

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

31/03/2021, n. 595

Il Direttore generale di questa Azienda ULSS dott. Francesco Benazzi, nominato con D.P.G.R. n. 21 del 26 febbraio 2021, coadiuvato da:

Direttore amministrativo F.F.
Direttore sanitario
Direttore dei servizi socio-sanitari F.F.

- Dott. Leandro De Diana
- Dott. Livio Dalla Barba
- Dott. Franco Moretto

ha adottato la seguente deliberazione:

OGGETTO

ADOZIONE DEL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA DELL'AZIENDA ULSS N. 2 MARCA TREVIGIANA PER IL TRIENNIO 2021 - 2023

OGGETTO: ADOZIONE DEL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA DELL'AZIENDA ULSS N. 2 MARCA TREVIGIANA PER IL TRIENNIO 2021 - 2023

Relazione del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

La legge 6 novembre 2012, n. 190, all'art. 1, co. 8, stabilisce che le pubbliche amministrazioni adottino, su proposta del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT), entro il 31 gennaio di ogni anno, il Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) e ne cura la trasmissione all'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC).

Con un comunicato del 2 dicembre 2020, in considerazione dell'emergenza sanitaria da Covid-19, il Consiglio dell'Autorità ha deliberato di differire al 31 marzo 2021 il termine ultimo per la predisposizione e la pubblicazione dei Piani triennali per la prevenzione della corruzione e la trasparenza 2021-2023.

Il PTPCT, in quanto atto programmatico, non costituisce un insieme astratto di previsioni e misure, ma tende alla loro concreta attuazione in modo coordinato rispetto al contenuto di tutti gli altri strumenti di programmazione e soprattutto rispetto al Piano della Performance. Si tratta, quindi, di un documento dinamico, che si evolve con l'evolversi della strategia di prevenzione della corruzione.

Come previsto dall'art. 1, co. 2-bis, della legge 6 novembre 2012, n. 190, nel Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), l'Autorità fornisce indicazioni alle pubbliche amministrazioni, ai fini dell'adozione dei Piani triennali di prevenzione della corruzione e della trasparenza e coordina l'attuazione delle strategie ai fini della prevenzione e del contrasto alla corruzione e all'illegalità nella pubblica amministrazione.

Dal 2013 al 2018 sono stati adottati due PNA e tre aggiornamenti ai PNA.

Il primo PNA è stato adottato con delibera Civit n. 72/2013.

A seguito delle modifiche organizzative e delle funzioni di ANAC, previste nel decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, l'Autorità, con determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015, ha approvato un Aggiornamento del PNA 2013, esaminando – tra l'altro - le cause, i rischi e le misure di prevenzione specifiche nel settore dei contratti pubblici e della sanità.

Con il PNA 2016, adottato con determinazione n. 831 del 3 agosto 2016, l'ANAC ha elaborato un nuovo Piano, sviluppando la metodologia di affiancare ad una parte generale, in cui sono affrontate questioni di impostazione sistematica dei PTPCT, approfondimenti tematici - anche relativi alla sanità - in cui analizzare, in relazione alle specifiche peculiarità, possibili rischi corruttivi e ipotesi di misure organizzative e di contrasto al fenomeno

Con gli Aggiornamenti PNA 2017 e PNA 2018, adottati rispettivamente con delibera n. 1208 del 22 novembre 2017 e con delibera n. 1074 del 21 novembre 2018, l'Autorità ha dato conto degli elementi di novità previsti dal d. lgs. 25 maggio 2016, n. 97 per formulare indicazioni operative nella predisposizione dei PTPCT.

L'ANAC, infine, con delibera n. 1064 del 13 novembre 2019, ha adottato il PNA 2019, con cui ha rivisto e consolidato in un unico atto di indirizzo tutte le indicazioni date fino ad oggi, integrandole con orientamenti maturati nel corso del tempo. L'Autorità ha precisato che si intendono superate le indicazioni contenute nelle parti generali dei PNA e negli aggiornamenti fino ad oggi adottati. Il PNA 2019 contiene rinvii continui a delibere dell'Autorità che, ove richiamate, si intendono parte integrante del PNA stesso.

Il PTPCT 2020 - 2022 dell'Azienda è stato posto in consultazione pubblica on line sul sito internet istituzionale il 20 gennaio 2021, al fine di acquisire eventuali proposte ed osservazioni sul documento, da inviare entro il 20 febbraio 2021. Entro la predetta data non sono pervenuti contributi.

CONSIDERATO quanto sopra, in adempimento alla vigente normativa, si propone di adottare l'allegato Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza per il triennio 2021 – 2023, predisposto dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza. Il predetto piano si colloca in un'ottica di continuità con i piani dei precedenti anni e in progressivo allineamento con le prescrizioni del PNA 2019.

CONSIDERATO altresì che si rende necessario individuare il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, ai sensi dell'art. 1, comma 7, della legge 6 novembre 2012, n. 190, come modificato dal d. lgs. 25 maggio 2016, n. 97, che ha unificato in capo ad un solo soggetto l'incarico di RPCT e che tale incarico presuppone adeguata conoscenza del funzionamento dell'amministrazione e deve essere conferito, preferibilmente, a dirigenti non assegnati ad uffici che svolgano attività di gestione e di amministrazione attiva, o che svolgano attività nei settori più esposti al rischio corruttivo;

VISTE le Leggi Regionali 14 settembre 1994, n. 55 e n. 56;

VISTO l'art. 3, comma 6, del D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la Legge 6 novembre 2012, n. 190.

IL DIRETTORE GENERALE

VISTA la suesposta relazione;

CONDIVISE le motivazioni in essa indicate e fatta propria la proposta del succitato Dirigente proponente;

ACQUISITO il parere favorevole del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore dei Servizi Socio-Sanitari, per le parti di rispettiva competenza;

DELIBERA

1. di adottare il Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana per il triennio 2021 – 2023, allegato alla presente deliberazione per costituirne parte integrante;
2. di demandare a ciascun Referente della prevenzione, come individuato nel Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza per il triennio 2021 – 2023, gli adempimenti in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
3. di confermare per l'anno 2021 come Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana l'ing. Mirko Mazzucco, Responsabile dell'UOSD innovazione e sviluppo organizzativo;

4. di confermare come Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana il dott. Giuseppe Magliocca, Direttore dell'UOC provveditorato;
5. di pubblicare il presente provvedimento sul sito istituzionale dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, nell'apposita sezione denominata "Amministrazione Trasparente";
6. di dare atto che il presente provvedimento diventa esecutivo dalla data di adozione.

U.O.C. Gestione risorse umane
U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale
U.O.C. Direzione Amministrativa di Ospedale
U.O.C. Economato e gestione logistica
U.O.C. Servizi tecnici e patrimoniali
U.O.S.D. Internal Auditing
Ufficio Relazioni con il Pubblico

REGIONE DEL VENETO



ULSS2
MARCA TREVIGIANA

PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana

Delibera del Direttore Generale n. 595 del 31 marzo 2021

INDICE

GLOSSARIO	4
1. LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE NELL'AZIENDA ULSS 2 MARCA TREVIGIANA	6
1.1 L'AZIENDA ULSS 2 MARCA TREVIGIANA	6
1.2 DEFINIZIONE DI CORRUZIONE E ASPETTI NORMATIVI	13
1.2.1 Definizione di Corruzione	13
1.2.2 Quadro normativo e provvedimenti ANAC	14
1.3 STRATEGIA PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLE PERFORMANCE AZIENDALI	16
1.3.1 Obiettivi nazionali, regionali e del PTPCT	16
1.3.2 Collegamento con il piano delle performance aziendali	17
1.4 LA GESTIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE	18
2. ORGANI DI RIFERIMENTO PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	21
2.1 IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (RPCT)	21
2.1.1 Compiti e poteri del RPCT	21
2.1.2 Responsabilità del RPCT	23
2.2 I REFERENTI DELLA PREVENZIONE	23
2.2.1 Funzioni dei referenti del responsabile della prevenzione della corruzione	23
2.3 IL RESPONSABILE DELL'ANAGRAFE PER LA STAZIONE APPALTANTE (RASA)	27
2.4 INTERNAL AUDITING E ANTICORRUZIONE	27
2.5 UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI (UPD)	28
2.6 ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE (OIV)	29
2.7 PROCESSO DI ADOZIONE E COMUNICAZIONE DEL PTPCT	30
2.7.1 Data e documento di approvazione del Piano da parte degli organi di indirizzo politico-amministrativo	30
2.7.2 Individuazione degli attori interni all'amministrazione che hanno partecipato alla predisposizione del Piano nonché dei canali e degli strumenti di partecipazione	30
2.7.3 Individuazione degli attori esterni all'amministrazione che hanno partecipato alla predisposizione del Piano nonché dei canali e degli strumenti di partecipazione	30
2.7.4 Indicazione di canali, strumenti e iniziative di comunicazione dei contenuti del Piano	31
3. LA GESTIONE DEI RISCHI DI CORRUZIONE	32
3.1 ANALISI DEL CONTESTO	32
3.1.1 Analisi del contesto esterno	32
3.1.2 Analisi del contesto interno e mappatura dei processi individuati ed identificazione dei relativi rischi (aree generali e specifiche di rischio)	41
3.2 IDENTIFICAZIONE, ANALISI E PONDERAZIONE DEL RISCHIO	46

3.3 TRATTAMENTO DEL RISCHIO: MISURE SPECIFICHE E AZIONI DI MIGLIORAMENTO	48
3.4 MONITORAGGIO E RIESAME, COMUNICAZIONE E CONSULTAZIONE DEL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO	49
4. MISURE GENERALI PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE	53
4.1 LA FORMAZIONE	53
4.2 LA ROTAZIONE ORDINARIA DEL PERSONALE	55
4.3 LA ROTAZIONE STRAORDINARIA DEL PERSONALE	58
4.4 I CODICI DI COMPORTAMENTO	59
4.5 IL CONFLITTO DI INTERESSI	60
4.6 INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ DEGLI INCARICHI	64
4.7 PREVENZIONE DEL FENOMENO DELLA CORRUZIONE NELLA FORMAZIONE DI COMMISSIONI E NELLE ASSEGNAZIONI AGLI UFFICI IN CASO DI CONDANNA PENALE	66
4.8 SVOLGIMENTO DI INCARICHI DI UFFICIO – ATTIVITÀ ED INCARICHI EXTRA ISTITUZIONALI	67
4.9 SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ SUCCESSIVE ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO (c.d. <i>Pantouflage – revolving doors</i>)	68
4.10 TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO (C.D. WHISTLEBLOWER)	69
4.11 PATTI DI INTEGRITÀ	70
4.12 AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONI RAPPORTO CON LA SOCIETÀ CIVILE	72
4.13 PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITÀ (PAC)	73
5. PIANO AZIENDALE PER LA TRASPARENZA	74
5.1 LA TRASPARENZA E GLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	74
5.2 RAFFORZAMENTO TRASPARENZA E ACQUISTI	76
5.3 ACCESSO CIVICO	78
6. PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA NEGLI ENTI DI DIRITTO PRIVATO	80
7. COINVOLGIMENTO DEGLI ATTORI E MONITORAGGIO DEL PTPCT	81
8. ALLEGATI	84

GLOSSARIO

ANAC = Autorità Nazionale Anticorruzione

AUSA = Anagrafe Unica Stazioni Appaltanti

BDNCP = Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici

CAD = Codice dell'Amministrazione Digitale

CIG = Codice Identificativo Gara

CRSA = Control Risk Self-Assessment

CUP = Codice Unico di Progetto

FAD = Formazione a Distanza

ISO = Organizzazione internazionale per la normazione

LEA = Livelli Essenziali di Assistenza

OIV = Organismo Indipendente di Valutazione (ex art. 14 D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150)

OPRVE = Osservatorio Prezzi Regionali del Veneto

MMG = Medici di Medicina Generale

PNA = Piano Nazionale Anticorruzione

PA = Pubblica Amministrazione

PPA = Piano delle Performance Aziendale

PAC = Percorso Attuativo di Certificabilità

PAF = Piano Annuale della Formazione

PLS = Pediatri di Libera Scelta

PTPCT = Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza

RASA = Responsabile Anagrafe Stazione Appaltante

RPCT = Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

RPD = Responsabile Protezione Dati

SIMOG = Sistema Informativo Monitoraggio Gare

ULSS = Unità Locale Socio Sanitaria

UOC = Unità Operativa Complessa

UOD = Unità Operativa Dipartimentale

UOSD = Unità Operativa Semplice a valenza Dipartimentale

UPD = Ufficio Procedimenti Disciplinari

ATTIVITÀ/AZIONI (DI MIGLIORAMENTO) = sono compiti, interventi, azioni specifiche eseguite al fine di raggiungere gli obiettivi assegnati alla struttura.

INDICATORE = rappresenta una grandezza, un valore assoluto o relativo, volto a favorire la rappresentazione di un fenomeno relativo alla gestione aziendale e meritevole di attenzione da parte di stakeholder interni (amministratori, management) o esterni (cittadini, associazioni, altri enti, ecc.).

MISSIONE = identifica la ragione d'essere e l'ambito in cui l'organizzazione opera in termini di politiche e azioni perseguite. La missione rappresenta l'esplicitazione dei capisaldi strategici fondamentali che guidano la selezione degli obiettivi che l'organizzazione intende perseguire attraverso il proprio operato.

CONTROLLO/ MISURA DI TRATTAMENTO (O PREVENZIONE) = si intende un'azione o attività che viene eseguita per trattare o prevenire uno o più rischi.

OBIETTIVO STRATEGICO E OPERATIVO = è la descrizione di un traguardo che l'organizzazione si prefigge di raggiungere per eseguire con successo i propri indirizzi. L'obiettivo è espresso attraverso una descrizione sintetica e deve essere misurabile, realizzabile e raggiungibile. Gli obiettivi di carattere strategico fanno riferimento ad orizzonti temporali pluriennali e presentano un elevato grado di rilevanza, richiedendo uno sforzo di pianificazione per lo meno di medio periodo. Gli obiettivi operativi declinano l'orizzonte strategico nei singoli esercizi (in genere annuali), rientrando negli strumenti di natura programmatica delle attività delle amministrazioni. Ciò indipendentemente dai livelli organizzativi cui tali obiettivi fanno capo.

PERFORMANCE = è il risultato che un'entità (individuo, gruppi di individui, unità organizzativa, organizzazione, programma) ottiene attraverso la propria azione contribuendo al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita.

STAKEHOLDER (O PORTATORE DI INTERESSI) = è un qualsiasi individuo o gruppo di individui (stakeholders) che può influenzare o essere influenzato dall'ottenimento degli obiettivi da parte dell'organizzazione stessa. Gli stakeholders possono essere sia interni che esterni rispetto ai confini di ogni singola organizzazione e possono essere portatori di diritti e di interessi. Sono interessati a ricevere informazioni sulle attività e sono coinvolti direttamente nel Piano della Trasparenza.

TRATTAMENTO DEL RISCHIO = rappresenta la decisione su come trattare i rischi. Le possibili strategie sono: il trasferimento del rischio a terze parti, l'eliminazione del rischio, la mitigazione, ossia la riduzione dell'effetto negativo ed infine l'accettare in parte o totalmente le conseguenze di un particolare rischio.

WHISTLEBLOWER = si riferisce al dipendente che effettua segnalazioni di illecito.

1. LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE NELL'AZIENDA ULSS 2 MARCA TREVIGIANA

1.1 L'AZIENDA ULSS 2 MARCA TREVIGIANA

Nel contesto dell'elaborazione del nuovo Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2021 - 2023 va prioritariamente considerata l'approvazione della L. R. del Veneto 25 ottobre 2016 n. 19, *"Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto – Azienda Zero". Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS"*. La Regione del Veneto ha avviato una radicale trasformazione dell'assetto delle aziende socio sanitarie del Veneto riducendone innanzitutto il numero (da 21 a 9 aziende). La costituzione dell'Azienda Zero risponde all'esigenza di operare una forte semplificazione e razionalizzazione del sistema, trasferendo le attività di natura gestionale dall'amministrazione regionale a questo nuovo ente del servizio socio sanitario regionale, il quale assorbirà anche una quota rilevante delle attività tecnico amministrative prima replicate in tutte le aziende ULSS.

La nuova impostazione ha quindi un impatto importantissimo su tutta l'organizzazione del sistema sanitario regionale e in particolare delle aziende in termini di risorse, mezzi e prestazioni, tanto da riconsiderare l'analisi del contesto aziendale nella nuova veste provinciale. In particolare, a partire dal 1° gennaio 2017 l'Azienda ULSS n. 9 di Treviso ha modificato la propria denominazione in "Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana", ed ha incorporato le sopresse ULSS n.7 Pieve di Soligo e ULSS n. 8 Asolo.

L'organico dell'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana al 31/12/2020 è pari a 9.332 unità, di cui il 68,5% con ruolo sanitario, il 23,1% con ruolo tecnico, il 8,3% con ruolo amministrativo e il 0,1% con ruolo professionale. L'Azienda si estende per un totale di 2.497 Km² ed è popolata, al 01/01/2020, da un totale di 888.309 abitanti, di cui il 10,2% di cittadinanza straniera.

Il territorio dell'Azienda, che comprende 94 Comuni, è articolato su 4 Distretti socio-sanitari che rappresentano le strutture di riferimento per le cure primarie vicine ai luoghi di vita dei cittadini: Distretto Treviso Nord, Distretto Treviso Sud, Distretto Asolo, Distretto Pieve di Soligo. L'ambito territoriale risulta pertanto suddiviso come in

Figura 1



Figura 1: Comuni afferenti al territorio aziendale

Il ruolo del Distretto è stato nel tempo consolidato, infatti nella visione adottata dalla Regione Veneto e confermata con la L.R. del 28 dicembre 2018 n. 48 che ha approvato il Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023 (PSSR), ci si riferisce ad un Distretto “forte”; il Distretto socio-sanitario è l’articolazione dell’Azienda quale organizzazione che opera nel campo della solidarietà sociale, dell’assistenza e della riabilitazione, finalizzata a realizzare l’integrazione tra i diversi servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni socio-sanitari della popolazione. L’integrazione si intende riferita anche agli ambiti istituzionali (es. Comuni), e altri soggetti quali organizzazioni di volontariato, cooperative e ONLUS che hanno un impatto sempre crescente nell’erogazione dell’assistenza nelle varie aree quali: anziani, disabili, salute mentale, dipendenze, area materno-infantile.

Afferiscono al livello distrettuale le seguenti attività:

- assistenza medica primaria (medicina/pediatria di famiglia, continuità assistenziale);
- assistenza infermieristica;
- assistenza sociale;
- assistenza domiciliare e assistenza domiciliare integrata;
- cure palliative;
- assistenza consultoriale per la promozione e la tutela dell’infanzia e della famiglia, compresi la mediazione, l’affido e l’adozione;
- assistenza neuropsichiatrica e psicologica infantile e adolescenziale;
- assistenza scolastica e inserimento lavorativo per persone disabili, con dipendenza patologica e con sofferenza mentale;

- assistenza residenziale e semiresidenziale nelle aree della disabilità, delle dipendenze, della salute mentale e dell'età evolutiva;
- assistenza residenziale, semiresidenziale ed intermedia per adulti-anziani non autosufficienti;
- assistenza farmaceutica;
- assistenza specialistica territoriale;
- riabilitazione;
- assistenza protesica;
- assistenza penitenziaria;
- azioni di supporto nell'ambito della prevenzione delle malattie e della promozione della salute.

L'azienda è impegnata nello sviluppo dell'integrazione tra ospedale e territorio favorendo la presa in carico del paziente fragile attraverso:

- il potenziamento della Centrale Operativa Territoriale (COT)
- l'attivazione di strutture per l'assistenza extra-ospedaliera (Strutture di Ricovero Intermedie)

A settembre 2020 è stato attivato nell'area del presidio ospedaliero Ca' Foncello di Treviso un Ospedale di Comunità che dispone di 28 posti letto ed è destinato ad accogliere i pazienti che richiedono una bassa intensità di cura, stabilizzati dal punto di vista clinico, che necessitano di assistenza continuativa non erogabile a domicilio.

Tra le scelte strategiche della programmazione aziendale risulta fondamentale il potenziamento e il consolidamento dell'offerta territoriale, la sinergia virtuosa tra Ospedale e Territorio, l'avvio di politiche di integrazione professionale, l'appropriatezza clinica ed organizzativa.

Per l'Assistenza Primaria la Regione Veneto ha adottato atti di indirizzo per l'evoluzione verso la medicina di iniziativa orientata alla "promozione attiva" della salute, alla responsabilizzazione del cittadino verso la propria salute, al coinvolgimento delle risorse personali e sociali, alla gestione di percorsi assistenziali e alla continuità delle cure.

L'associazionismo della Medicina Generale (Rete, Gruppo, Medicina di gruppo Integrata), fino al livello più avanzato costituito ad oggi dalle Medicine di Gruppo Integrate, rappresenta la modalità più diffusa e funzionale di erogazione dell'assistenza primaria territoriale. Nel nuovo contesto organizzativo dell'Azienda ULSS n. 2 è stato elaborato un Piano di sviluppo delle cure primarie tenendo conto delle specificità geografiche, demografiche, dei servizi socio-sanitari attivi e dell'esperienza maturata dalla Medicina Convenzionata tramite i Patti aziendali e lo sviluppo delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) nel territorio della Marca Trevigiana.

Ad oggi nell'ULSS n. 2 Marca Trevigiana sono attive 10 Medicine di Gruppo Integrate (MGI) distribuite uniformemente sul territorio aziendale in modo tale da garantire un'equità di accesso alla popolazione (Figura 2).

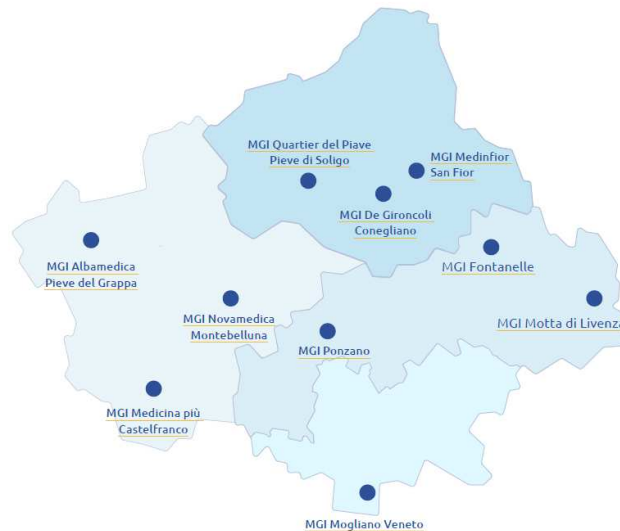


Figura 2: Numero di MGI IN ULSS2

L’Ospedale è la Struttura tecnico-funzionale mediante la quale l’Azienda assicura nel proprio bacino territoriale l’erogazione dell’assistenza ospedaliera corrispondente ai livelli essenziali di assistenza stabiliti dalle norme nazionali e regionali, in modo unitario ed integrato con gli altri servizi sanitari e socio sanitari in conformità alla pianificazione sanitaria regionale, comprendendo anche attività di formazione e di ricerca. La L.R. n. 23 del 29 giugno 2012 identifica l’ospedale come “il luogo di cura dedicato alla sola fase acuta del percorso assistenziale”. L’Ospedale per acuti è quindi la struttura aziendale in cui vengono erogate prestazioni di ricovero relative a pazienti con patologie in fase acuta o nell’immediata fase di post-acuzie ed è orientato ad un modello basato su livelli di intensità delle cure. Nell’ospedale per acuti vengono collocate anche attività di riabilitazione e le attività ambulatoriali specialistiche di secondo livello, la cui erogazione sia legata o ad attività di monitoraggio del paziente nella logica della presa in carico o ad esecuzione di prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche di particolare complessità.

Come confermato dal PSSR 2019-2023, il modello “Hub and Spoke” rimane la struttura portante dell’organizzazione dell’assistenza ospedaliera.

Questo modello prevede la concentrazione della casistica più complessa, o che richiede più complessi sistemi produttivi, in un numero limitato di centri (Hub) che trattino volumi di attività tali da garantire la migliore qualità dell’assistenza erogata e il migliore utilizzo delle risorse organizzative disponibili. L’attività di tali centri è fortemente integrata attraverso connessioni funzionali con quella dei centri periferici (Spoke) che assicurano l’assistenza per la casistica residua.

In questa ottica la Regione Veneto definisce due livelli a seconda delle funzioni da garantire:

- Ospedali di riferimento provinciale: devono disporre di specialità di base e medio livello per il territorio di riferimento e la presenza di alte specialità per un territorio più ampio costituendo centri hub;
- Presidi ospedalieri di rete: hanno dotazione minima composta da pronto soccorso e specialità di base e di media complessità assicurati in rete con il precedente livello, costituendo centri spoke.

Oltre ai due livelli sopradescritti sono previste strutture per acuti integrative della rete anche ad indirizzo monospecialistico, denominate “ospedali nodi della rete” che possono avere il servizio di

emergenza-urgenza. Per gli ospedali monospecialistici si potranno prevedere forme gestionali anche di diritto privato.

La programmazione regionale (DGR n. 614 del 14.05.2019) prevede i seguenti ospedali per l'esercizio della funzione ospedaliera nel territorio dell'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana:

- Ospedale Hub di riferimento: Treviso;
- Presidio ospedaliero unico di rete con due sedi: Conegliano e Vittorio Veneto;
- Presidio ospedaliero unico di rete con due sedi: Castelfranco e Montebelluna;
- Ospedale Nodo di Rete: Oderzo;
- Struttura Riabilitativa mono-specialistica Ospedale Motta di Livenza.

Sono inoltre presenti nel territorio dell'Azienda ULSS n. 2 le seguenti strutture private accreditate con compiti complementari e di integrazione all'interno della rete ospedaliera regionale:

- C.C. Giovanni XXIII;
- O.CL. San Camillo;
- Struttura Riabilitativa mono-specialistica IRCCS "Medea" Istituto La Nostra Famiglia sede di Conegliano e sede di Pieve di Soligo;
- Struttura mono-specialistica di Riabilitazione Psichiatrica C.C. Park Villa Napoleon.

L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana collabora con gli ospedali privati accreditati stipulando accordi secondo principi di trasparenza, sviluppo della qualità, ricerca dell'appropriatezza, implementazione di una rete complessiva di accesso alle prestazioni.

Gli ospedali dell'Azienda Ulss n. 2 Marca Trevigiana articolano la propria organizzazione interna secondo le Unità Operative stabilite dalla programmazione regionale. La DGRV n. 614 del 14 maggio 2019 prevede un totale complessivo di 2.390 posti letto di cui n. 1.003 del P.O. Hub di Treviso, n. 182 del P.O. di Oderzo, n. 174 per il P.O. di Motta di Livenza, n. 314 per il P.O. di Conegliano, n. 225 del P.O. Vittorio Veneto, n. 189 per il P.O. di Castelfranco e n. 303 per il P.O. di Montebelluna.

Con DGRV n. 1635/2016 la Regione Veneto ha disposto di sviluppare la capacità operativa dello IOV-IRCCS attraverso "l'utilizzo dedicato di una parte dell'edificio ove insiste l'Ospedale di Castelfranco Veneto", di fatto ampliando la Rete Oncologica Veneta prevista dalla L.R. 23/2012 e confermata nel PSSR 2019-2023.

Per quel che concerne l'assistenza specialistica, nell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana le prestazioni ambulatoriali dei LEA sono erogate da poliambulatori ospedalieri e territoriali e da un totale di 17 strutture private accreditate. I Poliambulatori comprendono molteplici sedi operative distribuite su tutto il territorio aziendale; in tali sedi vengono erogate prestazioni nell'ambito di 14 branche specialistiche. L'attività dei medici specialisti è garantita anche esternamente presso alcune strutture residenziali pubbliche e private, la Casa Circondariale e, in casi selezionati, a domicilio del paziente.

Con Delibera del Direttore Generale n. 2198 del 12 novembre 2019 è stato adottato il Piano Attuativo Aziendale di Governo delle Liste di Attesa dell'Azienda Ulss2 Marca trevigiana, recependo quanto disposto dalla DGRV n. 1164 del 06 agosto 2019 di approvazione del Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa (PRGLA) e indicando una serie di attività necessarie per garantire i tempi massimi previsti sia per le prestazioni specialistiche ambulatoriali che ospedaliere, ai sensi della normativa sopra citata.

Nell'anno 2020 l'Azienda per alcuni mesi ha dovuto sospendere e rivedere l'erogazione dell'assistenza specialistica in conseguenza del rischio sanitario. Dopo la prima fase emergenziale primaverile la Regione ha indirizzato le aziende sanitarie verso il recupero dell'attività ordinaria emanando la Deliberazione della Giunta Regionale n. 1329 dell'8 settembre 2020 "Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa. Art. 29, comma 9, decreto legge 14 agosto 2020, n. 104".

In sintesi nel Piano Operativo Regionale vengono confermate le azioni già poste in essere dalla Regione per il governo delle liste d'attesa, vengono ripartite per ciascuna Azienda del Servizio Sanitario Regionale le risorse assegnate alla Regione dall'art. 29 del D.L. n. 104/2020 e viene attivato il monitoraggio mensile sull'attuazione del Piano stesso al fine di valutare eventuali azioni migliorative.

È stato inviato in Regione un primo avanzamento del piano a novembre 2020 nel quale si evidenziava un sostanzioso rientro delle prestazioni sospese. Si sottolineava però il nuovo aggravarsi dell'epidemia ed il recepimento delle indicazioni regionali per la sospensione dell'erogazione e prenotazione delle attività ambulatoriali in priorità D, P e controlli procrastinabili. L'Azienda sta ad oggi rispondendo alle richieste di prestazioni ambulatoriali sulla base delle indicazioni regionali, programmando per quanto possibile l'attività di recupero delle liste di attesa.

Un'altra struttura dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana è il Dipartimento di Prevenzione tramite il quale si garantisce la soddisfazione dei bisogni di salute dei cittadini e delle comunità mediante un sistema coordinato di azioni di prevenzione e di promozione della salute che accompagnano le persone in tutte le fasi e i contesti della vita, perché possano restare sane, attive e indipendenti anche nelle età più avanzate.

Il Dipartimento di Prevenzione sviluppa i propri interventi con un approccio intersettoriale e secondo i principi della evidence-based prevention, investendo non solo nelle aree tradizionali della prevenzione ma anche, sempre più attivamente, nella promozione della salute attraverso l'empowerment dei singoli e delle comunità, con l'impegno a ridurre quanto più possibile le disuguaglianze in salute.

Il Dipartimento di Prevenzione, all'interno della Azienda ULSS, è il nodo strategico di una rete che interconnette da un lato le Strutture, i Servizi e le Unità Operative aziendali e i medici e i pediatri di famiglia, dall'altro le strutture regionali di governo, tutte le istituzioni pubbliche regionali e locali ed i vari stakeholder, protagonisti della società civile e del mondo produttivo, impegnati nella promozione e nella tutela della salute dei cittadini e conseguentemente nello sviluppo sociale ed economico delle comunità.

Il Dipartimento di Prevenzione in concreto garantisce le seguenti funzioni e attività di prevenzione collettiva e sanità pubblica, anche a supporto dell'Autorità Sanitaria Locale:

- sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie inclusi i programmi vaccinali;
- tutela della collettività dai rischi sanitari negli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali e alla prevenzione dei traumi da incidenti stradali e domestici;
- sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, incluse l'educazione alla salute, la promozione di stili di vita sani, l'organizzazione di programmi di screening;
- sorveglianza, prevenzione e tutela della salute dei consumatori; sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- attività medico legali per finalità pubbliche; tutela della salute nelle attività sportive;

- sanità pubblica veterinaria che comprende: sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali e profilassi delle malattie infettive e parassitarie, igiene urbana veterinaria, farmacovigilanza veterinaria, igiene delle produzioni zootecniche, tutela igienica sanitaria degli alimenti di origine animale, osservazione epidemiologica.

Il Dipartimento di Prevenzione, in concreto, garantisce l'erogazione delle seguenti e attività di prevenzione collettiva e sanità pubblica, anche a supporto dell'Autorità Sanitaria Locale:

- Igiene e sanità pubblica;
- Prevenzione, igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro;
- Medicina dello sport;
- Medicina legale;
- Prevenzione e controllo malattie croniche;
- Sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare;
- Epidemiologia.

Il Dipartimento di Prevenzione coordina le proprie iniziative con l'Ospedale e il Distretto Socio-Sanitario, prevedendo anche il coinvolgimento di operatori di diverse discipline.

L'Azienda presenta inoltre un unico Dipartimento di Salute Mentale, un Dipartimento per le Dipendenze e un unico Dipartimento di Riabilitazione ospedale – territorio.

L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana partecipa con l'88,19% del capitale sociale della Società ORAS - Ospedale Riabilitativo di Motta di Livenza, avente ad oggetto la gestione dell'Ospedale di Alta Specializzazione per il recupero e la riabilitazione funzionale (RRF) di II livello (ex sperimentazione gestionale, ora società a controllo e partecipazione totalmente pubblica).

L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana è inoltre socio di due consorzi a partecipazione pubblica:

- Arsenà.IT (12% quota di partecipazione), Consorzio volontario delle 9 aziende sanitarie venete, delle 2 aziende ospedaliere, dell'Istituto Oncologico Veneto (IOV) e dell'Azienda Zero della Regione Veneto, che si configura come centro di competenza veneto per l'eHealth, che persegue il miglioramento dei processi sanitari e dell'assistenza offerta al cittadino in ottica di collaborazione interaziendale;
- Consorzio Coris (14,28% quota di partecipazione) che si propone di promuovere e sostenere la ricerca scientifica in senso lato, sia essa di base, traslazionale o clinica, in ambito sanitario e socio sanitario.

Nel 2020, per affrontare l'emergenza sanitaria che è stata dichiarata l'11 marzo 2020 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e il cui stato è stato prorogato con Decreto Legge del 7.10.2020 n. 125 fino al 31.01.2021 e con Delibera del Consiglio dei Ministri del 13.01.2021 ulteriormente fino al 30.04.2021, l'Azienda ULSS 2 ha dovuto modificare la propria organizzazione ponendo in essere alcuni interventi tra cui Potenziamento del Dipartimento di Prevenzione e attivazione del Gruppo Operativo a Risposta Rapida (GORR), Attivazione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), Sorveglianza Strutture Residenziali per Non Autosufficienti, Strutture Territoriali per Accoglienza pazienti COVID-19, Potenziamento della rete ospedaliera.

Inoltre, con Deliberazione del Direttore Generale n. 1851 del 29.10.2020, l'Azienda ULSS 2 ha previsto una serie di interventi strutturali ed impiantistici al fine di aumentare il numero dei posti letto disponibili.

Per quanto riguarda gli erogatori privati convenzionati, l'Azienda ha stipulato una convenzione con l'Ospedale di Zona San Camillo (Deliberazione del Direttore Generale n. 2163 del 4.12.2020 e n. 2409 del 28.12.2020) per l'accoglimento di pazienti affetti da COVID-19 sulla scorta della DGRV n. 552 del 5.5.2020.

Per ulteriori analisi sul contesto si rimanda al documento "Piano delle Performance 2021-2023 e Documento di Direttive 2021", approvato con delibera del Direttore Generale n. 107 del 28 gennaio 2021.

1.2 DEFINIZIONE DI CORRUZIONE E ASPETTI NORMATIVI

1.2.1 Definizione di Corruzione

La legge 6 novembre 2012, n. 190, recante "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*" (c.d. Legge Anticorruzione, di seguito anche Legge) ha introdotto nell'ordinamento giuridico italiano una disciplina generale volta a prevenire il fenomeno della corruzione nella Pubblica Amministrazione, rafforzando il rispetto dei principi di legalità, correttezza e trasparenza nell'esercizio delle funzioni da parte dei titolari di pubblici poteri. Il provvedimento legislativo è stato emanato in attuazione dell'art. 6 della Convenzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite contro la corruzione, adottata dall'Assemblea generale dell'ONU il 31 ottobre 2003 e ratificata dallo Stato Italiano con legge 3 agosto 2009 n. 116 recante "*Ratifica ed esecuzione della Convenzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite contro la corruzione, adottata dalla Assemblea generale dell'ONU il 31 ottobre 2003 con risoluzione n. 58/4, firmata dallo Stato italiano il 9 dicembre 2003, nonché norme di adeguamento interno e modifiche al codice penale e al codice di procedura penale*".

La predisposizione di un piano per la prevenzione e la repressione della corruzione rappresenta, quindi, l'occasione di adeguarsi alle migliori prassi internazionali introducendo nell'ordinamento ulteriori strumenti in grado di dare nuovo impulso alle politiche di prevenzione del fenomeno corruttivo nella direzione più volte sollecitato dal *Groupe d'Etats contre la Corruption* (GRECO) in seno al Consiglio d'Europa, dal *Working Group on Bribery* (WGB) e dal *Implementation Review Group* (IRG) per l'implementazione della Convenzione contro la corruzione delle Nazioni Unite

Il legislatore, a tal fine, ha considerato la "*corruzione*" nella sua accezione più ampia, ricomprendendo tutte quelle ipotesi in cui, nell'espletamento di un'attività amministrativa, il titolare abusi del potere che gli è stato attribuito al fine di ottenere un vantaggio privato.

Per "*corruzione*" in Azienda si intende, oltre al reato di corruzione e del complesso dei reati contro la pubblica amministrazione, anche la "*maladministration*", intesa come assunzione di decisioni devianti dalla cura dell'interesse generale o volti alla non evidente migliore amministrazione (spreco) delle risorse a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari. Sono inclusi quindi anche tutti quei comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la cura dell'interesse pubblico, danneggiano l'immagine dell'Azienda e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nell'imparzialità, nella trasparenza e nell'integrità dell'agire dell'Azienda.

Le situazioni rilevanti sono quindi evidentemente più ampie della fattispecie penalistica, che, come noto, è disciplinata negli artt. 318, 319 e 319 ter, 319 *quater* e 320 del c.p., infatti vengono considerate anche quelle circostanze che, a prescindere dalla rilevanza penale della singola fattispecie, evidenzino un malfunzionamento dell'amministrazione, derivante da un esercizio delle

funzioni pubbliche per finalità privatistiche, ovvero un inquinamento dell'azione amministrativa per azioni commissive o omissive, sia compiute che tentate.

La Legge Anticorruzione, in vigore dal 28 novembre 2012, ha articolato il processo di formulazione ed attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione su due livelli, per garantire un sistema di tutela uniforme a livello nazionale che preservi, al contempo, l'autonomia delle singole Amministrazioni nella predisposizione di misure efficienti ed efficaci. In particolare, a livello nazionale, è prevista l'adozione del Piano Nazionale Anticorruzione (di seguito anche PNA), inizialmente elaborato dal Dipartimento della Funzione Pubblica, oggi dall'Autorità nazionale anticorruzione (di seguito anche ANAC o Autorità); a livello decentrato, invece, è imposta la predisposizione di un Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (di seguito anche Piano) attraverso il quale ciascuna Amministrazione analizza e valuta i rischi specifici di corruzione, indicando i conseguenti interventi organizzativi volti a prevenirli.

Il presente documento, in particolare, costituisce il nuovo Piano triennale 2021-2023 che, in un'ottica di continuità con i documenti relativi al precedente triennio, tiene in considerazione le modifiche legislative intervenute e gli aggiornamenti dei PNA e delle linee guida adottate da ANAC.

1.2.2 Quadro normativo e provvedimenti ANAC

La legge 6 novembre 2012, n. 190 *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione”* definisce i compiti dell'ANAC e degli altri organi competenti a coordinare le misure di prevenzione e contrasto dell'illegalità e della corruzione in Italia. Qui di seguito sono sintetizzati i principali riferimenti normativi che ne sono il naturale completamento:

- L. 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i. recante *“Nuove norme sul procedimento amministrativo”*;
- D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, recante *“Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”*;
- D.Lgs. 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.”*;
- D.Lgs. 31 dicembre 2012, n. 235, recante *“Testo unico delle disposizioni in materia di incandidabilità e di divieto di ricoprire cariche elettive e di Governo conseguenti a sentenze definitive di condanna per delitti non colposi, a norma dell'articolo 1, co. 63, della legge 6 novembre 2012, n. 190”*;
- D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33, recante *“Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione dell'informazione da parte delle pubbliche amministrazioni”* (c.d. «Decreto Trasparenza»);
- D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39, recante *“Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190”* (c.d. «Decreto Incarichi»);
- D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, recante *“Regolamento recante Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo del 30 marzo 2001, n. 165”*;
- D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50, di adozione del nuovo Codice dei contratti pubblici;
- D.Lgs. 25 maggio 2016, n. 97, recante *“Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre*

2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7, della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”;

- L. 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”;
- L. 9 gennaio 2019, n. 3 “Misure per il contrasto dei reati contro la pubblica amministrazione, nonché in materia di prescrizione del reato e in materia di trasparenza dei partiti e movimenti politici”, contenente modifiche al codice penale e al codice di procedura penale, anche in materia di reati di corruzione contro la PA. Si segnala, a titolo esemplificativo, un inasprimento delle pene principali e accessorie per i reati di corruzione, un aumento della durata delle pene e l'introduzione di una causa di non punibilità per quanti collaborano spontaneamente con la giustizia prima di sapere di essere indagati ed entro 4 mesi dalla commissione del reato.

Di seguito si indicano le delibere dell'ANAC di adozione o aggiornamento dei PNA:

- delibera CIVIT n. 72 del 11 settembre 2013 “Approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione”;
- delibera ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 “Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione”;
- delibera ANAC n. 831 del 03 agosto 2016 “Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016”;
- delibera ANAC n. 1208 del 22 novembre 2017 “Approvazione definitiva dell'aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione”;
- delibera ANAC n. 840 del 2 ottobre 2018 a corretta interpretazione dei compiti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT);
- delibera ANAC n. 1074 del 21 novembre 2018 “Delibera n. 1074 del 21 novembre 2018 Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione”.
- delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019 “Delibera n. 1064 del 13 novembre 2019 Approvazione in via definitiva dell'Aggiornamento 2019 al Piano Nazionale Anticorruzione”.

Di seguito si indicano le principali delibere dell'ANAC in materia di anticorruzione:

- determinazione 28 aprile 2015, n. 6 “Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblower)”;
- protocollo di intesa del 21 aprile 2016 stipulato tra ANAC e Ministero della Salute e successivo atto integrativo del 26 luglio 2016 siglato anche dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas), che formalizza l'attività di verifica e monitoraggio dello stato di attuazione ed implementazione delle misure di trasparenza ed integrità e di prevenzione della corruzione da parte degli enti del Servizio Sanitario Nazionale in conformità al Piano Nazionale Anticorruzione – sezione sanità;
- delibera ANAC 3 agosto 2016 n. 833 con cui l'Autorità approva le “Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'A.N.A.C. in caso di incarichi inconferibili e incompatibili”;
- delibera ANAC 28 dicembre 2016 n. 1309, con la quale l'Autorità, d'intesa con il Garante per la protezione dei dati personali, ha adottato le “Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5, co. 2, del decreto legislativo n. 33/2013.” Tali linee guida hanno lo scopo di definire le esclusioni e i limiti all'accesso civico a dati/informazioni/documenti non oggetto di pubblicazione obbligatoria disciplinato dagli articoli 5 e 5 bis del decreto trasparenza;

- delibera ANAC 28 dicembre 2016 n. 1310, con cui l’Autorità approva in via definitiva le *“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 8 marzo 2017, n. 241 *“Linee guida recanti indicazioni sull’attuazione dell’art. 14 del D.Lgs. 33/2013 «Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali» come modificato dall’art. 13 del D.Lgs. 97/2016”*;
- delibera ANAC 29 marzo 2017, n. 328 concernente il *“Regolamento sull’esercizio dell’attività di vigilanza in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi nonché sul rispetto delle regole di comportamento dei pubblici funzionari”*;
- delibera ANAC 29 marzo 2017, n. 329 di approvazione del *“Regolamento sull’esercizio dell’attività di vigilanza sul rispetto degli obblighi di pubblicazione di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33”*;
- delibera ANAC 29 marzo 2017, n. 330 concernente il *“Regolamento sull’esercizio dell’attività di vigilanza in materia di prevenzione della corruzione”*;
- determinazione 29 marzo 2017, n. 358 *“Linee Guida per l’adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale”*;
- delibera ANAC 12 aprile 2017, n. 382 *“Sospensione dell’efficacia della delibera n. 241/2017 limitatamente alle indicazioni relative all’applicazione dell’art. 14 co. 1 lett. c) ed f) del D.Lgs. 33/2013 per tutti i dirigenti pubblici, compresi quelli del SSN”*;
- delibera ANAC 20 novembre 2017, n. 1134 *“Nuove linee guida per l’attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici economici”*;
- delibera ANAC 26 marzo 2019, n.215 *“Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all’art. 16, comma 1, lettera l quater, del D.Lgs. n. 165 del 2001”*;
- 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”*.

1.3 STRATEGIA PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLE PERFORMANCE AZIEDALI

1.3.1 Obiettivi nazionali, regionali e del PTPCT

La legge 6 novembre 2012, n. 190 richiede una serie di adempimenti e l’adozione di un meccanismo di controllo interno finalizzati a prevenire e ad arginare i fenomeni di corruzione ed illegalità nelle pubbliche amministrazioni. Come riportato nel paragrafo 1.2, le finalità della legge sono le seguenti:

- adempiere agli impegni internazionali più volte sollecitati dagli organismi internazionali (Convenzione contro la corruzione delle Nazioni Unite), ratificata con la legge 3 agosto 2009, n. 116;
- introdurre nel nostro ordinamento un sistema organico di prevenzione della corruzione;
- valorizzare i principi fondamentali di uno Stato democratico quali: eguaglianza, trasparenza, fiducia nelle istituzioni, legalità e imparzialità dell’azione degli apparati pubblici.

Il Dipartimento della Funzione Pubblica predispone, sulle base di Linee di indirizzo adottate da un Comitato interministeriale, il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) i cui destinatari sono tutte le pubbliche amministrazioni (PA) di cui l'art. 1, co. 2, del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165.

In conformità con il PNA 2019 e coerentemente con i precedenti, gli obiettivi del presente piano sono:

- ridurre le opportunità di manifestazione dei fenomeni di corruzione;
- aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione, favorendo la diffusione di una adeguata cultura in tema di anticorruzione;
- individuare le buone pratiche e favorire la loro implementazione e standardizzazione all'interno dell'organizzazione aziendale.

L'obiettivo generale è quello di definire un modello di strategia di prevenzione della corruzione organico e sistematico e di garantirne una concreta attuazione, nonché una conseguente verifica della relativa idoneità in conformità con quanto previsto a livello nazionale e regionale e a livello di strategia aziendale.

A livello "decentrato" ogni amministrazione pubblica definisce un Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT), in cui sulla base delle indicazioni presenti nel PNA, si prevede l'identificazione, l'analisi e la valutazione dei rischi specifici di corruzione e conseguentemente si indicano gli interventi organizzativi volti a prevenirli. In base all'art. 1, co. 8, L. 6 novembre 2012, n. 190, il PTPCT deve essere adottato dall'organo di indirizzo delle pubbliche amministrazioni entro il 31 gennaio di ciascun anno e pubblicato nella sezione dedicata dell'Amministrazione trasparente.

Quest'anno, causa emergenza sanitaria da COVID-19, il Consiglio dell'Autorità nella seduta del 2 dicembre 2020 ha ritenuto opportuno posticipare la scadenza al 31 marzo 2021.

Di seguito si descrive il collegamento tra Piano delle Performance Aziendale (PPA) e PTPCT.

1.3.2 Collegamento con il piano delle performance aziendali

L'efficacia delle attività di prevenzione e contrasto della corruzione che l'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana pone in atto per l'attuazione della legge 6 novembre 2012, n. 190 dipende dal coinvolgimento e dalla collaborazione di tutti i dipendenti dell'Azienda. Per tale ragione è necessario che il contenuto del presente Piano sia coordinato con gli altri strumenti di programmazione strategica e operativa aziendale, individuando i collegamenti tra obiettivi operativi del PTPCT e gli obiettivi strategici definiti nel "Piano delle performance 2021-2023 e Documento di Direttive 2021", approvato con delibera del Direttore Generale n. 107 del 28 gennaio 2021.

Il PTPCT definisce gli obiettivi in termini di anticorruzione che risultano collegati agli obiettivi strategici riportati nel PPA 2021-2023:

1. Attuazione programmazione regionale;
2. Sviluppo dell'azienda provinciale.

In particolare, per il perseguimento dell'obiettivo strategico 1, il presente piano contribuisce con l'obiettivo operativo:

- Soddisfazione degli obiettivi di trasparenza.

Per rendere efficace l'attuazione del PTPCT si prevede l'integrazione di tale piano con il sistema di misurazione e valutazione della performance (art. 7 del D. Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150), definendo obiettivi sia organizzativi che individuali, a cui correlare indicatori che dovranno essere raggiunti dalle strutture e dai loro responsabili.

