio - Redazione dichiarazione di presenza di conflitto interesse secondo il la normativa vigente 	ALTO	N° supervisioni/N°i spezioni Coerenza evidenze on site/Coerenza controlli effettuati	Almeno 2%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
					N° sopralluoghi con almeno due operatori/N° sopralluoghi	100%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
					Compilazione ceck list	100%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
						100%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
5.	Gestione Allerta sanitari	Favorire un commerciante ritardando il ritiro merce	Normativa stringente (24 ore)	BASSO	Audit	Relazione sui risultati degli audit	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

ALLEGATO 1 – SCHEDE TRATTAMENTO DEL RISCHIO PER UNITA' ORGANIZZATIVA

13.15 Dipartimento di Prevenzione Igiene e sanità pubblica							
	Processo/ Attività	Rischio potenziale	MISURE di TRATTAMENTO	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
1.	Sopralluogo ambienti di vita per Problemi Sanitari generalmente su esposti	Falsa attestazione	- Sopralluogo con almeno due operatori - Rotazione sulla struttura - Rotazione fra le coppie	ALTO	Rispetto della rotazione	Relazione sulla rotazione	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
2.	Autorizzazioni sanitarie	Falsa attestazione	- Sopralluogo con almeno due operatori - Rotazione sulla struttura - Rotazione fra le coppie	ALTO	Audit	Relazione sui risultati degli audit	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
3.	Controllo esercizi e strutture soggette a vigilanza	Falsa attestazione	- Sopralluogo con almeno due operatori - Rotazione sulla struttura - Rotazione fra le coppie - Redazione dichiarazione di presenza di conflitto interesse secondo il la normativa vigente	ALTO	Rispetto della rotazione	Relazione sulla rotazione Dichiarazione di assenza conflitto interessi	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
4.	Pareri preventivi nuovi insediamenti produttivi NIP	Falsa attestazione	- Parere congiunto con altri servizi del DIP (MDL) - Rotazione dei tecnici - Controllo del Responsabile del servizio	MEDIO	Rispetto della rotazione	100 %	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
5.	Rilascio pareri, opere pubbliche, regolamenti comunali	Falsa attestazione	- Atto sottoscritto dal tecnico e dal dirigente - Atto tecnico con normativa stringente - Redazione dichiarazione di presenza di conflitto interesse secondo il la normativa vigente	MEDIO	Audit	Relazione sui risultati degli audit	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
6.	Sopralluogo segnalazioni relative alla presenza di coperture in eternit	Falsa attestazione	- Sopralluogo con almeno due operatori - Rotazione sulla struttura - Rotazione fra le coppie - Delibera regionale	MEDIO	Rispetto della rotazione	Relazione sulla rotazione	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

ALLEGATO 1 – SCHEDE TRATTAMENTO DEL RISCHIO PER UNITA' ORGANIZZATIVA

13.15 Dipartimento di Prevenzione Igiene e sanità pubblica							
	Processo/ Attività	Rischio potenziale	MISURE di TRATTAMENTO	Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
7.	Indagini su delega della magistratura	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> - Sopralluogo con almeno due operatori - Rotazione fra le coppie - Confronto continuo durante lo svolgimento delle indagini con il responsabile e tra gli operatori - Rispetto procedure regionali 	ALTO	Rispetto della rotazione	Relazione sulla rotazione	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
8.	Archiviazione schede di morte	Nessun rischio potenziale rilevato	Controllo random schede archiviate	MEDIO	Nessuno	Nessuno	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
9.	Ordine acquisto vaccini	Alterazione del fabbisogno	Controllo dei quantitativi richiesti in base ai dati statistici	ALTO	Vaccini ordinati nell'anno- Vaccini ordinati nell'anno precedente	Relazione scostamento sullo	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