Il presente piano, quindi, definisce gli obiettivi operativi, scaturiti dal perseguimento degli obiettivi strategici aziendali e di quelli nazionali e regionali legati al tema dell'anticorruzione. Tali obiettivi del PTPCT sono articolati in indicatori di budget, come indicato nell' Allegato 1.

Il raggiungimento dei singoli obiettivi di budget sarà monitorato come descritto nel capitolo 7 e nell'Allegato 2.

1.4 LA GESTIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE

Il Piano Nazionale Anticorruzione del 2019 sottolinea che il lavoro di autoanalisi organizzativa per individuare le misure di prevenzione della corruzione non è solo un adempimento burocratico, né un processo formalistico, ma contribuisce ad una politica di riorganizzazione da conciliare, in una logica di stretta integrazione, con ogni altra politica di miglioramento organizzativo. Per questo motivo come indicato nel paragrafo 1.3, l'azienda correla il presente PTPCT con il Piano della Performance. Il processo di gestione del rischio riguarda tutti i livelli organizzativi, è graduale e di miglioramento continuo, non consiste in un'attività di tipo ispettivo o con finalità repressive e non implica valutazioni sulla qualità degli individui ma su eventuali disfunzioni a livello organizzativo. Infine l'analisi dei rischi deve essere di natura organizzativa, deve tendere all'acquisizione delle conoscenze sul contesto ambientale e operativo delle attività gestite, piuttosto che all'applicazione meccanicistica di formule matematiche per il calcolo del rischio. È fondamentale la conoscenza degli stakeholders, utenti, operatori economici, ecc.). L'intero processo deve tener conto anche dei requisiti di sostenibilità e attuabilità degli interventi organizzativi per ridurre i rischi.

La Legge prescrive all'art. 1, co. 5 della l. 190/2012, che "Le pubbliche amministrazioni centrali definiscono e trasmettono al Dipartimento della Funzione Pubblica: a) un piano di prevenzione della corruzione che fornisce una valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e indica gli interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio...".

Il concetto di rischio ripreso e adattato nel PNA 2019 sulla base della normativa UNI ISO 31000 2018 è inteso come "l'effetto dell'incertezza sul corretto perseguimento dell'interesse pubblico, e quindi sull'obiettivo istituzionale dell'ente, dovuto alla possibilità che si verifichi un dato evento".

Gli strumenti introdotti dalla normativa anticorruzione si sono inseriti all'interno dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana in un sistema di controllo interno orientato al miglioramento continuo della qualità dei processi aziendali. La scelta dell'Azienda è quella di continuare a prediligere un approccio orientato alla diffusione dei valori dell'etica, della legalità e dell'integrità. Viene promosso il coinvolgimento dei vari soggetti interni ed esterni nell'elaborazione di strategie e strumenti per promuovere e diffondere la legalità e l'integrità. La metodologia per il perseguimento della strategia per la prevenzione del rischio corruzione dell'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana è basata sui principi individuati dal PNA, legati al processo di gestione del rischio, così come previsto dalla ISO succitata e dettagliato nelle seguenti fasi (come inserito nel PNA 2019):

- analisi dettagliata del contesto in cui si inserisce la mappatura dei processi e la relativa analisi degli stessi rispetto all'esposizione al rischio corruzione;

- identificazione del rischio, consistente nella ricerca, individuazione e descrizione dello stesso per ciascun processo;
- analisi del rischio in concreto, consistente nella valutazione della probabilità che il rischio si realizzi e delle conseguenze che il rischio produce (probabilità e impatto);
- ponderazione del rischio, determinando in tal modo il livello di rischio;
- trattamento del rischio: completata l'analisi del rischio, è necessario identificare le misure necessarie a trasferire, eliminare, mitigare, accettare il rischio, le fasi e i tempi per l'applicazione delle stesse e gli uffici e soggetti responsabili.

Come indicato nella Figura 3 oltre a tali fasi nel processo di gestione del rischio, si riportano le attività di monitoraggio e revisione e di comunicazione e consultazione che in modo trasversale dovrebbero riguardare le fasi suddette.

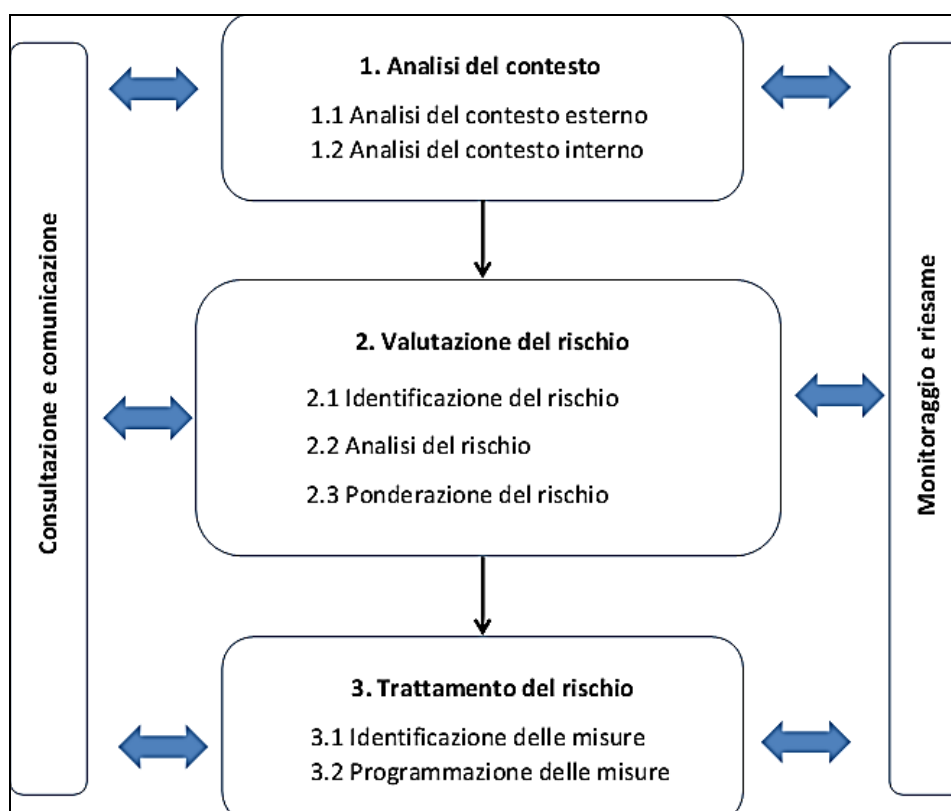


Figura 3: Processo di "Risk Management" come da PNA 2019

Per identificare i rischi specifici di ogni attività (2.1 Identificazione del rischio) di ciascuno dei processi individuati nella fase precedente, sono state utilizzate diverse tecniche, dettagliate nel paragrafo 3.1.

Per le fasi successive (2.2 e 2.3 Analisi e ponderazione del rischio), ai rischi identificati nei processi individuati sono state applicate le scale necessarie per misurare e valutare i rischi, come dettagliato nel paragrafo 3.2, in termini di probabilità e di impatto. Lo scopo di tale fase è quello di costruire una matrice che consenta di rappresentare graficamente i rischi specifici dei processi ad alto e medio rischio di corruzione.

L'ultima fase del processo di gestione del rischio permette di individuare misure specifiche volte al trattamento (E. Trattamento del rischio) dei rischi individuati, misurati e ponderati a seguito dell'analisi dei processi, oltre a quelle definite come misure generali considerate e descritte nei paragrafi successivi e che incidono in materia trasversale sull'intera Azienda.

Saranno inoltre svolti specifici audit integrati, così come programmati nel piano di Internal Audit 2021-2023.

Dopo aver illustrato nel capitolo 2 gli enti e gli organi di riferimento per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, nel capitolo 3 vengono riportati i dettagli riguardanti la mappatura dei processi effettuata, l'analisi e la ponderazione dei rischi individuati, le eventuali misure previste per il trattamento, le azioni poste in essere per il monitoraggio, la revisione, la comunicazione, consultazione relativi ai rischi di corruzione.

Nei capitoli 4 e 5 vengono dettagliate altre misure obbligatorie e specifiche per la prevenzione dei rischi di corruzione, il capitolo 6 è dedicato alla prevenzione della corruzione e trasparenza negli enti di diritto privato, mentre il capitolo 7 interessa il coinvolgimento degli attori, le misure, le responsabilità e i controlli necessari per l'attuazione del Piano, rimandando ai relativi allegati per i dettagli.

2. ORGANI DI RIFERIMENTO PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

2.1 IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (RPCT)

Ai sensi dell'art 1, co. 7, L. 6 novembre 2012, n. 190, il RPCT è individuato dall'organo di indirizzo (Direttore Generale), di norma, tra i dirigenti di ruolo in servizio, disponendo le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività.

Con delibera del Direttore Generale n. 595 del 31 marzo 2021, l'Azienda ha confermato/nominato l'Ing. Mirko Mazzucco come RPCT dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana.

L'Azienda ha seguito le indicazioni riportate nel PNA 2019 di ANAC in merito alla scelta del RPCT. Infatti è stata garantita l'esigenza che il RPCT abbia adeguata conoscenza del funzionamento dell'amministrazione, sia scelto tra i dirigenti non assegnati ad uffici che svolgano attività di gestione e di amministrazione attiva e che non svolgano attività nei settori più esposti al rischio corruttivo.

Per lo svolgimento dei suoi compiti (par 2.1.1), il RPCT dispone di supporto in termini di risorse umane, finanziarie e strumentali adeguate e ha completo accesso a tutti gli atti dell'organizzazione, dati e informazioni, funzionali all'attività di controllo che comunque sono di pertinenza del vertice gestionale. In tale ambito rientrano, peraltro, anche i controlli inerenti alla sfera dei dati personali e/o sensibili, per i quali il RPCT individua le migliori modalità per la salvaguardia della riservatezza.

2.1.1 Compiti e poteri del RPCT

I compiti del RPCT sono disciplinati dall'art. 1, commi 8-10, della L. 6 novembre 2012, n. 190 e dal D.Lgs. n. 39/2013.

I compiti ed i poteri del RPCT sono indicati nei piani e nei relativi aggiornamenti da ANAC, la stessa Autorità con delibera n. 840 del 2 ottobre 2018, ha poi fornito un chiarimento interpretativo su quel che riguarda i poteri di controllo e verifica del RPCT sul rispetto delle misure di prevenzione della corruzione, mentre per quel che riguarda i poteri del RPCT relativamente all'accertamento di inconfiribilità ed incompatibilità di incarichi e a successivi atti regolatori per i poteri istruttori in caso di segnalazioni di illeciti si è rinviato alla delibera n. 833 del 3 agosto 2016.

L' RPCT in tema di compiti e poteri:

- 1) ai sensi dell'art 1, co. 8, L. 6 novembre 2012, n. 190, predispone – in via esclusiva (essendo vietato l'ausilio esterno) – il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) e lo sottopone all'Organo di indirizzo (Direttore Generale) per la necessaria approvazione con atto deliberativo;
- 2) ai sensi dell'art 1, co. 7, L. 6 novembre 2012, n. 190, segnala alla Direzione Strategica e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) le "disfunzioni" inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indica agli uffici competenti

- per l'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- 3) ai sensi dell'art. 1 co. 9, L. 6 novembre 2012, n. 190, lett. c, è chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano, anche tramite le informazioni che i referenti hanno l'obbligo di fornirgli;
 - 4) ai sensi dell'art 1, co. 10, L. 6 novembre 2012, n. 190, lett. a, verifica l'efficace attuazione del PTPCT 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;
 - 5) ai sensi dell'art 1, co. 10, L. 6 novembre 2012, n. 190, lett. b e lett. c, verifica d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici maggiormente esposti ai reati di corruzione, nonché definisce le procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nelle aree a rischio corruzione;
 - 6) ai sensi dell'art. 1, co. 14 L. 6 novembre 2012, n. 190, redige la relazione annuale recante i risultati dell'attività svolta tra cui il rendiconto sull'attuazione delle misure di prevenzione definite nei PTPCT, compilando la scheda standard predisposta di norma in formato *excel* da ANAC e la pubblica sul sito internet istituzionale nella sezione Amministrazione trasparente/Altri Contenuti/Prevenzione della Corruzione/Relazione del responsabile della corruzione e della trasparenza;
 - 7) ai sensi dell'art. 1, co. 14, L. 6 novembre 2012, n. 190 riferire alla Direzione Strategica sull'attività svolta, con la relazione annuale sopra citata pubblicata nel sito web dell'amministrazione. Nei casi in cui la Direzione Strategica lo richieda, il RPCT è tenuto a riferire sull'attività svolta;
 - 8) ai sensi dell'art. 43, D.Lgs. 33/2013, assume anche le funzioni di Responsabile per la trasparenza, svolgendo 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 alla Direzione Strategica, all'Organismo indipendente (OIV), all'ANAC e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione;
 - 9) ai sensi dell'art. 5, co. 7, D.Lgs. 33/2013 ha 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;
 - 10) ai sensi dell'art. 5, co. 10, D.Lgs. 33/2013, nel caso in cui la richiesta di accesso civico riguardi dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, ha l'obbligo di effettuare la segnalazione all'Ufficio di disciplina ai sensi dell'art. 43, co. 5 del D.Lgs. 33/2013;
 - 11) ai sensi dell'art. 15, co. 3 del D.P.R. 16 aprile 2013 n. 62, 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;

Inoltre l'RPCT, in tema di inconferibilità e incompatibilità di incarichi, ai sensi dall'art. 15 del D.Lgs. n. 39/2013, vigila sul rispetto delle disposizioni sulle inconferibilità e incompatibilità degli incarichi di cui al medesimo decreto legislativo, con capacità proprie di intervento anche di tipo sanzionatorio.

I compiti attribuiti al RPCT non sono delegabili, se non in caso di straordinarie e motivate necessità, riconducibili a situazioni eccezionali, mantenendosi comunque ferma nel delegante la responsabilità non solo *in vigilando* ma anche *in eligendo*.

L'Azienda assicura al RPCT lo svolgimento di adeguati percorsi formativi e di aggiornamento e, in considerazione del suo delicato compito organizzativo e di raccordo, un adeguato supporto, mediante l'assegnazione di appropriate risorse umane, strumentali e finanziarie, nei limiti della disponibilità di bilancio.

Modalità e tempistiche dell'attuazione dei compiti previsti per il RPCT sono dettagliati nell'Allegato 1 e nell'Allegato 2.

2.1.2 Responsabilità del RPCT

A fronte dei compiti attribuiti, l'art. 1 della legge n. 190 novembre 2012 prevede anche consistenti responsabilità al RPCT. Tali responsabilità sono previste per il caso di mancata predisposizione o adozione del PTPCT.

Nel caso in cui all'interno dell'Azienda vi sia una condanna per un reato di corruzione, accertato con sentenza passata in giudicato e il RPCT non abbia predisposto il PTPCT prima della commissione del fatto è prevista una responsabilità dirigenziale, disciplinare, per il danno erariale e all'immagine dell'amministrazione. Nel caso in cui il Piano sia stato adottato, il RPCT ne deve fornire adeguata prova. In particolare, egli deve provare di avere osservato le prescrizioni di cui ai commi 9 e 10 dell'art. 1 della legge 190/2012.

2.2 I REFERENTI DELLA PREVENZIONE

Data l'elevata complessità organizzativa dell'Azienda, della sua articolazione per centri di responsabilità ed alla luce delle aree a rischio individuate, per un efficace svolgimento dei compiti del RPCT sono individuati i seguenti referenti della prevenzione:

- direttori di Dipartimento, direttori di Direzione Medica di Ospedale, direttori dei distretti;
- tutti i direttori di unità operativa complessa e semplice a valenza dipartimentale.

È dovere di tutti i referenti e di tutti i dirigenti dell'area professionale, tecnica e amministrativa collaborare attivamente con il RPCT e, ai sensi dell'art. 16, co. 1 *ter*, D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, adempiere agli obblighi informativi nei confronti del RPCT, dovere la cui violazione è ritenuta particolarmente grave in sede di responsabilità disciplinare.

Tutto il personale è tenuto altresì, a fornire il necessario apporto al RPCT e ai Referenti delle aree interessate dal piano e, ai sensi dell'art. 8 del D.P.R. n. 62 del 16 aprile 2013, tutti i dipendenti dell'amministrazione sono tenuti a rispettare le prescrizioni contenute nel piano per la prevenzione della corruzione e a prestare collaborazione al responsabile della prevenzione della corruzione.

2.2.1 Funzioni dei referenti del responsabile della prevenzione della corruzione

I referenti del RPCT al fine di assicurare, in modo diffuso e capillare, azione coordinata, attività di controllo, di prevenzione e di contrasto della corruzione e dell'illegalità nell'Azienda, con il responsabile della prevenzione concorrono a definire procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti delle aree del comparto e della dirigenza destinati ad operare in settori particolarmente esposti ai rischi di corruzione, ed in particolare:

1. individuare le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione;
2. prevedere, per le attività individuate, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;
3. assicurare, con particolare riguardo alle attività individuate ai sensi del primo punto, obblighi di informazione nei confronti del responsabile della prevenzione della corruzione, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del piano anticorruzione;

4. monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti (ai sensi dell'art. 2 della L. 7 agosto 1990, n. 241, nei casi in cui non si preveda un termine diverso, i procedimenti amministrativi devono concludersi entro il termine di trenta giorni);
5. monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione;
6. individuare specifici obblighi di trasparenza, anche ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge.

I Referenti concorrono con il RPCT:

- a. alla verifica dell'efficace attuazione del piano e della sua idoneità, nonché a proporre la modifica dello stesso quando siano accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
- b. alla verifica della rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- c. ad individuare il personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità, in quanto chiamati ad operare nei settori nei quali è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;

In ottemperanza a quanto indicato nel PNA 2013 e nei successivi aggiornamenti, i referenti concorrono con il RPCT ad assicurare, in un contesto unitario, organico e coerente, l'esatta osservanza delle prescrizioni in materia di trasparenza dell'attività amministrativa.

I referenti del responsabile della prevenzione della corruzione, in qualità di responsabili delle strutture cui sono preposti, al fine di garantire lo svolgimento del ruolo di impulso che la legge affida al RPCT, sono tenuti, nell'esercizio delle loro funzioni, ad assicurare che:

- a. l'organizzazione amministrativa sia resa trasparente, con evidenza delle responsabilità per procedimento, processo e istruttoria;
- b. le unità organizzative siano, oltre che coordinate tra loro, rispondenti agli input ricevuti. Rendendosi quindi necessario il raccordo tra le unità organizzative, nell'ambito di ciascuna struttura, il dirigente preposto alla direzione delle risorse umane, economiche e strumentali dovrà impartire indirizzi ed istruzioni affinché sia assicurato l'apporto collaborativo al responsabile della prevenzione.

I direttori di dipartimento e i responsabili delle unità operative complesse, nell'esercizio delle funzioni di referenti sono tenuti a curare il pieno e motivato coinvolgimento di tutti i dirigenti e dei dipendenti, in specie di quelli addetti alle aree a più elevato rischio di corruzione ed illegalità, nell'attività di analisi e valutazione, nonché di proposta e definizione delle misure di monitoraggio per l'implementazione del piano di prevenzione della corruzione.

Le attività indicate nel presente capitolo, rientranti nelle specifiche funzioni di ogni soggetto coinvolto nei processi di adozione e attuazione del presente Piano, sono considerate quali precisi obiettivi da raggiungere da parte di ciascuno degli uffici coinvolti anche ai fini della responsabilità dirigenziale.

In particolare, nella Tabella 1 sottostante viene riportato l'elenco di quei referenti che partecipano allo sviluppo, attuazione e vigilanza del PTCP per quanto riguarda le misure generali di prevenzione

del rischio di corruzione. Tali referenti individuati per le misure generali, insieme agli owner dei processi (indicati nell'Allegato 3 e referenti per le misure specifiche di prevenzione del rischio di corruzione), e ai referenti responsabili delle pubblicazioni in "Amministrazione trasparente" (riportati nell'Allegato 6), presentano al RPCT entro il 30 novembre di ogni anno una relazione, secondo l'Allegato 7:

- sulle attività poste in essere in merito all'attuazione effettiva delle regole di legalità ed integrità del presente Piano;
- su qualsiasi anomalia accertata, costituente la mancata attuazione del presente Piano, specificando le azioni eventualmente adottate per eliminarle oppure proponendo al Responsabile della prevenzione della corruzione azioni di correzione e monitoraggio continuo.

Oltre a tale attività l'RPCT si riserva la facoltà, in ogni momento, di richiedere a tutti i referenti della prevenzione ulteriori informazioni o contributi, utili alla prevenzione del rischio di corruzione.

Nel capitolo 7 sono riportati i dettagli del monitoraggio.

REFERENTE DEL RPTC	MISURA GENERALE PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO
responsabile affari generali e legali	Accesso civico
	Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi
	La trasparenza e gli obblighi di pubblicazione
	Prevenzione della corruzione e trasparenza negli enti di diritto privato
	Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. <i>whistleblower</i>)
responsabile contabilità e bilancio	Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC)
responsabile economato e gestione logistica	Prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici in caso di condanna penale
	Patti di integrità
	Rafforzamento trasparenza e acquisti
responsabile formazione	La formazione
responsabile gestione risorse umane	Prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici in caso di condanna penale
	I codici di comportamento
	La rotazione ordinaria e straordinaria del personale
	Svolgimento di attività successive alla cessazione del rapporto di lavoro (c.d. <i>pantouflage – revolving doors</i>)
	Svolgimento di incarichi di ufficio – attività ed incarichi extra istituzionali
responsabile internal auditing	Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC)
responsabile provveditorato	Prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici in caso di condanna penale
	Patti di integrità
	Rafforzamento trasparenza e acquisti
	Svolgimento di attività successive alla cessazione del rapporto di lavoro (c.d. <i>pantouflage – revolving doors</i>)
responsabile servizi tecnici e patrimoniali	Prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici in caso di condanna penale
	Patti di integrità
	Rafforzamento trasparenza e acquisti
responsabile ufficio relazioni con il pubblico	Azioni di sensibilizzazioni rapporto con la società civile
tutti i referenti della prevenzione per le misure generali	Il conflitto di interessi

Tabella 1: Referenti della prevenzione per le misure generali

2.3 IL RESPONSABILE DELL'ANAGRAFE PER LA STAZIONE APPALTANTE (RASA)

ANAC con il comunicato del 28 ottobre 2013 ha stabilito che ogni stazione appaltante deve nominare con apposito provvedimento il soggetto responsabile incaricato della verifica e/o della compilazione e del successivo aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati identificativi dell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA), denominato Responsabile dell'Anagrafe Stazione Appaltante (RASA).

Il PNA 2016 prevede poi l'indicazione di tale figura nel PTPCT di ogni stazione appaltante, considerando questa come un'importante misura per assicurare l'efficacia, la trasparenza ed il controllo dell'azione amministrativa per l'allocazione della spesa pubblica in lavori, servizi e forniture, anche al fine di prevenire fenomeni di corruzione.

Con delibera del Direttore Generale n. 595 del 31 marzo 2021 viene confermato, come Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, il dott. Giuseppe Magliocca, Direttore dell'UOC Provveditorato.

2.4 INTERNAL AUDITING E ANTICORRUZIONE

Come riportato nell'atto aziendale, per UO Internal Auditing è prevista una stretta sinergia con la funzione "Trasparenza e Anticorruzione", in modo da garantire il perseguimento degli obiettivi di entrambe con un approccio sistematico, che generi un valore aggiunto in quanto finalizzato ad analizzare e migliorare i processi, gestendo i rischi sia amministrativo contabili sia di corruzione.

L'Internal Auditing aziendale coadiuva il RPCT svolgendo le seguenti funzioni:

- sviluppa un piano aziendale dei controlli interni che sia sinergico con le azioni previste nel presente PTPCT;
- supporta da un punto di vista metodologico l'analisi del contesto, la mappatura dei processi e la valutazione del rischio corruzione connesso;
- verifica l'efficacia delle misure di trattamento del rischio.

L' UO Internal Auditing si occupa di:

- assicurare il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione con l'obiettivo di assistere la direzione aziendale nel perseguimento dei propri obiettivi tramite un approccio professionale sistematico, finalizzato a valutare e migliorare i processi di gestione dei rischi, di controllo e di corporate governance;
- garantire il coordinamento e il monitoraggio delle attività ed i piani di audit;
- svolgere specifica attività di audit al fine di migliorare i processi di gestione dei rischi e il controllo dei principali processi amministrativi dell'azienda.

L'obiettivo dell'Internal Auditing è quindi affrontare e gestire le molteplici tipologie di rischio derivanti sia da fattori endogeni che esogeni all'azienda, che devono essere identificati, analizzati, trattati e monitorati, in quanto, se trascurati o gestiti inadeguatamente, possono impattare sul grado di raggiungimento degli obiettivi istituzionali ovvero intaccare il patrimonio aziendale.

L'Internal Auditing supporta inoltre il Servizio Contabilità e Bilancio nella definizione di idonee procedure per il contenimento del rischio amministrativo contabile conformemente alle linee guida regionali, la cui revisione è stata approvata con decreto n. 71 del 15 giugno 2017. Il PAC è finalizzato al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali, necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci delle Aziende Sanitarie, della Gestione Sanitaria Accentrata e del consolidato regionale.

Nel piano triennale dell'Internal Auditing 2021-2023 sono previste le attività di analisi e audit con le singole unità operative dei rischi: amministrativo-contabile (non attendibilità delle informazioni contabili, finanziarie e operative), frode (azioni/comportamenti che in modo illecito e disonesto procurano guadagni/benefici a determinati soggetti e che sono contrari agli obiettivi dell'organizzazione o tali da ledere i diritti di altri soggetti) e di compliance (mancanza di conformità alle leggi e ai regolamenti in vigore o mancanza di conformità dei comportamenti alle procedure e alle prassi interne), nonché la verifica dell'efficacia delle azioni di miglioramento avviate nel 2019-2020.

Nel corso del 2020, Internal Auditing, RPCT e Innovazione e Sviluppo hanno proseguito con le attività relative alla gestione dei suddetti rischi seguendo la metodologia del Control Risk Self Assessment (CRSA), proposta da Azienda Zero per il controllo interno, e armonizzata con la ISO 31000:2018 e le linee guida fornite da ANAC per la stesura dei PTPCT aziendali.

Inoltre, in collaborazione con il RPCT sono stati realizzati due audit "completi" (sull'intero processo) e tre audit "mirati" a specifici obiettivi, in coerenza con il piano triennale Internal Auditing e tenuto conto delle possibilità di realizzazione degli stessi nel rispetto delle regole imposte per il contenimento della pandemia da covid-19.

Nel triennio è auspicabile mantenere una forte sinergia tra tutti i sistemi di governance al fine di non ridondare i controlli all'interno dell'azienda, in modo da realizzare un forte coordinamento ed "economie di scala". L'ottica non dovrà essere di puro controllo ma si tratterà di realizzare audit del processo, con la finalità di valutare la loro efficacia ed efficienza, oltre che lo stato di conformità del sistema di gestione dell'organizzazione, in una visione di lean management e miglioramento continuo.

2.5 UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI (UPD)

Con deliberazione del Direttore Generale n. 148 del 31 gennaio 2017, n. 1538 del 10 agosto 2017 e n. 857 del 24 maggio 2018 è stato costituito un unico ufficio procedimenti disciplinari (UPD) per l'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana che dovrà agire nel caso di procedimenti disciplinari per infrazioni punibili con sanzioni superiori al rimprovero verbale (che rimane a carico del Direttore di Unità Operativa).

Tale ufficio svolge le seguenti attività:

- gestisce i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art. 55 bis D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165);
- si occupa delle comunicazioni obbligatorie da trasmettere all'autorità giudiziaria (art. 20 D.P.R. n. 3 del 1957; art.1, co. 3, L. n. 20 del 1994; art. 331 c.p.p.);
- cura assieme all'RPCT l'eventuale aggiornamento del Codice di Comportamento dell'amministrazione;

- esamina le segnalazioni di violazione dei codici di comportamento e raccoglie le condotte illecite accertate e sanzionate;
- collabora con il RPCT per quanto riguarda le attività previste dall'art. 15 del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 *“Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici”*.

I dettagli sull'attività svolta dall'UPD sono riportati nell'annuale relazione del RPCT all'ANAC pubblicata sul sito dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, nella sezione Amministrazione Trasparente/Altri contenuti/Prevenzione della corruzione/Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

2.6 ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE (OIV)

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità (ai sensi del D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e della L. 6 novembre 2012, n. 190).

Con il D.Lgs. 97/2016 vengono rafforzate le funzioni già affidate agli OIV in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e con il D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33, anche in una logica di coordinamento con il RPCT e di relazione con l'ANAC.

In particolare, come previsto dal D.Lgs. 25 maggio 2017, n. 74 e come confermato dal PNA 2019 (in linea con i precedenti PNA), gli OIV svolgono le seguenti funzioni:

- verificare la coerenza tra gli obiettivi contenuti nel PTPCT e quelli nel Piano della Performance, valutando anche l'adeguatezza dei relativi indicatori;
- promuovere ed attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità;
- esprimere parere obbligatorio nell'ambito del procedimento di adozione/modifica del Codice Etico e di Comportamento;
- verificare, anche ai fini della validazione della relazione sulla performance, che il PTPCT sia coerente con gli obiettivi della programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;
- verificare i contenuti della relazione del RPCT in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e della trasparenza. A tal fine, può chiedere al RPCT le informazioni e i documenti necessari per lo svolgimento del controllo, potendo altresì effettuare audizioni di dipendenti;
- riferire all'ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- ricevere dal RPCT le segnalazioni riguardanti eventuali disfunzioni inerenti all'attuazione del PTPCT.

Tali attività sono state svolte nel corso dell'anno 2020 dall'OIV e i relativi verbali e attestazioni sono consultabili sul sito web dell'Azienda ULSS n.2 Marca Trevigiana.

- Le relazioni OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni ed i documenti di validazione della Relazione sulla Performance sono pubblicate nella sezione Amministrazione Trasparente/Performance;
- Le attestazioni OIV in materia di trasparenza, richieste con frequenza annuale dall'ANAC, che a mezzo delibera definisce le specifiche categorie della sezione amministrazione trasparente oggetto di verifica, sono contenute nella sezione Amministrazione Trasparente/ Controlli e rilievi

sull'amministrazione/ Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe/ Attestazioni OIV o Struttura Analoga.

2.7 PROCESSO DI ADOZIONE E COMUNICAZIONE DEL PTPCT

2.7.1 Data e documento di approvazione del Piano da parte degli organi di indirizzo politico-amministrativo

Con deliberazione del Direttore Generale n. 595 del 31 marzo 2021 è stato adottato il PTPCT 2021-2023. La delibera è pubblicata sul sito istituzionale dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, nella sezione Amministrazione Trasparente/Altri Contenuti/Prevenzione della Corruzione/Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza.

2.7.2 Individuazione degli attori interni all'amministrazione che hanno partecipato alla predisposizione del Piano nonché dei canali e degli strumenti di partecipazione

La Direzione Strategica ha fornito, attraverso l'interlocuzione diretta del Direttore Amministrativo con il RPCT, le linee di indirizzo del presente Piano.

I referenti del RPCT, per mezzo di incontri e con la relazione annuale allo stesso RPCT, hanno fornito contributi per consolidare quanto già previsto dal piano per l'anno 2021.

RPCT, con il supporto di un gruppo di lavoro costituito da membri di UOSD Innovazione e Sviluppo Organizzativo, UOSD Internal Auditing e UOC Affari Generali e Legali, ha analizzato le relazioni pervenute dai referenti del piano e raccolto indicazioni della Direzione Strategica.

2.7.3 Individuazione degli attori esterni all'amministrazione che hanno partecipato alla predisposizione del Piano nonché dei canali e degli strumenti di partecipazione

L'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana si è impegnata a coinvolgere le organizzazioni sindacali rappresentative, le associazioni degli utenti, tutti coloro che usufruiscono delle attività e dei servizi prestati dall'Amministrazione (c.d. portatori di interesse/stakeholder) al fine di favorire l'invio di eventuali proposte e contributi con cui, eventualmente, integrare/aggiornare il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e trasparenza 2021-2023.

Tale impegno si è concretizzato con:

- la pubblicazione, nel sito internet aziendale, di un Avviso rivolto ai portatori di interesse/stakeholder, mettendo in consultazione il PTPCT, con l'invito a fornire contributi, suggerimenti o proposte entro il 20 febbraio 2021, per l'individuazione dei settori e delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio di corruzione, l'identificazione e valutazione del rischio e le misure da apprestare per neutralizzare o ridurre il livello di rischio;
- la predisposizione di un modulo, pubblicato nell'area "Amministrazione Trasparente", che consente di fornire contributi, suggerimenti o proposte.

Alla data di scadenza fissata per la suddetta consultazione online non sono pervenuti contributi, suggerimenti o proposte da parte di alcun portatore di interesse/stakeholder o soggetto interessato.

2.7.4 Indicazione di canali, strumenti e iniziative di comunicazione dei contenuti del Piano

Il piano PTPCT 2021-2023 sarà pubblicato sul sito istituzionale dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, nella sezione Amministrazione Trasparente/Altri Contenuti/Prevenzione della Corruzione/Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (vedi inoltre quanto riportato al par. 4.12 - Azioni di sensibilizzazioni rapporto con la società civile).

3. LA GESTIONE DEI RISCHI DI CORRUZIONE

Nei paragrafi successivi, per ogni fase del processo di gestione del rischio secondo la ISO 31000: 2018 (Fig. 2), viene riportato quanto effettuato e quanto preventivato quale programma di azione per il prossimo triennio.

3.1 ANALISI DEL CONTESTO

Secondo il processo di gestione del rischio (Figura 3), in primis viene realizzata l'analisi del contesto interno ed esterno per la prima fase (1. Definizione del contesto), giungendo alla realizzazione della SWOT Analysis, ossia dell'analisi di: punti di forza (Strength), di debolezza (Weaknesses), opportunità (Opportunities) e minacce (Threats).

3.1.1 Analisi del contesto esterno

L'ULSS n.2 Marca Trevigiana si posiziona in un contesto italiano ed internazionale che presenta minacce, dati i casi di corruzione riportati nel territorio italiano nella pubblica amministrazione e in sanità, ma anche opportunità, considerando gli strumenti e le linee guida messe a disposizione da istituti, associazioni ed autorità, oltre a normative che stanno agendo contro la corruzione.

Per comprendere il contesto in cui è inserita l'ULSS n.2 Marca Trevigiana sono stati analizzati in particolare le seguenti fonti:

- Transparency International: è la più grande organizzazione a livello globale che si occupa di prevenire e contrastare la corruzione. Fondata nel 1993, con sede a Berlino, è diffusa in oltre 100 Paesi del mondo, la sezione Italia è stata fondata nel 1996 da persone di diversa estrazione sociale e professionale (imprenditori, accademici, funzionari e privati) e si rivolge a tutti gli individui, gli enti, le istituzioni, le associazioni private e pubbliche che condividano le finalità e intendano perseguire gli obiettivi propri del movimento internazionale e dell'organizzazione italiana (<https://www.transparency.it/chi-siamo>);

- ANAC, in particolare la relazione: "La corruzione in Italia (2016-2019), Numeri, luoghi e contropartite del malaffare" e "L'autorità e l'emergenza covid-19. Relazione Annuale 2019".

Transparency International pubblica l'Indice di Percezione della Corruzione (CPI) che va da 0, per i Paesi ritenuti molto corrotti, a 100, per quelli non corrotti. Nel 2020 l'Italia quindi si classifica al 52° posto nel mondo sui 180 Paesi oggetto dell'analisi, perdendo così una posizione rispetto al 2019, nonostante si sia mantenendo il punteggio di 53/100. Il nostro Paese ne aveva guadagnati ben 12 dal 2012, ma gli ultimi due anni segnano una frenata rispetto ai precedenti.

Il miglioramento del posizionamento era attribuibile all'introduzione della legge anticorruzione, all'istituzione di ANAC, alle nuove norme sugli appalti, al diritto generalizzato di accesso agli atti rendendo più trasparente la Pubblica Amministrazione ai cittadini, all'adozione della disciplina a tutela dei whistleblower, alla maggiore trasparenza dei finanziamenti alla politica e, con la legge anticorruzione del 2019, ad un inasprimento delle pene previste per taluni reati. Il rallentamento, secondo le analisi riportate, è causato dalla mancata regolamentazione di temi come il lobbying e i conflitti di interesse, nonché da fatti di cronaca che confermano che in alcune zone del paese la criminalità organizzata è ancora affermata, "preferendo l'arma della corruzione che oggi ha assunto forme nuove, sempre più difficili da identificare e contrastare efficacemente."

A livello internazionale la situazione italiana è evidenziata come in Figura 4 dove il valore dell'Indice di Percezione della Corruzione (CPI) è rappresentato da gradazioni diverse che vanno dal colore rosso scuro per i Paesi ritenuti molto corrotti (CPI che tende a zero) a quello giallo chiaro per quelli meno corrotti (CPI che tende a cento).

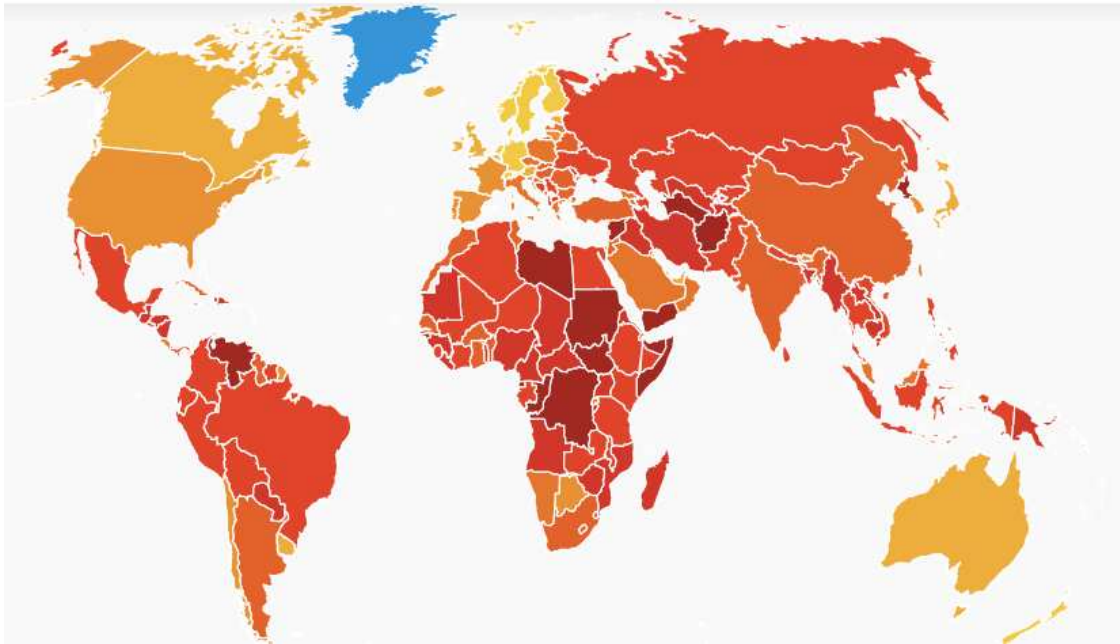


Figura 4: Mappa relativo al livello di percezione della corruzione nel settore pubblico (Fonte: <https://www.transparency.it/indice-percezione-corruzione>)

In questo contesto, le sfide poste dall'emergenza Covid-19 possono mettere a rischio gli importanti risultati conseguiti se si dovesse abbassare l'attenzione verso il fenomeno e non venissero previsti e attuati i giusti presidi di trasparenza e anticorruzione, in particolare per quanto riguarda la gestione dei fondi stanziati dall'Europa per la ripresa economica.

Come riportato nella mappatura proposta da "Transparency International Italia" dal 01/01/2020 al 31/12/2020 in Italia si sono mappati 675 casi. Il settore pubblico e sanità/farmaceutici risultano tra i più colpiti. In particolare selezionando quest'ultimo settore, si possono notare i casi in esame e i casi che hanno ottenuto una sentenza in I, II o III grado (Figura 5).

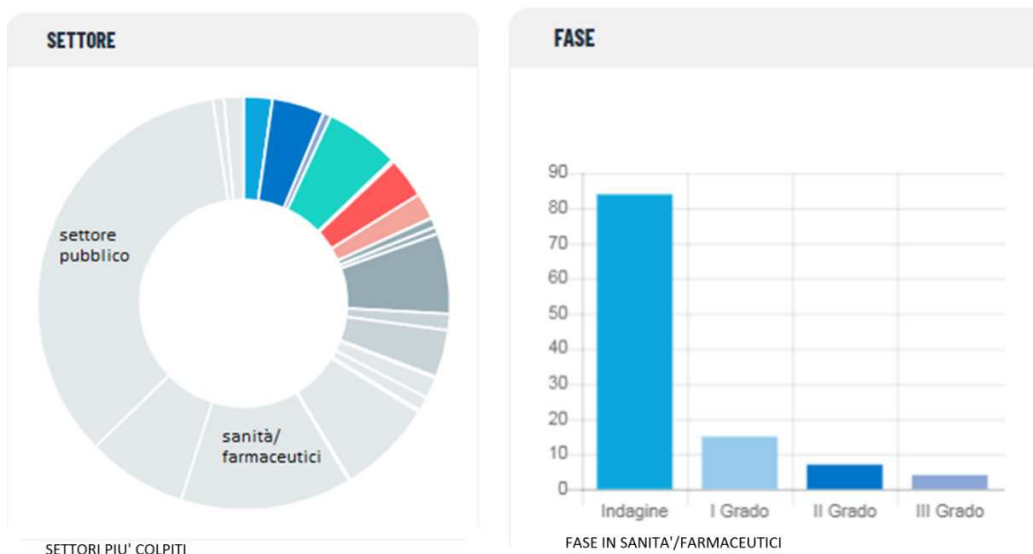


Figura 5: Casi riportati in Italia, settore Sanità/Farmaceutici (Fonte: <https://www.transparency.it/mappa>)

Secondo i dati ANAC (2019) riportati nel report “La corruzione in Italia (2016-2019). Numeri, luoghi e contropartite del malaffare” fra agosto 2016 e agosto 2019 si sono verificate 117 ordinanze di custodia cautelare per corruzione legate al settore degli appalti (Figura 6), di cui solo una minima parte riguardante affidamenti diretti. Altri ambiti interessati dal fenomeno corruttivo concernono per esempio a procedure concorsuali, procedimenti amministrativi, concessioni edilizie, corruzione in atti giudiziari. Nel settore sanitario gli episodi risultano legati soprattutto a forniture di farmaci, di apparecchiature mediche e strumenti medicali, servizi di lavano e pulizia.

Sempre da ANAC (2019) emergono in particolare illegittimità gravi e ripetute in materia di appalti pubblici, inerzia nel bandire gare per prorogare ripetutamente i contratti, assenza di controlli (soprattutto nell’esecuzione di opere pubbliche), assunzioni clientelari, illegittime concessioni di erogazioni e contributi, concorsi svolti su bandi redatti su misura, illegittimità nel rilascio di licenze, illiceità in procedimenti penali, civili o amministrativi.

In ANAC (2019) si evidenzia come per contrastare tali fenomeni siano necessari strumenti preventivi oltre che repressivi, opportunamente coordinati ed integrati.

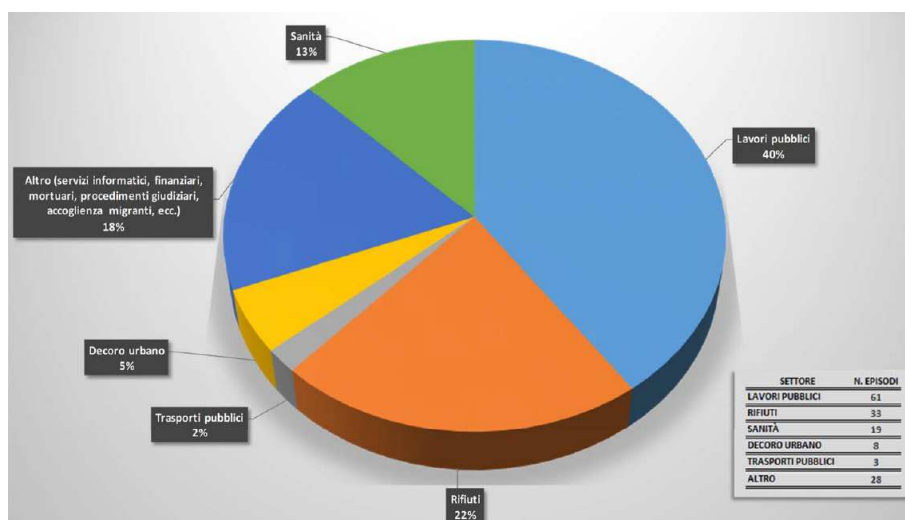


Figura 6: Settori relativi ai casi di corruzione (Fonte: “La corruzione in Italia (2016-2019). Numeri, luoghi e contropartite del malaffare”)

La suddivisione dei casi per tipologia di amministrazione vede le aziende sanitarie al terzo posto, dietro a Comuni e società partecipate (Figura 7).

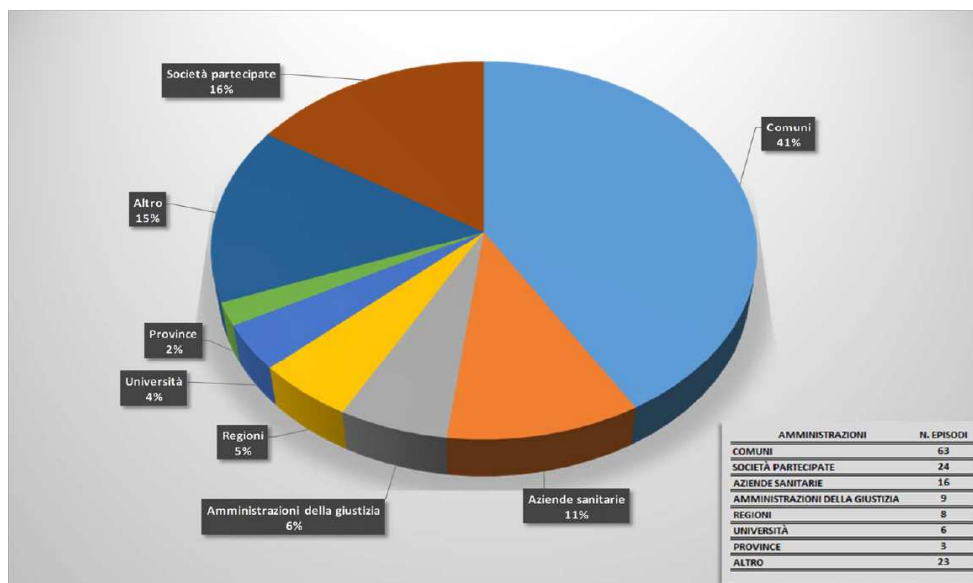


Figura 7: Amministrazioni relative ai casi di corruzione (Fonte: "La corruzione in Italia (2016-2019). Numeri, luoghi e contropartite del malaffare")

Secondo la sintesi effettuata in data 28 febbraio 2019 da un discente del Master Anticorruzione (<http://anticorruzione.eu/2019/02/corruzione-in-sanita-focus-su-rischi-e-misure-di-contrasto-a-cura-della-dr-ssa-chiara-moncelsi-discente-del-master-anticorruzione-terza-edizione/>), su circa 115 miliardi di euro destinati ogni anno alla sanità italiana, la corruzione inciderebbe per 6 miliardi; altri circa 17 miliardi riguardano inefficienza e sprechi (legati al concetto di maladministration), per un totale di 23 miliardi di euro all'anno (Rapporto della Rete Europea e studi dell'Istituto per la promozione dell'etica (ISPE)).

L'area dei contratti pubblici risulta essere tra le aree di rischio più sensibili, maggiormente esposta anche al pericolo di conflitto d'interessi, quando chi propone i materiali risulta essere anche colui che poi li utilizza.

Nella stessa sintesi, si segnalano anche gli incarichi e le nomine che dovrebbero essere attentamente controllati, attraverso, ad esempio, evidenziando eventuali carenze organizzative in linea con l'Atto Aziendale e la dotazione organica.

Altre due aree di rischio critiche risultano: la gestione delle liste d'attesa a favore di alcuni pazienti piuttosto che altri e i decessi in ambito intraospedaliero in cui si potrebbero effettuare illecite segnalazioni anticipate a specifiche imprese funebri in cambio di compensi o favori. Sempre nello stesso documento si pone l'attenzione sul comparaggio ossia sul rischio di un eventuale accordo collusivo tra operatore sanitario e case farmaceutiche, favorendo la prescrizione di certi farmaci o strumentazioni.

Nella relazione annuale 2019, ANAC ha anche riportato il risultato di progetti di ricerca che mirano ad identificare misure in grado di mappare il livello di rischio di corruzione per area geografica.

Secondo l'ultima relazione della direzione investigativa antimafia fornita al parlamento per il II semestre 2019, la provincia di Treviso non ha evidenziato, nel tempo, una presenza stabile ed organizzata di sodalizi di tipo mafioso; tuttavia, c'è stato un provvedimento di fermo, una

interdittiva, e alcune persone sono state indagate per reati di associazione mafiosa finalizzata soprattutto alla commissione di reati fiscali e riciclaggio.

In Veneto, stando al monitoraggio di “Transparency International Italia” riportato al link <https://www.transparency.it/mappa> si sono registrati 25 casi di corruzione nel 2020, di cui 3 nel settore sanità/farmaceutici (un’indagine è in corso, un caso si è concluso con una condanna in I grado e uno con una condanna in III grado), nessuna di queste nel territorio afferente all’ULSS n. 2 (Figura 8).

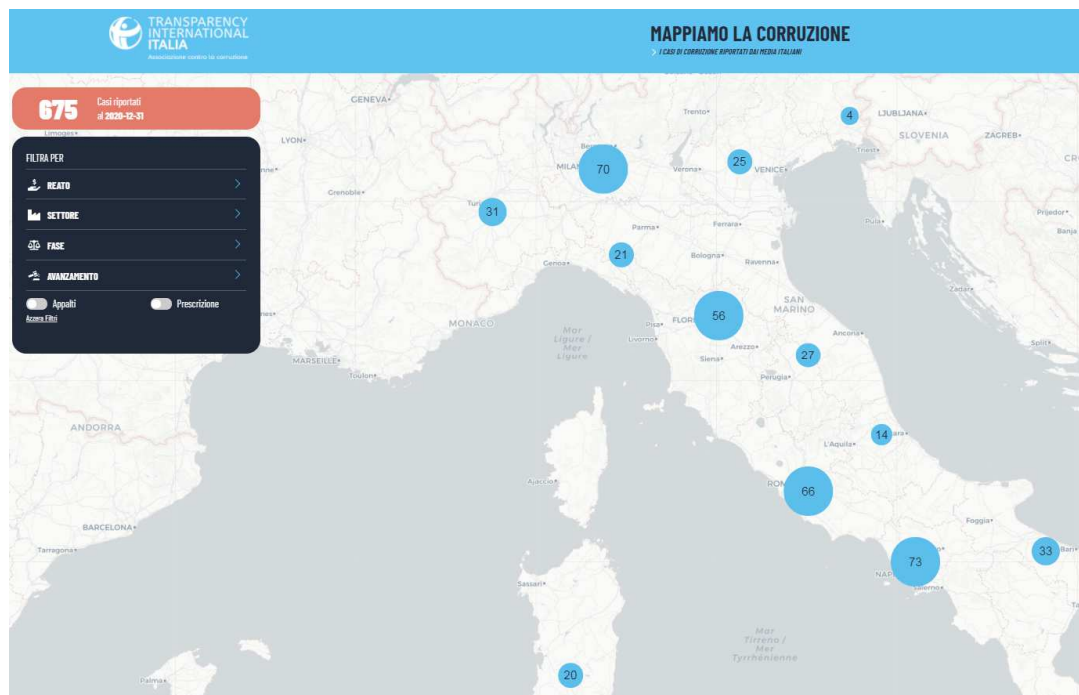


Figura 8: Casi di corruzione in Italia (Fonte: <https://www.transparency.it/mappa>)

Due dei casi veneti riguardano comportamenti illeciti sull’aggiudicazione di una gara e per saltare le liste d’attesa.

Indagini sono state compiute anche in merito ad un appalto all’ospedale di Cosenza, per il quale si sono chiesti ulteriori approfondimenti, dato che ha coinvolto dirigenti o comunque rappresentanti di una società in appalto presso l’ULSS2. Nel contratto stipulato con l’Ulss2 era stata inserita una clausola, come da prassi aziendale, secondo la quale se la prefettura avesse comunicato un’interdittiva antimafia, anche dopo la stipula, ci sarebbe stata la risoluzione immediata e automatica del contratto, quindi il caso è stato segnalato ad ANAC e l’accordo è stato risolto.

Altri casi vicini alla realtà veneta riguardano l’assistenza anziani per la quale a ottobre 2019 si è accusata un’azienda per sistema di frode, in materia di spesa socio-sanitaria, ai danni delle Regioni, come il Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana e Sicilia, volto alla percezione illecita di contributi pubblici.

Nel 2020 in Friuli è stata anche aperta un’inchiesta in cui il reato ipotizzato è quello di frode per la fornitura di mascherine nel pieno dell’emergenza Coronavirus. Altre indagini in corso riguardano per esempio frodi di dispositivi medici, peculato in concorso su strumenti medici utilizzati per le terapie intensive avvenute in Lombardia e in Piemonte.

Nell'ambito della PA, le aziende del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sono state le strutture maggiormente interessate dal fenomeno della pandemia da Covid-19, sotto l'aspetto operativo, gestionale e finanziario. Non solo l'emergenza Covid19 sta richiedendo estremi sforzi al Sistema Sanitario Nazionale, ma quest'ultimo deve anche fronteggiare gli attacchi di corrotti e speculatori. Come già evidenziato, la cronaca giudiziaria ci racconta di una sanità sempre più aggredita e sarà importante che i finanziamenti che andranno ad alimentare il settore sanitario vengano protetti da fenomeni corruttivi.

Come sottolineato anche da Transparency International Italia, è proprio nei periodi di emergenza che la corruzione dilaga ancora più indisturbata e con la fase di ricostruzione post-pandemia alle porte e la gestione di un ammontare di risorse senza precedenti, non possiamo permetterci di abbassare l'attenzione nemmeno un secondo.

In merito all'emergenza pandemica, ANAC ha fornito supporto in diversi modi come indicato nel documento "L'autorità e l'emergenza covid-19. Relazione annuale 2019"

In merito al D.L. 17 marzo 2020, n. 18 e s.m.i., convertito in legge 24 aprile 2020, n. 27, recante "Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19", il documento si focalizza in particolare su 3 disposizioni:

- all'art. 67 "Sospensione dei termini relativi all'attività degli uffici degli enti impositori"
- all'art. 99 "Erogazioni liberali a sostegno del contrasto all'emergenza epidemiologica da COVID-19"
- all'art. 103 "Sospensione dei termini nei procedimenti amministrativi ed effetti degli atti amministrativi in scadenza"

ANAC recependo tali disposizioni ha sospeso per un periodo le proprie attività, anche di vigilanza (ivi compresa quella sugli obblighi di pubblicazione) e ha anche prorogato i termini delle Attestazioni OIV, o di strutture con funzioni analoghe, sugli obblighi di trasparenza fissati dalla delibera n. 213 del 4 marzo 2020. ANAC ha inoltre provveduto a fornire indicazioni in merito all'attuazione delle suddette disposizioni e ha sospeso l'invio di nuove richieste di informazioni pre-procedimentali e di avvisi di procedimenti, anche sanzionatori, al fine di riprendere l'attività gradualmente al termine della sospensione. ANAC ha anche previsto il differimento di termini di adempimento di obblighi di comunicazione nei propri confronti.

L'evolversi della situazione emergenziale - in considerazione della straordinaria necessità e urgenza di contenere gli effetti negativi della diffusione del virus COVID-19 - ha condotto all'adozione di numerosi interventi normativi, sia di rango primario che secondario in materia di salute pubblica, assistenza distrettuale ed ospedaliera, servizi socio sanitari e socio assistenziali, che hanno intensamente coinvolto i processi di supporto al funzionamento dell'Azienda, tra cui anche quello degli acquisti.

La Comunicazione della Commissione Europea del 01/04/2020, avente ad oggetto "Orientamenti della Commissione Europea sull'utilizzo del quadro in materia di appalti pubblici nella situazione di emergenza connessa alla crisi della Covid-19", precisa che la pandemia di COVID-19 è considerata un evento imprevedibile per cui "le esigenze immediate degli ospedali e delle istituzioni sanitarie (forniture, servizi e lavori pubblici) devono essere soddisfatte con la massima celerità possibile", anche ricorrendo alla procedura negoziata senza previa pubblicazione.

In particolare, sono state introdotte deroghe al Decreto Legislativo 18 aprile 2016, n. 50, a favore di procedure semplificate per gli acquisti, caratterizzate dalla riduzione o totale sospensione del confronto competitivo.

Tuttavia, come indicato da ANAC, al fine di non arretrare sul sistema controlli e vigilanza, sono stati mantenuti tutti gli altri adempimenti previsti in materia di tracciabilità dei flussi finanziari e di monitoraggio e vigilanza dei contratti pubblici, con particolare riguardo per la richiesta dei CIG e la comunicazione di informazioni di cui all'art. 213 del D.Lgs. 50 del 2016. Inoltre, ANAC ha evidenziato la necessità per le stazioni appaltanti di valutare comunque l'opportunità di rispettare i termini endoprocedimentali, finali ed esecutivi originariamente previsti, nei limiti in cui ciò sia compatibile con le misure di contenimento della diffusione del Covid-19 e di valutare la possibilità, ove il tipo di procedura e la fase della stessa lo consentano, di determinarsi per la disapplicazione della sospensione di alcuni termini di gara previsti.

ANAC ha anche segnalato la necessità di realizzare tempestivamente una piena digitalizzazione delle gare.

In data 30 aprile 2020 ANAC ha anche pubblicato un documento a supporto delle amministrazioni, contenente la "ricognizione delle disposizioni acceleratorie e di semplificazione, presenti nel codice dei contratti e nell'attuale quadro normativo, al fine di fornire indicazioni alle stazioni appaltanti per agevolare lo svolgimento delle procedure di affidamento". A supporto delle stazioni appaltanti che ne facessero richiesta, ANAC ha incrementato l'attività di vigilanza collaborativa.

In particolare, come risulta dal documento succitato "L'autorità e l'emergenza covid-19. Relazione annuale 2019", sono giunte molte richieste di parere di congruità per affidamenti emergenza covid e nel 44% dei casi hanno riguardato il servizio sanitario regionale e in particolare mascherine e altri DPI.

ANAC sottolinea che sono giunte segnalazioni legate ad affidamenti, che in alcuni casi hanno riguardato forniture di beni o servizi rilevanti per il contenimento del contagio da covid-19.

ANAC ha avviato anche un'indagine conoscitiva sugli affidamenti per gli acquisti riconducibili all'emergenza.

Nel decreto-legge Cura Italia del 17 marzo 2020 era anche specificato che le amministrazioni pubbliche sospendevano le risposte a richieste di accesso documentale (legge 241/1990), civico e civico generalizzato (D.Lgs. 33/2013) che non hanno carattere di "indifferibilità e urgenza" fino al 31 maggio 2020 (art. 67.3).

Sullo stesso tema, il Dipartimento della Funzione Pubblica, attraverso un comunicato del 27 marzo 2020 annunciava la sospensione delle richieste di accesso documentale. Anche il FOIA ha subito sospensioni nel 2020.

Tuttavia, per tutta la durata della sospensione del FOIA, Transparency ha monitorato ancora più attivamente il tema dell'accesso alle informazioni e il lavoro delle Pubbliche Amministrazioni che non sono state in grado di garantire strategie di compensazione atte a rispondere al diritto di accesso a informazioni.

Nonostante ciò, come segnalato da ANAC nel documento "L'autorità e l'emergenza covid-19. Relazione annuale 2019", il numero di istanze di accesso civico generalizzato di competenza dell'Autorità, ossia aventi ad oggetto suoi atti, documenti e/o richieste di notizie durante il periodo di lock down è stato significativo (dall'inizio dell'emergenza alla fine di aprile 2020 sono pervenute 7 istanze contro le 11 pervenute nell'intero semestre 2019).

ANAC nel 2019 sottolineava come l'Italia abbia ricevuto diversi riconoscimenti in tema di prevenzione della corruzione, da organismi internazionali quali per esempio Onu, Commissione europea, Consiglio d'Europa, OCSE (Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economici).

Come sottolineato anche da ANAC (2019) il cambiamento in atto è soprattutto di tipo culturale.

In un report Istat (2019) che evidenzia il “Senso civico: atteggiamenti e comportamenti dei cittadini nella vita quotidiana”, si evince come quasi il 30% delle persone giustifichino la pratica clientelare nella ricerca del lavoro e il mancato pagamento delle tasse in alcune situazioni.

Tuttavia, secondo il report Istat nel Nord-est si ritiene grave (percentuale del 76%) offrire regali o denaro a un dipendente pubblico in cambio di favori. Sempre nello stesso territorio più di un quarto della popolazione ritiene la corruzione naturale ed inevitabile, oltre a ritenere che denunciare sia inutile (circa il 40%) o pericoloso (circa il 65%).

Per il 2020 il titolo della “Giornata Internazionale contro la Corruzione” (celebrata il 9 dicembre su volontà delle Nazioni Unite) era “Recover with integrity”, ponendo l’accento sulla necessità di riprendersi dalla pandemia, senza però perdere di vista i principi fondamentali sui quali si deve reggere una società democratica: trasparenza, integrità, accountability.

Dal 30 novembre al 5 dicembre si è anche tenuta “The 19th International Anti-Corruption Conference”, che per la prima volta si è svolta in modalità telematica e aveva come tema “Designing 2030: Truth, Trust & Transparency”.

Da tale convegno è emerso come la corruzione sia proliferata durante la pandemia e ora c’è l’opportunità di creare sistemi sanitari più resilienti, trasparenti e altamente performanti. Un’altra sfida lanciata riguarda la tutela contro Big Tech e social media in cui spesso circolano fake news che minacciano la verità, la fiducia e la trasparenza. In tale convegno si è evidenziata anche la necessità di creare alleanze internazionali tra diversi settori e di sviluppare norme globali anticorruzione.

Transparency Italia e REACT, con il patrocinio dell’Associazione Italiana per l’Integrità della Salute (composta da responsabili della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT), risk manager e auditor del settore della sanità), in tempi di pandemia hanno lanciato una nuova azione collettiva a supporto delle Aziende sanitarie ed ospedaliere, per fornire supporto ai responsabili anticorruzione delle aziende aderenti. Si tratta del Forum per l’Integrità in Sanità (<https://www.transparency.it/informati/news/forum-per-l-integrita-in-sanita-ecco-le-prime-aziende-aderenti>) che svolgerà prevalentemente tre attività: tavoli di lavoro interistituzionali, per proporre miglioramenti a livello normativo e di prassi nel contrasto alla corruzione in sanità; analisi accurate dei nuovi rischi di corruzione in sanità; formazione altamente specialistica, dedicata a chi nelle strutture sanitarie ha la responsabilità della gestione delle politiche per la trasparenza e la lotta alla corruzione.

Le aziende che già hanno aderito a questa iniziativa sono le ASL di Asti, Bari, Biella, l’Azienda Sanitaria dell’Alto Adige, l’AOU Careggi di Firenze, l’AO “Maggiore della Carità” di Novara e la APSS di Trento.

Il primo appuntamento di tale Forum si è svolto il primo dicembre 2020 con un webinar dedicato al tema del whistleblowing a cui hanno partecipato i RPCT e i membri del loro staff, cogliendo l’opportunità di chiarire alcuni dubbi e problematiche legate alla gestione delle segnalazioni di corruzione, e in particolare sulla tutela dell’anonimato, la trasmissione interna delle informazioni, le modalità di accertamento dei fatti, e molte altre.

Secondo ANAC (2019) servono sia strumenti sia repressivi, legati a sanzioni penali, che preventivi.

Una misura principale di prevenzione della corruzione, come suddetto, è la trasparenza. ANAC attraverso survey strutturate rivolte ai RPCT di un campione qualificato di Amministrazioni, ha indagato sull’ “esperienza della trasparenza” a circa sette anni dall’entrata in vigore del D.Lgs. n.

33/2013, al fine anche di cogliere le eventuali difficoltà e suggerimenti e di poter definire la potenziale domanda di trasparenza del futuro. Tale studio ha coinvolto i Responsabili della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) e, per conoscenza, i relativi Organismi indipendenti di valutazione (OIV) (o nuclei di valutazione/organismi con funzioni analoghe), di un campione (58 unità contattate) di città capoluogo, città metropolitane, Università, Regioni e società partecipate dai Ministeri.

Secondo Carloni, esperto del consiglio di ANAC, la trasparenza è da considerarsi anche come risposta all'emergenza sanitaria in corso, segnalando come la crisi covid-19 sia una manifestazione dell'importanza della funzione conoscitiva e informativa delle istituzioni pubbliche, nonché della capacità di rispondere con politiche di informazione e trasparenza. Lo stesso autore segnala che pure nel "decreto trasparenza" (D.Lgs. n. 33 del 2013) all'art. 42 sono previsti specifici obblighi di pubblicazione collegati agli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente e sottolinea come la messa a disposizione di atti e documenti riguardanti la gestione emergenziale possano aiutare la valutazione di proporzionalità ed adeguatezza di scelte che incidono sui diritti dei cittadini. In tal senso l'Italia da tempo ha implementato un modello di trasparenza che si traduce nella pubblicazione nei siti delle amministrazioni di una serie di informazioni obbligatorie per legge e che potrebbero essere integrate per supportare l'emergenza. Carloni parla di "trasparenza come pubblicità online". Sempre secondo tale esperto di ANAC, il rafforzamento della trasparenza dovrebbe anche compensare deroghe ed eccezioni nel campo dei contratti pubblici, utilizzati per gestire l'emergenza; ciò, anche se non facile da realizzare, si potrebbe tradurre con una completa disponibilità delle informazioni in merito a tali contratti ed appalti gestiti con un superamento del sistema del codice dei contratti pubblici.

Restando in tema trasparenza, l'Unione Europea ad ottobre 2019 ha adottato la direttiva sulla "Protezione degli individui che segnalano violazioni delle norme comunitarie". Come riportato in transparency.it, finora i paesi avevano orme diverse in tema di protezione dei whistleblower. La direttiva europea si presenta come un'occasione per migliorare la normativa nazionale sulla base dei migliori standard e pratiche internazionali.

Come si può intuire e come sottolineato nelle "linee di indirizzo per i controlli interni durante l'emergenza da COVID-19" fornite dalla corte dei conti con delibera n. 18/SEZAUT/2020/INP del 7 ottobre 2020, l'emergenza sanitaria ha aperto scenari inediti per gli enti del settore pubblico, che hanno messo a dura prova anche la loro finanza. Tuttavia, la stessa corte dei conti individua il sistema di controllo interno di ciascuna Amministrazione, attraverso processi di controllo, come uno strumento in grado di apportare un contributo significativo per affrontare la complessità, l'estensione e le criticità, sotto il profilo finanziario e gestionale.

Nel succitato documento della corte dei conti si segnala che tale situazione ha influito anche su tutti i processi di gestione del rischio esistenti - le varie componenti del sistema integrato di controllo interno, infatti, sono chiamate a non affidarsi esclusivamente ai principi ed alle prassi anteriormente vigenti e seguite, in quanto ciò potrebbe comportare un indebolimento dei controlli in alcune aree, aumentando la probabilità che si verificano nuovi rischi in altre.

Secondo la corte dei conti appare infatti necessario dotarsi di adeguati strumenti (organizzativi, informatici e metodologici) anche modificando, se necessario, l'approccio ai controlli (dal punto di vista della programmazione dei controlli, delle procedure di lavoro, delle aree di controllo, delle metodologie). Solamente con tale supporto le Amministrazioni potranno operare in modo efficace e rispondere in modo tempestivo alle emergenze attuali e future.

Nelle “linee di indirizzo per i controlli interni durante l'emergenza da COVID-19” fornite dalla conte dei conti con delibera n. 18/SEZAUT/2020/INP del 7 ottobre 2020, si segnala che la limitata possibilità di accesso agli uffici amministrativi e alle altre strutture del servizio sanitario, ovviamente, condiziona anche le attività di controllo (come quelle del servizio ispettivo e del collegio sindacale, si pensi, ad es. alle verifiche di magazzino), che richiedono ispezioni e verifiche in loco. Si aggiunge però che in ogni caso, il corretto esercizio della funzione di controllo, nelle sue varie espressioni, rappresenta elemento imprescindibile per la tutela della sana gestione e degli equilibri di bilancio. In questo contesto assume un ruolo chiave la capacità dell'ente di realizzare una compiuta digitalizzazione, che può consentire lo svolgimento efficiente ed efficace di numerose attività con strumenti non tradizionali.

3.1.2 Analisi del contesto interno e mappatura dei processi individuati ed identificazione dei relativi rischi (aree generali e specifiche di rischio)

Il PTPCT rappresenta uno strumento dinamico in coerenza con il progredire delle strategie di prevenzione della corruzione ed i cambiamenti legati all'assetto organizzativo aziendale.

Considerando quanto già descritto nel paragrafo 1.1, in cui si illustrano le caratteristiche generali dell'Azienda, di seguito vengono enfatizzati gli aspetti che possono influenzare il profilo di rischio dell'amministrazione.

Alla luce della struttura organizzativa aziendale derivata dalla fusione di tre diverse realtà aziendale, del conseguente accorpamento di funzioni e attività e dell'atto aziendale dell'Azienda ULSS n. 2 (deliberazione del Direttore Generale n. 143 del 25 gennaio 2018, e successiva revisione avvenuta con deliberazione del Direttore Generale n. 1867 del 29 ottobre 2020), durante il triennio 2018-2020 molti processi sono stati ridefiniti. Nel sito aziendale (<https://www.aulss2.veneto.it/azienda>) si trova la struttura organizzativa e i referenti delle diverse unità operative.

L'azienda ha intrapreso un percorso di riorganizzazione basata su un approccio per processi, a cui associare la gestione del rischio, così come suggerito dalla nuova ISO 9001 2015 e dalla ISO 31000 2018. In allineamento alla strategia aziendale, si definiscono i processi aziendali e il livello di performance ad esso relative da monitorare e migliorare, come rappresentato in Figura 9.

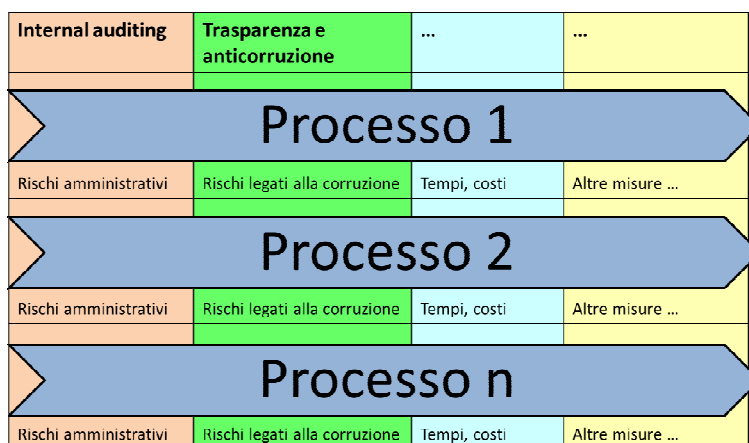


Figura 9: Approccio organizzativo per processi

Nonostante non siano formalmente individuati referenti di processo e di gestione del rischio, la definizione e mappatura dei processi mira ad esaminare gradualmente l'intera attività svolta (come previsto anche dal PNA 2019).

Nel corso del 2019, in attuazione del piano Internal Auditing (IA) e del piano triennale per la prevenzione della corruzione e trasparenza (PTPCT), è stata avviata un'attività integrata di CRSA (Control Risk Self Assessment) che ha permesso di mappare la quasi totalità dei processi aziendali, integrando controllo interno (IA) e anticorruzione (AC), armonizzando la metodologia proposta da Azienda Zero per il controllo interno con la ISO 31000 e le linee guida fornite da ANAC per la stesura dei PTPCT aziendali.

In particolare l'attività si è svolta attraverso le seguenti fasi di validazione della mappatura dei processi e di autovalutazione della rischiosità complessiva dei processi.

Validazione della mappatura dei processi

Nel corso del 2018 Azienda Zero della Regione Veneto ha aggiornato il predetto elenco trasmesso con nota prot. n. 14934 del 16 novembre 2018. I processi inseriti nell'elenco costituiscono l'oggetto di riferimento per l'internal auditing. Nel 2019 si è proceduto quindi a raccordare l'elenco predisposto dalla Regione con l'elenco dei processi definiti in ambito anticorruzione, arrivando ad un unico elenco aziendale, che è stato revisionato ed affinato nel 2020. Tale attività è stata effettuata con l'obiettivo di non limitarsi a pochi processi organizzativi, ma di esaminare gradualmente l'intera attività svolta dall'amministrazione; ciò risulta in accordo con il PNA 2019. In tale PNA si suggerisce di utilizzare mappature dei processi già esistenti come punto di partenza per evitare duplicazioni e favorire sinergie ed è quanto effettuato in Azienda, in cui già ci si è avvantaggiati della flessibilità, della gestibilità, della completezza e della concretezza dell'approccio per processi, aumentandone o riducendone l'analiticità in base a scopo, risorse e competenze.

Autovalutazione della rischiosità complessiva dei processi

In modo sinergico nel 2019 e nel 2020 controllo interno, "Innovazione e Sviluppo Organizzativo" e "Trasparenza e anticorruzione", nell'attività di rivalutazione di processi e rischi specifici hanno adottato la metodologia del *Control Risk Self-Assessment* (CRSA), condivisa da Azienda Zero per l'ambito dell'internal audit.

I risultati delle valutazioni riguardanti la rischiosità dei processi sono riportati nella specifica matrice di seguito raffigurata (Figura 10).

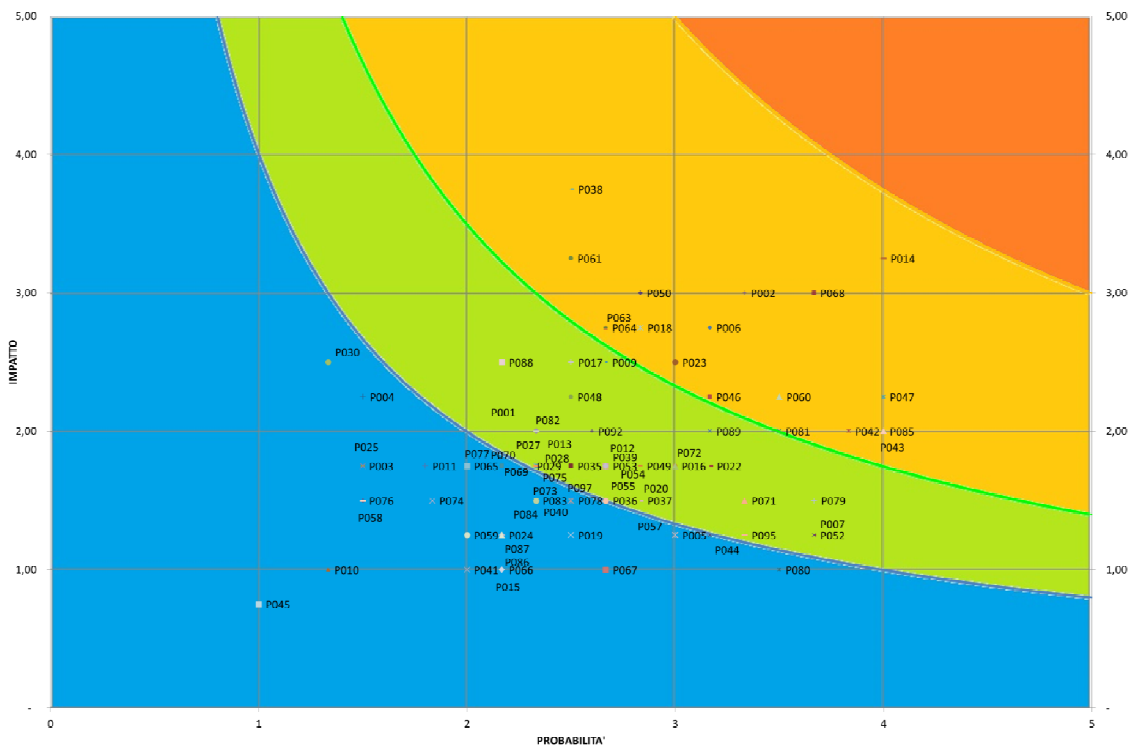


Figura 10: Matrice di valutazione del livello di rischio dei processi aziendali individuati per le aree di rischio generali e specifiche

Tale approccio si sposa con l'indicazione nel PNA 2019 di possedere una mappatura del rischio integrata con altri sistemi di gestione (controllo di gestione, sistema di auditing, di gestione della qualità e sistemi di performance management).

In modo specifico per la funzione "Trasparenza e Anticorruzione", in riferimento alla prima fase prevista dalla ISO 31000 2018 (1. Definizione del contesto), il PNA 2013 indica alcune aree di rischio ricorrenti, rispetto alle quali potenzialmente tutte le pubbliche amministrazioni sono esposte, che si riferiscono ai procedimenti di:

- autorizzazione o concessione (es. attività di ispezione di igiene e sicurezza alimentare, attività di ispezione di igiene e sanità pubblica, rilascio autorizzazioni e pareri preventivi (non correlati alla persona), attività di ispezione di igiene e sanità pubblica veterinaria, attività di ispezione e vigilanza presso i produttori di derrate alimentari di origine animale, attività di vaccinazione, rilascio certificazione per patenti e certificazioni sanitarie, gestione commissione invalidi civili, gestione della certificazione agonistica);
- scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al D.Lgs. n. 50 del 2016 (es. affidamento e gestione dei contratti per acquisizione dei beni e servizi, affidamento e gestione dei contratti di esecuzione dei lavori, gestione convenzioni con terzi);
- concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati (es. rimborsi diversi, gestione graduatoria per l'accesso all'impegnativa di residenzialità, gestione ciclo passivo – residenzialità extra ospedaliera per persone anziane non autosufficienti);

- concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'articolo 24 del D. Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150 (es. gestione e trattamento giuridico del personale dipendente e non dipendente).

Tali procedimenti si riferiscono ad alcune aree riconducibili all'alveo delle cosiddette aree di rischio generali, che risultano obbligatorie.

Essi, come riportato nel PNA 2013 (All. 1 par. B.1.1, pag. 13) risultano i seguenti:

- Processi finalizzati all'acquisizione e alla progressione del personale;
- Processi finalizzati all'affidamento di lavori, servizi e forniture nonché all'affidamento di ogni altro tipo di commessa o vantaggio pubblici disciplinato dal D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50;
- Processi finalizzati all'adozione di provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- Processi finalizzati all'adozione di provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario.

In conformità con quanto indicato nel PNA 2015 (par. 6.3.b pag. 17 e par. 2.1 pag. 42 della "parte speciale – approfondimenti"), altre aree di rischio generali risultano:

- Contratti pubblici;
- Incarichi e nomine;
- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;
- Affari legali e contenzioso.

Secondo quanto previsto dal PNA 2015 la più ampia definizione di "area di rischio contratti pubblici" viene ad essere utilizzata in luogo di quella di "affidamento di lavori, servizi e forniture".

In accordo con il PNA 2019, in cui si raccolgono tutte le aree di rischio elencate nei precedenti PNA, per questo piano si considerano:

- Provedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- Provedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- Acquisizione e gestione del personale;
- Contratti pubblici;
- Incarichi e nomine;
- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;
- Affari legali e contenzioso.

Oltre alle aree generali, sono state indicate aree di rischio specifiche, peculiari del settore sanitario, potenzialmente esposte a rischi corruttivi (PNA 2015, par. 2.2 pag. 46 nella parte "speciale - approfondimenti"), riprese dal PNA 2019:

- Attività libero professionali e liste di attesa;
- Rapporti con soggetti erogatori;
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- Attività conseguenti al decesso intraospedaliero.

Sono stati individuati e valutati 82 processi per le aree di rischio di corruzione a livello aziendale. Di tali processi 49 sono stati classificati a medio-alto rischio di corruzione, con Indice di Rischio medio e

rilevante (secondo l'applicazione della metodologia dell'Allegato 3). Per 53 processi sono stati identificati i relativi rischi specifici ed è stato stilato il registro dei rischi.

L'ULSS2 per il triennio 2021-2023, continuerà la verifica dei processi per le aree di rischio di corruzione a livello aziendale.

Grazie ad una forte spinta verso la dematerializzazione della documentazione, la fornitura di nuovi strumenti informatici e la condivisione di informazioni online, già nel 2020 il supporto alla gestione dei rischi e i controlli è stato possibile anche senza accedere ai locali in cui avviene il servizio.

Al termine dell'analisi di contesto presentata, si può considerare la sintesi riportata in Figura 11.

PUNTI DI FORZA Organizzazione che mira ad un approccio per processi Spinta verso la dematerializzazione e la condivisione di informazioni online Sinergia tra Internal Auditing, Innovazione e Sviluppo Organizzativo e Trasparenza e anticorruzione Allineamento con piano delle performance	OPPORTUNITÀ Nuove direttive e strumenti proposti a livello nazionale ed internazionale Gestione del rischio integrata con approccio per processi suggerita da standard internazionali
PUNTI DI DEBOLEZZA Recente atto aziendale per cui c'è stata una necessità di ridefinire molti processi aziendali	MINACCE Numerosi casi di corruzione registrati in Italia Senso civico non sempre sensibilizzato al problema

Figura 11: Risultati della SWOT analysis

L'obiettivo operativo del presente piano, inerente alla mappatura dei processi risulta essere:

- aggiornamento/ rivalutazione dei processi aziendali a rischio corruzione.

Per raggiungere il primo obiettivo sarà necessaria la seguente attività:

- aggiornare il livello di rischio di corruzione dei processi aziendali seguendo la metodologia descritta nell'Allegato 3.

Tale obiettivo sarà raggiunto attraverso il coinvolgimento degli owner dei processi interessati che potranno avvalersi del supporto metodologico fornito dalla UOSD Innovazione e Sviluppo Organizzativo.

Gli indicatori di budget per gli obiettivi esplicitati in questo paragrafo sono riportati nell'Allegato 1, mentre le attività indicate saranno eseguite come disposto nell'Allegato 2.

3.2 IDENTIFICAZIONE, ANALISI E PONDERAZIONE DEL RISCHIO

Dando priorità ai processi definiti ad alto e medio rischio di corruzione, secondo quanto illustrato al paragrafo 3.1.2, è necessario identificare, analizzare e ponderare i rischi specifici che si possono verificare nelle diverse fasi del processo (2. Valutazione del rischio).

Tale macro-fase del processo di gestione del rischio è stata sviluppata per 53 dei processi identificati nell'elenco in Allegato 3, dando priorità a quelli con IR più elevato (area gialla e verde in Figura 10).

Identificazione rischi specifici

I responsabili di ogni unità organizzativa e/o processo (eventualmente supportato da un gruppo di lavoro da lui individuato), avendo una conoscenza approfondita dell'organizzazione devono identificare in questa fase tutti gli eventi rischiosi che potrebbero ipoteticamente verificarsi. Così come sottolineato dal PNA 2019, il RPCT e gli altri attori del sistema di gestione del rischio (dirigenti, dipendenti, OIV, organi di indirizzo) devono comunque mantenere un atteggiamento attivo e segnalare eventuali rischi ad integrazione.

L'oggetto di analisi per l'identificazione dei rischi specifici sono le singole fasi (sotto processi) o attività in cui si scompone un processo.

Per l'identificazione degli eventi rischiosi si suggeriscono diverse tecniche che adottano una prospettiva rivolta al passato e al futuro:

- ricerca e analisi di documentazione relativa al processo (mappature di processo e/o registro dei rischi utilizzate in passato, risultati dell'attività di monitoraggio di RPCT o internal auditor) o riguardante l'analisi del contesto interno e/o esterno o di eventuali casi giudiziari e di altri episodi di corruzione o cattiva gestione accaduti in passato nell'amministrazione o in altre ULSS;
- brainstorming con il gruppo di lavoro (personale che opera all'interno del processo interessato) definito per vagliare i rischi specifici presenti nell'elenco predisposto dal PNA 2013 in Allegato 3 e identificare altri eventuali rischi specifici di corruzione per ogni fase dei processi a medio ed alto rischio di corruzione, oltre a possibili schemi di corruzione;

Ad integrazione si aggiungono incontri da parte di RPCT, Innovazione e Sviluppo Organizzativo e internal auditor con gli owner del processo e i responsabili delle unità afferenti, e/o con associazioni e portatori di interesse esterni, per verificare le attività di identificazione dei rischi specifici.

Il PNA 2019 suggerisce di identificare almeno un evento rischioso per processo.

La fase di identificazione permette di compilare la prima parte del registro dei rischi riportato all'Allegato 4.

Ogni rischio dovrebbe essere specifico del processo e adeguatamente descritto.

Uno stesso rischio potrebbe avere codici distinti qualora identificato in più fasi di processo.

Analisi e ponderazione dei rischi specifici

Considerando le indicazioni del PNA 2019, si è valutato se adottare la metodologia proposta da Azienda Zero per l'internal auditing anche per la valutazione dei rischi di corruzione in modo da sfruttare l'opportunità di approfondire ed utilizzare un unico metodo di valutazione. Si tratta di un approccio semi quantitativo basato sul self assessment (CRSA).

Il gruppo di lavoro e l'owner di processo che hanno individuato i rischi specifici, coordinati da RPCT e internal auditor, hanno proceduto alla relativa analisi sulla base di 4 item relativi a probabilità (la

frequenza con cui si compie l'attività, la discrezionalità, la storicità di problematiche riscontrate ed il livello dell'informatizzazione) e 2 concernenti l'impatto (economico e di immagine).

Le scale adottate prevedono un punteggio da 1 a 5, la cui scelta, effettuata dal gruppo di lavoro, doveva essere basata, ove possibile, da dati oggettivi (es. frequenza dell'attività, raccolta delle problematiche riscontrate), pur risentendo della soggettività derivante dall'adozione di uno strumento di autovalutazione.

Ciascun rischio individuato è stato classificato in 3 categorie:

- amministrativo contabile, che comporta non attendibilità delle informazioni contabili, finanziarie e operative

- compliance, derivante da mancanza di conformità alle leggi e ai regolamenti in vigore o mancanza di conformità dei comportamenti alle procedure e alle prassi interne

- frode, riguardante azioni/comportamenti che in modo illecito e disonesto procurano guadagni/benefici a determinati soggetti e che sono contrari agli obiettivi dell'organizzazione o tali da ledere i diritti di altri soggetti (Allegrini M., D'Onza G., Mancini D., Garzella S., 2003). Il rischio di corruzione si inserisce quindi all'interno di questa categoria.

L'indice di rischio (IR) viene quindi calcolato come $IR = \text{probabilità} * \text{impatto}$.

Anche i risultati dell'analisi del rischio vanno inseriti nel registro dei rischi (Allegato 4).

Con tale indicatore si misura il rischio lordo, ossia il rischio inerente (escludendo eventuali controlli esistenti o futuri).

Per la ponderazione dei rischi specifici si è proceduto a normalizzare il rischio lordo in modo da essere agevolati nella ponderazione (con scala da 1 a 5: 1=basso; 2=medio-basso; 3=medio; 4=medio-alto; 5=alto) e poter stabilire le azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio e le priorità di intervento.

Per quanto riguarda i processi collegati alle aree PAC di cui al paragrafo 4.13, sono state riviste la maggior parte delle procedure esplicitando i controlli messi in essere dagli operatori al fine di ridurre al minimo la possibilità che si verifichino eventi non desiderati. Nel triennio 2021-2023 tali attività saranno riportate nel registro dei rischi procedendo così alla formalizzazione delle fasi di identificazione del rischio, analisi e ponderazione, individuazione ed implementazione delle misure di contenimento e loro valutazione.

L'obiettivo operativo del presente piano, inerente alla valutazione dei rischi specifici di corruzione, è:

- l'aggiornamento e/o la creazione del registro dei rischi.

Per raggiungere tale obiettivo sarà necessario:

- valutare i rischi specifici seguendo la metodologia del CRSA.

Tale obiettivo sarà raggiunto attraverso il coinvolgimento degli owner dei processi interessati che potranno avvalersi del supporto metodologico fornito dalla UOSD Innovazione e Sviluppo Organizzativo e UOSD Internal Auditing.

Gli indicatori di budget per gli obiettivi esplicitati in questo paragrafo sono riportati nell'allegato 1, mentre le attività indicate saranno eseguite come disposto nell'Allegato 2.

3.3 TRATTAMENTO DEL RISCHIO: MISURE SPECIFICHE E AZIONI DI MIGLIORAMENTO

Come indicato nell'allegato 1 del PNA 2013 e nel PNA 2019, la fase di trattamento del rischio consiste nell'identificazione delle misure più idonee al trattamento del rischio. Una volta misurati i rischi, come definito nel paragrafo precedente, si devono individuare i rischi da trattare prioritariamente rispetto agli altri. Le risposte in fase di trattamento possono essere di trasferimento, eliminazione, mitigazione, accettazione del livello di rischio.

Oltre alle misure generali per prevenire fenomeni di corruzione indicate dal PNA 2013 e successivi, sono quindi necessarie misure specifiche di contenimento per i rischi che sono da trattare con maggiore priorità, preferendo quelle con maggiore impatto organizzativo e finanziario connesso alla relativa implementazione. Come indicato dall'allegato 1 del PNA 2013, l'individuazione e la valutazione delle misure da implementare è compiuta dal responsabile della prevenzione con il coinvolgimento dei dirigenti per le aree di competenza e l'eventuale supporto dell'OIV, tenendo conto anche degli esiti del monitoraggio sulla trasparenza ed integrità dei controlli interni (art. 14, co. 4, lett. a), D. Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150) o degli altri organismi di Internal Auditing.

Ogni misura deve essere specifica e puntuale e ne deve essere progettata l'attuazione in termini di tempi e responsabilità. Le misure adottate per trattare un rischio specifico sono implementate quindi per risolvere un determinato problema.

Tali misure (dette anche controlli o misure di controllo del rischio) sono azioni atte a contenere il livello di rischio, agendo sul fronte della probabilità, oppure su quello dell'impatto o su entrambi.

Anche i controlli esistenti o futuri vanno quindi valutati in modo da misurare il rischio residuo, ossia il livello di rischio senza i controlli/ misure applicate.

I controlli, sempre lavorando con l'internal auditing, sono stati valutati considerando le seguenti dimensioni:

- pertinenza (con peso 0,3 e scala da 1 a 5): misura la qualità del controllo in termini di effettiva capacità di limitare il rischio;
- copertura (con peso 0,4 e scala da 1 a 5): misura il grado di copertura del controllo;
- robustezza (con peso 0,3 e scala da 1 a 5): misura una serie di caratteristiche quali la non discrezionalità del controllo, la sistematicità, la segregazione, l'automazione, la tracciabilità.

Anche in questo caso per ottenere la valutazione del rischio si è effettuata una media pesata del punteggio assegnato ad ogni dimensione ed una successiva normalizzazione per riportare il valore in una scala da 1 a 4.

Si è chiesto di effettuare, per quanto possibile, una valutazione su controlli anche futuri in modo da poter avere una stima del rischio residuo ottenibile dopo l'implementazione della misura.

Nel definire le azioni da intraprendere, come evidenziato nel PNA 2019, si dovranno considerare innanzitutto le misure già in essere e si dovrà analizzare un possibile eventuale potenziamento di tali controlli prima di introdurne di nuovi; ciò si allinea anche con l'obiettivo di non appesantire troppo l'attività amministrativa.

Secondo quanto riportato nel PNA 2019 si ritengono particolarmente importanti le misure di semplificazione e sensibilizzazione interna. La prima in quanto talvolta esistono complessità eccessive che possono generare asimmetrie informative, oltre al fatto che ciò è allineato con uno degli scopi della mappatura dei processi, ossia quello di identificare eventuali ridondanze, duplicazioni e inefficienze nelle attività.

Secondo il PNA 2019 le misure devono rispondere ad alcuni requisiti:

- presenza ed adeguatezza di misure e/o di controlli specifici: valutare l'applicazione e l'adeguatezza delle misure esistenti prima di identificarne di nuove;
- capacità di neutralizzazione dei fattori abilitanti il rischio;
- sostenibilità economica e organizzativa delle misure: per ogni evento rischioso rilevante si deve individuare almeno una misura potenzialmente efficace e deve essere preferita quella con un miglior rapporto costo/efficacia;
- adattamento alle caratteristiche dell'organizzazione;
- gradualità delle misure rispetto al livello di esposizione del rischio residuo.

Nel 2019-2020 sono state individuate le misure specifiche riportate nel registro dei rischi (Allegato 4). Per le azioni da implementare sono stati definite tempistiche e responsabilità, oltre ad un indicatore dello stato di attuazione.

Nell'Allegato 5 si propone un template per supportare gli owner di processo nella definizione dei piani di attuazione.

L'obiettivo operativo del presente piano riguarda il trattamento dei rischi specifici di corruzione di elevata priorità per i processi a medio e alto rischio di corruzione. Data la revisione effettuata per i processi aziendali come dettagliato nei precedenti paragrafi, nel triennio 2021-2023 si andranno a definire piani di attuazione individuando le misure specifiche di trattamento dei rischi, e/o aggiornando quelle già esistenti e poste in essere negli anni precedenti.

Per raggiungere tale obiettivo sarà necessario:

- definire le misure di trattamento dei rischi specifici valutati e classificati per indice di rischio (IR);
- valutare l'efficacia delle misure di trattamento/ controlli;
- programmare incontri tra RPCT, gli owner dei vari processi e il gruppo di lavoro per condividere le misure di trattamento dei rischi prioritari.

Gli indicatori di budget per l'obiettivo esplicitato in questo paragrafo sono riportati nell'Allegato 1, mentre le attività indicate saranno eseguite come disposto in Allegato 2.

3.4 MONITORAGGIO E RIESAME, COMUNICAZIONE E CONSULTAZIONE DEL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO

L'attività di monitoraggio e riesame (Figura 3) prevede un'attività continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento per ogni processo mappato. A seguito dell'implementazione dei piani di contenimento e delle azioni di miglioramento, infatti, non solo si devono misurare e valutare di nuovo i rischi gestiti ma si deve soprattutto monitorare l'efficacia delle misure.

Un primo monitoraggio (di primo livello) viene condotto da dirigenti di unità operativa e owner dei processi, fornendo evidenze concrete dell'adozione delle varie misure, come richiesto nella relazione annuale al RPCT (Allegato 7).

Tuttavia, nel PNA 2019 si sottolinea come per i processi a più alto rischio tale monitoraggio non è da ritenersi sufficiente e dovrà pertanto essere attuato dal RPCT e dall'Internal Auditing (monitoraggio di secondo livello).

Come suggerito nel PNA 2019, il RPCT verifica con gli owner dei processi la corretta identificazione, analisi e ponderazione dei rischi specifici.

Nel corso del 2020 il RPCT, il responsabile dell'internal auditing e l'UOSD Innovazione e Sviluppo Organizzativo hanno rivisto 53 registri dei rischi, restituendo un feedback ai diversi owner dei processi.

Per il 2020 l'internal auditing aveva pianificato sia follow up delle attività di miglioramento individuate nel corso degli audit anno 2019, sia l'esecuzione di audit per la verifica dell'efficacia delle misure di contenimento del rischio su 5 ulteriori processi. La pianificazione e le modalità di esecuzione delle attività sono state pesantemente modificate a causa della pandemia da Covid-19, per cui sono state utilizzate tutte le possibilità tecniche messe a disposizione per la realizzazione, ove possibile, di audit e di supporto alle unità operative da remoto.