ALLEGATO 1 – SCHEDE TRATTAMENTO DEL RISCHIO PER UNITA' ORGANIZZATIVA

13.16 Dipartimento di Prevenzione SPISAL							
	Processo/ Attività	Rischio potenziale		Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
1.	Attività di vigilanza	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> - Sopralluogo con almeno due operatori; - Rotazione fra le coppie - Dichiarazione di non coinvolgimento; - Adozione percorsi proceduralizzati, anche a livello regionale, che prevedano la verifica da parte del responsabile di Servizio (Qualità ed accreditamento) - Interlocuzione con i diversi soggetti della prevenzione aziendale - Verifica omogeneità % di sanzioni su ispezioni 	ALTO	Percentuale n° Sopralluoghi in due rispetto al totale	80%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
2.	Attività di Igiene industriale	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> - Sopralluogo con almeno due operatori - Rotazione fra le coppie - Dichiarazione di non coinvolgimento (da sottoscrivere con riferimento alle situazioni di incompatibilità con obbligo di astensione di cui all'art. 7 DPR 62/13 da dettagliare entro il 31.03.16) - Effettuazione incontri periodici di servizio e di gruppi di lavoro - Adozione percorsi proceduralizzati a livello regionale (Qualità ed accreditamento) - Interlocuzione con i diversi soggetti della prevenzione aziendale (RLS) 	BASSO	Percentuale n° Sopralluoghi in due rispetto al totale	80%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

ALLEGATO 1 – SCHEDE TRATTAMENTO DEL RISCHIO PER UNITA' ORGANIZZATIVA

13.16 Dipartimento di Prevenzione SPISAL							
	Processo/ Attività	Rischio potenziale		Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
3.	Pareri preventivi nuovi insediamenti produttivi NIP	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> - Parere congiunto con altri servizi del DIP (ISP) - Rotazione degli operatori - Dichiarazione di non coinvolgimento (da sottoscrivere con riferimento alle situazioni di incompatibilità con obbligo di astensione di cui all'art. 7 DPR 62/13 da dettagliare entro il 31.03.16) - Controllo del Responsabile del servizio 	BASSO	Rispetto della rotazione	100 %	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
4.	Inchieste su infortuni d'iniziativa e su delega AG	Falsa/omessa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> - Inchiesta effettuata da almeno due operatori - Rotazione fra le coppie - Dichiarazione di non coinvolgimento (da sottoscrivere con riferimento alle situazioni di incompatibilità con obbligo di astensione di cui all'art. 7 DPR 62/13 da dettagliare entro il 31.03.16) - Confronto continuo durante lo svolgimento delle indagini con il responsabile e tra gli operatori - Adozione percorsi proceduralizzati, anche a livello regionale, che prevedano la verifica da parte del responsabile di Servizio (Qualità ed accreditamento) 	BASSO	Percentuale n° inchiesta in due rispetto al totale	80%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti
					Verifica della corrispondenza dell'applicazione e della procedura "indagine infortunio sul lavoro" sul 50% del totale dei casi, da parte del Dirigente e del coordinatore tecnico	100%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

ALLEGATO 1 – SCHEDE TRATTAMENTO DEL RISCHIO PER UNITA' ORGANIZZATIVA

13.16 Dipartimento di Prevenzione SPISAL							
	Processo/ Attività	Rischio potenziale		Grado rischio	Indicatore	Monitoraggio e valutazione	tempistica
5.	Inchiesta su malattie professionali d'iniziativa o su delega AG	Falsa/omessa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> - Rotazione degli operatori sulle aziende tuttora esistenti oggetto di indagine, in caso di più indagini sulla stessa azienda nell'arco di due anni. - Dichiarazione di non coinvolgimento (da sottoscrivere con riferimento alle situazioni di incompatibilità con obbligo di astensione di cui all'art. 7 DPR 62/13 da dettagliare entro il 31.03.16) - Confronto continuo durante lo svolgimento delle indagini con il responsabile e tra gli operatori 	BASSO	Percentuale n° inchieste sulla stessa azienda nell'arco di due anni effettuate da operatori diversi	80%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 24 mesi precedenti
6.	Esame Riscorsi ex art. 41 D.Lgs. 81/08	Falsa attestazione	<ul style="list-style-type: none"> - Esame ricorso in ambito collegiale (almeno 2 operatori) - Dichiarazione di non coinvolgimento (da sottoscrivere con riferimento alle situazioni di incompatibilità con obbligo di astensione di cui all'art. 7 DPR 62/13 da dettagliare entro il 31.03.16) 	BASSO	N° ricorsi esaminati in collegiale	100%	Relazione entro il 30/11 di ogni anno per i 12 mesi precedenti

PAGINA LASCIATA INTENZIONALMENTE VUOTA