Come previsto dal piano triennale IA nel 2020 si riporta quanto svolto:

Attività previste:	Attività realizzate
Follow up dei processi auditati 2019	
<i>Prestazioni di residenzialità e semiresidenzialità per anziani:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - supporto alla conclusione dell'attività di miglioramento avviata, relativa alla standardizzazione del controllo sulle assenze per ricovero; 	<p>A partire dal 2/12/2020, si è concordato, concordato con l controllo digestione di effettuare mensilmente, successivamente all'estrazione del tracciato FAR, la verifica delle assenze per ricovero ospedaliero degli ospiti dei CdS, incrociando il Codice Fiscale di questi ultimi con le SDO degli ospedali della Marca.</p> <p>A seguito di detta verifica verranno segnalate a questo Ufficio le eventuali anomalie rispetto ai dati tracciati sul FAR, dati che vengono estratti dai gestionali in uso dai quali si ricavano le informazioni per controllare e liquidare le fatture dei CdS.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - completamento dei test sulle fasi di ricezione delle richieste degli utenti e valutazione ai fini dell'aggiornamento della graduatoria e verifica dell'erogazione del servizio, escluse dai test 2019 in quanto trattasi di attività correlate all'approvazione il nuovo regolamento per il RUR unico, da cui deriva l'unificazione anche del gestionale delle impegnative (entrambe obiettivi di budget per l'anno 2019) e l'unificazione del regolamento UVMD (necessità emersa nel corso delle attività per il RUR unico al fine di garantire agli assistiti una percorso omogeneo tra i tre territori afferenti alle ex aziende) 	<p>E' stato unificato il regolamento RUR e di conseguenza sono in corso tutte le attività di adeguamento e di unificazione dei diversi gestionali in uso. Sono state svolte tutte le attività prodromiche all'esecuzione del test, che verrà eseguito nel rispetto dei tempi e delle modalità dettate dall'emergenza pandemica da Covid 19.</p>
<i>Gestione dei contratti in outsourcing (magazzino) – gestione dei magazzini (non esternalizzati)</i>	

- revisionare la procedura di gestione dell'anagrafica articoli (finalizzata all'anagrafica unica).	Avvio, correlato al covid, della gestione unificata di macro categorie di articoli con sperimentazione ed implementazione dell'articolo equivalente.
- completare una procedura unica aziendale di gestione dei magazzini e dell'inventario di magazzino, compresa implementazione informatica,	Avvio dell'allineamento della gestione di alcune macrotipologie di prodotti tra i distretti di Pieve di Soligo e Treviso, avvio della codifica unica dei prodotti delle nuove gare aggiudicate.
- Completamento dei test sulle attività di gestione del conto deposito e gestione dei resi ai fornitori	<i>Attività non avviata in relazione al covid</i>
- Ottimizzazione della gestione dei magazzini informatizzati relativi al blocco operatorio di Oderzo e al dipartimentale di neurochirurgia e neuroradiologia di Treviso;	Dipartimentale di neurochirurgia e neuroradiologia: avviata una modalità di gestione unificata con il dipartimentale delle sale operatorie, sono state strettamente monitorate le modalità d'uso delle causali di magazzino. Magazzino informatizzato del blocco operatorio di Oderzo: l'avvio delle attività sarà concordato con i responsabili nel rispetto dei tempi e delle modalità dettate dall'emergenza pandemica da Covid 19
Test (audit) ai processi	
- P042 - Affidamento dei contratti per acquisizione di beni e servizi di importo inferiore a 40.000€ (economato)	Analisi di dettaglio sulla valutazione degli acquisti sotto i 40.000€ dei dispositivi medici per identificare cluster di prodotti che potrebbero diventare oggetto di gara.
- P046 - Gestione giuridica, economica, fiscale e previdenziale del personale dipendente e non dipendente (Risorse Umane)	Processo mappato e registro dei rischi completato per i sottoprocessi salienti. Nel rispetto dei tempi e delle modalità dettate dall'emergenza pandemica da Covid 19 sono stati eseguiti test su: - verifica sulla modalità di acquisizione autocertificazioni, controllo e relativo esito - applicazione del regolamento aziendale riguardante gli incarichi e delle attività extra istituzionali Nota audit trasmessa il 28 gennaio 2021
- P018 – Attività ispettive (SPISAL)	Audit report trasmesso il 25 febbraio 2020
- P077 - Attività in regime di LP (DAO)	Audit report trasmesso il 30 dicembre 2020
- P014 – Valutazione medico legali (SML)	<i>Processo mappato, misure di contenimento del rischio individuate e attività di miglioramento definite.</i> Nota trasmessa il 9 settembre 2020
- P088 – Gestione personale convenzionato: specialisti ambulatoriali interni	Sono state svolte attività di test attraverso intervista e verifica della documentazione sulle attività correlate alla verifica della segregazione delle funzioni tra inserimento in anagrafica ed elaborazione degli stipendi, in modo da limitare il più possibile il contatto con il personale dell'unità operativa, nel rispetto dei DPCM vigenti. Audit report trasmesso il 30 dicembre 2020.

Stante il persistere nei primi mesi del 2021 della condizione di emergenza si ritiene di mantenere per il 2021 la pianificazione degli audit parzialmente realizzati nel 2020 e di rinforzare, possibilmente anche con attività formative, il supporto alle attività di miglioramento individuate mediante gli audit.

Nel caso in cui attraverso gli audit si evidenzino l'inidoneità di una misura (erronea associazione della misura di trattamento per non corretta comprensione o identificazione dei fattori abilitanti, modifica dei presupposti della valutazione, come per es. un cambio degli attori coinvolti, definizione troppo formale e poco sostanziale della misura) il RPCT, come previsto dal PNA 2019, interverrà per ridefinire il trattamento del rischio con il responsabile del processo.

Per quanto riguarda il riesame del processo di gestione del rischio, come si è detto nei paragrafi precedenti il RPCT con l'Internal Auditing e l'UOSD Innovazione e Sviluppo Organizzativo hanno lavorato nel corso del 2019 e del 2020 per migliorare la metodologia, uniformarla a livello aziendale, e fornire supporto alle unità interessate, soprattutto nella revisione dei registri dei rischi. Tale riesame è frutto del recepimento dei più recenti PNA, dei feedback giunti dalle unità organizzative coinvolte e dai partecipanti ai corsi di formazione in tema anticorruzione, nonché dalle indicazioni pervenute dalla direzione strategica.

Secondo la ISO 31000 2018, si devono, inoltre, stabilire i meccanismi di comunicazione e reporting interni per garantire che le informazioni relative alla gestione del rischio siano visibili nei tempi e nei modi appropriati agli stakeholder del relativo processo, in modo che possano essere consultati ed eventualmente intervenire. In particolare, è attiva la possibilità da parte degli stakeholder di fornire contributi e osservazioni al piano così come indicato al link <https://www.aulss2.veneto.it/coinvolgimento-stakeholders>.

Nel capitolo 7 è definita in particolare la modalità di coinvolgimento degli attori interni, ossia le attività di comunicazione tra dirigenti/ responsabili degli uffici e RPCT e tra RPCT e organi di indirizzo politico e OIV.

Come si sottolinea nel PNA 2019, sistemi informatizzati o spazi digitali condivisi (come la intranet) potrebbero agevolare sia la fase del monitoraggio che di comunicazione e consultazione.

L'obiettivo operativo del presente piano è quello di:

- garantire il monitoraggio, la revisione, la consultazione e la comunicazione.

Per raggiungere tale obiettivo ogni owner di processo, con il relativo gruppo di lavoro, deve:

- creare nell'area intranet una sezione dedicata alla condivisione della metodologia di gestione del rischio, dei registri dei rischi e delle attività di miglioramento avviate;
- verificare con RPCT e Internal Auditing il contenuto del registro dei rischi;
- comunicare le informazioni relative alle fasi di gestione del rischio a tutti gli stakeholder.

Gli indicatori di budget per l'obiettivo esplicitato in questo paragrafo sono riportati nell'Allegato 1, mentre le attività indicate saranno eseguite come disposto nell'Allegato 2.

4. MISURE GENERALI PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE

4.1 LA FORMAZIONE

La legge 6 novembre 2012, n. 190, attribuisce particolare importanza alla formazione del personale che presta la propria opera nei procedimenti elencati nell'art. 1, c. 16:

- autorizzazione o concessione;
- scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al D. Lgs. 12 aprile 2006, n. 163;
- concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;
- concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'articolo 24 del D. Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150.

Prevede inoltre (art. 1 c. 9) che possano essere individuate ulteriori attività a rischio corruttivo.

Per tutte queste materie rileva come fondamentale attivare dei meccanismi di formazione per ridurre il rischio stesso.

Nell'attuazione del disposto normativo, il PNA 2013, ha ribadito che la "formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche attinenti alla prevenzione della corruzione" sia uno tra i principali strumenti per perseguire tre obiettivi:

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

Il PNA 2013 prosegue poi riconoscendo come tematiche ulteriori oggetto di formazione per i dipendenti delle pubbliche amministrazioni:

- approfondimenti sui contenuti e le finalità del Codice di comportamento previsto dall'art. 1, co. 2, del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165;
- aumento delle conoscenze sugli obblighi di astensione in caso di conflitto d'interesse, ponendo l'accento sulle conseguenze scaturenti dalla sua violazione e sui comportamenti da seguire qualora si concretizzi il caso stesso;
- modalità di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblower) in modo da svolgere un'efficace attività di sensibilizzazione, comunicazione e formazione sui diritti e gli obblighi relativi alla divulgazione delle azioni illecite, anche alla luce della nuova normativa: Legge 30 novembre 2017, n. 179;
- apposite iniziative formative sui temi dell'etica e della legalità che coinvolgano tutti i dipendenti ed i collaboratori a vario titolo dell'amministrazione.

Il PNA 2015, approvato con determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015, integra le materie oggetto di formazione ai fini dell'anticorruzione e della trasparenza con la nuova disciplina riguardante il diritto

di accesso civico generalizzato e gli obblighi di pubblicità (D.Lgs. 25 maggio 2016, n. 97), istituto di assoluta novità nel nostro ordinamento.

Nel PNA 2019 si sottolinea in particolare la necessità di formare tutti i dipendenti pubblici sulle regole di condotta del codice di comportamento nazionale (d.P.R. 62/2013) e nei codici di amministrazione.

L'ULSS n. 2 Marca trevigiana intende favorire pienamente l'attuazione delle raccomandazioni emanate nel PNA, adottando un programma di formazione strutturato su due livelli:

- livello generale, rivolto a tutti i dipendenti che riguarda l'aggiornamento delle competenze (approccio contenutistico) nonché le tematiche dell'etica, della legalità, dell'integrità dell'azione amministrativa e della trasparenza (approccio valoriale);
- livello specifico, comprensivo di tecniche di Risk Management, rivolto al RPCT, ai referenti, ai componenti degli organismi di controllo, ai dirigenti e ai titolari di Posizione Organizzativa addetti alle aree a rischio che riguarda le politiche, i programmi e i vari strumenti utilizzati per la prevenzione, nonché tematiche settoriali, in relazione al ruolo svolto dai vari soggetti nell'Azienda.

I contenuti dei percorsi formativi devono riguardare, come prescritto dal PNA 2015, "anche in modo specialistico, tutte le diverse fasi: l'analisi di contesto, esterno e interno; la mappatura dei processi; l'individuazione e la valutazione del rischio; l'identificazione delle misure; i profili relativi alle diverse tipologie di misure (ad es. controlli, semplificazioni procedurali, riorganizzazioni degli uffici, trasparenza)". Anche nel PNA 2019 si enfatizza l'importanza di formare su tutte le fasi di predisposizione del PTPCT, oltre ad attivare percorsi di aggiornamento e formativi in house.

La formazione deve essere programmata nell'ambito del PTPCT e del Piano triennale della formazione.

Per la formazione dei dipendenti è previsto almeno un corso di formazione a valenza generale e uno a valenza specifica per ogni anno.

La selezione dei dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione avviene sulla base delle indicazioni fornite dai referenti del RPTC. I criteri in materia di formazione condivisi con il RPCT prevedono per i dipendenti individuati dai referenti del RPCT delle UO amministrative e il dipartimento di prevenzione un aggiornamento almeno quinquennale per i corsi a valenza generale e triennale per i corsi a valenza specifica, fatte salve le necessità di aggiornamento che possano derivare da eventuali novità normative.

A tal fine l'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana ha previsto:

- corsi a valenza generale (formazione anticorruzione e trasparenza ai sensi della L. 6 novembre 2012, n. 190 e del D.Lgs. n. 33/2013):
 - 1) FAD: "Prevenzione della corruzione: Misure generali in materia di anticorruzione";
 - 2) FAD: "Prevenzione della corruzione: La gestione del conflitto di interesse".
- corsi a valenza specifica:
 - 1) formazione residenziale: "Risk management in ambito anticorruzione e internal auditing: progetti di miglioramento per il trattamento dei rischi";
 - 2) formazione residenziale: "Ultime novità in materia di appalti pubblici";
 - 3) formazione residenziale: "I RUP e il DEC nel nuovo D.Lgs 50/2016RE";

- 4) formazione residenziale: “Formazione dei controllori dei servizi esternalizzati dell'azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana”.

Il fabbisogno e le iniziative formative sui temi di anticorruzione sono vagliati e approvati da un Comitato Scientifico ECM nel quale sono presenti, oltre a vari Direttori di struttura, anche il RPCT e il Responsabile della Formazione (delibera del Direttore Generale n. 2003 del 02 novembre 2017).

In particolare, l'esigenza dei corsi a valenza generale suddetti è evidente anche dai risultati degli audit integrati sui temi della qualità, della sicurezza e dell'anticorruzione svolti nel 2019, dai quali è emersa la necessità di approfondimenti riguardanti la gestione del conflitto di interessi, il whistleblower, il codice di comportamento.

L'Azienda inoltre, monitora e verifica il grado di efficacia di ciascun corso formativo attraverso la somministrazione ai soggetti destinatari della formazione di questionari di apprendimento e di gradimento.

Nel 2019 e nel 2020, in particolare, sono stati attivati corsi con tema anticorruzione, con modalità e-learning (FAD - formazione a distanza) al fine di facilitare la partecipazione al corso e creare un contesto favorevole alla legalità.

Nel 2020 sono state formate con tale modalità 202 persone tra amministrativi e personale tecnico con attività di segreteria di reparto.

A causa dell'emergenza covid 19 alcuni corsi residenziali previsti nel PTPCT 2020-2022 sono stati posticipati al 2021.

Oltre a tutto ciò è stato fornito, da parte dell'UOSD Innovazione e Sviluppo Organizzativo e Internal Auditing, supporto metodologico per l'esecuzione delle attività previste nell'Allegato 2 del PTPCT e collegate agli indicatori delle schede di budget delle UO amministrative e del dipartimento di prevenzione.

L'obiettivo operativo del presente piano, in materia di “formazione”, consiste nel:

- diffondere i principi e i valori su cui si fonda l'anticorruzione e fornire strumenti di gestione del rischio.

Per raggiungere tale obiettivo, le attività da realizzare sono le seguenti:

- individuare le persone da formare sulla base dei criteri stabiliti in accordo con il RPCT e inseriti nel PTPCT;
- realizzare corsi in tema anticorruzione per l'anno 2021 come previsto dal presente piano.

Gli obiettivi indicati saranno inseriti nell'Allegato 1 e le relative attività sono riportate con le relative tempistiche e il responsabile dell'attuazione nell'Allegato 2.

4.2 LA ROTAZIONE ORDINARIA DEL PERSONALE

La rotazione del personale è una misura generale di prevenzione della corruzione introdotta nel nostro ordinamento dalla L. 6 novembre 2012, n. 190 – art. 1, co. 4 lett. e), co. 5 lett. b), co. 10 lett. b) e assume particolare rilievo nei confronti del personale addetto alle aree a rischio.

Nel concreto si tratta sostanzialmente di limitare la permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione per prevenire il consolidarsi di posizioni che possono degenerare in dinamiche improprie dell'attività (pressioni esterne sul dipendente o rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate).

Come evidenziato da ANAC, nel PNA 2019, allegato 2 "la rotazione ordinaria del personale", le condizioni in cui è possibile realizzare la rotazione sono connesse a vincoli:

- oggettivi, che riguardano l'assetto organizzativo dell'ente e l'esigenza di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico;
- soggettivi, intesi come i diritti individuali dei dipendenti soggetti alla misura.

Al riguardo, il PNA 2016 - § VII Sanità - sottolinea come in questo settore l'applicabilità del principio di rotazione presenta delle criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali. Ciò vale in particolare per l'area clinica, che è sostanzialmente vincolata dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di expertise consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità.

Maggiori margini di applicabilità della misura sono ravvisabili per alcune professioni sanitarie (es. farmacisti e professioni sanitarie con incarico di funzione) che costituiscono un anello determinante nella catena del processo decisionale e per alcuni incarichi amministrativi/tecnici anche se richiedono anch'essi competenze specifiche (es. ingegnere informatico) o particolari esperienze professionali (es. Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione).

La formazione del personale è fondamentale per la realizzazione della rotazione. Una formazione di buon livello in una pluralità di ambiti operativi garantisce che sia acquisita dai dipendenti la qualità delle competenze professionali e trasversali necessarie per dar luogo alla rotazione. Tale iniziativa, unita ad un'analisi dei carichi di lavoro correlata ai registri dei rischi dei processi e ad altre misure complementari, come ad esempio i regolamenti aziendali per l'attribuzione delle posizioni organizzative degli incarichi dirigenziali, consente di instaurare un processo di pianificazione volto a rendere fungibili le competenze.

Considerato che la rotazione è rimessa all'autonoma determinazione delle amministrazioni, che in tal modo potranno adeguare la misura alla concreta situazione dell'organizzazione dei propri uffici, è opportuno delineare il contesto aziendale in cui calare la misura di cui trattasi.

Come detto, l'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana è nata dall'accorpamento di tre separate Aziende sanitarie e con Atto Aziendale, adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 143 del 25 gennaio 2018, ha delineato il proprio assetto organizzativo nell'ambito del quale è stata attuata, conseguentemente, anche una ridefinizione dei ruoli e delle funzioni dei Servizi che ha coinvolto l'intero capitale professionale.

Il PNA 2016 - § VII Sanità – precisa che per il personale di area tecnica – amministrativa non esiste una specificità di profilo per ricoprire un incarico apicale, come nel caso dei clinici; tuttavia è fondamentale non perdere una specificità di competenza che deriva dalla formazione e dall'esperienza.

Con deliberazione n. 499 del 22 marzo 2018, è stato approvato un regolamento che stabilisce i criteri per il conferimento e la revoca degli incarichi dirigenziali dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo.

In applicazione del citato regolamento sono stati conferiti nel 2018 n. 11 incarichi dirigenziali nei ruoli tecnico e amministrativo di durata quinquennale.

Come previsto dal PTPCT 2019 – 2021, con deliberazione n. 2182 del 7 dicembre 2019 è stato adottato il regolamento aziendale disciplinante gli incarichi di funzione (di organizzazione o professionali) del personale del comparto sanità dei ruoli sanitario, professionale, tecnico e amministrativo, che disciplina l'individuazione, le graduazioni, i criteri di conferimento e la durata e dei suddetti incarichi.

In applicazione del questo regolamento sono stati conferiti n. 23 incarichi di durata quinquennale.

Con Delibera 1334 del 6/8/2020 è stato adottato il "Regolamento aziendale sul sistema degli incarichi dirigenziali dell'area sanità in conformità al vigente C.C.N.L. 2016-2018".

In applicazione di tale regolamento sono stati conferiti nel 2020 n. 25 e nel 2021 n. 24 incarichi di durata quinquennale.

L'Azienda, in accordo con quanto definito nel PNA 2019 ha come obiettivo quello di giungere ad una mappatura sempre più dettagliata in cui alle attività dei processi siano associate le risorse umane, in modo da poter verificare agilmente l'avvenuta rotazione.

Per il futuro sarà prevista, per ogni singolo processo, una puntuale analisi che conduca a verificare la percorribilità di una rotazione ordinaria supportata da una formazione ed una organizzazione del lavoro che hanno l'obiettivo di garantire una interscambiabilità del personale attraverso il rafforzamento della trasparenza interna delle attività anche per il tramite del perfezionamento di procedure operative. La logica organizzativa delle attività afferenti ai singoli processi deve tenere conto del principio di segregazione di responsabilità e compiti. Qualora venga valutata e motivata la necessità di ricorrere a misure alternative alla rotazione ordinaria (es. in caso di competenze infungibili) verranno adottati degli accorgimenti necessari ad evitare che il soggetto non sottoposto a rotazione abbia il controllo esclusivo dei processi, così come indicato dall'Autorità.

A titolo esemplificativo, si indicano alcune misure:

- nei processi decisionali che si configurano come processi composti da più fasi e livelli, possono essere promossi meccanismi di condivisione delle fasi procedurali, prevedendo di affiancare al funzionario istruttore un altro funzionario, in modo che, ferma restando l'unitarietà della responsabilità del procedimento a fini di interlocuzione esterna, più soggetti condividano le valutazioni degli elementi rilevanti per la decisione finale dell'istruttoria;
- con riferimento ad atti ad elevato rischio, va incentivata la collaborazione tra diversi ambiti (lavoro in team);
- in presenza di processi decisionali brevi, come, ad esempio, quelli relativi ad attività ispettive, gruppi di lavoro o incarichi all'interno di commissioni di selezione possono essere istituiti, laddove possibile, appositi albi.

L'obiettivo operativo del presente piano, in materia di "rotazione del personale", consiste nel:

- creare condizioni per la fungibilità dei ruoli, contrastando le tendenze di esclusività delle competenze e favorendo l'intercambiabilità.

Per raggiungere tale obiettivo le attività da realizzare sono le seguenti:

- condivisione dei registri dei rischi in area intranet;

- verificare le misure individuate e applicate per contrastare le tendenze di esclusività delle competenze e favorire l'intercambiabilità.

Gli indicatori di budget per gli obiettivi esplicitati in questo paragrafo sono riportati nell'Allegato 1, mentre le attività indicate saranno eseguite come disposto nell'Allegato 2.

4.3 LA ROTAZIONE STRAORDINARIA DEL PERSONALE

La rotazione straordinaria, prevista dall'art. 16, co. 1, lett. I-*quater* del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, è una misura di prevenzione della corruzione di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi, da attuarsi in caso di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.

Il predetto articolo dispone che i dirigenti di uffici dirigenziali generali provvedano al *“monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva”*.

La rotazione straordinaria consiste in un provvedimento dell'amministrazione, adeguatamente motivato, con il quale viene stabilito che la condotta corruttiva imputata può pregiudicare l'immagine di imparzialità dell'amministrazione e viene individuato il diverso ufficio dove il dipendente viene trasferito.

L'ANAC, con delibera n. 215 del 26 marzo 2019, ha chiarito che per *“condotte di natura corruttiva”* che impongono la misura della rotazione straordinaria debbano intendersi i reati di cui agli articoli 317, 318, 319, 319-bis, 319-ter, 319-*quater*, 320, 321, 322, 322-bis, 346-bis, 353 e 353-bis del codice penale. In questi casi l'adozione di un provvedimento motivato, con il quale viene valutata la condotta *“corruttiva”* del dipendente ed eventualmente disposta la rotazione straordinaria, è da ritenersi obbligatoria.

L'ANAC ha altresì chiarito che l'espressione *“avvio del procedimento penale o disciplinare per condotte di natura corruttiva”* di cui all'art. 16, co. 1, lett. I-*quater* del D.Lgs. 165/2001, debba intendersi riferita al momento in cui il soggetto viene iscritto nel registro delle notizie di reato di cui all'art. 335 del codice di procedura penale. La conoscenza di questo momento, riguardando un momento del procedimento che non ha evidenza pubblica (in quanto l'accesso al registro di cui all'art. 335 c.p.p. è concesso ai soli soggetti *ex lege* legittimati), potrà avvenire in qualsiasi modo, attraverso ad esempio fonti aperte (notizie rese pubbliche dai media) o anche dalla comunicazione del dipendente che ne abbia avuto cognizione o per avere richiesto informazioni sull'iscrizione ex art. 335 c.p.p. o per essere stato destinatario di provvedimenti che contengono la notizia medesima (ad esempio, notifica di un'informazione di garanzia, di un decreto di perquisizione, di una richiesta di proroga delle indagini, di una richiesta di incidente probatorio, etc.).

A tal fine è opportuno che l'Azienda, in fase di revisione del codice di comportamento, regolamenti il dovere in capo ai dipendenti interessati da procedimenti penali, di segnalare immediatamente all'amministrazione l'avvio di tali procedimenti. Per tale ragione nel codice di comportamento aziendale, aggiornato con delibera n. 354 del 04 marzo 2021, all'art. 11 è stato inserito l'obbligo per i dipendenti interessati da procedimenti penali di segnalare immediatamente al responsabile gerarchico l'avvio di tali procedimenti.

L'obiettivo operativo del presente piano, in materia di *“rotazione straordinaria”*, consiste nel:

- monitorare i casi di rotazione straordinaria a seguito di avvio di procedimenti penali o disciplinari nei confronti del dipendente.

Per raggiungere tale obiettivo l'attività da realizzare è la seguente:

- effettuare la verifica dell'avvenuta rotazione nel caso in cui pervengano segnalazioni di informazioni di garanzia, rinvio a giudizio, apertura procedimenti penali da parte dei dirigenti responsabili delle diverse unità operative, con le modalità da ritenersi più idonee e da valutarsi caso per caso.

Gli indicatori di budget per gli obiettivi esplicitati in questo paragrafo sono riportati nell'Allegato 1, mentre le attività indicate saranno eseguite come disposto nell'Allegato 2.

4.4 I CODICI DI COMPORTAMENTO

Tra le misure di prevenzione della corruzione i codici di comportamento rivestono un ruolo importante nella strategia delineata dalla legge anticorruzione, costituendo lo strumento che più di altri si presta a regolare le condotte dei funzionari e ad orientarle alla migliore cura dell'interesse pubblico, in una stretta connessione con il PTPCT.

L'art. 1, co. 44, della L. 6 novembre 2012 n. 190 ha sostituito l'art. 54 del D. Lgs. 30.3.2001 n. 165, "*Codice di comportamento*", prevedendo, da un lato, un codice di comportamento generale, nazionale, valido per tutte le amministrazioni pubbliche e, dall'altro, un codice per ciascuna amministrazione, obbligatorio, che integra e specifica il predetto codice generale.

Il **Codice nazionale**, emanato con D.P.R. 16 aprile 2013 n. 62, prevede i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta per i dipendenti pubblici.

I codici di comportamento delle singole amministrazioni, nell'integrare e specificare le regole del codice nazionale, non possono però scendere al di sotto dei doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta che i pubblici dipendenti sono tenuti ad osservare. In tal senso si è espresso anche il Consiglio di Stato nel parere 21 febbraio 2013 n. 97, chiarendo che "i codici di comportamento delle singole amministrazioni possono integrare e specificare le regole del Codice, ma non attenuarle".

Il **Codice dell'Azienda** è uno strumento che fornisce utili indicazioni comportamentali, come ad es. il trattamento dei regali e delle altre utilità ricevuti al di fuori dei casi consentiti o il divieto di accettare, per sé o per altri, somme di denaro per qualunque importo e a qualunque titolo.

Nell'ambito del codice deve essere fatto espresso richiamo all'osservanza dei principi di integrità, correttezza, buona fede, proporzionalità, obiettività, trasparenza, equità e ragionevolezza, indipendenza e imparzialità, efficacia, efficienza e sostenibilità, nonché dei principi di centralità della persona, di accessibilità, appropriatezza, qualità e sicurezza delle prestazioni e delle attività sanitarie, di umanizzazione delle cure, di obiettività e indipendenza nell'attività di sperimentazione e ricerca e tutela della riservatezza.

I codici di comportamento devono essere rispettati da tutti coloro che prestano attività lavorativa a qualsiasi titolo per l'Azienda Sanitaria ivi compresi i casi dettagliatamente individuati dalla Determinazione ANAC n. 358 del 29 marzo 2017 "*Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale*".

Con riferimento al rilievo giuridico del codice di comportamento, sia nazionale che dell'amministrazione, si fa presente che la violazione dei doveri ivi contenuti è fonte di responsabilità disciplinare, ferme restando le ipotesi di responsabilità penale, civile, amministrativa o contabile del soggetto.

Per quanto riguarda la vigilanza sul rispetto dei codici di comportamento, si precisa che spetta in primo luogo ai dirigenti responsabili di ciascuna struttura (art. 54, co. 6, del D. Lgs. 30.3.2001 n. 165; artt. 13 e 15 del DPR 16 aprile 2013 n. 62) per l'ambito di propria competenza e in relazione alla natura dell'incarico e ai connessi livelli di responsabilità.

Con cadenza annuale il Direttore dell'UOC Gestione Risorse Umane e l'UPD relazionano al RPCT in ordine ai procedimenti disciplinari attivati e alle sanzioni eventualmente irrogate, nonché alle segnalazioni relative a condotte illecite e/o fatti o illegalità nel rispetto della riservatezza.

Come già indicato nel capitolo 2 del presente piano, i dettagli sull'attività svolta dall'UPD sono riportati nell'annuale relazione del RPCT all'ANAC pubblicata sul sito dell'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana, nella sezione Amministrazione Trasparente/Altri contenuti/Prevenzione della corruzione/Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

L'Autorità, nell'esercizio della propria attività di definizione di criteri e modelli uniformi, ha adottato, con la delibera n. 75 del 24 ottobre 2013, le prime Linee guida in materia, rivolte a tutte le amministrazioni e, con delibera n. 358 del 29 marzo 2017, Linee guida di settore per gli enti del servizio sanitario nazionale.

L'Autorità, inoltre, con delibera n. 177 del 19 febbraio 2020 ha approvato le "Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche". In accordo a tali linee guida nel corso del 2020 è stato quindi revisionato ed aggiornato il codice di comportamento aziendale. Dopo la consultazione pubblica e recepito il parere dell'OIV, è stato adottato con delibera n. 354 del 04 marzo 2021. Nella stesura di tale codice gli articoli sono stati organizzati seguendo gli ambiti generali elencati nelle linee guida ANAC: prevenzione dei conflitti di interesse, rapporti col pubblico, comportamento nei rapporti privati, correttezza e buon andamento del servizio, collaborazione attiva dei dipendenti e degli altri soggetti cui si applica il codice per prevenire fenomeni di corruzione e di malamministrazione.

L'obiettivo operativo del presente piano, per la misura di prevenzione della corruzione "Codici di Comportamento", consiste nel:

- garantire la miglior conoscenza possibile dei doveri di comportamento dei dipendenti dell'azienda.

Per raggiungere tale obiettivo l'attività da realizzare è la seguente:

- dare maggior diffusione possibile ai codici di comportamento.

Gli indicatori di budget per gli obiettivi esplicitati in questo paragrafo sono riportati nell'Allegato 1, mentre le attività indicate saranno eseguite come disposto nell'Allegato 2.

4.5 IL CONFLITTO DI INTERESSI

"Un conflitto di interessi implica un conflitto tra la missione pubblica e gli interessi privati di un funzionario pubblico, in cui quest'ultimo possiede a titolo privato interessi che potrebbero influire

indebitamente sull'assolvimento dei suoi obblighi e delle sue responsabilità pubbliche" (*Definizione OCSE*).

I conflitti di interessi e la corruzione non sono la stessa cosa. La corruzione prevede solitamente un accordo tra almeno due partner e una tangente/un pagamento/un vantaggio di qualche tipo. Un conflitto di interessi sorge quando una persona potrebbe avere l'opportunità di anteporre i propri interessi privati ai propri doveri istituzionali.

Il conflitto di interessi in particolare può essere:

- attuale: ovvero presente al momento dell'azione o della decisione presa dal dipendente;
- potenziale: ovvero che può diventare attuale in un momento successivo o anche solo in un futuro teorico;
- apparente: ovvero che può essere percepito dall'esterno come tale;
- diretto: ovvero che comporta il soddisfacimento di un interesse diretto del dipendente;
- indiretto: ovvero che attiene ad entità o individui diversi dal dipendente, ma allo stesso collegati.

Il tema della gestione dei conflitti di interessi è espressione del principio generale di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa di cui all'art. 97 della Costituzione ed è affrontato con riguardo sia al personale interno dell'amministrazione/ente sia a soggetti esterni destinatari di incarichi nelle amministrazioni/enti, mediante norme che attengono a diversi profili.

Astenzione del dipendente in caso di conflitto di interessi

L'art. 1, co. 41, della L. 6 novembre 2012 n. 190 ha introdotto l'art. 6 – *bis* "conflitto di interessi" della legge 7 agosto 1990, n. 241, il quale prevede l'obbligo di astensione in capo al responsabile del procedimento o al titolare dell'ufficio competente ad effettuare valutazioni, a predisporre atti endoprocedimentali e ad assumere il provvedimento finale, nel caso in cui si trovi in una situazione di conflitto, anche potenziale, di interesse.

Tale disposizione ha una valenza prevalentemente deontologico-disciplinare e diviene principio generale di diritto amministrativo che non ammette deroghe.

Il conflitto di interessi è, inoltre, trattato dal Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, emanato con DPR 16 aprile 2013, n. 62, agli artt. 6, 7, 14.

In estrema sintesi, secondo la normativa vigente i dipendenti che ritengono di trovarsi in una situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, hanno il dovere di astenersi e di segnalarlo al proprio superiore gerarchico, pena la responsabilità disciplinare degli stessi e fatte salve le ipotesi di responsabilità amministrativa e penale.

Come raccomandato nel PNA 2019, parte III, § 1.4 - Conflitto di interessi – è opportuno individuare una procedura di rilevazione e analisi delle situazioni di conflitto di interessi, potenziale o reale.

Si indica pertanto la seguente procedura che andrà applicata in ogni unità operativa dell'Azienda:

- i soggetti che ritengono di trovarsi in una situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, hanno il dovere di astenersi e di segnalarlo al dirigente responsabile di unità operativa;
- il dirigente responsabile di unità operativa valuta se la situazione rilevata realizza un conflitto di interessi idoneo a ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo;
- i dirigenti responsabili di unità operativa che ritengono di trovarsi in una situazione di conflitto di interessi, anche potenziale, hanno il dovere di segnalarlo al proprio superiore

gerarchico (Direttore di Dipartimento, Direttore di Struttura tecnico – funzionale, Direttore di Area), il quale valuta se la situazione rilevata realizza un conflitto di interessi idoneo a ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo;

- l'esito della valutazione può essere:
 - a) non si configura alcuna situazione, neppure potenziale, di conflitto di interessi;
 - b) si prospetta un'ipotesi anche potenziale di conflitto di interessi: il dirigente solleva il dipendente dallo svolgimento di attività potenzialmente in conflitto;
 - c) si configura un'ipotesi attuale di conflitto di interessi, anche generalizzato, per cui è opportuno assegnare il dipendente ad altra unità operativa.

L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana ha regolamentato il conflitto di interesse adottando diversi provvedimenti, tra cui:

- regolamento per la gestione del procedimento amministrativo, adottato con deliberazione n. 7 del 10/01/2019;
- regolamento per la partecipazione del personale dipendente ad eventi di aggiornamento o formativi con spese a carico di soggetti terzi (sponsorizzazioni), adottato con deliberazione n. 1230 del 19/07/2018;
- regolamento attività libero professionale intramuraria, adottato con deliberazione n. 2199 del 13/12/2018;
- regolamento aziendale per la disciplina degli incarichi e delle attività extra istituzionali del personale dipendente, adottato con deliberazione n. 2502 del 19/12/2019;
- regolamento per il funzionamento del Comitato Etico per la sperimentazione clinica delle province di Treviso e Belluno, adottato con deliberazione n. 1215 del 29/06/2017.

Il conflitto di interessi nel codice dei contratti pubblici

Un ambito in cui è particolarmente sentita la necessità di introdurre misure per la gestione dei conflitti di interessi è quello degli acquisti (*Procurement*). L'area di attività degli acquisti in sanità è caratterizzata dai seguenti fattori:

- i beni e i servizi acquistati sono vari e complessi e interessati dalla dinamica introduzione di nuove tecnologie;
- gli attori coinvolti nell'intero processo di approvvigionamento sono vari e con diverse specificità (personale sanitario, amministrativo e tecnico);
- i soggetti proponenti l'acquisto sono spesso anche coloro che utilizzano i materiali acquistati.

In questo contesto è utile quindi introdurre misure di prevenzione e di sicurezza che documentino le motivazioni ovvero le ragioni tecniche sottese alla richiesta di acquisto di quel particolare prodotto, con assunzione delle relative responsabilità.

Si rende inoltre necessario creare dei percorsi ad hoc che supportino il personale coinvolto in quanto unico attore a conoscenza dei reali interessi in gioco e dell'eventuale interferenza dell'interesse personale su quello primario da tutelare.

L'art. 42 del D. Lgs. 18 aprile 2016, n. 50 (Codice dei contratti pubblici) indica una specifica definizione di conflitto d'interesse riferendosi in questo caso al personale della stazione appaltante che interviene nello svolgimento della procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni. Esso si configura quando tale personale, che può influenzarne, in qualsiasi modo, il risultato, ha, direttamente o indirettamente, un interesse finanziario, economico o altro interesse che può essere

percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di appalto o di concessione.

Il dipendente, infatti, ha l'obbligo di astenersi dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri ovvero di:

- parenti o affini entro il secondo grado;
- coniuge o conviventi o persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale;
- soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi;
- soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente;
- enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

Il dipendente deve astenersi altresì in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza.

Le descritte situazioni in materia di conflitto di interessi, con i connessi obblighi, secondo quanto espressamente previsto dall'art. 42, co. 4 del Codice, si applicano anche nella fase di esecuzione dell'appalto.

La stazione appaltante ha uno specifico obbligo di vigilanza circa l'osservanza dei detti obblighi da parte del personale (sia o meno dipendente) impiegato nell'espletamento delle procedure di affidamento e di esecuzione delle prestazioni.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 521 del 23 marzo 2018 sono state approvate le linee di indirizzo da applicarsi per la nomina dei componenti delle commissioni giudicatrici sino al momento in cui scatterà l'obbligo di ricorrere all'albo dei componenti delle commissioni giudicatrici di cui all'art. 78 del D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50. Le linee guida suddette stabiliscono, sulla base della vigente normativa in materia, i criteri per l'individuazione dei commissari, nonché le dichiarazioni di insussistenza di cause di incompatibilità e di astensione che gli stessi devono rendere in funzione della nomina; invero i commissari non devono trovarsi in situazioni che configurano una delle cause ostative alla nomina tra cui il "conflitto di interesse" di cui all'art. 42 del D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50. Inoltre, al fine di garantire l'assenza di conflitti di interesse nell'intero processo di procurement, la suddetta dichiarazione di cui all'art. 42 del D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50 viene richiesta anche ai membri dei Gruppi tecnici nominati per la "progettazione" delle procedure di gara come da *fac-simili* aziendali.

Dal 2017 nei gruppi tecnici nominati per la progettazione delle gare e nelle commissioni giudicatrici è presente una figura amministrativa che oltre a dare supporto giuridico/ amministrativo ha il compito di informare i componenti dei gruppi/ commissioni in merito ai contenuti delle dichiarazioni che gli stessi devono rendere. A tal fine viene messa a disposizione degli interessati una raccolta della normativa di riferimento.

Da ultimo ANAC ha emanato le Linee Guida n. 15, approvate dal Consiglio dell'Autorità con delibera n. 494 del 05 giugno 2019, che forniscono indicazioni in merito alla gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici.

In tali linee guida si sottolinea che al fine di assicurare che il conferimento degli incarichi attinenti alla procedura di gara sia effettuato in assenza di conflitti di interessi, la nomina è subordinata all'acquisizione della dichiarazione sostitutiva sull'assenza di conflitti di interesse resa dal soggetto individuato.

Con audit effettuato a gennaio 2020 all'UOC Provveditorato, sono state campionate cinque procedure e analizzate le autodichiarazioni riferite all'assenza di conflitto d'interesse; non sono emerse criticità.

Nel 2020 si è costituito un gruppo di lavoro che ha coinvolto il RPCT, UOC Affari Generali e Legali, UOSD Formazione e UOC Gestione risorse umane con l'obiettivo di rilevare quanto presente ed adottato in Azienda in tema di gestione del conflitto di interesse. Dopo avere individuato ed analizzato i regolamenti e i relativi moduli da adottare per la gestione del conflitto di interessi, il gruppo si è focalizzato sulla gestione del conflitto di interessi nel caso di incarichi in commissioni concorsuali e a consulenti e collaboratori.

Si è dunque ricostruita la normativa vigente in materia di adempimenti Trasparenza e PerLa PA (individuate come misure per la gestione del conflitto di interessi in questi casi), si è verificata la conformità o meno di moduli e delle procedure utilizzate in azienda e si sono adeguati i moduli a detta normativa, nonché a quella in tema di riservatezza dei dati personali. Si è quindi creato un "modulo tipo", personalizzabile dai vari servizi e contenente i dati minimi per ottemperare alle normative analizzate. Infine è stato predisposto un compendio con linee guida e a disposizione di servizi per ottemperare a quanto previsto.

Per l'anno 2021 si prevede di proseguire con queste attività, come di seguito indicato.

L'obiettivo operativo del presente piano, in materia di "conflitto di interesse", consiste nel:

- migliorare l'individuazione e la gestione del conflitto di interesse.

Per raggiungere tale obiettivo le attività da realizzare sono le seguenti:

- standardizzare il processo di gestione del conflitto di interesse e raccogliere in modo strutturato le dichiarazioni rese
- dematerializzazione dei moduli da adottare per le dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi.

Gli indicatori di budget per gli obiettivi esplicitati in questo paragrafo sono riportati nell'Allegato 1, mentre le attività indicate saranno eseguite come disposto nell'Allegato 2.

4.6 INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ DEGLI INCARICHI

Con l'obiettivo di prevenire situazioni ritenute anche potenzialmente portatrici di conflitto di interessi o, comunque, ogni possibile situazione contrastante con il principio costituzionale di imparzialità, è stato approvato, in attuazione dell'art. 1, commi 49 e 50, della L. 6 novembre 2012, n. 190, il D. Lgs. 8 aprile 2013, n. 39, recante "*Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190*".

Per "inconferibilità" si intende la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi previsti dal presente decreto a coloro che:

- abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale;

- abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi;
- siano stati componenti di organi di indirizzo politico.

Per “incompatibilità”, si intende l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico.

Con la Delibera ANAC n. 149 del 22 dicembre 2014 recante *“Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario”* l'ANAC è intervenuta in materia precisando che le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le aziende sanitarie locali devono intendersi, secondo l'ANAC, applicate solo con riferimento agli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario. Nella nostra Azienda ULSS, avendo anche un Direttore dei Servizi Socio – Sanitari, le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi devono intendersi riferite anche a questo Direttore.

All'atto del conferimento dell'incarico l'interessato presenta una dichiarazione sull'insussistenza di una delle cause di inconferibilità.

Nel corso dell'incarico l'interessato presenta annualmente una dichiarazione sull'insussistenza di cause di incompatibilità.

Le dichiarazioni sono raccolte al momento della nomina e periodicamente aggiornate a cura dell'UOC Affari Generali e Legali e pubblicate sul sito dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, nella sezione Amministrazione Trasparente/Personale/Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice all'indirizzo: <http://www.aulss2.veneto.it/amministrazione-trasparente/personale/titolari-di-incarichi-dirigenziali-amministrativi-di-vertice>.

In particolare al RPCT è assegnato il compito di verificare che siano rispettate le disposizioni previste dal D. Lgs. 8 aprile 2013 n. 39 ed eventualmente di contestare la situazione di inconferibilità o incompatibilità e di segnalare la violazione all'ANAC secondo il procedimento dettagliato dalla Determinazione dell'ANAC n. 833 del 3 agosto 2016 recante *“Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'ANAC in caso di incarichi inconferibili e incompatibili.”*

La verifica della veridicità della dichiarazione resa dal Direttore Generale compete alla Regione, che provvede alla sua nomina.

Nell'anno 2019 e nell'anno 2020 si è proceduto all'aggiornamento delle pubblicazioni.

Per l'anno 2021 saranno effettuati dei controlli nel caso pervengano delle segnalazioni riguardanti eventuali inconferibilità e incompatibilità degli incarichi conferiti al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario e al Direttore dei Servizi Socio – Sanitari.

L'obiettivo operativo del presente piano, in materia di “inconferibilità e incompatibilità degli incarichi”, consiste nel:

- garantire la veridicità delle dichiarazioni rese dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario e dal Direttore dei Servizi Socio – Sanitari.

Per raggiungere tale obiettivo l'attività da realizzare è la seguente:

- effettuare la verifica in ordine alla veridicità delle dichiarazioni nel caso in cui pervengano delle segnalazioni, con le modalità da ritenersi più idonee e da valutarsi caso per caso.

Gli indicatori di budget per gli obiettivi esplicitati in questo paragrafo sono riportati nell'Allegato 1, mentre le attività indicate saranno eseguite come disposto nell'Allegato 2.

4.7 PREVENZIONE DEL FENOMENO DELLA CORRUZIONE NELLA FORMAZIONE DI COMMISSIONI E NELLE ASSEGNAZIONI AGLI UFFICI IN CASO DI CONDANNA PENALE

Ai sensi dell'art. 35-bis del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 "*Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche*", introdotto dal co. 46 dell'art. 1 della Legge 6 novembre 2012, n. 190, coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i delitti contro la P.A. (previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del Codice penale), non possono:

- far parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;
- fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

A tal fine, contestualmente all'accettazione di qualsiasi incarico tra quelli sopra individuati, i commissari sottoscrivono una dichiarazione ex art. 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445 in cui attestano l'assenza di condanne penali relative ai reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale. L'UOC Provveditorato acquisisce specifiche dichiarazioni di insussistenza di cause di incompatibilità e di astensione, come prescritto dall'art. 77, co. 9, del D. Lgs. 18 aprile 2016, n. 50 e s.m.i.

Oltre all'assenza della causa ostativa alla nomina di cui all'art. 35 bis D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, i commissari delle commissioni giudicatrici dichiarano l'insussistenza delle cause ostative di cui art. 51 c.p.c., artt. 42 e 77 D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50 e art. 7 D.P.R. n. 62/2013. Nell'Azienda ULSS n.2 Marca Trevigiana esistono due tipologie di dichiarazioni che vengono richieste a seconda che si tratti di commissari o di segretario.

Le dichiarazioni vengono controllate mediante richiesta dei Certificati del Casellario Giudiziale i cui esiti vengono conservati su supporto informatico.

Con audit effettuato a gennaio 2020 all'UOC Provveditorato è stata analizzata l'attività di nomina della commissione di gara per la quale è previsto il rischio di "nomina di commissari in conflitto di interesse o privi di requisiti". Durante l'audit sono state campionate cinque procedure per le quali sono state analizzate le autodichiarazioni riferite all'assenza di cause di incompatibilità (35 bis D. Lgs. 165/01).

L'Internal Auditing in data 27 ottobre 2020 ha effettuato in modalità telematica un audit sul processo "Gestione contratti di lavoro autonomo per incarichi individuali (ex comma 6, art. 7 D.Lgs

165/2001)” e in particolare sulla nomina della commissione esaminatrice per la quale è previsto il rischio di “mancato rispetto dell'art. 35 bis D.Lgs 165/2001 o con incompatibilità”. Sono state analizzate le autodichiarazioni riferite all'assenza di cause di incompatibilità (35 bis d.l. 165/01) e assenza di conflitto d'interesse come misura di trattamento del suddetto rischio. L'audit non ha evidenziato problematiche.

L'obiettivo operativo del presente piano, inerente tali argomenti risulta essere:

- garantire che vengano rispettati i divieti di cui all'art. 35-bis del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 (*Prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici*).

Per raggiungere tale obiettivo l'attività da realizzare è la seguente:

- *audit* di verifica sulla modalità di acquisizione autocertificazioni, controllo e relativo esito.

Gli indicatori di budget per gli obiettivi esplicitati in questo paragrafo sono riportati nell'Allegato 1, mentre le attività indicate saranno eseguite come disposto nell'Allegato 2.

4.8 SVOLGIMENTO DI INCARICHI DI UFFICIO – ATTIVITÀ ED INCARICHI EXTRA ISTITUZIONALI

La Legge 6 novembre 2012, n. 190 è intervenuta a modificare anche il regime dello svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti pubblici disciplinato dall'art. 53 del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, che prevede un regime di autorizzazione da parte dell'amministrazione di appartenenza, sulla base di criteri oggettivi e predeterminati che tengano conto della specifica professionalità e del principio di buon andamento della pubblica amministrazione. Ciò allo scopo di evitare che le attività extra istituzionali impegnino eccessivamente il dipendente a danno dei doveri d'ufficio o che possano interferire con i compiti istituzionali, ponendosi altresì come sintomo dell'evenienza di fatti corruttivi.

Come sancito dagli artt. 97 e 98 della Costituzione, il rapporto di lavoro pubblico presuppone il dovere di esclusività della prestazione lavorativa del pubblico dipendente, al fine di garantire l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa.

Benché la regola sia quella della prestazione lavorativa univocamente resa dal pubblico dipendente all'amministrazione di appartenenza, possono esserci eccezioni ad essa che consentano, senza pregiudizi per il corretto perseguimento degli interessi pubblici, al medesimo di svolgere incarichi extraistituzionali, che possono rappresentare occasioni di arricchimento professionale per il dipendente. L'impegno professionale del dipendente dell'Azienda deve, quindi, essere teso al perseguimento del pubblico interesse assegnato dalla legge alla propria amministrazione. Il principio di esclusività si concretizza nell'obbligo di dedicare interamente la propria attività lavorativa all'amministrazione di appartenenza.

Come programmato nel PTPCT 2019 – 2021, con DDG n. 2502 del 19 dicembre 2019, è stato adottato un regolamento aziendale, che disciplina i casi, le modalità e le condizioni dello svolgimento degli incarichi e delle attività extra istituzionali (anche non retribuiti) da parte dei dipendenti dell'area dirigenziale e del comparto e le procedure per l'ottenimento della prescritta preventiva autorizzazione da parte dell'azienda.

Come programmato nel PTPCT 2019 – 2021, nell'anno 2019 è stata altresì definita una procedura relativa alle modalità di verifica del conflitto di interessi relativo allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali del personale universitario.

In data 18 gennaio 2021 si è realizzato un audit riguardante la procedura di rilascio delle autorizzazioni e la gestione delle comunicazioni relative agli incarichi extra istituzionali, di cui all'art. 53 del D.Lgs. 165/2001 e al relativo regolamento aziendale approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 2502 del 19/12/2019.

Attualmente il regolamento è stato diffuso mediante l'area intranet e l'angolo del dipendente, mentre la modulistica è a disposizione anche nel sito internet. Nel periodo successivo all'approvazione erano stati ipotizzati incontri di diffusione e condivisione a livello dei dipartimenti, a causa del Covid questi incontri non sono stati ancora realizzati.

Tutte le autorizzazioni dell'anno sono conservate in archivio a disposizione dell'operatore, poi inviate in archivio centrale. L'archivio informatico è garantito mediante l'attuale sistema di gestione protocollo.

Sono state campionate n. 30 autorizzazioni pubblicate nell'area amministrazione trasparente del sito internet aziendale, tutte sono risultate conformi al regolamento aziendale.

L'obiettivo operativo del presente piano, in materia di "svolgimento di incarichi di ufficio – attività ed incarichi extra istituzionali", consiste nel:

- garantire l'applicazione del regolamento aziendale riguardante modalità e condizioni dello svolgimento degli incarichi e delle attività extra istituzionali.

Per raggiungere tale obiettivo le attività da realizzare sono le seguenti:

- inserire nel gestionale dei concorsi i modelli per comunicare o chiedere autorizzazione allo svolgimento di attività extraistituzionale;
- implementare il fascicolo personale attraverso il nuovo gestionale del protocollo.

Gli indicatori di budget per gli obiettivi esplicitati in questo paragrafo sono riportati nell'Allegato 1, mentre le attività indicate saranno eseguite come disposto nell'Allegato 2.

4.9 SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ SUCCESSIVE ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO (c.d. *Pantouflage – revolving doors*)

Al fine di contenere il rischio che si manifestino situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro, l'art. 53, co. 16-ter, del D. Lgs. 30 marzo 2001 n. 165, come modificato dalla L. 6 novembre 2012 n. 190 prevede che i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, non possano svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

La problematica che potrebbe verificarsi riguarda la possibilità, per il dipendente, durante il periodo di servizio, di precostituirsi situazioni lavorative vantaggiose e così sfruttare a proprio fine la sua

posizione e il suo potere all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro attraente presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto.

L'Azienda, come previsto dal bando tipo n. 1 approvato con delibera ANAC del 22 novembre 2017, prevede nei propri documenti di gara l'esclusione degli operatori economici che trattino con la pubblica amministrazione in violazione del divieto di cui all'art. 53, co. 16-ter, del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, c.d. *Pantouflage*.

Come programmato nel PTPCT 2019 – 2021, è stata creata un'apposita sezione dell'intranet aziendale denominata "Prevenzione della corruzione", al cui interno si trovano contenuti relativi alle misure generali di prevenzione della corruzione, volti a sensibilizzare i dipendenti dell'Azienda a queste tematiche.

L'obiettivo operativo del presente piano, in materia di "svolgimento di attività successive alla cessazione del rapporto di lavoro", consiste nel:

- garantire la diffusione del divieto del cd. *Pantouflage – revolving doors*.

Per raggiungere tale obiettivo l'attività da realizzare è la seguente:

- curare la diffusione della conoscenza del divieto del cd. *Pantouflage – revolving doors*.

Gli indicatori di budget per gli obiettivi esplicitati in questo paragrafo sono riportati nell'Allegato 1, mentre le attività indicate saranno eseguite come disposto nell'Allegato 2.

4.10 TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO (C.D. WHISTLEBLOWER)

La tutela del dipendente che segnala un illecito compiuto nell'ambiente di lavoro è stata recepita nell'ordinamento italiano dall'art. 54-*bis* del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165, recante "*Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti*", come modificato dall'art. 1 della L. 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*".

La tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti è stata introdotta nel nostro ordinamento quale misura di prevenzione della corruzione, imponendo peraltro alle amministrazioni di individuare una procedura finalizzata a garantire tale tutela e a stimolare le segnalazioni da parte del dipendente. Quale misura di prevenzione della corruzione, il *whistleblowing* deve trovare posto e disciplina in ogni PTPCT.

Per colmare le lacune della norma e indirizzare le amministrazioni nell'utilizzo di tale strumento di prevenzione della corruzione l'ANAC ha adottato la determinazione n. 6 del 28 aprile 2015 «*Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti*» che costituisce un utile riferimento per le amministrazioni.

L'Azienda con deliberazione n. 287 del 14/02/2019 ha adottato il "*Regolamento concernente le segnalazioni di illeciti e irregolarità (whistleblowing)*", che specifica la modalità di attuazione da parte dell'Azienda delle misure finalizzate a favorire l'emersione di fattispecie di illecito (a titolo esemplificativo: circoscrizione dell'ambito oggettivo e soggettivo di applicazione della tutela, definizione delle modalità di denuncia, tutela della riservatezza dell'identità del segnalante e responsabilità del segnalante, ecc.).

La segnalazione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza può avvenire con le seguenti modalità:

- mediante compilazione del modulo *on line* (procedura informatizzata);
- mediante il servizio postale, o tramite posta interna indirizzata al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (per garantire la riservatezza, è necessario che la segnalazione venga inserita in una busta chiusa che rechi all'esterno la dicitura "riservata/personale");
- con segnalazione verbale al Responsabile della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, che dovrà redigere apposito verbale, adottando le opportune cautele di riservatezza.

Nell'anno 2020 attraverso la piattaforma online non sono pervenute segnalazioni.

Nell'anno 2019 è stato adottato il regolamento, ne è stata data comunicazione ed è stata attivata una procedura informatizzata che tutela l'anonimato.

Al fine di favorire tale procedure, nel 2020 si sono analizzati ed omogeneizzati le informazioni e i riferimenti online relativi al sistema di segnalazione illeciti, sia nel sito internet, sia nell'intranet aziendale.

L'obiettivo operativo del presente piano, in materia di "tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. *whistleblower*)" consiste nel:

- garantire riservatezza e anonimato nelle segnalazioni di illeciti.

Per raggiungere tale obiettivo l'attività da realizzare sono le seguenti:

- diffondere la conoscenza della piattaforma informatica per le segnalazioni.

Gli indicatori di budget per gli obiettivi esplicitati in questo paragrafo sono riportati nell'Allegato 1, mentre le attività indicate saranno eseguite come disposto nell'Allegato 2.

4.11 PATTI DI INTEGRITÀ

In data 9 gennaio 2012 il Presidente della Regione ha sottoscritto con gli Uffici Territoriali del Governo del Veneto un Protocollo di legalità ai fini della prevenzione dei tentativi d'infiltrazione della criminalità organizzata nel settore dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture.

Attraverso tale strumento convenzionale, la Regione, in qualità di Stazione appaltante che affida appalti e concessioni anche di rilevante valore economico e complessità, ha inteso potenziare gli strumenti di contrasto alla criminalità organizzata, attraverso l'assunzione di precisi impegni volti a rendere più efficace il sistema normativo delle c.d. "cautele antimafia" negli appalti pubblici.

Con Deliberazione n. 537 del 3 aprile 2012, la Giunta regionale ha approvato le clausole-tipo da inserire nei bandi di gara e/o nei contratti d'appalto, in attuazione del Protocollo di legalità sottoscritto in data 9 gennaio 2012.

In data 7 settembre 2015 il Presidente della Giunta regionale ha sottoscritto con gli Uffici Territoriali del Governo del Veneto il rinnovo del Protocollo di legalità ai fini della prevenzione dei tentativi

d'infiltrazione della criminalità organizzata nel settore dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture.

In data 6 aprile 2017, L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana ha sottoscritto con la Prefettura di Treviso - Ufficio Territoriale del Governo il Protocollo di legalità ai fini della prevenzione dei tentativi d'infiltrazione della criminalità organizzata nel settore dei contratti pubblici, come atto pattizio di secondo livello rispetto a quello regionale.

Infine, in data 17 settembre 2019, il Presidente della Giunta regionale ha sottoscritto con gli Uffici Territoriali del Governo del Veneto il rinnovo del Protocollo di legalità ai fini della prevenzione dei tentativi d'infiltrazione della criminalità organizzata nel settore dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, il cui schema è stato approvato dalla Giunta regionale con Deliberazione n. 951 del 2 luglio 2019.

Pertanto ai contratti pubblici di lavori, servizi e forniture dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, si applicano le clausole pattizie di cui al Protocollo di Legalità sottoscritto dalla Regione Veneto in data 17 settembre 2019, consultabile sul sito della Giunta Regionale: (<http://www.regione.veneto.it/web/lavori-pubblici/protocollo-di-legalita>), nonché le clausole pattizie di cui al Protocollo di legalità sottoscritto con la Prefettura – Ufficio territoriale del Governo di Treviso, in data 06 aprile 2017, ai fini della prevenzione dei tentativi di infiltrazione della criminalità organizzata.

Il Patto di Integrità viene allegato al Disciplinare di gara e sottoscritto per accettazione dal titolare/legale rappresentante della Ditta che intende partecipare alla procedura di gara.

Come precisato dall'ANAC, i patti di integrità e i protocolli di legalità rappresentano un sistema di condizioni la cui accettazione viene configurata dalla stazione appaltante come presupposto necessario e condizionante la partecipazione dei concorrenti ad una gara d'appalto. Essi mirano a stabilire un complesso di regole di comportamento finalizzati a prevenire fenomeni di corruzione e a valorizzare comportamenti eticamente adeguati a tutti i concorrenti e per il personale aziendale impiegato ad ogni livello nell'espletamento delle procedure di affidamento di beni, servizi e lavori e nel controllo dell'esecuzione del relativo contratto assegnato.

Oltre che alle dichiarazioni di natura comportamentale a sostegno della legalità in tali patti viene previsto che le stazioni appaltanti possono escludere il partecipante dalla gara nel caso di mancata accettazione del patto, revocare l'aggiudicazione e risolvere il contratto nei casi in cui venga accertata la violazione delle clausole pattuite.

Le Stazioni Appaltanti inoltre garantiscono un sistema di controlli basati sull'acquisizione della documentazione prevista dal Codice Antimafia e del possesso dei requisiti di ordine generale (reati considerati incidenti sulla moralità professionale delle imprese come ad esempio quelli riconducibili alla partecipazione a un'organizzazione criminale o commessi contro la PA nei casi di corruzione).

Il protocollo di legalità prevede, tra l'altro, che il Responsabile della Prevenzione della Corruzione vigili sulla corretta esecuzione del Patto d'Integrità.

Come previsto nel piano aziendale, si è proceduto nella mappatura dei controlli che vengono eseguiti prima della stipula dei contratti.

Per esempio, nell'UOC Provveditorato, per ogni singolo contratto viene redatto un resoconto dei controlli eseguiti e archiviato su supporto informatico. Come nel 2018 anche nel 2019 il medesimo servizio ha effettuato gli opportuni controlli senza riportare alcuna segnalazione. Nel 2019 è stata

inoltre definita una scheda contratto contenente gli elementi minimi per la verifica di efficacia del contratto di aggiudicazione.

Nel 2020 la scheda contratto è stata collaudata e da gennaio 2021 è entrata nell'operatività di chi sottoscrive contratti in Azienda.

L'obiettivo operativo del presente piano, in materia di "patti di integrità" consiste nel:

- garantire l'applicazione del patto di integrità e dei protocolli di legalità;

Per realizzare tale obiettivo l'attività da realizzare è la seguente:

- verifica attuazione della scheda contratto contenente gli elementi minimi per la verifica di efficacia del contratto di aggiudicazione.

Gli indicatori di budget per gli obiettivi esplicitati in questo paragrafo sono riportati nell'Allegato 1, mentre le attività indicate saranno eseguite come disposto nell'Allegato 2.

4.12 AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONI RAPPORTO CON LA SOCIETÀ CIVILE

Al duplice fine di creare un rapporto fiduciario con i propri stakeholder e di promuovere la cultura della legalità nel contesto di riferimento, l'Azienda ritiene di fondamentale importanza garantire un sistema che favorisca le segnalazioni di casi di corruzione, cattiva gestione o eventuali conflitti di interesse.

L'attuazione di questa misura prevede la predisposizione di un buon sistema di comunicazione e di diffusione della strategia di prevenzione posta in essere dall'amministrazione e contenuta nel presente Piano nonché la progettazione di soluzioni organizzative atte a creare e a gestire il dialogo con la società civile, valorizzando il ruolo dell'ufficio per le relazioni con il pubblico (URP) quale rete organizzativa che opera come interfaccia comunicativa interno/esterno.

A tali fini il PTPCT verrà pubblicato sul sito istituzionale dell'Amministrazione.

Con l'intento di approfondire alcuni aspetti di particolare rilevanza in tema di Trasparenza che, come noto, costituisce un elemento imprescindibile delle strategie di prevenzione della corruzione è prevista l'organizzazione di una Giornata della Trasparenza annuale. I temi proposti per il triennio sono: la responsabilità amministrativa in ambito sanitario, Trasparenza e prevenzione della corruzione in sanità, accesso dell'utenza e privacy - le sfide che l'Azienda sanitaria si ritrova a dover affrontare alla luce del nuovo Regolamento Europeo nr. 679/2016 nonché delle trasformazioni attualmente in atto: E-Health e sanità digitale.

Parteciperanno all'evento dirigenti ed operatori, ma sono stati invitati anche i rappresentanti locali delle associazioni che fanno parte del Consiglio Nazionale dei Consumatori e degli Utenti (il gruppo di lavoro dell'URP in rete con gli sportelli del territorio), le organizzazioni sindacali confederate, le associazioni di volontariato coinvolte per il tramite di Volontarinsieme.

L'obiettivo operativo del presente piano, in materia di "rapporto con la società civile" consiste nel:

- mettere a disposizione della cittadinanza canali dedicati alla segnalazione di episodi di cattiva amministrazione, conflitto d'interessi e corruzione.

Per raggiungere tale obiettivo, l'attività da realizzare è la seguente:

- organizzare la Giornata della Trasparenza annuale e eventuali altri eventi mirati alla condivisione dell'importanza del contrasto al fenomeno corruttivo e gestione del conflitto d'interessi per promuovere una cultura della corresponsabilità e non solo della legalità.

Gli indicatori di budget per gli obiettivi esplicitati in questo paragrafo sono riportati nell'Allegato 1, mentre le attività indicate saranno eseguite come disposto nell'Allegato 2.

4.13 PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITÀ (PAC)

Con decreto n. 71 del 15 giugno 2017 il Direttore Generale area sanità e sociale ha approvato la revisione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC), ai sensi del decreto del Ministero della Salute 1° marzo 2013. Il PAC è finalizzato al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali, necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci delle Aziende Sanitarie, della Gestione Sanitaria Accentrata e del consolidato regionale.

L'implementazione del PAC a livello aziendale è uno strumento che ha come obiettivo finale la certificazione del bilancio, ovvero poter far asserire a un ente terzo (società di revisione) che il bilancio aziendale rappresenta in modo veritiero e corretto il risultato economico, la situazione patrimoniale e finanziaria dell'azienda.

Come indicato nell'aggiornamento del PNA 2015, la realizzazione del programma di lavoro previsto dal PAC dei dati e dei bilanci delle aziende del SSN rappresenta un fondamentale strumento di controllo e di riduzione del rischio di frode amministrativo-contabile in sanità. Pertanto è importante la sua completa implementazione, realizzata attraverso un processo di "miglioramento" dell'organizzazione e dei sistemi amministrativo-contabili.

È altresì necessario rafforzare le misure di trasparenza nel sistema di gestione del patrimonio.

Dal 2018 è stata data evidenza del PAC nel sito web dell'Azienda ULSS n.2 Marca trevigiana con l'attivazione della pagina "Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC)", nella sezione Amministrazione Trasparente/ Bilanci.

Nel 2019 e 2020 sono state effettuate attività di sviluppo del PAC aziendale riguardanti la verifica area entrate e aggiornamento procedura e la revisione procedura tesoreria.

Nel 2021 le attività di sviluppo del PAC aziendale si svolgeranno sulla base delle indicazioni di Azienda Zero.

L'obiettivo operativo del presente piano, in materia di "PAC" consiste nel:

- dare atto dello stato di avanzamento del percorso di certificabilità del bilancio ai fini del suo completamento.

Per raggiungere tale obiettivo l'attività da realizzare è la seguente:

- aggiornamento nella sezione amministrazione trasparente del sito aziendale delle evidenze relative allo sviluppo del PAC aziendale.

Gli obiettivi indicati saranno inseriti nell'Allegato 1 e le relative attività sono riportate con le relative tempistiche e il responsabile dell'attuazione nell'Allegato 2.

5. PIANO AZIENDALE PER LA TRASPARENZA

5.1 LA TRASPARENZA E GLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

Secondo *Transparency international* la trasparenza è l'antidoto contro la corruzione.

La trasparenza è intesa come accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

Le misure legate alla trasparenza sono strumenti che il legislatore ha introdotto ad ulteriore tutela dei principi costituzionali di buon andamento ed imparzialità dell'attività amministrativa. Si tratta di garantire un'azione della Pubblica amministrazione efficace, efficiente ed imparziale. A ciò contribuisce il principio di trasparenza e pubblicità, inteso come immediata disponibilità dell'informazione sull'operato della Pubblica amministrazione.

La trasparenza si sviluppa soprattutto attraverso canali informatici che consentono un'immediata conoscenza dell'operato dell'Amministrazione senza particolari oneri per il cittadino che vuole conoscerne il dettaglio.

Con riferimento al valore aggiunto per la PA garantito dall'innovazione tecnologica si parla di *e-government* inteso come *“l'uso delle nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT) da parte delle pubbliche amministrazioni applicato ad un vasto campo di funzioni amministrative. In particolare, il potenziale networking offerto da internet e dalle sue tecnologie ha il potere di trasformare le strutture e le procedure amministrative”* (fonte: OCSE) e consiste nell' *“usare le nuove tecnologie per aumentare la partecipazione al processo democratico”* (Commissione Europea).

In particolare, l'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, in adempimento alla vigente normativa e alle indicazioni date dall'ANAC, ha adottato un unico Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza con una sezione relativa alla trasparenza. All'interno della presente sezione del PTPCT sono individuate le misure e gli strumenti attuativi degli obblighi di trasparenza e di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, ivi comprese quelle di natura organizzativa, intese ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi.

L'Azienda inoltre assicura il coordinamento tra gli obiettivi strategici in materia di trasparenza contenuti nel PTPCT e gli obiettivi del Piano della Performance.

L'Allegato 1 della delibera n. 50 del 4 luglio 2013 della CIVIT (ora ANAC) indica in dettaglio gli obblighi di pubblicazione e le previste indicazioni. Tale allegato è stato successivamente aggiornato da ANAC con delibera n. 1310 del 8 dicembre 2016.

Ai sensi del disposto dell'art. 10 del D.Lgs. n. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016, si è provveduto a rappresentare nella tabella di cui all'Allegato 6 i flussi per la pubblicazione dei dati, individuando puntualmente gli uffici responsabili tenuti a individuare/elaborare i dati e quelli a cui spetta la pubblicazione.

I dati oggetto di pubblicazione relativi all'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana sono consultabili al seguente indirizzo web: <http://www.aulss2.veneto.it/amministrazione-trasparente>.

L'Azienda garantisce la qualità delle informazioni riportate nel proprio sito istituzionale assicurandone l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali, l'indicazione della loro provenienza. I dati vengono pubblicati in formato di tipo aperto e sono riutilizzabili.

L'Azienda assicura, mediante tutti gli strumenti e le tecnologie a disposizione, la tracciabilità dei procedimenti mediante:

- la dematerializzazione dei flussi amministrativi, da tradursi non solo in riduzione del cartaceo, ma anche in razionalizzazione dei flussi informativi e trasparenza dei processi amministrativi, in modo da poter rispondere alle diverse sollecitazioni dei cittadini, dei fornitori, delle altre Amministrazioni, rilevando, con tempismo, le eventuali criticità che dovessero insorgere e le inefficienze che dovessero palesarsi;
- la semplificazione dei flussi documentali;
- la standardizzazione di tipologie di provvedimenti, mediante modelli e percorsi fruibili trasversalmente da tutta la struttura;
- la trasparenza del procedimento istruttorio di formazione dei provvedimenti amministrativi, in modo che sia anche assicurata la tracciabilità delle varie fasi, ossia che sia possibile rilevare, per ogni singola fase, il concorso e l'apporto degli operatori responsabili, considerato che le deliberazioni del Direttore Generale e le determinazioni dei dirigenti responsabili di struttura complessa, che sono lo strumento amministrativo ordinario dell'azione dell'Azienda, presentano elevati gradi di complessità per conseguire il perfezionamento finale e, spesso, richiedono l'intervento di più soggetti, il rispetto delle discipline normative e regolamentari e, per quelle con rilevanza economica, l'uso delle risorse disponibili in bilancio.

La pubblicazione dei dati sul sito web aziendale viene effettuata nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali, previsti dalla vigente normativa comunitaria e nazionale, quali quelli di liceità, correttezza e trasparenza, minimizzazione dei dati, esattezza, limitazione della conservazione, integrità e riservatezza, tenendo anche conto del principio di "responsabilizzazione" del titolare del trattamento.

L'RPCT, come previsto dall'art. 43 del D.Lgs. n. 33/2013, svolge l'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione mentre il monitoraggio sistemico è demandato all'UOC Affari Generali e Legali, che effettua almeno 2 monitoraggi all'anno. In caso di pubblicazione inesatta o incompleta viene inviata la segnalazione al responsabile della produzione e della pubblicazione del dato che - entro 30 giorni - aggiorna la sezione dell'amministrazione trasparente di competenza.

Nel 2020 l'esito dell'attività di monitoraggio è il seguente: completezza dei dati e della modalità di pubblicazione entro i termini previsti dalla legge.

A garanzia dell'osservanza degli obblighi di pubblicazione, l'Organismo Indipendente di Valutazione dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, in data 30 giugno 2020, ha attestato:

- che l'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana ha individuato misure organizzative che assicurano il regolare funzionamento dei flussi informativi per la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente";

- che l'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana ha individuato nella sezione Trasparenza del PTPCT i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs. 33/2013;
- che l'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana non ha disposto filtri e/o altre soluzioni tecniche atte ad impedire ai motori di ricerca web di indicizzare ed effettuare ricerche all'interno della sezione di amministrazione trasparente;
- la veridicità e l'attendibilità, alla data dell'attestazione, di quanto riportato nell'allegato 2.1 rispetto a quanto pubblicato sul sito dell'amministrazione.

Il suddetto documento di attestazione, la griglia di rilevazione e la scheda di sintesi sulla rilevazione sono pubblicati in <https://www.aulss2.veneto.it/oiv-30-giugno-2020>.

Durante il 2020 sono state realizzate anche attività propedeutiche e formative per l'avvio del nuovo gestionale di protocollo, strumento che migliorerà l'informatizzazione del flusso di alimentazione della pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente".

L'obiettivo operativo del presente piano, in materia di "Trasparenza e obblighi di pubblicazione" consiste nel:

- rispetto degli adempimenti degli obblighi normativi di pubblicità, secondo lo schema previsto dall'Allegato 1 della delibera ANAC n. 50 del 4 luglio 2013 come aggiornato dalla delibera ANAC 1310 del 28 dicembre 2016 e secondo l'Allegato 6 del presente PTPCT.

Per raggiungere tale obiettivo le attività da realizzare sono le seguenti:

- adozione di un sistema che permetta di informatizzare il flusso di alimentazione della pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente";
- produzione e pubblicazione del dato come declinato dall'Allegato 6 del presente PTPCT;
- controllo di quanto pubblicato verificando completezza e formato del dato e l'osservanza dei termini di pubblicazione.

Gli indicatori di budget per gli obiettivi esplicitati in questo paragrafo sono riportati nell'Allegato 1, mentre le attività indicate saranno eseguite come disposto nell'Allegato 2.

5.2 RAFFORZAMENTO TRASPARENZA E ACQUISTI

La pubblicazione dei dati relativi alle attività negoziali da parte delle stazioni appaltanti è finalizzata a consentire l'accesso alle informazioni essenziali, che devono essere innanzitutto contenute negli atti riguardanti un appalto. Il rispetto dell'obbligo di pubblicazione di tali dati e informazioni richiede, quindi, anche una maggiore cognizione e responsabilità nell'adozione degli atti e nella definizione dei relativi contenuti, in quanto deve consentire alle figure preposte, ed ai cittadini in senso generale, la piena conoscenza dell'operato della pubblica amministrazione.

Tra gli elementi utili a rafforzare la trasparenza nell'attività legata ai contratti pubblici l'Azienda ha individuato come strategico il corretto utilizzo del CIG (Codice Identificativo di Gara).

Tale codice, generato dal sistema SIMOG dell'ANAC, consente contemporaneamente:

- l'identificazione e monitoraggio di una procedura di selezione del contraente;
- la tracciabilità dei flussi finanziari collegati;
- la pubblicità e trasparenza dell'operato della Stazione appaltante.

Con riferimento alla tracciabilità dei flussi finanziari l'ANAC chiarisce che il legislatore ha introdotto tali disposizioni in tema per contrastare la criminalità organizzata e le infiltrazioni nelle commesse pubbliche, creando meccanismi che consentano di intercettare i fenomeni di intrusione criminale nella contrattualistica pubblica e per rendere trasparenti le operazioni finanziarie relative all'utilizzo del corrispettivo dei contratti pubblici, in modo da consentire un controllo a posteriori sui flussi finanziari provenienti dalle amministrazioni pubbliche.

La tracciabilità non è dunque uno strumento di monitoraggio dei flussi finanziari, bensì un mezzo a disposizione degli inquirenti nelle indagini per il contrasto delle infiltrazioni delle mafie nell'economia legale.

Gli obblighi di tracciabilità comportano l'utilizzo di conti correnti bancari o postali dedicati alle commesse pubbliche, anche in via non esclusiva, l'effettuazione dei movimenti finanziari relativi alle commesse pubbliche esclusivamente mediante strumenti di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni e l'indicazione in ogni transazione del CIG e, ove obbligatorio, del Codice Unico di Progetto (CUP).

L'acquisizione del CIG consente anche di procedere alla comprova dei requisiti di partecipazione dell'operatore economico tramite il Sistema AVCPASS ossia di accertarsi dell'assenza di una serie di reati che rilevano ai fini dell'esclusione dell'impresa dalla gara (es. delitti contro l'ordine pubblico o contro la Pubblica Amministrazione).

Trattandosi di una normativa complessa ed articolata, l'Azienda mantiene un costante aggiornamento su tutti gli aspetti collegati (giuridici, contabili, informatici) garantendo una omogeneità operativa a livello aziendale e l'utilizzo di strumenti informatici a supporto del monitoraggio del corretto impiego dei CIG.

Nel 2020 si è continuato a tenere costantemente monitorato il corretto utilizzo dei CIG di competenza attraverso l'invio di report periodici ai relativi responsabili del dato. Ciò è stato realizzato attraverso analisi condotte sul flusso dati secondo le indicazioni riportate nella deliberazione ANAC n. 39 del 20 gennaio 2016, evidenziando le seguenti carenze informative:

- CIG senza data di inizio e/o fine validità;
- CIG Senza Descrizione;
- CIG senza Fornitore Aggiudicatario;
- CIG senza Fornitori;
- CIG senza Fornitori - Gara Deserta;
- CIG senza Tipologia Gara;
- Fornitore con Ruolo e solo un Membro - non ammesso;
- Importo Assegnato IVA esclusa a zero;
- CIG senza struttura proponente.

Anche nel 2021 entro il 31 gennaio 2021 sono state pubblicate in <https://dati.anticorruzione.it/#/190> le tabelle riassuntive riferite alle procedure di affidamento avviate nel corso dell'anno precedente.

La pubblicazione dei dati sul portale ANAC ha avuto esito positivo.

L'obiettivo operativo del presente piano, in materia di "Rafforzamento trasparenza e acquisti", consiste nel:

- potenziamento delle misure di trasparenza nel settore degli acquisti.

Per raggiungere tale obiettivo le attività da realizzare sono le seguenti:

- monitoraggio del corretto utilizzo dei CIG;
- invio del report per la correzione delle carenze informative.

Gli indicatori di budget per gli obiettivi esplicitati in questo paragrafo sono riportati nell'Allegato 1, mentre le attività indicate saranno eseguite come disposto nell'Allegato 2.

5.3 ACCESSO CIVICO

L'accesso civico (semplice o generalizzato), disciplinato dall'art. 5 del D. Lgs. 14 marzo 2013 n. 13, inserito dal D. Lgs. 25 maggio 2016, n. 97, consente a chiunque di accedere a dati, documenti e informazioni delle pubbliche amministrazioni senza necessità di dimostrare un interesse legittimo.

L'ANAC, con delibera n. 1309 del 28 dicembre 2016, ha dato indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 2272 del 20 dicembre 2018 l'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana ha adottato il Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi e del diritto di accesso civico semplice e generalizzato ai dati, informazioni e documenti.

L'**accesso civico semplice** sancisce il diritto di chiunque di richiedere i documenti, le informazioni o i dati che l'Azienda abbia eventualmente omesso di pubblicare, pur avendone l'obbligo a norma di legge o di regolamento.

L'esercizio dell'accesso civico semplice non è sottoposto ad alcuna limitazione quanto a legittimazione soggettiva del richiedente.

L'istanza di accesso civico semplice non necessita di alcuna motivazione da parte del richiedente, è gratuita e va indirizzata al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dell'Azienda, inoltrando la richiesta secondo le modalità previste dal regolamento.

Ricevuta la richiesta, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) verifica la sussistenza dell'obbligo di pubblicazione e, in caso positivo, provvede alla pubblicazione dei documenti o informazioni oggetto della richiesta nella sezione Amministrazione Trasparente del portale dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, entro il termine di 30 giorni.

Contestualmente dà comunicazione della avvenuta pubblicazione al richiedente, indicando il relativo collegamento ipertestuale. Se quanto richiesto risulta già pubblicato sul sito aziendale, si limita a indicare al richiedente il collegamento ipertestuale al documento o all'informazione.

Il richiedente, in caso di inerzia o di diniego alla sua istanza volta ad ottenere la pubblicazione di documenti, informazioni o dati soggetti a pubblicazione obbligatoria, decorso il termine di trenta giorni, ai sensi dell'art. 2, comma 9-bis, della Legge n. 241/1990, può presentare istanza all'autorità sostitutiva, che per questo tipo di procedimento è il Direttore Amministrativo.

L'**accesso civico generalizzato** comporta il diritto di chiunque di accedere a dati, documenti ed informazioni detenuti dall'Azienda, ulteriori rispetto a quelli sottoposti ad obbligo di pubblicazione, ad esclusione di quelli sottoposti a regime di riservatezza e/o a limitazioni di altra natura, ai sensi dell'art. 5-bis del D. Lgs. 14 marzo 2013 n. 33.

L'esercizio dell'accesso civico generalizzato non è sottoposto ad alcuna limitazione quanto a legittimazione soggettiva del richiedente.

L'istanza di accesso civico generalizzato non necessita di alcuna motivazione da parte del richiedente, è gratuita e va indirizzata al Responsabile della struttura competente per materia e/o detentore dei dati, documenti o informazioni oggetto dell'istanza medesima o all'Ufficio Relazioni con il Pubblico quale ufficio competente a gestire la procedura, inoltrando la richiesta secondo le modalità previste dal regolamento.

In caso di richiesta di accesso generalizzato il responsabile del procedimento, se individua soggetti controinteressati, è tenuto a darne comunicazione agli stessi, a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento o tramite Posta Elettronica Certificata, i quali possono presentare motivata opposizione.

Il procedimento di accesso civico generalizzato deve concludersi nel termine di 30 giorni dalla presentazione dell'istanza; tale termine è aumentato fino ad un massimo di quaranta giorni in caso di opposizione da parte di eventuali controinteressati.

In caso di accoglimento, il responsabile del procedimento provvede a trasmettere tempestivamente al richiedente i dati, le informazioni o i documenti oggetto dell'istanza.

In caso di diniego, sia il richiedente che i controinteressati possono presentare "richiesta di riesame" nelle medesime modalità indicate sopra, all'attenzione del RPCT, che decide con provvedimento motivato entro il termine di 20 giorni.

Dall'anno 2016 l'UOC Affari Generali e Legali aggiorna, con cadenza semestrale i registri delle richieste di accesso presentate all'Azienda con indicazione dell'oggetto, la data dell'istanza, il relativo esito e la data della decisione, come indicato nelle linee guida ANAC adottate con delibera n. 1309 del 28 dicembre 2016.

I registri sono pubblicati, oscurando i dati personali eventualmente presenti, nella sezione Amministrazione trasparente, "altri – contenuti - accesso civico" del sito web istituzionale.

L'obiettivo operativo del presente piano, in materia di "accesso civico", consiste nel:

- assicurare l'effettivo esercizio del diritto di accesso civico.

Per raggiungere tale obiettivo le attività da realizzare sono le seguenti:

- garantire che le istanze ricevute vengano evase nei termini di legge;
- alimentare e conseguentemente pubblicare il registro degli accessi, oscurando i dati che non vanno pubblicati, nella sezione Amministrazione trasparente, "altri – contenuti - accesso civico" del sito web istituzionale, con aggiornamento semestrale.

Gli indicatori di budget per gli obiettivi esplicitati in questo paragrafo sono riportati nell'Allegato 1, mentre le attività indicate saranno eseguite come disposto nell'Allegato 2.

6. PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA NEGLI ENTI DI DIRITTO PRIVATO

Il tema dell'applicazione della normativa sulla prevenzione della corruzione e sulla trasparenza agli enti di diritto privato è stato affrontato dall'ANAC nelle Linee guida adottate con delibera n. 1134 del 8 novembre 2017 recante *“Nuove linee guida per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici”*.

Le predette linee guida sono intervenute in stretto coordinamento con le disposizioni del D. Lgs. 19 agosto 2016, n. 175 recante *“Testo unico in materia di società a partecipazione pubblica”*.

Ai sensi dell'art. 1, co. 2-bis, della legge anticorruzione, il PNA costituisce atto di indirizzo per i soggetti di cui all'art. 2-bis, comma 2, del D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 (per l'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana: Ospedale Riabilitativo di Alta Specializzazione di Motta di Livenza s.p.a., Arsenà.it - Centro veneto ricerca e innovazione per la sanità digitale e Consorzio per la Ricerca Sanitaria – CORIS), ai fini dell'adozione di misure di prevenzione della corruzione integrative di quelle adottate nel modello di organizzazione e gestione eventualmente adottato, ai sensi del D. Lgs. 8 giugno 2001 n. 231 (cosiddetto modello 231).

Il PNA 2019, parte V, §1.1, precisa che, in merito all'obbligo di adottare misure di prevenzione della corruzione a integrazione di quelle contenute nel modello 231, ove sia predisposto un documento unico, la sezione dedicata alle misure di prevenzione della corruzione, ai sensi della legge anticorruzione, tiene luogo del PTPCT e deve essere adottata annualmente.

Le linee guida adottate con delibera n. 1134 del 8 novembre 2017, richiamate anche dal PNA 2019, individuano delle misure di prevenzione della corruzione che società e enti partecipati sono tenuti ad adottare, concernenti:

1. l'analisi del contesto e della realtà organizzativa dell'ente per l'individuazione e gestione del rischio di corruzione;
2. il coordinamento fra i sistemi di controlli interni;
3. l'integrazione del codice etico avendo riguardo ai comportamenti rilevanti ai fini della prevenzione della corruzione;
4. la verifica delle cause ostative al conferimento di incarichi ai sensi del D. Lgs. 39/2013 e, con riferimento alle società a controllo pubblico, del D. Lgs. 175/2016;
5. il divieto di pantouflage previsto all'art. 53, co. 16-ter, del d.lgs. 165/2001, da considerare all'atto di assunzione di dipendenti pubblici cessati dal servizio;
6. la formazione;
7. la tutela del dipendente che segnala illeciti;
8. la rotazione o misure alternative.

L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana nell'anno 2020 ha monitorato l'attuazione della normativa, verificando l'adozione delle suddette misure di prevenzione della corruzione, presso:

- a) ORAS - Ospedale riabilitativo di alta specializzazione s.p.a.;
- b) Arsenà.it - Centro veneto ricerca e innovazione per la sanità digitale;

c) Consorzio per la Ricerca Sanitaria – CORIS.

L'obiettivo operativo del presente piano, in materia di "Prevenzione della corruzione e trasparenza negli enti di diritto privato", consiste nel:

- promuovere l'adozione delle misure di prevenzione della corruzione nelle società e negli enti di diritto privato controllati e partecipati dall'Azienda.

Per raggiungere tale obiettivo l'attività da realizzare è la seguente:

- verifica annuale sull'adozione delle misure di prevenzione della corruzione in *compliance* ai criteri previsti dalle linee guida, adottate con delibera n. 1134 del 8 novembre 2017, e riportati in questo paragrafo del PTPCT.

Gli indicatori di budget per gli obiettivi esplicitati in questo paragrafo sono riportati nell'Allegato 1, mentre le attività indicate saranno eseguite come disposto nell'Allegato 2.

7. COINVOLGIMENTO DEGLI ATTORI E MONITORAGGIO DEL PTPCT

In coerenza con quanto riportato nel PNA 2019, l'Azienda promuove a tutti i propri livelli organizzativi una responsabilizzazione diffusa e una cultura consapevole dell'importanza del processo di gestione del rischio e delle responsabilità correlate. Il PTPCT diventa efficace solo nel momento in cui tutti i componenti dell'organizzazione collaborano per la sua realizzazione e aggiornamento.

I dipendenti dell'amministrazione devono partecipare al processo di gestione del rischio, osservare le misure contenute nel PTPCT (art. 1, co. 14, della L. 6 novembre 2012, n. 190) e devono segnalare le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'UPD (art. 54 bis del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165), nonché i casi di personale conflitto di interessi (art. 6 bis L. n. 241 del 1990; artt. 6 e 7 Codice di comportamento).

In particolare 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. L'eventuale violazione da parte dei dipendenti delle misure di prevenzione presenti nel Piano costituisce illecito disciplinare (art. 1 L. n. 190 del 2012, co. 14), passibile di provvedimento disciplinare (art. 55-sexies, D.Lgs. 165/2001, co. 3). L'efficacia degli interventi adottati per prevenire il rischio di corruzione e di illegalità è garantita dal costante raccordo, ai sensi del presente PTPCT, tra la Direzione Aziendale, il RPCT e tra quest'ultimo ed i propri referenti, in modo da conseguire l'attuazione di forme interne di controllo diffuso.

Il coinvolgimento di dipendenti e dirigenti è inoltre assicurato attraverso la loro partecipazione attiva agli eventi e ai corsi di formazione previsti nel piano. Inoltre ogni dirigente e owner del processo dovrà diffondere i contenuti del piano e comunicare i risultati del processo di gestione del rischio (par. 3.4).

Coerentemente con il PNA 2019, per il monitoraggio del PTPCT sono indicate negli Allegato 1, Allegato 2, Allegato 3 e Allegato 6: obiettivi, compiti, modalità, periodicità, scadenze, responsabilità dei diversi referenti della prevenzione e i compiti del RPCT.

Coerentemente con quanto riportato nell'allegato 1 dello stesso PNA 2019, la gestione del rischio di corruzione per le aree di rischio generali e specifiche e l'implementazione delle misure per la prevenzione del rischio di corruzione sono monitorati riferendosi all'Allegato 1 e Allegato 2.

Ogni referente del RPTC (Tabella 1 par.2.2.2) e owner del processo (Allegato 3) coinvolto nel presente PTPCT dovrà fornire:

- una rendicontazione semestrale sulle attività previste nell'Allegato 2, in modo che il RPTC possa monitorare costantemente "l'andamento dei lavori" e intraprendere le iniziative più adeguate nel caso di scostamenti;
- una relazione annuale, come previsto nel capitolo 2, secondo il template riportato nell'Allegato 7.

In accordo con il PNA 2019 e in continuità con i precedenti, il RPTC deve tenere conto dei risultati della rendicontazione e della relazione, analizzando le cause che hanno portato ad avere scostamenti rispetto ai risultati attesi, individuando e programmando misure correttive, obbligatorie o ulteriori, in coordinamento con i dirigenti ed i referenti del RPTC, tra cui gli owner dei processi a medio ed alto rischio di corruzione individuati.

Mediante l'Allegato 1 e Allegato 2 del PTPCT, e i relativi obiettivi inseriti nel processo di budget, il RPCT dispone di un sistema di controllo e di monitoraggio dell'effettiva attuazione delle misure, attraverso indicatori di monitoraggio e verifiche periodiche per garantire opportuni e tempestivi correttivi in caso di criticità e scostamenti tra valori attesi e risultati a consuntivo.

Per lo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione si rimanda quindi alla rendicontazione del PTPCT, alla relazione sulle performance, alla relazione ANAC e alla relazione sul PTPCT che l'RPCT presenta annualmente all'OIV e alla direzione aziendale.

Il livello di attuazione delle misure previste nel PTPCT 2020-2022 è stato superiore al 90%. Molte delle attività pianificate per il 2020 hanno subito delle modifiche e sono state rallentate o sospese a causa dell'emergenza covid-19 tuttora in corso. Essendo il PTPCT un piano triennale a scorrimento gli obiettivi non raggiunti nel 2020 verranno perseguiti nel triennio 2021 - 2023.

Una delle attività implementate già nel 2019 è il sistema di audit integrato in cui si è applicata una checklist per valutare la rispondenza a quesiti relativi a qualità, sicurezza paziente, sicurezza operatore, infezioni correlate all'assistenza, anticorruzione e Internal Auditing. Gli audit eseguiti nel 2019 erano stati applicati a 60 strutture (51 in ospedale, 7 nel territorio e 2 al dipartimento di prevenzione) e avevano contribuito ad individuare azioni di miglioramento in termini di anticorruzione, come indicato nel par. 4.1. Si auspica di poter riprendere tale attività una volta che l'emergenza sanitaria si potrà dire cessata.

L'obiettivo operativo del presente piano, in materia di "coinvolgimento degli attori e monitoraggio del PTPCT", consiste nel:

- monitoraggio dell'attuazione del PTPCT.

Per raggiungere tale obiettivo le attività da realizzare sono le seguenti:

- rendicontazione dell'attuazione del PTPCT, verificando lo stato avanzamento dei progetti/attività indicati nell'Allegato 1 e Allegato 2;
- rendicontazione finale dell'attuazione del PTPCT, verificando lo stato avanzamento dei progetti/attività indicati nell'Allegato 1 e Allegato 2 e successiva presentazione alla Direzione, all'OIV e ai vari stakeholder;

- individuare eventuali azioni correttive (o migliorative) nel caso di scostamenti significativi tra i risultati della relazione finale del PTPCT e quelli pianificati;
- realizzare opportuni supporti informatici per agevolare la comunicazione e la raccolta di informazioni e dati da e per i referenti del RPTC e gli owner dei processi ad alto e medio rischio di corruzione.

Gli indicatori di budget per gli obiettivi esplicitati in questo paragrafo sono riportati nell'Allegato 1, mentre nell'Allegato 2 si trovano le attività, i responsabili e le tempistiche previste per la relativa attuazione.

8. ALLEGATI

Allegato 1 - OBIETTIVI OPERATIVI DEL PTPCT

Allegato 2 - ATTUAZIONE DEL PTPCT – ATTIVITA' E CONTROLLO

Allegato 3 - METODOLOGIA PER LA VALUTAZIONE DEI PROCESSI PER LE AREE DI RISCHIO GENERALI E SPECIFICHE

Allegato 4 - REGISTRO DEI RISCHI IDENTIFICATI NEI PROCESSI A RISCHIO CORRUZIONE – ANNO 2020

Allegato 5 - TRATTAMENTO DEL RISCHIO – TEMPLATE PIANI DI ATTUAZIONE

Allegato 6 - PIANO PER LA TRASPARENZA AZIENDA ULSS N. 2 MARCA TREVIGIANA

Allegato 7 – RELAZIONE AL PTPCT - TEMPLATE

ALLEGATO 2

–

ATTUAZIONE DEL PTPCT – ATTIVITA' E CONTROLLO

A partire dagli obiettivi operativi definiti nel PTPCT, vengono individuate le attività e le azioni per assicurare il loro raggiungimento nel triennio 2021-2023. Vengono individuati poi gli output di ogni attività, il responsabile dell'attività e delle azioni da realizzare, gli indicatori di verifica dell'output, la scadenza entro cui realizzare l'attività / azione, la frequenza con cui viene controllata l'effettiva esecuzione della stessa.

Obiettivi operativi del PTPCT	Attività / Azioni	Output dell'attività	Responsabile attuazione	Verifica output	Scadenza	Frequenza controllo	2021	2022	2023
LA GESTIONE DEI RISCHI DI CORRUZIONE									
Aggiornamento / rivalutazione dei processi aziendali a rischio corruzione (par. 3.1)	Aggiornare il livello di rischio di corruzione dei processi aziendali seguendo la metodologia descritta in Allegato 3	Lista dei processi per aree di rischio generali e specifiche	RPCT, UOSD Internal Auditing, Owner dei processi (vedi Allegato 3)	sì/no	31 dicembre	Annuale	x	x	x
Aggiornamento e/o creazione del registro dei rischi (par. 3.2)	Valutare i rischi specifici di corruzione seguendo la metodologia del CRSA	Registro rischi	Owner dei processi (vedi Allegato 3)	sì/no	31 dicembre	Annuale	x	x	x
Trattamento dei rischi specifici di corruzione di elevata priorità (par. 3.3)	Definire le misure di trattamento dei rischi specifici valutati e classificati per Indice di Rischio (IR)	Registro rischi completo delle misure di trattamento	Owner dei processi (vedi Allegato 3)	sì/no	31 dicembre	Annuale	x	x	x
	Valutazione dell'efficacia delle misure di trattamento / controlli	Valutazione misure di trattamento	Owner dei processi (vedi Allegato 3)	sì/no	31 dicembre	Annuale	x	x	x
	Programmare incontri fra RPCT, gli owner dei vari processi e il gruppo di lavoro per condividere le misure di trattamento dei rischi prioritari	Verbali degli incontri	RPCT, Owner processi (vedi Allegato 3)	sì/no	31 dicembre	Annuale	x	x	x
Monitoraggio, revisione, consultazione e comunicazione (par. 3.4)	Creare nell'area intranet una sezione dedicata alla condivisione della metodologia di gestione del rischio, dei registri dei rischi e delle attività di miglioramento avviate	Area intranet	RPCT, UOSD Internal Auditing,	sì/no	31 dicembre 2021	A scadenza	x		
	Verificare con RPCT e IA il contenuto dei registri dei rischi	Report audit	Owner dei processi (vedi Allegato 3)	sì/no	31 dicembre	Annuale	x	x	x
	Comunicare le informazioni relative alle fasi di gestione del rischio a tutti gli stakeholder	Evidenza della comunicazione	RPCT, UOSD Internal Auditing, Owner dei processi (vedi Allegato 3)	sì/no	31 dicembre	Annuale	x	x	x
MISURE GENERALI PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE									
Diffondere i principi e i valori su cui si fonda l'anticorruzione e fornire strumenti di gestione del rischio (par. 4.1)	Individuare le persone da formare sulla base dei criteri stabiliti in accordo con l'RPCT e inseriti nel PTPCT	Lista persone da formare	UOSD Formazione, RPCT	sì/no	31 dicembre	Annuale	x	x	x
	Realizzare corsi in tema anticorruzione per l'anno 2021 come previsto dal presente piano	Corsi in tema anticorruzione	UOSD Formazione, RPCT	sì/no	31 dicembre	Annuale	x	x	x
Creazione di condizioni per la fungibilità dei ruoli, contrastando le tendenze di esclusività delle competenze e favorendo l'intercambiabilità (par. 4.2)	Condividere i registri dei rischi in area intranet	Pubblicazione in intranet	RPCT, UOSD Internal auditing, UOSD Sistemi di gestione della qualità	sì/no	31 dicembre 2021	A scadenza	x		
	Verificare le misure individuate e applicate per contrastare le tendenze di esclusività delle competenze e favorire l'intercambiabilità	Audit integrati, comunicazioni al RPCT	RPCT, UOSD Sistemi di gestione della qualità	sì/no	31 dicembre 2021	A scadenza	x		
Monitorare i casi di rotazione straordinaria a seguito di avvio di procedimenti penali o disciplinari nei confronti del dipendente (par. 4.3)	Effettuare la verifica dell'avvenuta rotazione nel caso in cui pervengano segnalazioni di informazioni di garanzia, rinvio a giudizio, apertura procedimenti penali da parte dei dirigenti responsabili delle diverse unità operative, con le modalità da ritenersi più idonee e da valutarsi caso per caso	Lettera al dipendente per l'assegnazione ad un altro ufficio	UOC Gestione Risorse Umane, RPCT, servizio competente all'assegnazione delle risorse umane	sì/no	31 dicembre 2023	Occasionale	x	x	x
Garantire la miglior conoscenza possibile dei doveri di comportamento dei dipendenti dell'Azienda (par. 4.4)	Dare maggior diffusione possibile ai codici di comportamento	FAD, Audit Integrato, Comunicazioni ai dipendenti, Pubblicazione in intranet	RPCT, UOSD Formazione, UOSD Sistemi di gestione della qualità	sì/no	31 dicembre	Annuale	x	x	x
Migliorare l'individuazione e la gestione del conflitto di interesse (par. 4.5)	Standardizzare il processo di gestione del conflitto di interesse e raccogliere in modo strutturato le dichiarazioni rese	Modulistica standardizzata	RPCT	sì/no	31 dicembre 2023	A scadenza			x
	Dematerializzazione dei moduli da adottare per le dichiarazioni di assenza conflitto di interessi	Area di raccolta dedicata	RPCT	sì/no	31 dicembre 2023	A scadenza			x
Garantire la veridicità delle dichiarazioni rese dal Dir. Amministrativo, dal Dir. Sanitario e dal Dir. dei Servizi Socio- Sanitari (par. 4.6)	Effettuare la verifica in ordine alla veridicità delle dichiarazioni nel caso in cui pervengano delle segnalazioni, con modalità da ritenersi più idonee e da valutarsi caso per caso	Verifiche veridicità dichiarazioni	RPCT	sì/no	31 dicembre 2023	Occasionale	x	x	x

Obiettivi operativi del PTPCT	Attività / Azioni	Output dell'attività	Responsabile attuazione	Verifica output	Scadenza	Frequenza controllo	2021	2022	2023
Garantire che vengano rispettati i divieti di cui all'art. 35-bis del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 (par. 4.7)	Audit di verifica sulle modalità di acquisizione autocertificazioni, controllo e relativo esito	Report audit	RPCT e UOSD Internal Auditing	sì/no	31 dicembre	Annuale	x	x	x
Garantire l'applicazione del regolamento aziendale riguardante modalità e condizioni dello svolgimento degli incarichi e delle attività extra istituzionali (par. 4.8)	Inserire nel gestionale dei concorsi i modelli per comunicare o chiedere autorizzazione allo svolgimento di attività extraistituzionale	Modelli nell'angolo dipendente	UOC Gestione risorse umane	sì/no	31 dicembre 2022	A scadenza		x	
	Implementare il fascicolo personale attraverso il nuovo gestionale del protocollo	Fascicolo personale	RPCT e UOSD Internal Auditing	sì/no	31 dicembre 2022	A scadenza		x	
Garantire la diffusione del divieto di <i>Pantouflage - revolving doors</i> (par. 4.9)	Curare la diffusione della conoscenza del divieto di <i>Pantouflage</i>	FAD, Audit Integrato, Comunicazioni ai dipendenti, Pubblicazione in intranet	RPCT, UOSD Formazione, UOSD Sistemi di gestione della qualità	sì/no	31 dicembre	Annuale	x	x	x
Garantire riservatezza e anonimato nelle segnalazioni di illeciti (par. 4.10)	Diffondere la conoscenza della piattaforma informatica per le segnalazioni	FAD, Audit Integrato, Comunicazioni ai dipendenti	RPCT, UOSD Formazione, UOSD Sistemi di gestione della qualità	sì/no	31 dicembre	Annuale	x	x	x
Garantire l'applicazione del patto di integrità e dei protocolli di legalità (par. 4.11)	Verifica attuazione della scheda contratto contenente gli elementi minimi per la verifica di efficacia del contratto di aggiudicazione	Report audit	RPCT e UOSD Internal Auditing	sì/no	31 dicembre	Annuale	x	x	x
Mettere a disposizione della cittadinanza canali dedicati alla segnalazione di episodi di cattiva amministrazione, conflitto d'interessi e corruzione (par. 4.12)	Organizzare la Giornata della Trasparenza annuale e eventuali altri eventi mirati alla condivisione dell'importanza del contrasto al fenomeno corruttivo e gestione del conflitto d'interessi per promuovere una cultura della corresponsabilità e non solo della legalità	Eventi	RPCT, URP	sì/no	31 dicembre	Annuale	x	x	x
Dare atto dello stato di avanzamento del percorso di certificabilità del bilancio ai fini del suo completamento (par. 4.13)	Aggiornamento nella sezione amministrazione trasparente del sito aziendale delle evidenze relative allo sviluppo del PAC aziendale	Pubblicazione aggiornamento in amministrazione trasparente	UOSD Internal Auditing, UOC Contabilità e bilancio	sì/no	31 dicembre	Annuale	x	x	x
TRASPARENZA E OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE									
Rispetto degli adempimenti degli obblighi normativi di pubblicità, secondo lo schema previsto dall'Allegato 1 della delibera ANAC n. 50 del 4 luglio 2013 come aggiornato dalla delibera ANAC 1310 del 28 dicembre 2016 e secondo l'Allegato 6 del presente PTPCT (par. 5.1)	Produzione e pubblicazione del dato come declinato dall'Allegato 6 del presente PTPCT	Pubblicazione del dato	Referenti degli obblighi di pubblicazione come da allegato 6	sì/no	Secondo allegato 6	Semestrale	x	x	x
	Controllo di quanto pubblicato verificando completezza e formato del dato e l'osservanza dei termini di pubblicazione	Report controlli	UOC Affari Generali	sì/no	15 luglio	Semestrale	x	x	x
	Adozione di un sistema che permetta di informatizzare il flusso di alimentazione della pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente"	Nuovo sistema gestione protocollo	UOSD Sistemi Informativi, UOC Affari Generali	sì/no	31 dicembre 2021	A scadenza	x		
Potenziamento delle misure di trasparenza nel settore degli acquisti (par. 5.2)	Monitoraggio del corretto utilizzo dei CIG	Report verifiche CIG	RPCT	sì/no	31 dicembre	Annuale	x	x	x
	Invio del report per la correzione delle carenze informative	Report con carenze informative inviati	RPCT	sì/no	31 dicembre	Annuale	x	x	x
Assicurare l'effettivo esercizio del diritto di accesso civico (par. 5.3)	Garantire che le istanze ricevute vengano evase nei termini di legge	Protocollo di evasione (riportato anche nel registro)	UOC Affari Generali	sì/no	31 dicembre 2023	Occasionale	x	x	x
	Alimentare e conseguentemente pubblicare il registro degli accessi, oscurando i dati che non vanno pubblicati, nella sezione Amministrazione trasparente, "altri - contenuti - accesso civico" del sito web istituzionale, con aggiornamento semestrale	Registro aggiornato pubblicato	UOC Affari Generali	sì/no	30 giugno	Semestrale	x	x	x
PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA NEGLI ENTI DI DIRITTO PRIVATO									
Promuovere l'adozione delle misure di prevenzione della corruzione nelle società e negli enti di diritto privato controllati e partecipati dall'Azienda (cap. 6)	Verifica annuale sull'adozione delle misure di prevenzione della corruzione in <i>compliance</i> ai criteri previsti dalle linee guida, adottate con delibera n. 1134 del 8 novembre 2017, e riportati in questo paragrafo del PTPCT	Report di verifica <i>compliance</i> alle linee guida	UOC Affari Generali	sì/no	31 dicembre	Annuale	x	x	x
ATTUAZIONE E MONITORAGGIO DEL PTPCT									

Obiettivi operativi del PTPCT	Attività / Azioni	Output dell'attività	Responsabile attuazione	Verifica output	Scadenza	Frequenza controllo	2021	2022	2023	
Adempiere agli obblighi posti dalla normativa sulla prevenzione della corruzione (par. 2.1)	Predisporre – in via esclusiva (essendo vietato l'ausilio esterno) – il Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) e sottoporlo all'Organo di indirizzo (Direttore Generale) per la necessaria approvazione con atto deliberativo	PTPCT pubblicato in "Amministrazione Trasparente"	RPCT	sì/no	31 gennaio	Annuale	x	x	x	
	Segnalare alla Direzione Strategica e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) le "disfunzioni" inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indicare agli uffici competenti per l'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza	Segnalazioni disfunzioni	RPCT	sì/no	31 dicembre 2023	Occasionale	x	x	x	
	Vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano, anche tramite le informazioni che i referenti hanno l'obbligo di fornire al RPTC	Vedere obiettivo: Monitoraggio dell'attuazione del PTPCT (cap. 7) (a)								
	Verificare l'efficace attuazione del PTPCT e la sua idoneità	Vedere obiettivo: Monitoraggio dell'attuazione del PTPCT (cap. 7) (b)								
	Proporre modifiche del PTPCT quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione	Aggiornamento del PTPCT	RPCT	sì/no	31 dicembre 2023	Occasionale	x	x	x	
	Verificare, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici maggiormente esposti ai reati di corruzione	Vedere obiettivo: Creazione di condizioni per la fungibilità dei ruoli, contrastando le tendenze di esclusività delle competenze e favorendo l'intercambiabilità (par. 4.2)								
	Definire le procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nelle aree a rischio corruzione	Vedere obiettivo: Diffondere i principi e i valori su cui si fonda l'anticorruzione e fornire strumenti di gestione del rischio (par. 4.1)								
	Redigere la relazione annuale recante i risultati dell'attività svolta tra cui il rendiconto sull'attuazione delle misure di prevenzione definite nei PTPCT, compilando la scheda standard predisposta di norma in formato excel da ANAC e la pubblica sul sito internet istituzionale nella sezione Amministrazione trasparente/Altri Contenuti/Prevenzione della Corruzione/Relazione del responsabile della corruzione	Relazione ANAC	RPCT	sì/no	31 gennaio	Annuale	x	x	x	
	Riferire alla Direzione Strategica sull'attività svolta, con la relazione annuale pubblicata nel sito web dell'amministrazione. Nei casi in cui la Direzione Strategica lo richieda, l'RPCT è tenuto a riferire sull'attività svolta	Vedere obiettivo: Monitoraggio dell'attuazione del PTPCT (cap. 7) (b)								
	Svolgere 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 alla Direzione Strategica, all'Organismo indipendente (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione	Vedere obiettivo: Rispetto degli adempimenti degli obblighi normativi di pubblicità, secondo lo schema previsto dall'Allegato 1 della delibera ANAC n. 50 del 4 luglio 2013 come aggiornato dalla delibera ANAC 1310 del 28 dicembre 2016 e secondo l'Allegato 6 del presente PTPCT (par. 5.1)								
Occuparsi dei casi di riesame dell'accesso civico	Parere del RPCT	RPCT	sì/no	31 dicembre 2023	Occasionale	x	x	x		

Obiettivi operativi del PTPCT	Attività / Azioni	Output dell'attività	Responsabile attuazione	Verifica output	Scadenza	Frequenza controllo	2021	2022	2023
	Effettuare la segnalazione all'Ufficio di disciplina ai sensi dell'art. 43, comma 5 del d.lgs. 33/2013 nel caso in cui la richiesta di accesso civico riguardi dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria								
	Curare la diffusione della conoscenza del Codice di comportamento nell'amministrazione, verificandone la pubblicazione sul sito istituzionale	Vedere obiettivo: Garantire la miglior conoscenza possibile dei doveri di comportamento dei dipendenti dell'Azienda (par. 4.4)							
	Monitorare annualmente l'attuazione del codice di comportamento e la comunicazione all'ANAC dei risultati del monitoraggio	Relazione ANAC	RPCT	sì/no	31 gennaio	Annuale	x	x	x
	Vigilare sul rispetto delle disposizioni sulle inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi di cui al medesimo decreto legislativo, con capacità proprie di intervento, anche sanzionatorio, e di segnalare le violazioni all'ANAC	Relazione ANAC	RPCT	sì/no	31 gennaio	Annuale	x	x	x
Monitoraggio dell'attuazione del PTPCT (cap. 7)	Rendicontare l'attuazione del PTPCT, verificando lo stato avanzamento dei progetti/attività indicati negli allegati 1 e 2	Report	RPTC, Referenti RPTC (vedi par. 2.2)	sì/no	31 luglio	Semestrale	x	x	x
		Relazione	Referenti RPTC (vedi par. 2.2)	sì/no	30 novembre 2021	A scadenza	x	x	x
	Rendicontare l'attuazione del PTPCT, verificando lo stato avanzamento dei progetti/attività indicati negli allegati 1 e 6 e successiva presentazione alla Direzione, all'OIV e ai vari stakeholder	Relazione al DG (comprensiva della relazione ANAC)	RPTC	sì/no	28 febbraio	Annuale	x	x	x
	Individuare eventuali azioni correttive (o migliorative) nel caso di scostamenti significativi tra i risultati della relazione finale del PTPCT e quanto pianificato	Elenco azioni correttive	UOSD Internal Auditing, RPCT, Referenti RPTC (vedi par. 2.2)	sì/no	31 dicembre 2023	Occasionale	x	x	x
	Realizzare opportuni supporti informatici per agevolare la comunicazione e la raccolta di informazioni e dati da e per i referenti del RPTC e gli owner dei processi ad alto e medio rischio di corruzione	Intranet, nuovo sistema gestione protocollo, portale di reportistica aziendale	RPCT e Referenti RPTC (vedi par. 2.2)	sì/no	31 dicembre 2022	A scadenza		x	

Legenda:

Annuale: il controllo avviene almeno una volta all'anno per tutto il triennio

Semestrale: il controllo avviene almeno due volte all'anno per tutto il triennio

Occasionale: il controllo avviene in occasione dell'evento

A scadenza: il controllo avviene almeno una volta ed è riferito ad una attività che deve essere eseguita entro la scadenza definita nel piano e non si ripete



ALLEGATO 1

—

OBIETTIVI OPERATIVI DEL PTPCT



Obiettivi strategici	Obiettivi operativi del PTPCT	Indicatori	Valore soglia 2021	Valore soglia 2022	Valore soglia 2023	Unità Operative responsabili
LA GESTIONE DEI RISCHI DI CORRUZIONE						
Da PPA: Sviluppo azienda provinciale Da PNA: Gestione del rischio di corruzione	Aggiornamento / rivalutazione dei processi aziendali a rischio corruzione	n. di processi rivalutati in ottica di rischio corruzione rispetto al totale	100%	100%	100%	UO Allegato 3
	Aggiornamento e/o creazione del registro dei rischi (par. 3.2)	n. rischi specifici di corruzione misurati/n. rischi specifici di corruzione identificati	100%	100%	100%	UO Allegato 3
	Trattamento dei rischi specifici di corruzione di elevata priorità (par. 3.3)	% rischi specifici di corruzione trattati	100%	100%	100%	UO Allegato 3
	Monitoraggio, revisione, consultazione e comunicazione (par. 3.4)	Controllo della correttezza delle fasi ISO 31000:2018, controllo dell'evidenza della comunicazione	100%	100%	100%	UO Allegato 3
MISURE GENERALI PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE						
Da PPA: Sviluppo dell'azienda provinciale Da PNA: creare un contesto sfavorevole alla corruzione; individuare le buone pratiche e favorire la loro implementazione e standardizzazione all'interno dell'organizzazione aziendale	Diffondere i principi e i valori su cui si fonda l'anticorruzione e fornire strumenti di gestione del rischio (par. 4.1)	n. corsi in tema anticorruzione come da Piano formativo Aziendale 2021	100%	100%	100%	UOSD Formazione, RPCT
Da PPA: Sviluppo dell'azienda provinciale Da PNA: Rispetto del principio di rotazione ordinaria del personale	Creazione di condizioni per la fungibilità dei ruoli, contrastando le tendenze di esclusività delle competenze e favorendo l'intercambiabilità (par. 4.2)	Pubblicazione in intranet, Audit integrati, comunicazioni al RPCT	100%			RPCT, UOSD Internal auditing, UOSD Sistemi di gestione della qualità
Da PPA: Sviluppo dell'azienda provinciale Da PNA: Rispetto del principio di rotazione straordinaria del personale	Consentire all'Azienda di conoscere che un proprio dipendente è stato iscritto nel registro delle notizie di reato per le fattispecie di reato di natura corruttiva (par. 4.3)	Lettera al dipendente per l'assegnazione ad un altro ufficio	100%	100%	100%	UOC Gestione Risorse Umane, RPCT, servizio competente all'assegnazione delle risorse umane
Da PPA: Sviluppo dell'azienda provinciale Da PNA: Curare la diffusione della conoscenza dei Codici di comportamento	Garantire la miglior conoscenza possibile dei doveri di comportamento dei dipendenti dell'Azienda (par. 4.4)	FAD, Audit Integrato, Comunicazioni ai dipendenti, Pubblicazione in intranet	100%	100%	100%	RPCT, UOSD Formazione, UOSD Sistemi di gestione della qualità
Da PPA: Sviluppo dell'azienda provinciale Da PNA: Creare un contesto sfavorevole alla corruzione; ridurre le opportunità di manifestazione dei fenomeni corruttivi	Migliorare l'individuazione e la gestione del conflitto di interesse (par. 4.5)	Modulistica standardizzata, area di raccolta dedicata			100%	RPCT
Da PPA: Sviluppo dell'azienda provinciale Da PNA: Accertamento inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi amministrativi	Garantire la veridicità delle dichiarazioni rese dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario e dal Direttore dei Servizi Socio – Sanitari (par. 4.6)	Verifiche veridicità dichiarazioni	100%	100%	100%	RPCT
Da PPA: Sviluppo dell'azienda provinciale Da PNA: Prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici	Garantire che vengano rispettati i divieti di cui all'art. 35-bis del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 (par. 4.7)	Report audit	100%	100%	100%	RPCT e UOSD Internal Auditing
Da PPA: Sviluppo dell'azienda provinciale Da PNA: Rispetto del principio di inconfiribilità e incompatibilità	Garantire l'applicazione del regolamento aziendale riguardante modalità e condizioni dello svolgimento degli incarichi e delle attività extra istituzionali (par. 4.8)	Modelli nell'angolo dipendente, Fascicolo personale		100%		RPCT e UOSD Internal Auditing
Da PPA: Sviluppo dell'azienda provinciale Da PNA: Aumentare la capacità di contrastare fenomeni di <i>Pantouflage - revolving doors</i>	Garantire la diffusione del divieto di <i>Pantouflage - revolving doors</i> (par. 4.9)	FAD, Audit Integrato, Comunicazioni ai dipendenti, Pubblicazione in intranet	100%	100%	100%	RPCT, UOSD Formazione, UOSD Sistemi di gestione della qualità
Da PPA: Sviluppo azienda provinciale Da PNA: Rispetto determinazione ANAC n. 6 del 28 aprile 2015	Garantire riservatezza e anonimato nelle segnalazioni di illeciti (par. 4.10)	FAD, Audit Integrato, Comunicazioni ai dipendenti	100%	100%	100%	RPCT, UOSD Formazione, UOSD Sistemi di gestione della qualità
Da PPA: Sviluppo dell'azienda provinciale Da PNA: Rispetto del Protocollo di legalità per la prevenzione dei tentativi di infiltrazione della criminalità organizzata nei contratti pubblici	Garantire l'applicazione del patto di integrità e dei protocolli di legalità (par. 4.11)	Report audit	100%	100%	100%	RPTC e UOSD Internal Auditing
Da PPA: Sviluppo dell'azienda provinciale Da PNA: Creare un contesto sfavorevole alla corruzione, favorendo la diffusione di una adeguata cultura in tema di anticorruzione	Mettere a disposizione della cittadinanza canali dedicati alla segnalazione di episodi di cattiva amministrazione, conflitto d'interessi e corruzione (par. 4.12)	N° eventi sensibilizzazione	1	1	1	RPCT, URP
Da PPA: Sviluppo dell'azienda provinciale Da PNA: Aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione attraverso strumenti di controllo e riduzione del rischio di frode amministrativo - contabile	Dare atto dello stato di avanzamento del percorso di certificabilità del bilancio ai fini del suo completamento (par. 4.13)	Pubblicazione aggiornamenti	100%	100%	100%	UOSD Internal Auditing, UOC Contabilità e bilancio
TRASPARENZA E OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE						
Da PPA: Attuazione programmazione regionale; Sviluppo dell'azienda provinciale	Rispetto degli adempimenti degli obblighi normativi di pubblicità, secondo lo schema previsto nell'Allegato 1 della delibera ANAC n. 50 del 4 luglio 2013 come	% di pubblicazioni e controlli eseguiti sulle pubblicazioni secondo le	100%	100%	100%	Referenti degli obblighi di pubblicazione (vedi allegato 6), UOC Affari



Obiettivi strategici	Obiettivi operativi del PTPCT	Indicatori	Valore soglia 2021	Valore soglia 2022	Valore soglia 2023	Unità Operative responsabili
Da PNA: Adempimento obblighi di trasparenza	aggiornato dalla delibera ANAC 1310 del 28 dicembre 2016 e secondo l'Allegato 6 del presente PTPCT (par. 5.1)	tempistiche indicate nella sezione dedicata alla trasparenza, % di adozione nuovo sistema gestione protocollo				Generali, UOSD Sistemi Informativi
Da PPA: Sviluppo dell'azienda provinciale	Potenziamento delle misure di trasparenza nel settore degli acquisti (par. 5.2)	Report verifica CIG	100%	100%	100%	RPCT
Da PNA: Adempimento obblighi di trasparenza						
Da PPA: Sviluppo dell'azienda provinciale	Assicurare l'effettivo esercizio del diritto di accesso civico (par. 5.3)	Aggiornamento e pubblicazione del registro con tutte le tipologie di accesso	100%	100%	100%	UOC Affari Generali
Da PNA: Adempimento obblighi di trasparenza						
PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA NEGLI ENTI DI DIRITTO PRIVATO						
Da PPA: Sviluppo dell'azienda provinciale	Promuovere l'adozione delle misure di prevenzione della corruzione nelle società e negli enti di diritto privato controllati e partecipati dall'Azienda (cap. 6)	Report di verifica compliance alle linee guida	100%	100%	100%	UOC Affari Generali
Da PNA: Adempimento obblighi di trasparenza						
ATTUAZIONE E MONITORAGGIO DEL PTPCT						
Da PPA: Sviluppo dell'azienda provinciale	Adempiere agli obblighi posti dalla normativa sulla prevenzione della corruzione (par. 2.1)	% di attività previste dal PTPCT e realizzate	100%	100%	100%	RPCT, Referenti RPTC (allegato 3)
Da PNA: Attività ispettive e organizzazione del sistema di monitoraggio sull'attuazione PTPCT	Monitoraggio dell'attuazione del PTPCT (cap.7)	% di attività previste dal PTPCT e realizzate	100%	100%	100%	RPTC, Referenti RPTC (allegato 3)

PPA: Piano delle Performance Aziendale, PNA: Piano Nazionale Anticorruzione, IR: Indice di Rischio



ALLEGATO 3

—

METODOLOGIA PER LA VALUTAZIONE DEI PROCESSI PER LE AREE DI RISCHIO GENERALI E SPECIFICHE

Le aree di rischio generali e specifiche considerate per questo piano risultano essere:

- A. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- B. Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- C. Acquisizione e gestione del personale;
- D. Contratti pubblici;
- E. Incarichi e nomine;
- F. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- G. Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;
- H. Affari legali e contenzioso;
- I. Attività libero professionali e liste di attesa;
- L. Rapporti contrattuali con privati accreditati;
- M. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca (M1), sperimentazioni (M2) e sponsorizzazioni (M3);
- N. Attività conseguenti al decesso intraospedaliero.

A tali aree di rischio generali e specifiche (indicate dal PNA 2019) è stata aggiunta una categoria “O. Altro: specificare” dato che anche nel PNA 2019 si sottolinea la possibile non esaustività delle suddette aree proposte. Tuttavia, durante l’analisi, tutti i processi considerati a possibile rischio corruttivo sono risultati classificabili in una delle aree di rischio da A a N per cui la categoria O non è stata aggiunta alla tabella sottostante. In quest’ultima si evince anche una breve descrizione oltre agli owner dei processi ed eventuali altre unità operative coinvolte.



CODICE	PROCESSO	DESCRIZIONE PROCESSI	OWNER DEL PROCESSO/ U.O. COINVOLTE	AREE DI RISCHIO GENERALI								AREE DI RISCHIO SPECIFICHE					
				A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M(1)	M(2)	M(3)	N
P001	GESTIONE CONTRATTO DI TESORERIA	Dalla gestione dei rapporti contrattuali con il Tesoriere alla liquidazione delle spese derivanti dal contratto	CONTABILITÀ E BILANCIO							X							
P002	GESTIONE DEI PAGAMENTI	Dalla programmazione finanziaria all'emissione degli ordinativi di pagamento, alla riconciliazione con il tesoriere	CONTABILITÀ E BILANCIO							X							
P003	PREDISPOSIZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PIANO INVESTIMENTI	Dall'acquisizione delle previsioni alla stesura del piano, al monitoraggio e aggiornamento periodico e a scorrimento	CONTABILITÀ E BILANCIO							X							
P004	PREDISPOSIZIONE E AGGIORNAMENTO DELLE PREVISIONI ECONOMICHE AZIENDALI (BEP/CEPA)	Dall'acquisizione delle previsioni aziendali alla stesura del documento previsionale, dei monitoraggi periodici, all'invio in Azienda Zero	CONTABILITÀ E BILANCIO							X							
P005	REGOLARIZZAZIONE DELLE ENTRATE	Dall'acquisizione dei provvisori di entrata all'emissione della reversale, alla riconciliazione con il Tesoriere	CONTABILITÀ E BILANCIO							X							
P006	GESTIONE DELLE CASSE AZIENDALI	Dalla verifica della prenotazione o richiesta di incasso, all'emissione del documento, alla registrazione dell'incasso e verifica delle quadrature	DIREZIONE AMMINISTRATIVA DI OSPEDALE, DIREZIONE AMMINISTRATIVA DEL TERRITORIO, CONTABILITÀ E BILANCIO							X							
P007	FATTURAZIONE ATTIVA	Dalla richiesta di fatturazione, all'emissione della fattura, alla verifica dell'incasso, alla eventuale richiesta di avvio della procedura di recupero del credito	CONTABILITÀ E BILANCIO							X							
P009	PREPARAZIONE E CUSTODIA SALME	Dalla comunicazione decesso ai familiari, alla gestione salma in reparto e in obitorio	DIREZIONE MEDICA OSPEDALIERA														X
P010	ATTIVITÀ DI ISPEZIONE SU ARMADI FARMACEUTICI	Dalla programmazione delle verifiche alla verbalizzazione e monitoraggio	FARMACIA OSPEDALIERA							X							
P011	GESTIONE DISTRIBUZIONE DIRETTA FARMACI	Dal ricevimento del paziente all'erogazione del farmaco all'invio del flusso (DDF3)	FARMACIA OSPEDALIERA														X
P012	PRESTAZIONI PER MINORI	Dall'inserimento del paziente alla liquidazione della fattura e alla generazione del flusso per addebiti in mobilità attiva per prestazioni erogate a favore di utenti fuori ULSS	DIREZIONE SERVIZI SOCIALI - IAF		X							X					
P013	GESTIONE DELLA CERTIFICAZIONE AGONISTICA	Dalla programmazione, alla prenotazione, all'accettazione ed erogazione	MEDICINA DELLO SPORT	X	X							X	X				



CODICE	PROCESSO	DESCRIZIONE PROCESSI	OWNER DEL PROCESSO/ U.O. COINVOLTE	AREE DI RISCHIO GENERALI								AREE DI RISCHIO SPECIFICHE						
				A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M(1)	M(2)	M(3)	N	
P014	VALUTAZIONE MEDICO LEGALI	Dalla richiesta di valutazione (inserimento in lista di attesa per la il rinnovo patente/verifica alcolica o tossicologica, richiesta invalidità INPS, richiesta parere medico legale) alla emissione della valutazione stessa o del referto	MEDICINA LEGALE		X													
P015	APPLICAZIONE DELLE TARIFFE ALLE IMPRESE ALIMENTARI DLGS 194-2008 (SEZ.6 E 8-TARIFFE SETT. ALIMENTARE)	Dalla verifica della applicazione del dlgs 194, alla registrazione del contributo all'incasso e rendicontazione	SERVIZIO IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE (SIAN)								X							
P016	ATTIVITA' DI CONTROLLO ALIMENTI DI ORIGINE NON ANIMALE E BEVANDE, ACQUE AD USO POTABILE, M.O.C.A., FITOSANITARI	Dalla preparazione programmi di lavoro, all'esecuzione controlli, alla comunicazione all'autorità giudiziaria, alla verifica implementazione azioni correttive a seguito non conformità riscontrate, alla registrazione controllo e documenti correlati	SERVIZIO IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE (SIAN)								X							
P017	GESTIONE DELLE SEGNALAZIONI DA UTENTI/IMPRESA ALIMENTARI E DELLE TOSSINFEZIONI ALIMENTARI	Dal ricevimento, alla valutazione e chiusura della segnalazione	SERVIZIO IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE (SIAN)								X							
P018	ATTIVITÀ ISPETTIVE	Dalla programmazione o segnalazione/riciesta/esperto fino alla verbalizzazione / verifica del pagamento della sanzione /segnalazione alla magistratura	SERVIZIO PREVENZIONE IGIENE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO (SPISAL)								X							
P019	CERTIFICAZIONI SANITARIE	Dalla richiesta dell'utente (ricorso verso il giudizio del medico competente o richiesta dell'azienda per verificare la residua capacità lavorativa di un dipendente, visite mediche idoneative o specialistiche - di medicina del lavoro) fino all'emissione della certificazione di idoneità o referto	SERVIZIO PREVENZIONE IGIENE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO (SPISAL)		X													
P020	RILASCIO AUTORIZZAZIONI / PARERI PREVENTIVI (NON CORRELATI ALLA PERSONA)	Rilascio pareri di tipo igienico sanitario / edilizio per quanto riguarda le deroghe relative agli ambienti di lavoro	SERVIZIO PREVENZIONE IGIENE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO (SPISAL)		X													
P022	CONTROLLO UFFICIALE ALLERTE, CAMPIONAMENTI E AUDIT	Gestione allerte alimenti e mangimi, gestione audit, gestione campionamenti al dettaglio	SCAA - SERVIZIO VETERINARIO PIANI CAMPIONAMENTI ALLERTE E AUDIT		X				X	X								



CODICE	PROCESSO	DESCRIZIONE PROCESSI	OWNER DEL PROCESSO/ U.O. COINVOLTE	AREE DI RISCHIO GENERALI								AREE DI RISCHIO SPECIFICHE					
				A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M(1)	M(2)	M(3)	N
P024	AFFIDAMENTO E GESTIONE DEI CONTRATTI DI ESECUZIONE DEI LAVORI	Dalla programmazione dei lavori, alla progettazione, aggiudicazione, esecuzione fino alla rendicontazione del contratto e collaudo (inclusa la gestione del patrimonio immobiliare e impiantistico e il Project Financing di Treviso per la quota dei lavori)	SERVIZI TECNICI E PATRIMONIALI				X		X								
P025	GESTIONE DEGLI AUDIT	Dalla pianificazione dell'audit alla elaborazione dell'audit report, inclusa gestione delle verifiche LR 22/2002	SERVIZIO QUALITÀ							X							
P027	CONTROLLO UFFICIALE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	Attività di ispezione nelle strutture di macellazione, trasformazione e vendita di prodotti di origine animale, gestione delle segnalazioni/ esposti, esecuzione campionamenti, applicazione dlgs 194-2008 servizio veterinario	SERVIZIO VETERINARIO DI IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE E LORO DERIVATI (SIAOA)		X				X	X							
P028	CONTROLLI UFFICIALI DI SANITÀ ANIMALE	Rilascio autorizzazioni / pareri preventivi (non correlati alla persona), ispezione e campionamenti, gestione delle segnalazioni/esposti, applicazione tariffario regionale per attività veterinaria	SERVIZIO VETERINARIO DI SANITÀ ANIMALE (SSA)		X				X	X							
P029	CONTROLLO UFFICIALE DI IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI	Rilascio autorizzazioni / pareri preventivi (non correlati alla persona), ispezione e campionamenti, gestione delle segnalazioni/esposti, applicazione tariffario regionale per attività veterinaria	SERVIZIO VETERINARIO DI SANITÀ ANIMALE (SSA)		X				X	X							
P030	GESTIONE DELLA SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO	Dalla valutazione dei rischi, alla pianificazione delle attività compresa la formazione, al monitoraggio e riesame del sistema	SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE							X							
P038	GESTIONE FARMACEUTICA IN CONVENZIONE (DCR)	Dal ricevimento delle ricette alla liquidazione delle distinte contabili riepilogative	ASS. FARMACEUTICA TERRITORIALE						X								
P039	ACQUISTO DI PRESTAZIONI DA ACCREDITATI PER ASSISTENZA OSPEDALIERA, SPECIALISTICA, RIABILITATIVA (EX ART. 26), TERMALE	Dalla definizione dei volumi di attività (Budget) alla stipula delle convenzioni alla liquidazione delle prestazioni fatturate e alla generazione del flusso per addebiti in mobilità attiva per prestazioni erogate a favore di utenti fuori ULSS	DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE						X								
P040	ASSISTENZA PROTESICA	Dalla gestione e valutazione della richiesta dell'utente all'emissione dell'autorizzazione alla fornitura e alla liquidazione della fattura	DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE		X												



CODICE	PROCESSO	DESCRIZIONE PROCESSI	OWNER DEL PROCESSO/ U.O. COINVOLTE	AREE DI RISCHIO GENERALI								AREE DI RISCHIO SPECIFICHE						
				A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M(1)	M(2)	M(3)	N	
P041	RIMBORSI DIVERSI (CURE CLIMATICHE, MEDICINA TURISTICA, TRAPIANTATI, DIALIZZATI, MODIFICHE STRUMENTI DI GUIDA, ACQUISTO PARRUCCHE, PROTESI DENTARIE, CURE ALL'ESTERO)	Dalla gestione istruttoria domande presentate, all'adozione provvedimento, alla comunicazione all'assistito dell'esito della richiesta, all'erogazione contributo	DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE	X														
P042	AFFIDAMENTO DEI CONTRATTI PER ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI DI IMPORTO INFERIORE A 40.000€	Dall'analisi dei fabbisogni, all'effettuazioni di consultazioni preliminari di mercato per l'individuazione dei/degli operatori/e, all'individuazione dello strumento/istituto dell'affidamento e degli elementi essenziali del contratto, all'affidamento	ECONOMATO E GESTIONE LOGISTICA				X											
P043	ESECUZIONE E MONITORAGGIO CONTRATTI PER ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI	Dall'esecuzione del contratto alla verifica della conformità o regolare esecuzione della prestazione richiesta, all'effettuazione dei pagamenti a favore dei soggetti esecutori	ECONOMATO E GESTIONE LOGISTICA				X											
P044	GESTIONE DEI MAGAZZINI	Dalla programmazione del fabbisogno mediante definizione dei livelli di riordino, al controllo della merce, al carico e alla gestione della distribuzione inclusa la gestione dei magazzini di reparto, fino alla rilevazione delle rimanenze di fine anno	ECONOMATO E GESTIONE LOGISTICA				X											
P045	GESTIONE FONDO ECONOMALE	Dall'istituzione del fondo e individuazione del responsabile, alla individuazione delle spese che possono essere rimborsate, alla richiesta di rimborso, rendicontazione e riversamento	ECONOMATO E GESTIONE LOGISTICA - U.O.C. DIREZIONE AMMINISTRATIVA DI OSPEDALE						X									
P046	ACQUISIZIONE RISORSE UMANE DIPENDENTI E NON DIPENDENTI	Dalla definizione del fabbisogno all'elaborazione della programmazione, all'espletamento delle procedure concorsuali, fino all'approvazione della graduatoria	U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE		X	X		X	X									
P047	GESTIONE CONTRATTI DI LAVORO AUTONOMO PER INCARICHI INDIVIDUALI (EX COMMA 6, ART. 7 D.LGS 165/2001)	Dalla firma del contratto, liquidazioni periodiche e gestione del alla cessazione del contratto	U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE		X	X		X										



CODICE	PROCESSO	DESCRIZIONE PROCESSI	OWNER DEL PROCESSO/ U.O. COINVOLTE	AREE DI RISCHIO GENERALI								AREE DI RISCHIO SPECIFICHE					
				A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M(1)	M(2)	M(3)	N
P048	GESTIONE ECONOMICA E FISCALE	Dall'inquadramento economico, gestione dei fondi contrattuali, all'elaborazione dei cedolini mensili, alla rendicontazione dei dati agli uffici interni e agli enti esterni	U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE		X	X											
P049	GESTIONE GIURIDICA	Dall'inquadramento giuridico e firma del contratto, allo sviluppo di carriera alle modifiche contrattuali fino alla estinzione del rapporto di lavoro	U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE		X	X											
P050	GESTIONE ORARIO DI LAVORO	Dalla definizione del profilo orario alla gestione delle presenze assenze alla trasmissione dei dati agli uffici interni e agli enti esterni	U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE		X	X											
P052	PRESTAZIONI PER ANZIANI	Dalla richiesta di inserimento dell'utente alla gestione della RUR, all'emissione dell'impegnativa, alla liquidazione della fattura e al report di invio dei dati al flusso FAR	U.O.C. SERVIZI SOCIALI E SOCIO SANITARI		X							X					
P053	PRESTAZIONI PER DISABILI	Dalla richiesta di inserimento dell'utente alla gestione della graduatoria, all'emissione dell'impegnativa, alla liquidazione della fattura e al report di invio dei dati al flusso FAD	U.O.C. SERVIZI SOCIALI E SOCIO SANITARI		X							X					
P054	PRESTAZIONI DI PSICHIATRIA	Dall'inserimento del paziente alla liquidazione della fattura e alla generazione del flusso per addebiti in mobilità attiva per prestazioni erogate a favore di utenti fuori ULSS	U.O.C. SERVIZI SOCIALI E SOCIO SANITARI		X							X					
P055	PRESTAZIONI PER LE DIPENDENZE	Dall'inserimento del paziente alla liquidazione della fattura e alla generazione del flusso per addebiti in mobilità attiva per prestazioni erogate a favore di utenti fuori ULSS	U.O.C. SERVIZI SOCIALI E SOCIO SANITARI		X							X					
P057	ALTERNANZA SCUOLA-LAVORO	Dalla richiesta della convenzione all'inserimento degli studenti	U.O.S.D. FORMAZIONE	X													
P058	CONCESSIONE E GESTIONE 150 ORE DI STUDIO	Dalla richiesta del dipendente alla concessione delle ore di permesso studio, alla rendicontazione	U.O.S.D. FORMAZIONE						X								
P059	FORMAZIONE ESTERNA	Dalla richiesta del dipendente all'autorizzazione al corso, al rimborso spese e rendicontazione	U.O.S.D. FORMAZIONE	X					X								
P060	FORMAZIONE INTERNA DEL PERSONALE	Dalla predisposizione del piano formativo, alla microprogettazione attività, all'erogazione della formazione e alla liquidazione del compenso del docente/ente di formazione	U.O.S.D. FORMAZIONE		X		X	X	X								



CODICE	PROCESSO	DESCRIZIONE PROCESSI	OWNER DEL PROCESSO/ U.O. COINVOLTE	AREE DI RISCHIO GENERALI								AREE DI RISCHIO SPECIFICHE					
				A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M(1)	M(2)	M(3)	N
P061	GESTIONE INVIO DIPENDENTI A CORSI SPONSORIZZATI	Dall'avvio dell'istruttoria all'individuazione del partecipante, all'autorizzazione	U.O.S.D. FORMAZIONE													X	
P063	GESTIONE DEI SINISTRI E GESTIONE DIRETTA DELL'AUTOASSICURAZIONE	Dalla richiesta risarcimento danni, all'accantonamento al fondo rischi/alla chiusura - liquidazione del sinistro	UOC AFFARI GENERALI								X						
P064	GESTIONE DEL CONTENZIOSO	Dalla ricezione dell'atto giudiziale alla definizione del contenzioso	UOC AFFARI GENERALI								X						
P065	GESTIONE PRIVACY	Dalla rilevazione degli ambiti soggetti a normativa specifica, alla verifica del rispetto della normativa alla attivazione di provvedimenti di adeguamento	UOC AFFARI GENERALI								X						
P066	GESTIONE PROTOCOLLO	Dalla ricezione della documentazione al suo smistamento nelle UU.OO.	UOC AFFARI GENERALI								X						
P067	GESTIONE PROVVEDIMENTI AZIENDALI	Dalla ricezione della proposta alla pubblicazione nell'albo aziendale e successiva archiviazione	UOC AFFARI GENERALI								X						
P068	GESTIONE DEI CONTRIBUTI VINCOLATI	Dalla registrazione del contributo all'incasso e rendicontazione periodica	UOC CONTABILITÀ E BILANCIO UOC CONTROLLO DI GESTIONE							X							
P069	CICLO DELLE PERFORMANCE	Dalla stesura del documento di direttive e del piano delle performance alle valutazioni finali sia di struttura che individuali	UOC CONTROLLO DI GESTIONE	X													
P070	GESTIONE DEI FLUSSI AZIENDALI	Dall'acquisizione dei dati, alla loro analisi all'invio	UOC CONTROLLO DI GESTIONE	X													
P071	GESTIONE DELLE RICERCHE SANITARIE FINALIZZATE E PROGETTI DI RICERCA (ESCLUSO LE RICERCHE CLINICHE)	Dalla presentazione, valutazione e approvazione del progetto all'avvio e al monitoraggio fino alla conclusione del progetto con relazione finale e diffusione dei risultati	UOC CONTROLLO DI GESTIONE		X									X			
P072	GESTIONE DELLE SPERIMENTAZIONI E RICERCHE CLINICHE (PROFIT E NO PROFIT)	Dalla richiesta di sperimentazione e valutazione della stessa all'individuazione dei pazienti, avvio, monitoraggio e conclusione del processo di sperimentazione	UOC CONTROLLO DI GESTIONE											X	X	X	
P073	MOBILITÀ ATTIVA	Dalla registrazione della prestazione/erogazione all'invio del flusso	UOC CONTROLLO DI GESTIONE							X							
P074	MOBILITÀ PASSIVA	Dall'acquisizione del flusso alla validazione dello stesso	UOC CONTROLLO DI GESTIONE							X							



CODICE	PROCESSO	DESCRIZIONE PROCESSI	OWNER DEL PROCESSO/ U.O. COINVOLTE	AREE DI RISCHIO GENERALI								AREE DI RISCHIO SPECIFICHE					
				A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M(1)	M(2)	M(3)	N
P075	RECUPERO CREDITI	Dall'acquisizione dei flussi dei crediti scaduti, all'avvio delle procedure di recupero	UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA DEL TERRITORIO - CONTABILITÀ E BILANCIO						X								
P076	ACQUISTO DI PRESTAZIONI DI LP D'AZIENDA	Dalla predisposizione del fabbisogno alla gestione delle acquisizioni, alla liquidazione del compenso	UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA DI OSPEDALE		X				X			X					
P077	ATTIVITÀ IN REGIME DI LP	Dalla regolamentazione aziendale per attività specialistica, ricoveri e veterinaria, alla gestione di agende, spazi e professionisti alla prenotazione della prestazione alla riscossione della tariffa e liquidazione dei compensi	UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA DI OSPEDALE		X				X			X					
P078	CONSULENZE/VENDITA DI PRESTAZIONI ESTERNE IN LP (INCLUSA VENDITA DI PRESTAZIONI A ULSS/AO PER PROPRI RICOVERATI IN SSN)	Dall'attivazione/rinnovo dell'atto deliberativo e preparazione della convenzione (la richiesta parte del centro), alla ricezione resoconto dell'attività effettuata dal dirigente presso la struttura e fatturazione, alla ripartizione incassi ai dirigenti	UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA DI OSPEDALE		X				X								
P079	GESTIONE DELLE CONVENZIONI CON TERZI	Dall'attivazione/rinnovo dell'atto deliberativo e convenzione, alla ricezione e trasmissione del resoconto delle attività effettuate nel corso dell'anno dai terzi, alla liquidazione delle attività effettuate	UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA DI OSPEDALE		X												
P080	ADESIONE AI CONTRATTI STIPULATI DA CENTRALE DI COMMITTENZA-SOGGETTO AGGREGATORE	Dalla formulazione della programmazione aziendale, alla definizione delle competenze per l'approvazione del fabbisogno, alla verifica della pertinenza dei fabbisogni, alla formulazione del fabbisogno, alla formalizzazione delle adesioni, alla contrattualizzazione/ ordinazione delle prestazioni, alle comunicazioni con la centrale di committenza	UOC PROVVEDITORATO				X										
P081	AFFIDAMENTO E GESTIONE DEI CONTRATTI PER ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI	Dalla programmazione, alla progettazione, alla selezione del contraente, alla stipula del contratto, all'esecuzione	UOC PROVVEDITORATO				X										
P082	ATTIVITÀ DI ISPEZIONE DI IGIENE E SANITÀ PUBBLICA	Dalla preparazione dei programmi operativi di controllo, al sopralluogo, alla stesura del verbale, alla comunicazione all'autorità giudiziaria, all'incasso sanzioni pecuniarie	UOC SISP							X							
P083	GESTIONE PARERI URBANISTICA ED EDILIZIA COMPLESSA	Dalla gestione istanza, all'istruttoria pratica, alla verifica incasso diritti sanitari	UOC SISP		X												



CODICE	PROCESSO	DESCRIZIONE PROCESSI	OWNER DEL PROCESSO/ U.O. COINVOLTE	AREE DI RISCHIO GENERALI								AREE DI RISCHIO SPECIFICHE					
				A	B	C	D	E	F	G	H	I	L	M(1)	M(2)	M(3)	N
P084	GESTIONE SEGNALAZIONI ED ESPOSTI	Dal ricevimento segnalazione, alla valutazione e chiusura della segnalazione	UOC SISP								X						
P085	GESTIONE DELLE PRENOTAZIONI DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE – LISTE D'ATTESA	Dalla programmazione dell'offerta, all' apertura e gestione delle agende, alla registrazione delle prenotazioni SSN, laboratorio, radiologia ed altre prestazioni	UOS ATTIVITÀ SPECIALISTICA										X				
P086	GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO: CONTINUITA' ASSISTENZIALE	Dalla individuazione e pubblicazione dei turni vacanti alla liquidazione dei compensi e alla generazione dei dati per versamenti contributivi e previdenziali, alla cessazione	UOS PERSONALE CONVENZIONATO			X											
P087	GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO: MEDICINA GENERALE E PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	Dall'individuazione zone carenti, all'individuazione MMG/PLS avente titolo al conferimento dell'incarico, alla instaurazione del rapporto convenzionale, alla gestione giuridica ed economica, all'elaborazione, invio e liquidazione stipendi e versamenti contributivi, previdenziali e fiscali, incluso il procedimento disciplinare	UOS PERSONALE CONVENZIONATO			X											
P088	GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO: SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI	Dalla verifica della necessità di pubblicazioni incarichi, all'individuazione SAI, al conferimento incarico, alla gestione anagrafica, alla gestione giuridica e delle presenze, assenze, alla gestione economica, alla gestione delle variazioni e all'elaborazione, invio e liquidazione stipendi e versamenti contributivi, previdenziali e fiscali, alla gestione delle cessazioni	UOS PERSONALE CONVENZIONATO			X											
P097	GESTIONE POLO DISABILITÀ	Dalla programmazione dei lavori, alla progettazione, aggiudicazione, esecuzione fino alla rendicontazione del contratto e collaudo (inclusa la gestione del patrimonio immobiliare e impiantistico e il Project Financing di Treviso per la quota dei lavori)	U.O.C. SERVIZI SOCIALI E SOCIO SANITARI				X		X								
P095	GESTIONE DELEGHE E QUOTA CAPITARIA DEI COMUNI (CICLO ATTIVO)	Dalla definizione della quota capitaria e quota vincolata che i comuni devono versare per la gestione sociale alla verifica dell'incasso	U.O.C. SERVIZI SOCIALI E SOCIO SANITARI						X								

Are di rischio e relativi processi

In riferimento a quanto indicato nell'Allegato 5 del PNA, il presente documento riporta le scale di misura relative agli indici di valutazione della Probabilità e dell'Impatto, necessarie per la misura e valutazione del livello di rischio di ogni processo in modo da poter individuare i processi aziendali che sono a medio e alto rischio di corruzione. Tale metodologia viene inserita all'interno del *Control Risk Self-Assessment* (CRSA), adottato dall'Internal Auditing, che si avvale della somministrazione di un questionario all'owner del processo o ad un gruppo di lavoro da esso individuato.

In tale questionario, alle 19 domande previste dall'internal auditing per prioritizzare i processi aziendali sono state aggiunte le aree di rischio generali e specifiche e i quesiti di seguito elencati per misurare e valutare il processo in termini di rischio di corruzione.

MISURA DI PROBABILITA' E IMPATTO

Ogni owner del processo eventualmente con il gruppo di lavoro individuato, dopo aver confermato le fasi e le attività del processo interessato, in una riunione attribuisce un punteggio per ciascuna delle 10 domande sottoelencate, suddivise per Probabilità e Impatto.

A. PROBABILITA'

Domanda 1: Discrezionalità

Il processo è discrezionale?	
No, è del tutto vincolato	1
E' parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari)	2
E' parzialmente vincolato solo dalla legge	3
E' parzialmente vincolato solo da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari)	4
E' altamente discrezionale	5

Domanda 2: Rilevanza esterna

Il processo produce effetti diretti all'esterno dell'amministrazione di riferimento?	
No, ha come destinatario finale un ufficio interno	2
Sì, il risultato del processo è rivolto direttamente ad utenti esterni alla PA di riferimento	5

Domanda 3: Complessità del processo

Si tratta di un processo complesso che comporta il coinvolgimento di più amministrazioni (esclusi i controlli) in fasi successive per il conseguimento del risultato?	
No, il processo coinvolge una sola p.a.	1
Sì, il processo coinvolge più di 3 amministrazioni	3
Sì, il processo coinvolge più di 5 amministrazioni	5

Domanda 4: Valore economico

Qual è l'impatto economico del processo?	
Ha rilevanza esclusivamente interna	1
Comporta l'attribuzione di vantaggi a soggetti esterni, ma di non particolare rilievo economico (es.: concessione di borsa di studio per studenti)	3
Comporta l'attribuzione di considerevoli vantaggi a soggetti esterni (es.: affidamento di appalto)	5

Domanda 5: Frazionabilità del processo

Il risultato finale del processo può essere raggiunto anche effettuando una pluralità di operazioni di entità economica ridotta che, considerate complessivamente, alla fine assicurano lo stesso risultato (es.: pluralità di affidamenti ridotti)?	
No	1
Sì	5


Domanda 6: Controlli

Anche sulla base dell'esperienza pregressa, il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a neutralizzare il rischio?	
Sì, costituisce un efficace strumento di neutralizzazione	1
Sì, è molto efficace	2
Sì, per una percentuale approssimativa del 50%	3
Sì, ma in minima parte	4
No, il rischio rimane indifferente	5

B. IMPATTO
Domanda 7: Impatto organizzativo

Rispetto al totale del personale impiegato nel singolo servizio (unità organizzativa semplice) competente a svolgere il processo (o la fase di processo di competenza della p.a.) nell'ambito della singola PA, quale percentuale di personale è impiegata nel processo? <i>(se il processo coinvolge l'attività di più servizi nell'ambito della stessa PA occorre riferire la percentuale al personale impiegato nei servizi coinvolti)</i>	
Fino a circa il 20%	1
Fino a circa il 40%	2
Fino a circa il 60%	3
Fino a circa il 80%	4
Fino a circa il 100%	5

Domanda 8: Impatto economico

Nel corso degli ultimi 5 anni sono state pronunciate sentenze della Corte dei conti a carico di dipendenti (dirigenti e dipendenti) della PA di riferimento o sono state pronunciate sentenze di risarcimento del danno nei confronti della PA di riferimento per la medesima tipologia di evento o di tipologie analoghe?	
No	1
Sì	5

Domanda 9: Impatto reputazionale

Nel corso degli ultimi 5 anni sono stati pubblicati su giornali o riviste articoli aventi ad oggetto il medesimo evento o eventi analoghi?	
No	0
Non ne abbiamo memoria	1
Sì, sulla stampa locale	2
Sì, sulla stampa nazionale	3
Sì, sulla stampa locale e nazionale	4
Sì, sulla stampa locale, nazionale e internazionale	5

Domanda 10: Impatto organizzativo, economico e sull'immagine

Quale livello può collocarsi il rischio dell'evento (livello apicale, livello intermedio o livello basso) ovvero la posizione/il ruolo che l'eventuale soggetto riveste nell'organizzazione è elevata, media o bassa?	
A livello di addetto	1
A livello di collaboratore o funzionario	2
A livello di dirigente di ufficio non generale ovvero di posizione apicale o di posizione organizzativa	3
A livello di dirigente di ufficio generale	4
A livello di capo dipartimento/ segretario generale	5



LA VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL LIVELLO DI RISCHIO DEI PROCESSI

Per misurare il livello di rischio di ciascun processo si calcola l'Indice di Rischio (IR) dato dalla formula:

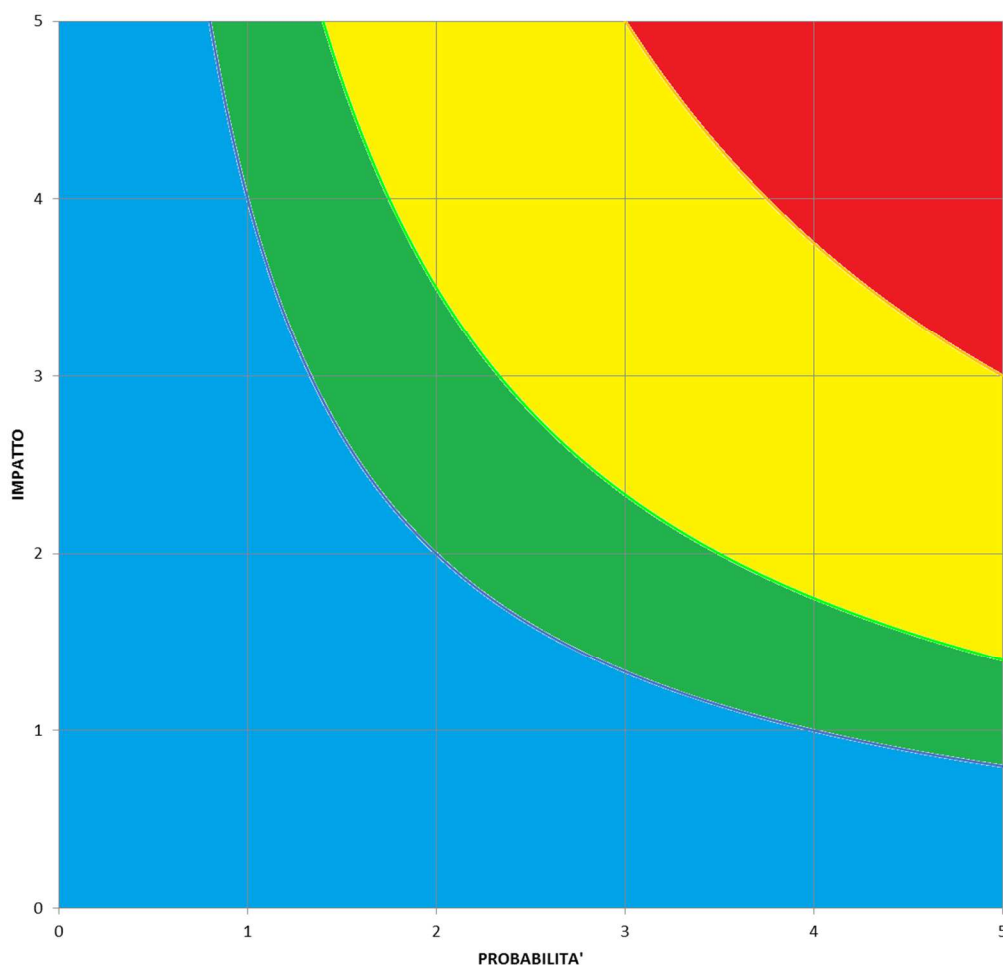
$$IR = Probabilità * Impatto$$

La probabilità e l'impatto sono misurati attraverso la media dei punteggi attribuiti alle domande sopra elencate. Lo scopo della matrice Impatto-Probabilità riportata in figura sottostante è quello di rappresentare graficamente il livello di rischio correlato ad ogni processo, in modo da individuare quelli per cui è necessario attuare un intervento prioritario a mitigazione dei relativi rischi specifici identificati. I processi sono classificati graficamente attraverso quattro diversi livelli di rischio, determinati dalle seguenti soglie dell'indice di rischio:

- IR < 4: trascurabile;
- 4 ≤ IR < 6: medio;
- 6 ≤ IR < 15: rilevante;
- IR ≥ 15: critico.

I processi prioritari si trovano nell'area rossa ovvero sono classificati ad alto rischio di corruzione (IR critico), quelli che si trovano nell'area verde e gialla sono classificati invece come a medio-alto rischio di corruzione (IR medio e rilevante).

MATRICE DELLA VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI RISCHIO DEI PROCESSI





ALLEGATO 4

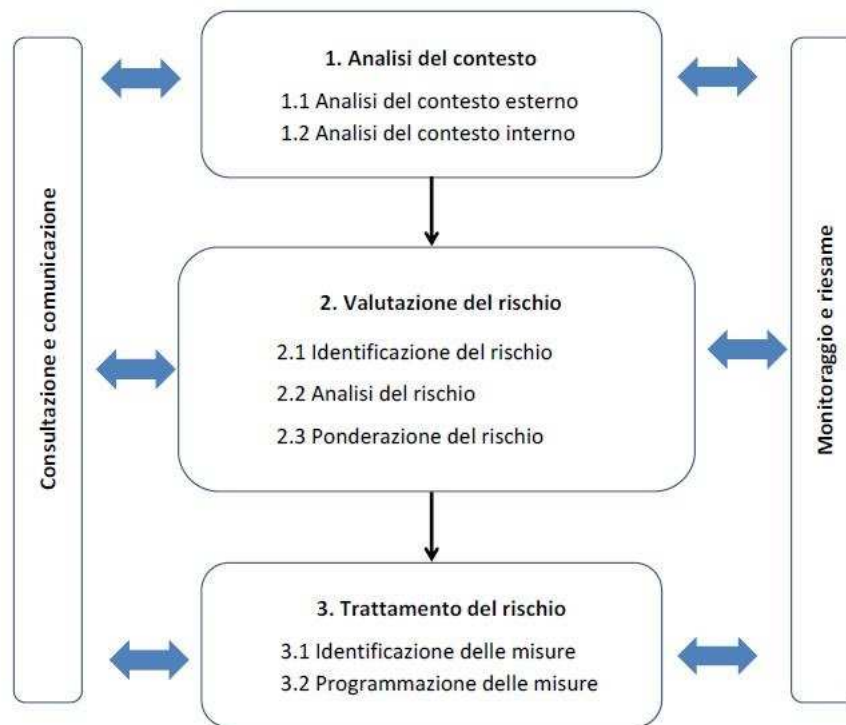
-

REGISTRO DEI RISCHI IDENTIFICATI NEI PROCESSI A RISCHIO CORRUZIONE – ANNO 2020

Nelle tabelle sottostanti vengono riportate per ciascun processo, le attività, la valutazione e le misure di trattamento dei relativi rischi al fine di mitigarne i potenziali danni. Per ogni processo il relativo owner è indicato nell'Allegato 3.

La metodologia adottata è quella proposta nell'Allegato 1 del PNA 2019, il quale integra e aggiorna quanto indicato nei precedenti PNA 2013 e successivo aggiornamento del 2015, con le logiche e i principi internazionali di risk management.

Lo schema di riferimento usato per la realizzazione di tali registri è coerente con le fasi riportate all'interno della seguente Figura.



Di seguito si riporta un estratto dei registri dei rischi

P001-GESTIONE CONTRATTO DI TESORERIA

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
ricezione della fattura / verifica addebiti	ricezione della fattura riferita al canone fisso	errore sul CIG/importo sbagliato del canone	B	NO	verifica delle fatture che pervengono dal tesoriere	B
	addebiti (SUS - sospesi in uscita) relativi alle commissioni POS e carte di credito	% commissione non corretta rispetto al transato	MB	NO	mensilmente vengono fatti i controlli a campione sugli addebiti inseriti	B
	applicazione tassi di interesse passivi	tasso di interesse passivo o importo dell'esposizione errato	MB	Sì		MB
gestione delle contestazioni	definizione della contestazione da inviare all'istituto tesoriere	mancata contestazione al tesoriere di inadempienze	MB	Sì		MB
	ricezione e analisi delle controdeduzioni, con accettazione o rigetto delle stesse	accoglimento di una controdeduzione che non ha solide motivazioni	MB	Sì		MB
	dopo la seconda contestazione per lo stesso argomento, applicazione della penale prevista	mancata applicazione della penale prevista dal contratto	MB	Sì		MB
	riscossione della penale / compensazione con i debiti in essere	mancato incasso della penale	MB	Sì		MB

P002-GESTIONE DEI PAGAMENTI

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
autorizzazione alla firma dei mandati/caricamento flussi stipendiali in banca e disabilitazione	invio delle specimen di firma alla banca sottoscritte dal direttore generale	autorizzazione di un soggetto che non deve firmare	B	Sì		B
	rilascio delle credenziali e dei dispositivi da parte della banca	autorizzazione di un soggetto che non deve firmare	B	Sì		B
acquisizione delle liste di trasmissione	individuazione degli uffici liquidatori ed implementazione di tutte le autorizzazioni necessarie alla firma/revoca delle autorizzazioni in caso di cessazione	abilitazione di un soggetto non corretto	B	NO	Delibera di individuazione dei responsabili e comunicazione con mail/lettera di chi è delegato	B
	controllo e acquisizione delle liste di trasmissione firmate digitalmente dal responsabile dell'ufficio incaricato della liquidazione	acquisizione di liste di trasmissione che non sono complete della documentazione necessaria	B	Sì		B
emissione del mandato di pagamento	assegnazione informatica del numero progressivo di faldone, data di estrazione/elaborazione e oggetto di riferimento	a causa di problemi informatici l'assegnazione potrebbe essere non corretta	B	Sì		B
	verifica che l'importo acquisito corrisponda al totale della lista al netto di eventuali ritenute	acquisizione non corretta	MB	NO	funzione su NAV che permette di calcolare le righe estratte sulla lista e controllo visivo con la lista	B



avvio al pagamento dei documenti acquisiti e passati allo stato "proposta di mandato" secondo data fattura / data di scadenza	l'errata selezione può comportare il mancato rispetto dei tempi di pagamento con conseguente possibile richiesta di interessi di mora	MB	Sì		MB
verifica delle disponibilità di cassa	mancati pagamenti per indisponibilità di cassa	M	Sì		M
verifica presenza validità DURC	in caso di DURC irregolare non segnalato: esecuzione di un pagamento senza i requisiti previsti dalla normativa	MB	NO	In NAV il mandato è bloccato in caso di DURC irregolare	B
verifica tracciabilità dei flussi finanziari	esecuzione di un pagamento senza i requisiti previsti dalla normativa	M	NO	In NAV il mandato è bloccato in caso di mancanza di tracciabilità dei flussi finanziari - il controllo è fatto manualmente dal personale del sef	B
registrazione e verifica della presenza di eventuali cessioni del credito	nel caso di mancata registrazione della cessione, esecuzione di un pagamento a un beneficiario errato	M	NO	a partire dal 2017 tutte le cessioni sono diniegate, le cessioni precedentemente registrate producono in NAV degli alert di sistema per i vecchi debiti ceduti c'è un controllo per i fornitori che di solito sono soggetti a cessione che verifica che sia correttamente registrata	B
esecuzione degli ulteriori controlli manuali previsti da procedura	esecuzione di un pagamento non dovuto / importo non corretto	M	NO	hanno una check list dei controlli che sono previsti in procedura Controllo a campione sui pagamenti proposti e richiesta all'ufficio liquidatore di tutta la documentazione a supporto	B
controllo equitalia > 5.000€	esecuzione di un pagamento senza i requisiti previsti dalla normativa	M	NO	le verifiche equitalia sono tutte salvate in share condivisa	B
controllo corretta gestione bollo su mandati	pagamento o omissione del pagamento di bollo su mandato	M	Sì		M
controllo sulla causale del mandato	l'utilizzo di caratteri speciali potrebbe causare lo scarto della disposizione di pagamento, ritardando il pagamento stesso	M	NO	applicazione di un filtro che intercetta i caratteri non permessi	B

	controlli formali del flusso: - correttezza cap, stato, tipo di pagamento - presenza codice SIOPE - corretta correlazione tra beneficiario e forma di pagamento	errori nella generazione del flusso ritardano l'emissione del mandato di pagamento o generano errore nel pagamento stesso	M	Sì		M
	generazione del flusso e caricamento	se ci sono problematiche la tesoreria non accetta il flusso	B	Sì		B
gestione delle ritenute fiscali e contributive e dei versamenti iva	verifica della coerenza tra documentazione originaria e codici ritenute / codici contratto registrati in NAV, verifica della presenza della riga di ritenuta e ammontare della ritenuta	mancato/errato versamento delle ritenute	M	NO	verifica della lista di liquidazione rispetto alle fattispecie di contratto soggette a ritenuta prima dell'acquisizione della lista stessa	B
	gestione modelli F24Ep e F23	errore nella compilazione del modello	MB	Sì		MB
	versamento IVA	non corretto versamento IVA	MB	NO	Per ogni mandato di pagamento con ricevuta contabilizzata in caso di presenza di operazioni imponibili IVA viene alimentato in automatico dal sistema un registro utile al versamento dell'IVA split a fine mese (la stessa viene trattata a tutti gli effetti come una ritenuta). Un operatore del ciclo passivo controlla che il valore sul registro IVA split coincida con il valore contabilizzato. Per facilitare il controllo i mandati con IVA vengono sospesi per gli ultimi 3 giorni al mese. Per il ciclo attivo allo stesso modo il registro IVA riepilogativo deve coincidere con il saldo contabile.	B
gestione sospesi di uscita e mandati a copertura	collegamento del documento da pagare con il sospeso di uscita acquisito con il giornale	ritardato o errato abbinamento del documento - pagamento di una cosa non dovuta	M	NO	periodica verifica dei SUS non ancora coperti	B

	di cassa (per l'acquisizione vedasi processo P005 - Regolarizzazione delle entrate)					
emissione del pagamento	caricamento del mandato in tesoreria, elaborazione dei mandati e firma del responsabile	errori in fase di firma che obbligano a ricaricare il mandato	MB	NO	verifica per ogni pacchetto che l'importo caricato in tesoreria corrisponda ai mandati NAV (importo e numero righe)	B
gestione dei pagamenti non andati a buon fine	verifica con l'ufficio liquidatore della correttezza dei dati del beneficiario - sollecito al ritiro / comunicazione all'area entrate del riaccredito degli importi per il relativo incasso	pagamento in ritardo la fattura al fornitore corretto	MB	NO	corretta gestione dei SEN (sospesi di entrata) - con verifica della documentazione caricata nel workflow documentale	B
scarico e gestione del giornale di cassa	accesso al portale della banca, scarico xml e importazione in NAV	Disallineamento della contabilità con la tesoreria - senza l'importazione del giornale di cassa non ci sono i SEN dell'area entrate e non ci sono i SUS da verificare	MB	Sì		MB
verifica saldo di fatto e diritto, con valore a sistema contabile	verifica mensile della quadratura tra dato di contabilità generale in NAV e il saldo di fatto del Tesoriere	disallineamento dei dati contabili	M	NO	controllo se ci sono scritture manuali o su registri particolari direttamente sul tesoriere	B
gestione delle partite di giro	gestione delle entrate e dei mandati dei documenti in entrata e in uscita che non possono essere compensati tra di loro, senza alimentazione di un conto di costo/ricavo come specificato in procedura	non corretta contabilizzazione di fatti di gestione che non hanno impatto economico	M	NO	verifica periodica che i conti transitori abbiano saldo pari a zero	B

P005-REGOLARIZZAZIONE DELLE ENTRATE (include P068 - Gestione dei contributi vincolati)

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
autorizzazione alla firma dei mandati/caricamento flussi stipendiali in banca e disabilitazione	invio delle specimen di firma alla banca sottoscritte dal direttore generale	autorizzazione di un soggetto che non deve firmare	B	Sì		B
	rilascio delle credenziali e dei dispositivi da parte della banca	autorizzazione di un soggetto che non deve firmare	B	Sì		B
Gestione dei sospesi in entrata	accesso al portale della banca, scarico xml del giornale di cassa e importazione in NAV	Disallineamento della contabilità con la tesoreria - senza l'importazione del giornale di cassa non ci sono i SEN dell'area entrate e non ci sono i SUS da verificare	MB	Sì		MB
	classificazione ed assegnazione del sospeso di entrata	ritardata copertura dei SEN	B	Sì		B
	estrazione ed invio dei SEN ai servizi competenti per emissione della fattura	l'eventuale fattura non viene emessa nei termini previsti dal d.p.r. 633/1972	M	NO	sollecito ai servizi competenti per emissione fattura con l'implementazione di PagoPA si dovrà dare l'identificativo di pagamento prima del pagamento stesso, quindi non potranno più esserci pagamenti non collegati a un documento - il controllo pertanto nel 2021 verrà modificato	MB
	abbinamento del sen al relativo documento	errato abbinamento sen - documento sollecito di pagamento non corretto	M	NO	in fase di simulazione della reversale l'operatore verifica l'eventuale presenza di errori materiali con l'implementazione del PagoPA ogni pagamento dovrà avere il proprio identificativo	MB

sospesi da conto corrente postale (CCP)	importazione flussi delle singole fatture dal portale delle poste italiane su sistema contabile oltre che dell'estratto conto	errori nell'importazione del flusso dal portale di poste italiane	B	Sì		B
	emissione della nota di credito per la gestione delle spese addebitate sull'estratto conto	mancata quadratura del conto corrente postale a fine anno e non si riesce a fare il prelievo con il tesoriere	B	NO	il tesoriere segnala che non è possibile effettuare il prelievo quindicinale per mancanza di disponibilità	B
	abbinamento delle fatture sulle singole righe dei flussi importati o di un articolo nel caso di prestazioni fuori campo IVA prive di documento e registrazione contabile degli abbinamenti	mancata chiusura del credito che deve essere fatta manualmente	B	Sì		B
	circularizzazione di ciascun CCP	mancata quadratura del conto corrente postale con le registrazioni contabili	B	NO	verifica dei saldi su CCP con i saldi in contabilità - relazione ai revisori	B
gestione dei sospesi da versamenti in contante da cassa fisica / riscuotitore automatico	importazione delle registrazioni di cassa dai singoli gestionali tramite tabelle SAS	l'estrazione fatta in SAS potrebbe non essere corretta/incompleta	B	NO	cruscotto degli errori di importazione quadratura tra giornale di cassa e registrato in NAV	B
	sulla base della descrizione del sospeso di entrata dove viene rintracciato il codice della cassa che fa il versamento e la data del versamento, l'operatore abbina il sospeso con i relativi documenti emessi	abbinamento errato di documento con il SEN	M	NO	in riferimento al mese di contabilizzazione delle casse manuali/riscuotitori/on-line viene verificata la quadratura tra importi versati e contabilizzati oltre che la corretta rilevazione e gestione dei resti non erogati. A fine anno la quadratura viene effettuata anche in sede di conto giudiziale. Verifica di registrazioni di sopravvenienze o di documenti non importati dalla procedura di cassa per ottenere la quadratura.	B
gestione dei cassetti rendi resto e dei mancati resti	ricezione delle istanze per mancato resto dalle singole casse, verifica	errata valutazione della richiesta di restituzione del mancato resto	MB	NO	controllo sul portale del service che effettua il prelievo, non completa chiusura del SEN sui documenti importati con SAS	B

	effettiva sussistenza del mancato resto nel versamento					
gestione degli introiti a mezzo assegno / vaglia postale	girata e invio in filiale da parte del personale autorizzato	errata girata	MB	Sì		MB
gestione dei sospesi di entrata provenienti dalla Regione del Veneto / Azienda Zero (inclusi contributi vincolati)	individuazione dei SEN provenienti da Regione/Az. Zero e confronto con area bilancio per individuazione del ricavo di afferenza (acconto FSR, saldo, finanziamento vincolato) o se credito già contabilizzato	errata interpretazione del SEN proveniente da Regione che comporta un'errata individuazione del ricavo/acconto/chiusura credito	MB	NO	Per quanto riguarda FSR regionale: quadratura con CE precompilato regionale per quanto riguarda i vincolati: circolarizzazione con Readyfin Per quanto riguarda i crediti: quadratura con SP precompilato regionale	B
	se credito già contabilizzato => chiusura documento come qualsiasi altro SEN					
	se credito non rilevato, emissione di un documento ai fini interni e chiusura documento con SEN					
caricamento delle reversali e registrazione	generazione del file xml e caricamento delle reversali su portale del tesoriere	errori formali che portano allo scarto del flusso	MB	NO	il portale inbiz/unimoney mette a disposizione totali caricati e errori che hanno portato allo scarto della reverse	B
	contabilizzazione delle reversali tramite specifica funzione a menù	non corretta contabilizzazione delle reversali	MB	NO	quadratura tra saldo contabile e saldo tesoriere	B

P006-GESTIONE DELLE CASSE AZIENDALI

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Identificazione punti aziendali di riscossione	individuazione delle sedi in cui è necessaria la presenza di un punto cassa con operatore (con elettronico e/o contanti) oltre al riscuotitore automatico, sulla scorta del numero di utenti gestiti e dei costi correlati alla gestione di una cassa con operatore oltre agli aspetti contabili e logistici	lasciare attive casse che non hanno sufficiente movimentazione per giustificare il loro costo individuazione di locali non idonei	MB	SI		
	comunicazione all'istituto tesoriere dell'elenco delle casse che gestiscono denaro contante / elettronico	possibile ritardo nel versamento delle somme per la chiusura dei movimenti per ogni cassa importati in modo automatizzato in NAV	B	NO	in fase di abbinamento dei sospesi di entrata l'operatore verifica che tutti i documenti importati per ogni cassa abbiano il rispettivo versamento per contanti / elettronico. Se manca il versamento si sente la cassa per gli estremi della distinta di versamento ed il tesoriere per la verifica dell'attività del service.	B
individuazione degli operatori abilitati all'incasso	individuazione e profilazione tramite crednet del responsabile DAO/SAT degli operatori addetti alla cassa	non corretta richiesta di profilazione da parte del responsabile e relativa cessazione	B	NO	periodicamente vengono controllati i profili crednet da parte dei relativi responsabili	B
gestione del cambio moneta	individuazione del fondo cassa / fondo cambio moneta	se in eccesso: ci sono troppi soldi in cassa, mi aumenta il rischio furto se in difetto: il cassiere non riesce a dare i resti all'utenza	B	SI		

	gestione delle richieste di cambio (richiesta/versamento)	possibile appropriazione del fondo cassa	MB	NO	da procedura cambio moneta: tutte le richieste di cambio moneta devono essere autorizzate con firma digitale dal direttore SEF, il SEN del versamento viene quadrato dagli operatori del SEF con il SUS della sovvenzione di cambio moneta	B
gestione delle anagrafiche	inserimento anagrafica utente	errata individuazione dell'utente ai fini fiscali - errato invio flussi (es 730)	MB	Sì	verifica effettuata dal controllo di gestione in fase di invio dei flussi con relativa reportistica	B
	inserimento anagrafica articoli/abbinamento regime contrattuale	errato collegamento al regime fiscale/conto di contabilità generale	B	NO	gli articoli sono transcodificati nella fase di importazione in NAV, eventuali difformità emergenti possono essere corrette su sistema di cup/cassa	B
apertura giornaliera della cassa e gestione degli incassi	verifica turno e attribuzione del fondo cassa	attribuzione di un fondo cassa di importo errato	B	NO	verifica chiusura di cassa giornaliera, con registrazione nel giornale di cassa	B
	richiamo/inserimento della prestazione da pagare e dell'utente	registrazione del pagamento di una prestazione errata o di un utente errato	B	SI		
	inserimento della modalità di pagamento	errato inserimento della modalità di pagamento (campo obbligatorio dal 2020 nel flusso 730)	MB	NO	quadratura a fine giornata degli incassi per modalità di incasso (n.b. nel programma del distretto di Pieve di Soligo le modalità di incasso non si possono modificare)	B
	incasso del contante	l'utente utilizza banconote false	B	NO	utilizzo dello scanner banconote	B
chiusura giornaliera degli incassi	stampa chiusura programma di cassa	errato richiamo giornata/utente di chiusura	MB	NO	verifica chiusura di cassa giornaliera, con registrazione nel giornale di cassa	MB
	stampa chiusura POS	mancata chiusura giornaliera del pos	MB	NO	verifica chiusura di cassa giornaliera, con registrazione nel giornale di cassa	MB
	conta incasso, girata eventuali assegni, ripristino cassetta resti	conteggio errato del denaro contante - sottrazione di denaro	M	NO	verifica chiusura di cassa giornaliera, con registrazione nel giornale di cassa	MB

	predisposizione busta e distinta per versamento con registrazione dell'incasso nel giornale di cassa	errata predisposizione busta/distinta (sottrazione volontaria o involontaria di denaro)	M	NO	quadratura in contabilità generale degli incassi con i relativi documenti importati dalle singole procedure di cassa	B
	inserimento in cassaforte di buste per il versamento e cassette resti	sottrazione del denaro contante	M	NO	assicurazione per furto	B
versamento dell'incasso al tesoriere	riconoscimento dell'operatore del service di raccolta	consegna ad operatore non autorizzato	MA	NO	firma su distinte di versamento	M
	consegna delle buste con relative distinte di versamento al service e stacco del sigillo della busta	non rintracciabilità della busta consegnata	MA	NO	assicurazione della banca/service di raccolta	B
gestione richieste di rimborso	ricezione e valutazione della richiesta di rimborso da parte dell'utente	ammissione di una richiesta di rimborso senza la documentazione a corredo: copia della carta d'identità e originale del pagamento - rimborso a un utente diverso da chi doveva ricevere i soldi o a chi non ha diritto	M	NO	verifica di cassa periodica	MB
chiusura pratiche / marca pagato / cassa virtuale	registrazione dei pagamenti di prestazioni pagate a CUP al di fuori del circuito cassa (a mezzo bonifico bancario o a mezzo conto corrente postale)	sanzione per mancato invio del flusso 730 - invio di solleciti di pagamento non corretti	M	SI	report di verifica riepilogativo sull'invio del flusso 730 e degli errori generati inviato dal controllo di gestione	B

P007-FATTURAZIONE ATTIVA

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Richiesta dell'emissione delle fatture/ricieste di pagamento da parte dei servizi competenti (ove presente)	I servizi che effettuazione di una prestazione o cessione di un bene richiedono al bilancio l'emissione della fattura o procedono all'emissione (se abilitati)	A causa di mancanza di blocchi di sistema potrebbero mancare elementi necessari per l'emissione della fattura portando alla richiesta di integrazione all'ufficio/servizio competente	M	no	Almeno una volta l'anno in occasione del bilancio consuntivo l'uoc contabilità e bilancio ricorda a tutte le uu.oo. di emettere/richiedere l'emissione di tutte le fatture attive/ricieste di pagamento in competenza dell'esercizio in chiusura, ricordando tutte le regole vigenti	MB
Creazione anagrafica (cliente, articolo)	se l'anagrafica (cliente/articolo) non è creata, il servizio richiede al bilancio la sua creazione	I singoli servizi potrebbero non fornire tutti i dettagli necessari per una adeguata classificazione del cliente - non corretta classificazione ai fini IVA e IRES	MB	no	è stato prodotto un format per la codifica del cliente - Per alcuni servizi (es. il servizio veterinario) il programma PALMVET segnala le eventuali anagrafiche mancanti al caricamento delle attività effettuate: le anagrafiche in questo caso vengono gestite dal personale del dipartimento di prevenzione e vengono individuate dal prefisso "CV".	B
	creazione in NAV della nuova anagrafica	Si potrebbero inserire dati errati relativi all'utente o all'articolo	MB	sì		MB
Emissione della fattura attiva	Creazione del documento in NAV e suo invio (schedulato) tramite SDI	a causa di problemi tecnici potrebbe non partire la fattura elettronica	MB	no	Schedulazione settimanale: ogni venerdì per tutte le fatture registrate nella settimana per l'invio e c'è un cruscotto per la verifica degli errori	B
	Invio tramite posta / PEC / mail dei documenti di richiesta di pagamento	mancato recapito della richiesta di pagamento	M	no	se la fattura cartacea / formato pdf non viene inviata, il credito rimane aperto e si attiva il sollecito di pagamento (vedi processo recupero crediti)	B
Variante: dipartimento di prevenzione - area veterinaria	registrazione delle attività in PALMVET	mancata / errata registrazione dell'attività in palmvet	M	Sì		M
	lancio della procedura di scarico dei dati da PALMVET a Navision e gestione degli errori	a causa di setup non corretti/variati o di anagrafiche mancanti non vengono registrate le fatture	MB	no	Il programma PALMVET segnala le eventuali anagrafiche mancanti al caricamento delle attività effettuate; le anagrafiche in questo caso vengono gestite dal personale del dipartimento di	B

				prevenzione e vengono individuate dal prefisso "CV". Se l'importazione da errore viene contattato il ced per risolvere il problema	
da qui ritorno alla fase "Creazione del documento in NAV e suo invio (schedulato) tramite SDI"					
Incasso - per l'analisi si rimanda alla procedura di gestione della tesoreria - fase "gestione dei sospesi di entrata"					
Emissione ordinativo di incasso (reversale) per la cui analisi si rimanda alla procedura di P005-regolarizzazione delle entrate - fase " caricamento delle reversali e registrazione "					
Gestione del recupero crediti (vedasi apposita procedura)					

P009-PREPARAZIONE E CUSTODIA SALME

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
comunicazione decesso ai familiari	informazione ai familiari sulle successive incombenze	indicazione di una Impresa di Onoranze Funebri (IOF) ai familiari	MA	no	Istruzioni Operative – Organizzazione del lavoro negli obitori – Rev. 1 10/10/2018 Si fornisce una lista di Imprese Onoranze Funebri presenti nel territorio e solo se esplicitamente richiesto dai familiari del defunto (futuro: verifica stato di aggiornamento e diffusione alle unità operative)	MB
		segnalazione a Imprese Onoranze Funebri (IOF) del decesso (nome deceduto, familiari)	MA	no	Istruzioni Operative – Organizzazione del lavoro negli obitori – Rev. 1 10/10/2018 Codice di comportamento aziendale	MB
	consegna ai familiari degli effetti personali della salma	smarrimento effetti personali della salma	M	no	Allegato 3 al Regolamento di Polizia Mortuaria - Modulo registrazione oggetti di valore	B
		furto effetti personali della salma	MA	no	Allegato 3 al Regolamento di Polizia Mortuaria - Modulo registrazione oggetti di valore	MB
gestione salma in reparto	gestione salma in reparto	non disponibilità di locale in reparto per accoglienza salma - già occupato da altra	MB	sì		MB
gestione salma in obitorio	gestione salma in obitorio	conservazione salma con modalità inadeguate	M	no	Istruzioni Operative – Organizzazione del lavoro negli obitori – Rev. 1 10/10/2018	B
		segnalazione alla IOF della presenza di nuova salma in obitorio	MA	no	Incontri periodici con IOF vengono fatti al bisogno	MB

		segnalazione alla IOF della presenza di nuova salma in obitorio	MA	no	Istruzioni Operative – Organizzazione del lavoro negli obitori – Rev. 1 10/10/2018	MB
		richiesta pagamento per preparazione / vestizione salma ai familiari	M	no	Istruzioni Operative – Organizzazione del lavoro negli obitori – Rev. 1 10/10/2018. N.B. Il tecnico dell'obitorio (personale ULSS2) non è incaricato della vestizione, che è di norma a carico dell'IOF (v. Istruzioni Operative) Incontri periodici con il personale, vengono fatti al bisogno	B
		richiesta pagamento per preparazione / vestizione salma alle IOF	MA	no	Incontri periodici con il personale, vengono fatti al bisogno	MB

P012–PRESTAZIONI PER MINORI

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Redazione della lettera/provvedimento di impegno di spesa	Successivamente all'UVMD che decide l'inserimento residenziale del minore individuando la struttura o l'affidamento dello stesso ad una famiglia, viene effettuata dall'UOC Servizi Sociali e Socio sanitari la lettera/provvedimento di impegno di spesa.	ente gestore non autorizzato / accreditato o senza i requisiti per poter operare	M	NO	Viene verificato il verbale UVMD per redigere la lettera provvedimento; viene controllata la copertura di spesa prevista dal Bilancio di Parte Sociale e dalla Deliberazione annuale; viene aggiornato lo scadenziario degli inserimenti residenziali	B
Liquidazione delle fatture	Ricevimento e registrazione dei documenti contabili da parte dell'uoc contabilità e bilancio, successivo smistamento interno effettuato dalla	Mancato/ errato/ non tempestivo smistamento delle fatture	M	NO	a carico dell'UOC Bilancio	B



	segreteria verso gli operatori che sono addetti alla liquidazione					
	Acquisizione del visto da parte dell'U.O.C. I.A.F.	Mancata/ errato/ non tempestivo visto sulle fatture	M	NO	scadenziario delle fatture	B
	Liquidazione Fatture Enti Gestori Comunità Educative (in base all'annuale Deliberazione del Direttore Generale)	Mancata/errata/ non tempestiva liquidazione delle fatture	M	NO	scadenziario delle fatture	B
	Liquidazione diarie alle famiglie affidatarie (in base all'annuale Deliberazione del Direttore Generale)	Mancata/errata/ non tempestiva liquidazione delle fatture	M	NO	scadenziario predisposizione diarie (entro un termine predefinito)	B

P013 - GESTIONE DELLA CERTIFICAZIONE AGONISTICA

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Programmazione	Il coordinatore verifica la disponibilità delle risorse dopo pianificazione assenze contrattuali del personale medico e infermieristico	Rischio comunicativo: erronea interpretazione della richiesta di assenza personale o mancata comunicazione dell'assenza	MB	NO	medico che effettua una doppia valutazione dei turni	B
	Apertura trimestrale delle agende esclusa la settimana sacco (settimana cuscinetto necessaria per riorganizzare l'attività in caso di urgenze)	la persona incaricata dell'attività si dimentica di aprire le agende	M	NO	alert 2/3 gg prima del trimestre successivo sul calendario del coordinatore	B

	Apertura mensile della settimana sacco (l'ultima settimana del mese per il mese successivo)	La persona incaricata dell'attività si dimentica di comunicare l'apertura della settimana sacco	M	NO	alert 2/3 gg prima del mese successivo sul calendario del coordinatore	B
Prenotazione	L'utente chiede al call center l'appuntamento per la visita medico sportiva. L'operatore della cooperativa, dopo aver verificato le generalità dell'utente inserisce il nominativo in una lista chiamata "promessa di appuntamento" . Terminati i posti disponibili, i nominativi successivi saranno inseriti in un'altra lista denominata "fuori lista". Le due tipologie di liste sopra riportate riguardano quattro tipologie di prestazioni: LEA, disabili e over 18 e over 35	Errori sull'assegnazione del paziente ad una lista diversa da quella corretta	MB	Sì		MB
	Nella settimana sacco sono prenotati gli utenti ai quali è stato rinviato l'appuntamento per assenza improvvisa del personale nel mese in corso. I posti rimanenti sono prenotabili prima utilizzando la lista utenti in promessa di appuntamento, poi utilizzando gli utenti in fuori lista, ossia gli utenti che non hanno trovato posto nella capacità erogativa del mese	Mancata o erronea assegnazione dell'appuntamento	MB	NO	procedura formalizzata	B

Accettazione	L'utente si presenta allo sportello con un appuntamento e la ricevuta di pagamento del ticket se dovuto. La segretaria, dopo identificazione dell'utente controlla la prenotazione e procede con la registrazione in medarchiver	Errore di identificazione e registrazione dell'utente	M	NO	procedura formalizzata	B
	La segretaria riceve e controlla la ricevuta del pagamento del ticket se dovuto	Mancato pagamento del ticket e quindi l'utente non effettua la visita	MA	NO	segnalazione e quindi attivazione recupero credito per mancata disdetta	MB
		Mancato pagamento del ticket ed esecuzione della visita	MA	NO	informare l'utente della necessità di pagare il ticket al termine della prestazione e controllare che ci sia anche la ricevuta di pagamento nella cartella	MB
	L'utente non si presenta: la segretaria registra in CUP WEB il codice 99 che prevede il pagamento della penalità	Mancata registrazione in CUP WEB del codice 99	M	NO	conteggio delle mancate presenze su carta e su cupweb al termine della giornata e verifica corrispondenza	B
L'utente annulla l'appuntamento telefonando in segreteria della Medicina dello sport entro le 72 ore	La segretaria della Medicina dello sport non invita l'utente a comunicare l'assenza al call center	MB	NO	si informa il personale di segreteria sulle modalità di comunicazione all'utente in caso chiami la medicina dello sport anziché il call center per la disdetta dell'appuntamento	B	
Erogazione	Il medico effettua la visita e firma digitalmente il certificato che risulta immediatamente disponibile online se l'atleta è idoneo	Il medico non firma digitalmente il certificato	MA	NO	impostazione di un blocco in medarchiver in modo che non si possa ultimare la procedura senza firmare digitalmente	B
		Mancata erogazione della prestazione già in appuntamento per assenze improvvise del personale (malattia o altro) o guasti apparecchiature	M	NO	sms per avvisare del mancato appuntamento ed eventualmente (da verificare) fissare l'appuntamento successivo	B

P014 – VALUTAZIONI MEDICO LEGALI

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
GESTIONE RICHIESTA	acquisizione utenti da liste (cup/inps) e/o ricezione richieste direttamente da utenti/enti e programmazione attività	manipolazione lista d'attesa non motivata da esigenze legittime connaturate alla prestazione (di carattere clinico, normativo, organizzativo)	M	NO	accesso alle modifiche limitato a determinati operatori e controllo puntuale delle richieste di anticipazione con regole assegnate	B
			M	NO	definizione di una procedura operativa	B
			M	NO	controllo su liste domande INPS e su tempi attesa delle visite	B
EROGAZIONE PRESTAZIONE	valutazione/verifica attestazioni clinico strumentali a supporto del giudizio	utilizzo di documentazione clinica non accettabile/mancata verifica certificazioni false	MB	NO	verifica dei requisiti essenziali della documentazione	B
		violazione catena custodia/sostituzioni campioni nel prelievo per sospetto abuso alcool/sostanze d'abuso	A	NO	controllo in tempo reale tramite telecamera	MB
			A	NO	frigorifero con possibilità di chiusura a chiave valutare aggiornamento telecamera	M
	formulazione giudizio collegiale	giudizio non conforme al caso sia in senso migliorativo che peggiorativo (invalidità civile)	M	NO	rotazione dei componenti della commissione verifica da parte dell'INPS	B
		giudizio non conforme al caso sia in senso migliorativo che peggiorativo (certificazioni senza supervisione altro istituto)	M	NO	rotazione dei componenti della commissione condivisione tra gli specialisti implicati dei contenuti delle linee di indirizzo	B
	formulazione giudizio monocratico	giudizio non conforme al caso sia in senso migliorativo che peggiorativo (relazioni medico legali sinistri)	M	NO	Comitato Valutazione Sinistri (CVS) effettua una valutazione discussione dei casi all'interno dell'unità operativa	B
verbalizzazione/presa in carico certificazione	errore nel verbale valutazione /certificazione	MA	NO	controllo combinato dei componenti della commissione	MB	
TRASMISSIONE CERTIFICAZIONI/ATTI	trasmissione telematica agli istituti competenti per concessioni previste	mancata trasmissione telematica	MB	NO	memo per passaggio di consegna tra colleghi	B

	dalla normativa (patenti/invalidità)					
INFORMAZIONI AGLI UTENTI	informazione agli utenti relativamente allo stato delle pratiche, alle normative vigenti ed ai diritti esigibili	fornitura di informazioni non adeguate	MB	NO	istruzioni operative per il contatto con l'utente tramite telefono, tramite email e allo sportello	B
					adeguamento postazione operatore (TV)	B
ARCHIVIAZIONE DOCUMENTI	archiviazione documenti	difficoltà nel reperimento pratiche	MB	NO	riorganizzare in modo sistematico gli archivi	B

P016 - ATTIVITA' DI CONTROLLO ALIMENTI DI ORIGINE NON ANIMALE E BEVANDE, ACQUE AD USO POTABILE, M.O.C.A., FITOSANITARI

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Preparazione programmi di lavoro in base alla pianificazione delle attività, secondo procedura specifica "PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITÀ PROGRAMMABILI DEL SERVIZIO"	Registrazione input: disposizioni di legge, - richieste di intervento da altri Enti o servizi interni all'AULSS, - pianificazione sovraordinata (nazionale, regionale, aziendale), - programmazione di Servizio, - attività non programmata (ad es. allerte, segnalazioni da utenti, imprese alimentari, ecc.)	Il personale di servizio omette di documentare per iscritto e protocollare l'input.	B	NO	Il coordinatore verifica a campione che gli input siano stati protocollati da parte della segreteria.	B



	(richiesta, pianificazione, disposizione di legge)					
	Valutazione congruità e competenza	Mancata assegnazione dell'input	MB	NO	Il coordinatore verifica settimanalmente che la programmazione sia coerente con le normative e procedure esistenti (priorità di rischio, periodicità dei sopralluoghi, nuove pratiche aperte). Assegnazione della pratica al referente	B
	Valutazione urgenze/attività non programmabili ed esecuzione controlli	Il controllo urgente non viene effettuato secondo tempistiche adeguate rispetto al rischio sicurezza	MB	NO	il coordinatore valuta l'urgenza dell'input, l'attribuisce al personale specificatamente individuato e per conoscenza al direttore/dirigente per eventuali rivalutazioni. Se l'input risulta non urgente, viene inserito come attività in programmazione	B
	Inserimento nelle attività programmabili e assegnazione a singolo operatore che esegue i controlli	Assegnazione non congrua rispetto alla procedura specifica	M	NO	l'input viene inserito come attività in programmazione in base ai criteri di organizzazione, riportati al punto 5.1 della procedura specifica. Il direttore e il dirigente referente valuta se viene rispettata la procedura specifica. Effettuazione verifica di efficacia a priori secondo normativa europea.	B
	Individuazione delle coppie di lavoro	assegnazione non congrua rispetto alla procedura specifica	M	NO	Il coordinatore valuta il rispetto della programmazione delle coppie di lavoro tramite gestionale SIAN-NET, database dedicato per la registrazione dei controlli. Effettuazione verifica di efficacia a posteriori secondo normativa europea	B
Esecuzione controlli con produzione documenti di attività	Visione pratica con attività effettuate precedentemente su ditta/attività oggetto del controllo	Pressioni al personale che effettua il controllo al fine di non effettuarlo	M	NO	il controllo viene effettuato dal coordinatore su database dedicato dove vengono registrati i controlli	B
	svolgimento del controllo	Pressioni al personale che effettua il controllo al fine di effettuare un controllo con parametri non rispondenti a quanto previsto dalla normativa	M	NO	Il controllo viene effettuato tramite lo strumento della verifica di efficacia sul campo, prevista dalla normativa europea. Il rischio è mitigato dalla rotazione del personale in tutto il territorio di competenza / presenza di due operatori che effettuano il controllo	B
	Redazione del documento di attività (di conformità o non conformità: prescrizione, sanzione amministrativa, misure coercitive)	Pressioni al personale che effettua il controllo nella redazione del verbale al fine di condizionare l'esito del controllo e non rilevazione di non conformità tramite il verbale di controllo	M	NO	il controllo viene effettuato tramite lo strumento della verifica di efficacia sul campo e documentale, prevista dalla normativa europea. Il rischio è mitigato dalla rotazione del personale in tutto il territorio di competenza / presenza di due operatori che effettuano il controllo	B

Comunicazione all'autorità giudiziaria	Comunicazione all'autorità giudiziaria in occasione di non conformità in cui si ravvisi ipotesi di reato	Pressioni al personale che effettua il controllo al fine di non inviare la comunicazione all'autorità giudiziaria	M	NO	Il rischio è mitigato dalla rotazione del personale in tutto il territorio di competenza / presenza di due operatori che effettuano il controllo. Il Direttore o il dirigente vidima la documentazione da inviare all'Autorità Giudiziaria	B
Verifica implementazione azioni correttive a seguito non conformità riscontrate	Verifica implementazione azioni correttive a seguito non conformità riscontrate	Pressioni al personale che effettua il controllo al fine di chiudere il controllo della non conformità, senza che questa sia stata completamente risolta.	M	NO	Il coordinatore controlla su database dedicato (per la registrazione dei controlli) la chiusura delle non conformità nei controlli effettuati	B
Registrazione controllo e documenti correlati su database dedicato	Registrazione controllo e documenti correlati su database dedicato	La mancata registrazione di un controllo o la ripetuta registrazione dell'attività, possono determinare una variazione nella frequenza e nella tipologia dei successivi controlli	MB	NO	Il coordinatore effettua il controllo sulla corretta registrazione dei controlli tramite consultazione database dedicato	B

P017 - GESTIONE DELLE SEGNALAZIONI DA UTENTI/IMPRESE ALIMENTARI E DELLE TOSSINFEZIONI ALIMENTARI

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Ricevimento segnalazione	segnalazione telefonica	Il funzionario omette di documentare per iscritto i dati ed il contenuto della segnalazione e di inoltrarla al dirigente per la valutazione	MA	NO	viene eseguita periodicamente verifica di efficacia documentale per verificare se la segnalazione è stata registrata e gestita secondo procedura di Servizio	MB
		Pressioni al dirigente ed al coordinatore al fine di non procedere alla verifica di quanto segnalato	MA	No		MB
	segnalazione in presenza o tramite ricezione scritta	Il funzionario omette di documentare per iscritto i dati ed il contenuto della segnalazione e di inoltrarla al dirigente per la valutazione	MA	No	viene eseguita periodicamente verifica di efficacia documentale per verificare se la segnalazione è stata registrata e gestita secondo procedura di Servizio	MB
		Pressioni al dirigente ed al coordinatore al fine di non procedere alla verifica di quanto segnalato	MA	NO		MB

Valutazione della segnalazione	protocollazione delle segnalazioni	Pressioni al dirigente, al coordinatore ed al funzionario ai fini di non protocollare la segnalazione	MB	NO	Il dirigente verifica tutte le segnalazioni ricevute e garantisce che vengano protocollate. Il coordinatore verifica che tutte le segnalazioni ricevute siano protocollate ed assegna ad una coppia di TdP l'esecuzione del sopralluogo concordato con il dirigente	B
	valutazione tecnica della segnalazione	Pressioni al dirigente ed al coordinatore al fine di non considerare la segnalazione nella programmazione dei sopralluoghi	M	NO	Il dirigente assieme al coordinatore valuta l'opportunità a procedere o meno alla verifica di quanto segnalato tramite sopralluogo	B
Chiusura della segnalazione	archiviazione	Pressioni al dirigente ed al coordinatore al fine di non considerare la segnalazione nella programmazione dei sopralluoghi	M	NO	Le segnalazioni per le quali si è ritenuto di non dar seguito al sopralluogo vengono archiviate siglate dal dirigente	B
	affidamento a coppia di tecnici della prevenzione per sopralluogo	Pressioni al dirigente ed al coordinatore al fine di non considerare la segnalazione nella programmazione dei sopralluoghi	M	NO	Il coordinatore verifica che tutte le segnalazioni ricevute siano protocollate ed assegna ad una coppia di TdP l'esecuzione del sopralluogo concordato con il dirigente.	B

P018 - ATTIVITÀ ISPETTIVE

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Programmazione dei piani operativi di controllo	Programmazione dei piani operativi di controllo (decisione di quali sono le aziende da sottoporre a controllo e del personale ispettivo) e inserimento delle segnalazioni (es. pronto soccorso per infortuni o segnalazioni dei cittadini) nella programmazione delle attività quotidiane	Mancata o non conforme programmazione dei piani operativi di controllo - possibile omissione di ditte nella programmazione routinaria	MB	Sì		MB

Assegnazione controlli e attivazione istruttoria	Assegnazione controlli - incarico alla squadra di fare una determinata verifica: per quanto riguarda l'edilizia c'è un'assegnazione al territorio, per il resto delle ditte la scelta si basa sui carichi di lavoro	Assegnazione a personale con potenziale conflitto di interessi - Mancata rotazione del personale in sede di assegnazione dei controlli programmati	MB	NO	segnalazione dei conflitti di interesse (indicazione di fare una mail)	B
			MB	NO	verifica delle frequenze di accesso alle aziende	B
	Preparazione dell'ispezione (analisi preliminare, acquisizione e verifica documentazione sull'azienda, predisposizione del materiale di supporto)	Analisi preliminare e/o Documentazione non accurata, non completa e/o non conforme	B	Sì		B
Effettuazione del sopralluogo	Sopralluogo	Sopralluogo non conforme a quanto previsto da normativa o non effettuato	MA	NO	l'ispezione viene fatta sempre da almeno 2 persone, i componenti della coppia ruotano.	B
			MA	NO	obbligo di verbalizzazione immediata sul posto e di sottoscrizione da parte del referente della ditta ispezionata -verifica della presenza in fascicolo del primo verbale attraverso audit a campione dei fascicoli	B
		Verbale di accesso non presente o non conforme agli esiti dell'attività ispettiva	MA	NO	obbligo di verbalizzazione immediata sul posto e di sottoscrizione da parte del referente della ditta ispezionata verifica della presenza in fascicolo del primo verbale attraverso audit a campione dei fascicoli	B
Verbalizzazione	Stesura Verbale	Verbale/relazione non accurato e/o non conforme alla normativa	MB	NO	valutazione del verbale da parte di un terzo soggetto verifica della presenza in fascicolo del primo verbale attraverso audit a campione dei fascicoli	B

		Verbale/relazione non conforme agli esiti dell'attività ispettiva	MB	NO	valutazione del verbale da parte di un terzo soggetto verifica della presenza in fascicolo del primo verbale attraverso audit a campione dei fascicoli	B
	Notifica verbale	Errori formali nella procedura di notifica; errori di valutazione nella scelta dei tempi concessi per la regolarizzazione	MB	NO	firma degli operatori + supervisione del dirigente di area e del direttore del servizio verifica attraverso audit a campione dei fascicoli	B
Verifica adempimenti	sopralluogo	Sopralluogo non conforme a quanto previsto da normativa / fuori dai termini previsti	M	NO	obbligo di presenza di 2 persone obbligo di verbalizzazione immediata sul posto e di sottoscrizione da parte del referente della ditta ispezionata verifica attraverso audit a campione dei fascicoli	B
	Ammissione al pagamento	Errori nel calcolo della sanzione pecuniaria da comminare	B	NO	controfirma del responsabile verifica attraverso audit a campione dei fascicoli	B
	Verifica pagamento - la ditta deve inviare una copia dell'avvenuto pagamento che viene allegato in fascicolo	Mancata verifica o mancato rilevamento di difformità tra la cifra prevista e quella pagata	MB	NO	controllo a campione dei fascicoli per gli archiviati successivo invio in procura di tutto il fascicolo	B
Chiusura pratica	per tutte le sanzioni di tipo penale: Invio atti in Procura	Invio di fascicolo privo di elementi sostanziali o formali (allegati, firme)	B	NO	controllo sulla corretta chiusura delle pratiche	B
	Archiviazione informatica pratica	Archiviazione informatica priva di dati previsti dalle procedure aziendali, mancata chiusura	B	NO	controllo sulla corretta chiusura delle pratiche	B
	Archiviazione fisica pratica	Archiviazione in locazione non corretta o con errata numerazione di riferimento	B	NO	verifica attraverso audit a campione dei fascicoli	B

P019 - CERTIFICAZIONI SANITARIE

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Ricezione richiesta o prenotazione	Inserimento in calendario	Non corretto inserimento in calendario L'operatore può inserire in precedenza richieste dietro compenso	MB	NO	verifica a campione sulle cartelle chiuse nel periodo di riferimento, sulla base di check list preordinata, analisi dei risultati e discussione collegiale	B
Preparazione cartella clinica	Verifica precedenti in archivio	Mancato rilevamento di precedenti in archivio e del loro contenuto informativo	MB	NO	verifica a campione sulle cartelle chiuse nel periodo di riferimento, sulla base di check list preordinata, analisi dei risultati e discussione collegiale	B
	Apertura nuova cartella e rilevamento dati anamnestici generali	Errori materiali nella intestazione della cartella; incompletezza nella assunzione delle informazioni anamnestiche	MB	NO	verifica a campione sulle cartelle chiuse nel periodo di riferimento, sulla base di check list preordinata, analisi dei risultati e discussione collegiale	B
Pagamento prestazione	Verifica pagamento prestazione	Mancata verifica del pagamento della prestazione; imputazione di voci di pagamento errate per la prestazione prevista	MB	NO	verifica a campione sulle cartelle chiuse nel periodo di riferimento, sulla base di check list preordinata, analisi dei risultati e discussione collegiale	B
Esecuzione visita medica	Visita medica	Sopra o sottovalutazione situazione sanitaria	MB	NO	verifica a campione sulle cartelle chiuse nel periodo di riferimento, sulla base di check list preordinata, analisi dei risultati e discussione collegiale	B
	Accertamenti strumentali	Sopra o sottovalutazione situazione sanitaria	MB	NO	verifica a campione sulle cartelle chiuse nel periodo di riferimento, sulla base di check list preordinata, analisi dei risultati e discussione collegiale	B
Compilazione certificato o relazione	Compilazione certificazione	Errori materiali nella compilazione del certificato; errori formali rilevanti ai fini del valore legale del certificato	MB	NO	verifica a campione sulle cartelle chiuse nel periodo di riferimento, sulla base di check list preordinata, analisi dei risultati e discussione collegiale	B
Consegna certificato	Consegna certificazione	Errori materiali nella consegna del certificato	B	NO	Firma di trasmissione del Dirigente/Direttore	B

Chiusura prestazione	Archiviazione cartella ambulatoriale/pratica	Errori fisici nella archiviazione della cartella ambulatoriale	B	NO	verifica a campione sulle cartelle chiuse nel periodo di riferimento, sulla base di check list preordinata, analisi dei risultati e discussione collegiale	B
----------------------	----------------------------------------------	----------------------------------------------------------------	---	----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---

P020 - RILASCIO AUTORIZZAZIONI / PARERI PREVENTIVI (NON CORRELATI ALLA PERSONA)

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Gestione istanza	Presenza in carico diretta della pratica da parte dell'operatore che accede ai Sistemi Informatici Comunali (SUAP) o consegna brevi manu	Mancato o ritardato avvio della pratica	MB	NO	verifica a campione sulle cartelle chiuse nel periodo di riferimento, sulla base di check list preordinata, analisi dei risultati e discussione collegiale	B
		pratica gestita da personale in conflitto di interessi	MB	NO	segnalazione dei conflitti di interesse (indicazione di fare una mail)	B
	Verifica della presenza di tutti gli elementi necessari all'avviamento della pratica (ad es. Protocollo aziendale)	Avvio della pratica con documentazione incompleta.	MB	NO	verifica a campione sulle cartelle chiuse nel periodo di riferimento, sulla base di check list preordinata, analisi dei risultati e discussione collegiale	B
Sopralluogo (solo per distributori carburanti).	Modalità di effettuazione del sopralluogo (ove previsto)	Irregolarità amministrative nelle modalità di effettuazione del sopralluogo (orario di lavoro o fuori, compensi, autorizzazioni)	MB	NO	Autorizzazione del Direttore/Ufficio Personale	B
	Controlli tecnici e misure in corso di sopralluogo	Mancata verifica/registrazione parametri o situazioni rilevanti	MB	NO	formazione e confronto tra operatori specializzati	B

	Verifica delle prescrizioni previste da precedenti sopralluoghi	Mancata verifica del rispetto delle prescrizioni previste da precedenti sopralluoghi.	B	NO	verifica a campione sulle cartelle chiuse nel periodo di riferimento, sulla base di check list preordinata, analisi dei risultati e discussione collegiale	B
Rilascio autorizzazione/ parere/ certificato	Stesura parere	Rilascio autorizzazioni/pareri in assenza di idoneità normativa.	MB	NO	Controllo del contenuto e della forma del parere da parte del dirigente di area e firma del direttore	B
	Invio parere	Rilascio autorizzazioni/pareri fuori dei termini previsti	MB	NO		B
Richiesta pagamento bollettino e incasso (solo per distributori carburanti e linee vita)	Richiesta pagamento	Mancata richiesta pagamento del bollettino.	MB	NO	verifica a campione sulle cartelle chiuse nel periodo di riferimento, sulla base di check list preordinata, analisi dei risultati e discussione collegiale	B
	Accertamento cifre da pagare	Pressioni al personale al fine di richiedere il pagamento del bollettino con tariffe diverse rispetto al servizio erogato (condizioni sfavorevoli per l'azienda)	MB	NO	verifica a campione sulle cartelle chiuse nel periodo di riferimento, sulla base di check list preordinata, analisi dei risultati e discussione collegiale	B
	Verifica avvenuto pagamento	Pressioni al funzionario al fine di non esigere l'incasso del bollettino richiesto ma non incassato per il rilascio di pareri.	MB	NO	verifica a campione sulle cartelle chiuse nel periodo di riferimento, sulla base di check list preordinata, analisi dei risultati e discussione collegiale	B
Chiusura pratica	Archiviazione informatica pratica	Archiviazione informatica priva di dati previsti dalle procedure aziendali, mancata chiusura	B	NO	verifica a campione sulle cartelle chiuse nel periodo di riferimento, sulla base di check list preordinata, analisi dei risultati e discussione collegiale	B
	Archiviazione fisica pratica	Archiviazione in locazione non corretta o con errata numerazione di riferimento	B	NO	verifica a campione sulle cartelle chiuse nel periodo di riferimento, sulla base di check list preordinata, analisi dei risultati e discussione collegiale	B

P022 - CONTROLLO UFFICIALE ALLERTE, CAMPIONAMENTI E AUDIT

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
gestione delle allerte	ricezione allerte	mancata o ritardata ricezione delle allerte	MB	sì		MB
	eventuale ritiro/richiamo	ritardato/non completo ritiro	MB	no	procedura aziendale	B
	gestione delle eventuali comunicazioni	omessa/ritardata/mancata gestione delle comunicazioni con gli operatori e con i consumatori	MB	sì		MB

P024 – AFFIDAMENTO E GESTIONE DEI CONTRATTI DI ESECUZIONE DEI LAVORI

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Fase: Programmazione Analisi e definizione dei fabbisogni e dell'oggetto dell'affidamento	Analisi dei fabbisogni	Attribuzione di priorità di opere pubbliche finalizzata a favorire un determinato operatore economico	M	no	Intervento di più soggetti nel procedimento per la definizione dei documenti di programmazione di cui all'art. 21 del D.lgs n. 50/2016	B
		Definizione dell'importo a base di gara in modo da eludere le norme sull'evidenza pubblica (ad esempio artificioso frazionamento)	M	no	Controlli RUP su progetti effettuati dai tecnici e Intervento di più soggetti nel procedimento	B
		Scelta di procedura negoziata senza bando e affidamento diretto/affidamento d'urgenza al di fuori dei casi previsti dalla normativa	M	no	Attestazione dell'avvenuta verifica che non sussistono al momento sia dell'indizione che dell'aggiudicazione convenzioni attive stipulate dalla centrale di committenza regionale e/o da Consip s.p.a.	B
	Redazione/Aggiornamento/Adozione/Pubblicazione del programma triennale dei lavori pubblici	Programmazione non rispondente ai criteri di efficienza/efficacia/economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari	M	no	Definizione della programmazione condivisa con i soggetti individuati a livello aziendale e adozione della proposta del programma annuale dei lavori da avanzare alla Direzione Generale	B

		Inserimento di interventi straordinari non previsti nel piano degli investimenti o interventi ordinari non previsti nel BEP	M	no		B
	Pubblicazione Programma triennale dei lavori	Mancata pubblicazione del Programma lavori nel sito aziendale "Trasparenza" e/o nel sito del MIT Non rispetto del Piano degli Investimenti approvato dalla Direzione Generale	M	no	Pubblicazione annuale del Piano degli Investimenti	B
Fase: Progettazione: La scelta dei soggetti qualificati (interni o esterni) per la redazione delle progettazioni è cruciale per assicurare la rispondenza dell'intera procedura di approvigionamento al perseguimento del pubblico interesse, nel rispetto dei principi enunciati dal Codice dei Contratti Pubblici	Nomina del Responsabile del Procedimento e Componenti del Gruppo Tecnico	Nomina del responsabile del procedimento (RUP) e dei Componenti del Gruppo Tecnico in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei ed adeguati ad assicurare la terziarietà e l'indipendenza	MB	no	Procedure interne che individuino criteri di competenza nella nomina del RUP e atte a rilevare l'assenza di conflitto di interesse in capo allo stesso. Costituzione Gruppo Tecnico con figure tecniche e professionali individuate mediante procedure di affidamento (affidamento di servizi di ingegneria ed architettura/supporto al RUP/verifica), come previsto dal Codice dei Contratti e relative Linee Guida Sottoscrizione da parte dei soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara, di dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di conflitti di interesse e cause di incompatibilità in relazione allo specifico oggetto della procedura di affidamento. Monitoraggio dei lavori di redazione degli atti di gara.	B
	Individuazione dello strumento/istituto dell'affidamento	Elusione delle regole di affidamento degli appalti con improprio utilizzo di sistemi di affidamento o tipologie contrattuali per favorire un operatore. Abuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato del contratto al fine di eludere disposizioni su procedure	MB	no	Motivazione nell'atto di indizione, in ordine sia alla scelta della procedura, sia alla scelta del sistema di affidamento adottato ovvero della tipologia contrattuale. Adempimento delle disposizioni di legge che impongono l'adesione a Convenzioni Consip/Centrale di Committenza Regionale o il ricorso all'utilizzo di strumenti di acquisto quali l'e-procurement	B
	Scelta della procedura di aggiudicazione, con particolare ricorso alla procedura negoziata. Affidamenti diretti in economia	Elusione delle regole di affidamento degli appalti mediante l'improprio utilizzo della procedura negoziata, al di fuori dei casi consentiti dalla legge, per favorire una specifica impresa. Elusione delle regole di affidamento degli appalti mediante abuso dell'affidamento diretto al di fuori	M	no	Applicazione del Regolamento acquisti e lavori in economia. Utilizzo di sistemi informatizzati attivati presso le centrali di committenza per l'individuazione degli operatori da consultare	B



		dei casi consentiti dalla legge, per favorire un'impresa				
	Procedure negoziate	Elusione delle regole di affidamento degli appalti mediante l'improprio utilizzo della procedura negoziata al di fuori dei casi consentiti dalla legge	M	sì	M	
	Procedure negoziate/Affidamenti in esclusiva	Elusione delle regole di affidamento degli appalti mediante l'improprio utilizzo dell'affidamento diretto al di fuori dei casi consentiti dalla legge, per favorire una specifica impresa	M	no	Utilizzazione di modelli e clausole <i>standard</i> conformi alle prescrizioni normative e tenuto conto della procedura da affidare (sopra/sotto soglia, oggetto del contratto) - Bandi Tipo Anac	B
	Individuazione dello strumento/istituto dell'affidamento	Elusione delle regole di evidenza pubblica, con improprio utilizzo del modello procedurale dell'affidamento mediante concessione, laddove invece ricorrano i presupposti di una tradizionale gara d'appalto	M	no	Verifica della situazione di fatto che si intende affidare; solo nel caso in cui ne ricorrano i presupposti (ad es. carenza di finanziamenti per completare un'opera pubblica) si potrà utilizzare lo strumento della concessione di costruzione e gestione (es. paternariato pubblico-privato, <i>project financing</i> e <i>leasing</i> immobiliare)	B
	Predisposizione di atti e documenti di gara incluso il capitolato	Predisposizione di clausole contrattuali dal contenuto vago o vessatorio per disincentivare la partecipazione alla gara ovvero per consentire modifiche in fase di esecuzione. Predisposizione del bando e delle clausole contrattuali finalizzate ad agevolare determinati concorrenti	M	no	Obbligo di dettagliare nel bando di gara, in modo trasparente e congruo, i requisiti minimi di ammissibilità delle varianti progettuali in sede di offerta. 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. Previsione in tutti i bandi, avvisi e lettere invito o nei contratti adottati, di una clausola risolutiva del contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze nelle clausole contenute nel Protocollo di Legalità o Patto d'Integrità Audit su bandi e capitolati per verificarne la conformità ai Bandi Tipo redatti dall'Anac e il rispetto della normativa anticorruzione.	B
	Definizione dei criteri di partecipazione/requisiti di partecipazione, del criterio di aggiudicazione e dei criteri di	Definizione dei requisiti di accesso alla gara e in particolare dei requisiti tecnici economici dei concorrenti al fine di favorire un'impresa. Formulazione di criteri di valutazione e di attribuzione dei	M	no	Predisposizione della documentazione di gara standardizzata per tipologia di procedura d'appalto predisposta in conformità alle prescrizioni del Codice. Rispetto delle prescrizioni del Codice in merito all'indicazione di criteri e punteggi nella <i>lex specialis</i> di gara.	B

	attribuzione del punteggio	punteggi (tecnici ed economici) che possono avvantaggiare il fornitore uscente, grazie ad asimmetrie informative esistenti a suo favore ovvero, comunque, a favore di determinati operatori economici			Distinzione dei requisiti di qualificazione/elementi di valutazione, salvo casi eccezionali, espressamente previsti dalla giurisprudenza, di utilizzo ai fini di valutazione di elementi attinenti l'esperienza e la capacità maturate	
	Verifica Progettazione/Validazione	Progetto posto a base di gara senza verifica approfondita/senza specifiche prescrizioni per agevolare determinate imprese. Servizio svolto da soggetti non previsti dall'art. 26 del D.Lgs.50/2016	M	no	Individuazione dei verificatori tra figure tecniche e professionali individuate mediante procedure di affidamento, come previsto dal Codice dei Contratti e relative Linee Guida	B
Fase: selezione del contraente. Gli Enti sono chiamati a porre in essere misure concrete per prevenire conflitti di interesse o possibili applicazioni distorte delle diverse disposizioni del Codice, rilevanti al fine di condizionare gli esiti della procedura a motivo della sussistenza di un interesse finanziario, economico o altro interesse personale costituente una minaccia all'imparzialità e indipendenza dell'azione pubblica	Publicazione del bando e gestione delle informazioni complementari	Publicità inadeguata o non conforme a quanto previsto dalla normativa. Mancata messa a disposizione dei concorrenti della documentazione integrativa dal bando, disciplinare lettera d'invito	M	no	Accessibilità online della documentazione di gara e/o delle informazioni complementari entro i termini	B
	Fissazione dei termini per la ricezione delle offerte	Utilizzo di tempistiche molto strette e accelerate al fine di favorire la partecipazione solo di alcuni operatori. Concessione di proroghe al termine previsto per la presentazione delle offerte non motivata da ragioni oggettive.	M	no	Predisposizione di idonei ed inalterabili sistemi di protocollazione delle offerte. Evidenza delle motivazioni a supporto della concessione di proroghe nei termini di presentazione delle offerte	B
	Trattamento e custodia della documentazione di gara	Mancata custodia della documentazione di gara presentata dai concorrenti che può permettere una alterazione dei documenti presentati. attenzione con le gare svolte tramite piattaforme digitali il rischio è pressoché' azzerato il rischio pertanto è trasferito alle aziende che gestiscono le piattaforme.	M	no	Obbligo di menzione nei verbali di gara delle specifiche cautele adottate a tutela dell'integrità e della conservazione delle buste contenenti l'offerta. Individuazione di appositi archivi (fisici e/o informatici) per la custodia della documentazione	B
	Nomina della commissione di gara	Mancato rispetto del procedimento che regola la nomina commissione di gara.	M	no	Rispetto delle prescrizioni di legge e delle Linee Guida Anac relative alla nomina delle Commissioni Giudicatrici. Rilascio da parte dei commissari di	B

					dichiarazioni attestanti l'assenza di cause di astensione ai sensi dell'art. 84 del Codice degli Appalti e art. 51 del Codice di Procedura Civile (conflitto di interessi). Sottoscrizione da parte dei componenti la Commissione Giudicatrice di dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di conflitti d'interesse in relazione alla specifica procedura di gara con riferimento a tutte le ditte partecipanti.	
	Gestione delle sedute di gara/Verifica dei requisiti di partecipazione	Esclusione di partecipanti alla gara senza che sussistano le motivazioni previste dalla normativa vigente. Mancato ricorso al soccorso istruttorio per sanare carenze documentali o ricorso al soccorso istruttorio per carenze sanabili.	M	no	Puntuale verbalizzazione di ogni seduta Check List di controllo dei documenti previsti dal bando di gara	B
	Valutazione delle offerte	Carenza delle motivazioni in base alle quali si sono attribuiti i punteggi. Valutazioni approssimative e prive di fondamento.	M	no	Utilizzo delle formule di aggiudicazione come riportate nella documentazione di gara (si vedano Bandi Tipo e Linee Guida Anac). Apertura in seduta pubblica delle offerte tecniche Composizione della Commissione Giudicatrice con figure tecniche e professionali diversificate per competenza e provenienza aziendale.	B
	Verifica di anomalia delle offerte	Mancato rispetto del procedimento di verifica dell'anomalia indicato dall'art. 97 del codice.	M	no	Supporto degli uffici della S.A. al RUP per la valutazione delle giustificazioni all'anomalia dell'offerta. Valutazione dell'anomalia dell'offerta affidata alla Commissione Giudicatrice o ad hoc (nel caso di procedura di gara da aggiudicare con il criterio dell'OEPV Verbalizzazione del procedimento di valutazione delle offerte anormalmente basse e di verifica della congruità dell'anomalia.	B
	Annullamento della gara Revoca del bando Non aggiudicazione	Utilizzo improprio degli istituti di annullamento della procedura di gara, di revoca della procedura. Ritardi e/o mancata aggiudicazione.	M	no	Acquisizione del parere sulla revoca del bando da parte della Direzione Generale Espressa motivazione, nel caso di specie, della revoca del bando o di annullamento o non aggiudicazione della gara	B
Fase:Verifica aggiudicazione e stipula del contratto La verifica	Verifica dei requisiti ai fini della stipula del contratto	Mancata/errata verifica dei requisiti e omissione dei controlli previsti per legge.	M	no	Check list di controllo sul possesso, per ciascuna gara, dei requisiti di ordine generale e speciale in capo all'operatore economico. Utilizzo delle piattaforme informatiche preposte e del sistema AVCPass	B

dell'aggiudicazione costituisce un momento essenziale di accertamento della correttezza della procedura espletata, sia in vista della successiva stipula del contratto sia nell'ottica dell'apprezzamento della sussistenza dei requisiti generali e speciali di partecipazione in capo all'aggiudicatario	Effettuazione delle comunicazioni riguardanti i mancati inviti, le esclusioni e le aggiudicazioni	Mancato rispetto delle regole relative alla pubblicità degli esiti di gara stabiliti dalla normativa.	M	no	Check list di controllo sul rispetto degli adempimenti e formalità di comunicazione previsti dal Codice	B
	Formalizzazione dell'aggiudicazione e stipula del contratto	Immotivato ritardo nella formalizzazione del provvedimento di aggiudicazione e/o nella stipula del contratto, che possono indurre l'aggiudicatario a sciogliersi da ogni vincolo o recedere dal contratto	M	no	Verifica della motivazione addotta per il ritardo nella stipula	B
	Individuazione Direttore dei Lavori	Mancato rispetto delle norme che regolano la nomina dell'ufficio di Direzione lavori.	Ricorso improprio a professionisti esterni.	MB	no	Procedura di scelta del professionista esterno: definizione dei criteri di scelta e verifica delle condizioni di incompatibilità
			M	no	B	
Fase: Esecuzione del Contratto momento in cui l'esecutore pone in atto i mezzi e l'organizzazione necessaria a soddisfare il fabbisogno dell'Amministrazione, secondo quanto specificatamente richiesto nel contratto	Autorizzazione al subappalto	Carenze istruttorie nella procedura di autorizzazione al subappalto, errori di valutazione.	MB	no	Adempimento delle prescrizioni di legge in materia di subappalto. Applicazione del Protocollo di Legalità	B
	Ammissione delle varianti/modifiche (ai sensi dell'art. 106 del D.Lgs. 50/2016)	Approvazione di una modifica contrattuale non ammessa dalla normativa vigente	M	no	E' prevista una pubblicità degli atti e la comunicazione all'Osservatorio degli Appalti e all'Autorità di Vigilanza	B
		Utilizzo di modifiche contrattuali per scopi diversi da quelli stabiliti dalla normativa per coprire eventuali errori progettuali o remunerare l'Appaltatore.	MA	no	Rispetto delle prescrizioni del codice degli appalti relative alla redazione delle varianti che dovranno essere autorizzate con provvedimento dell'amministrazione adeguatamente motivato in ordine al riscontro delle fattispecie normative. Previsione negli atti di gara dell'eventuale possibilità di ricorso a modifiche del contratto e, in caso di attuazione, pubblicazione come da indicazioni del Codice di Contratti	B
	Verifiche in corso di esecuzione	Mancata o errata effettuazione di controlli previsti dalla normativa I controlli sono: tecnici: tutti i controlli specifici all'aspetto tecnico svolti in relazione alle prescrizioni dei capitolati speciali descrittivi e prestazionali e le normative tecniche di settore; amministrativi: sono controlli volti	MA	no	Verifica periodica dei livelli di qualità attesi per gli appalti attraverso indicatori specifici Applicazione di eventuali penali a seguito di non conformità riscontrate nell'esecuzione del contratto	B

		ad accertare la conformità degli atti; contabili: controlli finalizzati a verificare l'esatta quantificazione economica delle prestazioni eseguite. Carenza di controlli sull'esecuzione dei lavori				
	Verifica disposizioni in materia di sicurezza con particolare riferimento al rispetto delle prescrizioni contenute nel Piano di Sicurezza e Coordinamento (PSC) o Documento Unico di Valutazione dei Rischi Interferenziali (DUVRI)	Mancato rispetto delle disposizioni previste nel PSC/DUVRI <i>Attenzione questa attività sono regolate e sanzionate anche penalmente non so se dobbiamo inserirle</i>	MB	no	Periodici controlli verbalizzati sulla corretta attuazione del PSC/POS a cura del coordinatore della sicurezza in esecuzione. Applicazione delle misure previste dal DUVRI in riferimento alla procedura aziendale sui rischi di interferenza	B
	Gestione delle riserve formulate dall'Appaltatore	Carente istruttoria nella gestione delle riserve, accoglimento di riserve non riconoscibili, o rigetto generico di riserve che hanno fondamento.	M	no	Verifica ai sensi dell'art. 26 del DLgs 50/2016 della progettazione a base di gara	B
	Gestione delle controversie Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto	Ricorso agli istituti previsti per la risoluzione delle controversie fuori da casi stabiliti dalla normativa vigente.	M	no	Rispetto delle prescrizioni di legge riguardo all'applicazione dell'Accordo Bonario. Indicazione degli atti di gara del foro competente con esclusione del ricorso ad arbitrati	B
	Liquidazione dei corrispettivi dovuti agli appaltatori	Mancato rispetto degli obblighi di tracciabilità dei pagamenti ai sensi della L. 136/2010. Ritardi nei pagamenti che possono generare richieste di interessi	MB	no	Predisposizione di modulistica specifica, in condivisione col S.E.F., e acquisizione dei dati in sede di gara	B
Fase: Rendicontazione del contratto l'Amministrazione verifica la conformità o regolare esecuzione della prestazione richiesta ed effettua i	Nomina del collaudatore/o della commissione di collaudo	Mancato rispetto delle norme che regolano la nomina dei collaudatori	M	no	Rispetto degli artt. 36, 102 e 157 del D.Lgs. 50/2016	B
	Rilascio del certificato di collaudo o del Certificato di regolare esecuzione	Ritardi nell'emissione del Collaudo o del CRE	M	no	Definizione di specifica procedura per verifica dell'esecuzione dei contratti	B
		Mancata o errata effettuazione delle verifiche ed dei controlli previsti	MB	no	Liquidazione rata a saldo dei lavori a seguito di collaudo positivo	B



pagamenti a favore dei
soggetti esecutori

dalla normativa e dalle regole tecniche che regolamentano la materia.
 Compiti collaudatore o DL verificare e certificare che l'opera o il lavoro sono stati eseguiti a regola d'arte e secondo le regole tecniche prestabilite, in conformità del contratto, delle varianti e conseguenti atti di sottomissione debitamente approvati;
 – verificare che i dati risultanti dalla contabilità e dai documenti giustificativi corrispondono tra loro e con le risultanze di fatto; Comprende altresì tutte le verifiche tecniche previste da leggi di settore.
 – esaminare le riserve dell'appaltatore sulle quali non sia intervenuta una risoluzione definitiva in via amministrativa, qualora iscritte nel registro di contabilità e nel conto finale nei modi e termini prescritti

P027 - CONTROLLO UFFICIALE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
gestione segnalazioni ed esposti	programmazione di un sopralluogo a seguito di una segnalazione/esposto anonimi	mancata considerazione della segnalazione (da parte di cittadini / enti / organismi) nella programmazione dei sopralluoghi	MA	no	Verifiche da parte della direzione del servizio	B
		programmazione dei sopralluoghi secondo criteri non omogenei o senza garantire la completezza delle verifiche previste (frequenza) o mancata programmazione	MA	no	Verifiche da parte della direzione del servizio	B
	Sopralluogo e stesura del verbale (di conformità, con prescrizione, con sanzione pecuniaria, con misure coercitive)	mancato sopralluogo con relativo/i controllo/i o esecuzione di un controllo con parametri non rispondenti a quanto previsto dalle procedure aziendali/normativa di riferimento (es. redazione del verbale non completo / non conforme alla normativa)	MA	no	Checklist e procedure	MB
	Comunicazione all'autorità giudiziaria	omessa o non completa comunicazione all'autorità giudiziaria	M	no	Verifiche da parte della direzione del servizio	B
attività di ispezione nelle strutture di macellazione, trasformazione e vendita di prodotti di origine animale (OSA - operatori settore alimentare) - Applicazione DLgs 194-2008 - Esecuzione campionamenti	sopralluogo con relativo/i controllo/i	non effettuare un sopralluogo con relativo/i controllo/i	M	no	Verifiche da parte della direzione del servizio	B
	effettuare un controllo con parametri rispondenti a quanto previsto dalle procedure aziendali/normativa di riferimento	effettuare un controllo con parametri non rispondenti a quanto previsto dalle procedure aziendali/normativa di riferimento.	M	no	Verifiche da parte della direzione del servizio	B
	esito del controllo	condizionare l'esito del controllo a vantaggio della ditta	MA	no	Verifiche da parte della direzione del servizio	B
	applicazione tariffa	emettere richiesta di pagamento con tariffa favorevole per la ditta (per esempio: volumi inferiori rispetto ai volumi reali)	MA	no	Verifiche da parte della direzione del servizio	B

	emissione della richiesta di pagamento	emissione della richiesta di pagamento con tariffa favorevole per la ditta (per esempio: volumi inferiori rispetto ai volumi reali)	MB	no	Verifiche da parte della direzione del servizio	B
	gestione delle autodichiarazioni	mancato invio delle richieste di autodichiarazione ai fini del pagamento	M	no	Verifiche da parte della direzione del servizio	B
	gestione delle eventuali maggiorazioni dovute per mancato pagamento delle autodichiarazioni	mancata applicazione della maggiorazione dovuta al mancato pagamento della richiesta di pagamento emessa	MA	no	Verifiche da parte della direzione del servizio	B
da qui P005 - Regolarizzazione delle entrate						
avvio del recupero crediti - il SIAOA, come da procedura aziendale, viene informato dalla UOC Gestione e Bilancio dell'incasso, individua gli OSA che non hanno pagato per l'attivazione del processo del recupero del credito						
mancata individuazione degli OSA obbligati, con conseguente mancato incasso sia della quota dovuta che della quota maggiorata						
da qui P075 - Recupero dei crediti						

P028 - CONTROLLI UFFICIALI DI SANITÀ ANIMALE

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Gestione segnalazioni ed esposti	ricezione delle segnalazioni inserimento nella programmazione delle attività di controllo	mancata considerazione della segnalazione (da parte di cittadini / enti / organismi) nella programmazione dei sopralluoghi	MB	no	Personale tecnico referente verifica l'avanzamento e la completezza/correttezza della pratica	B
		programmazione dei sopralluoghi secondo criteri non omogenei o senza garantire la completezza delle verifiche previste (frequenza) o mancata programmazione	MB	no	Personale tecnico referente verifica l'avanzamento e la completezza/correttezza della pratica	MB
	Sopralluogo e stesura del verbale (di conformità, con prescrizione, con	mancato sopralluogo con relativo/i controllo/i o esecuzione di un controllo con parametri non rispondenti a quanto previsto dalle	B	no	Personale tecnico referente verifica l'avanzamento e la completezza/correttezza della pratica	B



	sanzione pecuniaria, con misure coercitive)	procedure aziendali/normativa di riferimento.				
		redazione del verbale non completo / non conforme alla normativa	B	no	Personale tecnico referente verifica l'avanzamento e la completezza/correttezza della pratica	B
	Comunicazione all'autorità giudiziaria	omessa o non completa comunicazione all'autorità giudiziaria.	MB	sì		MB
Attività di ispezione e sanità pubblica veterinaria (campionamenti)	Preparazione delle attività di controllo (programmate e non programmate)	non considerare la segnalazione (da parte di cittadini / enti / organismi) nella programmazione dei sopralluoghi o programmazione dei sopralluoghi secondo criteri omogenei o senza garantire la completezza delle verifiche previste (frequenza)	B	no	Verifica di efficacia 882/2004	B
	Sopralluogo e stesura del verbale (di conformità, con prescrizione, con sanzione pecuniaria, con misure coercitive)	mancata, non completa o non conforme esecuzione di un sopralluogo con il relativo controllo/i.	MB	no	Verifica di efficacia 882/2004	B
		incompleta o errata redazione del verbale al fine di condizionare l'esito del controllo.	MB	no	Verifica di efficacia 882/2004	B
	Comunicazione all'autorità giudiziaria	mancata o non completa comunicazione all'autorità giudiziaria.	MB	no	Verifica di efficacia 882/2004	B
Gestione anagrafi, emissione fatture ed incassi	ricezione richiesta inserimento anagrafe (bovina, ovicaprina, suina, canina etc.)	mancato o errato inserimento in anagrafe	MB	no	Sistema informatico regionale e nazionale di tempestività inserimento dati. Inoltre c'è un operatore ulss formato per verificare la coerenza delle pratiche	B
	da qui P007 - Fatturazione attiva					
	da qui P005 - Regolarizzazione delle entrate					
	eventuale attivazione P075 - Recupero dei crediti					

P029 - CONTROLLO UFFICIALE DI IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
gestione segnalazioni ed esposti	ricezione delle segnalazioni	mancata considerazione della segnalazione (da parte di cittadini / enti / organismi) nella programmazione dei sopralluoghi	MB	sì		MB
	Inserimento nella programmazione delle attività di controllo	programmazione dei sopralluoghi secondo criteri non omogenei o senza garantire la completezza delle verifiche previste (frequenza) o mancata programmazione	M	sì		M
	Sopralluogo e stesura del verbale (di conformità, con prescrizione, con sanzione pecuniaria, con misure coercitive)	mancato sopralluogo con relativo/i controllo/i o esecuzione di un controllo con parametri non rispondenti a quanto previsto dalle procedure aziendali/normativa di riferimento.	M	sì		M
		redazione del verbale non completo / non conforme alla normativa	MA	no	Formazione del personale	MB
	Comunicazione all'autorità giudiziaria	omessa o non completa comunicazione all'autorità giudiziaria.	MB	no	Formazione del personale	B
ATTIVITA' DI ISPEZIONE E SANITA' PUBBLICA VETERINARIA (CAMPIONAMENTI)	Preparazione delle attività di controllo (programmate e non programmate)	non considerare la segnalazione (da parte di cittadini / enti / organismi) nella programmazione dei sopralluoghi o programmazione dei sopralluoghi secondo criteri omogenei o senza garantire la completezza delle verifiche previste (frequenza)	M	no	Verifiche periodiche (attuale) e sistema informatizzato (in corso)	B
	Sopralluogo e stesura del verbale (di conformità, con prescrizione, con sanzione pecuniaria, con misure coercitive)	mancata, non completa o non conforme esecuzione un sopralluogo con il relativo controllo/i (es. incompleta o errata)	M	no	checklist, manuali, procedure, aggiornamento personale	B

		redazione del verbale al fine di condizionare l'esito del controllo.)				
Rilascio autorizzazioni / pareri preventivi	ricezione delle richieste, istruttoria ed emissione del parere/autorizzazione nei tempi previsti	mancata o incompleta ricezione della richiesta dell'utente	MA	no	SUAP	B
Applicazione tariffario regionale	imputazione dei dati	mancato/errato/non completo inserimento dei dati	M	no	Verifiche periodiche (attuale) e sistema informatizzato (in corso)	B

P038 - GESTIONE FARMACEUTICA IN CONVENZIONE (DCR)

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
ricezione ricette		accettare numero di ricette/promemoria difformi dal dichiarato	MB	no	verifica manuale della corrispondenza tra numero di ricette rosse SSN, AIR - Assistenza Integrativa Regionale (diabete IVA al 22% e dietetici) e di promemoria consegnate dalla farmacie rispetto a quanto dichiarato in DCR	B
		accettare numero di fogli di registro ordinari e di disservizio difformi da quanto dichiarato	MB	no	verifica manuale della corrispondenza tra il numero di fogli di registro ordinari e di disservizio consegnati e quanto dichiarato in DCR	B
		accettare numero di ricette DPC (Distribuzione Per Conto) difforme da quanto indicato nella fattura cartacea	MB	no	verifica manuale della corrispondenza tra il numero ricette DPC (Distribuzione Per Conto) e il numero indicato nella fattura cartacea	B
		accettare numero di ricette DPC (Distribuzione Per Conto) difforme da quanto indicato nella fattura cartacea	MB	no	verifica manuale della corrispondenza tra il numero ricette/moduli AIR Diabete IVA al 4% e il numero indicato nella fattura cartacea	B
		accettare un numero di ricette/moduli Sjiogren difforme da quanto dichiarato in fattura cartacea	MB	no	verifica manuale della corrispondenza tra il numero ricette/moduli Sjiogren e il numero indicato nella fattura cartacea	B

registrazione dei dati principali della DCR previsti dalla piattaforma della ditta aggiudicataria a livello regionale per la successiva produzione dei mandati di pagamento	inserimento manuale dei valori economici e del numero di ricette/promemoria e fogli di registro (ordinari e di disservizio) previsti, oltre ai dati relativi all'AIR diabete IVA al 4% e dietetici	imputazione errata dei valori economici e numero di ricette/promemoria e/o fogli di registro	M	no	doppio controllo, ossia due amministrativi (a volte anche un dirigente in caso di necessità), provvedono a inserire i valori dalla DCR nel file excel che sarà poi caricato nella piattaforma prevista controllo da parte di un altro operatore del successivo report scaricabile dalla piattaforma	B
	inserimento delle rettifiche contabili in accredito o in addebito e degli acconti in dare o avere	errata imputazione dei valori economici	M	no	l'operatore verifica da documenti differenti i valori immessi verificando il corretto risultato complessivo (vengono verificati gli importi dei valori immessi attraverso il confronto con altri file in precedenza prodotti e pure con documenti cartacei) controllo da parte di un altro operatore del successivo report scaricabile dalla piattaforma	B
registrazione dei dati principali delle fatture DPC (IVA al 22%) e AIR diabete (IVA al 4%) per la successiva produzione della statica da trasmettere in regione che concorrono a determinare il rispetto dei tetti di spesa	inserimento manuale dei valori economici, del numero di ricette e dei pezzi (solo per la DPC) relativi all'AIR diabete IVA al 4% e DPC sia nella piattaforma della ditta (solo per la DPC) sia in file excel	imputazione errata dei valori economici, numero di ricette e/o pezzi per la DPC con alterata statistica per la Regione del Veneto	M	no	due amministrativi (a volte anche un dirigente in caso di necessità) provvedono a inserire i valori dalla DCR in due distinti fogli excel e si confrontano i dati economici inseriti nel file excel che sarà poi caricato nella piattaforma prevista un operatore confronta a livello centrale (aziendale) i file excel provenienti dai distretti	B
registrazione dei dati principali della DCR previsti dalla piattaforma della ditta aggiudicataria a livello regionale per la successiva produzione dei mandati di pagamento	validazione dei dati importati nella piattaforma della ditta aggiudicataria a livello regionale che risultano così bloccati per la successiva fase di produzione dei mandati di pagamento	errata verifica della DCR con il dato presente in piattaforma	M	no	chi valida le DCR inserite nella piattaforma è un altro operatore rispetto a colui che ha inserito i dati tramite importazione (la validazione delle DCR presenti nella piattaforma, a seguito dell'importazione del foglio excel predisposto, è eseguita verificando, da un operatore diverso, il dato evidenziato dal piattaforma con i valori presenti nelle singole DCR cartacee presentate dalle farmacie)	B

download di file massivi con tutte le informazioni utili per la produzione dei mandati di pagamento		errata validazione delle DCR e conseguentemente errata produzione dei mandati di pagamento	M	no	l'operatore che verifica per l'intera azienda è una differente persona rispetto a chi svolge la fase 2 (si verificano i dati complessivi delle singole voci principali (valore economico netto) presenti in DCR sia per distretto sia per l'intera azienda ulss, confrontandoli con i file prodotti dai singoli distretti)	B
download dei due file HTML complessivi da trasmettere al tesoriere aziendale (banca)		errati valori dei file da trasmettere alla banca e/o esclusione di alcune farmacie	M	no	verifica il dato complessivo in termini di importo netto e di numero di farmacie (eventuale esclusione di determinate farmacie se soggette a provvedimenti di ingiunzione del tribunale o per precedenti verifiche risultate positive in termini di inadempienza nei confronti di Equitalia) dei file html prodotti per la trasmissione in banca, confrontandoli con i dati ottenuti nei file excel trasmessi dai singoli distretti e dai file ricavati dalla piattaforma	B
produzione della comunicazione per il SEF per il seguito di competenza e per la produzione della lista di trasmissione in Navision	Predisposizione della lettera con tutte le voci necessarie concordate con il SEF per il seguito di competenza e per la produzione della lista di trasmissione in Navision	errato invio al SEF	M	no	l'invio della mail avviene con formato standard istruzioni contenute nel vademecum creato per gli amministrativi del servizio farmaceutico	B
upload dei due flussi HTML nella piattaforma della banca	upload dei due flussi HTML nella piattaforma del tesoriere aziendale (banca), per i successivi pagamenti alle farmacie secondo le date di valuta indicate nello stesso file HTML e download delle comunicazioni prodotte da tale piattaforma a conclusione delle due operazioni	IBAN e importo modificato e non corrispondente al dovuto	M	no	l'upload viene effettuato da un operatore diverso rispetto all'operatore che effettua il download report da parte della banca quale resoconto dei pagamenti effettuati alle varie farmacie resoconto dalla piattaforma alle farmacie relativamente agli importi liquidabili	B

produzione della comunicazione per il tesoriere ed il SEF per la creazione del mandato	Predisposizione della lettera con voci necessarie definite dal tesoriere (nome flusso, importo, numero farmacie, data di valuta, mese di competenza) per il seguito di competenza, trasmessa per pec	errata indicazione dei valori economici	M	no	predisposizione della comunicazione da parte del dirigente e successiva verifica da parte di un operatore dei dati riportati prima di inviare la pec con firma digitale	B
----------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------	---	----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---

P039 - ACQUISTO DI SERVIZI PER ASSISTENZA OSPEDALIERA, SPECIALISTICA, RIABILITATIVA (ACCREDITATI)

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione e Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Accreditamento delle strutture	Ricerca e verifica provvedimenti di autorizzazione esercizio / accreditamento istituzionale	A causa di mancanza di comunicazione di informazioni circa l'autorizzazione/ accreditamento si potrebbe verificare erroneamente i provvedimenti di autorizzazione giungendo a remunerare strutture non legittimate	MB	no	Procedura Servizio Qualità e Accreditamento e DAT per disciplinare le comunicazioni inerenti i provvedimenti di aggiornamento dell'autorizzazione dell'esercizio e dell'accREDITamento delle strutture	B
					Un operatore registra in un file excel disponibile nella share i provvedimenti di autorizzazioni all'esercizio/accreditamento trasmessi con la relativa scadenza. L'operatore addetto alla liquidazione verifica periodicamente la validità delle autorizzazioni/accreditamenti segnalando alla struttura accreditata/Servizio Qualità e AccREDITamento i provvedimenti di prossima scadenza e non ancora rinnovati. Set up dell'applicativo informatico deputato alla ricezione ed elaborazione dei flussi prestazionali trasmessi dalle strutture alle sole prestazioni/branche	B



					specialistiche accreditate e alle validità indicate nei provvedimenti regionali	
	Ricezione ed elaborazione dei flussi prestazionali	Si potrebbe verificare un inserimento errato in easycat, assegnando prestazioni non accreditate alla struttura	MB	no	Un altro operatore controlla la correttezza dell'inserimento nell'applicativo informatico deputato alla ricezione ed elaborazione dei flussi prestazionali trasmessi dalle strutture dei codici delle prestazioni/branche specialistiche accreditate e delle validità indicate nei provvedimenti regionali	B
	Verifica validità della comunicazione/informazione antimafia preventivo alla stipulazione dell'accordo di budget	A causa di pressioni dall'esterno l'operatore potrebbe omettere di inserire la richiesta nel portale del ministero giungendo a remunerare prestazioni a strutture non legittimate	MB	no	Il direttore verifica l'esistenza di un protocollo di ingresso dell'inserimento della richiesta nel portale del ministero nel repot o attraverso l'acquisizione della copia della richiesta/esito della dichiarazione antimafia	B
Recepimento Budget da Azienda Zero	Recepimento Budget da Azienda Zero	A causa dell'inserimento manuale del dato ci potrebbero essere errori nella stesura della delibera aziendale per il recepimento del budget	B	no	Determinazione dell'impegno di spesa scorporandolo dell'incidenza del ticket e di eventuali scontistiche concordate	B
Contrattazione del budget	Verifica esistenza di incompatibilità per il personale che, a qualsiasi titolo, lavora presso le strutture	A causa di: - errori di inserimento/comunicazione di dati forniti da parte della struttura - mancanza di aggiornamento del database regionale si potrebbe erroneamente non rilevare profili di incompatibilità e si potrebbe giungere alla risoluzione del contratto/revoca accreditamento	M	no	Modello uniforme per la rilevazione dei dati del personale delle strutture	B

	Contrattazione e stipula accordo di budget sul mix di prestazioni e della scontistica da effettuare	Pressioni al soggetto interpellato alla valutazione della negoziazione del budget al fine di proporre assegnazione di prestazioni secondo criteri non oggettivi	MA	no	Il soggetto interpellato alla valutazione della negoziazione del budget propone l'assegnazione delle prestazioni alle diverse strutture nel rispetto dei seguenti criteri: - carenza di personale interno; - omogeneità di erogazione nel bacino di utenza (se ci sono più branche specialistiche su più strutture, si cerca di rendere accessibile le prestazioni in più punti del territorio per facilitare l'accesso da parte degli utenti); - riduzione liste di attesa per prestazioni più critiche; - localizzazione delle zone in cui esiste carenza di offerta; - dotazione strumentale delle strutture accreditate (grandi apparecchiature); - contenitori "fluttuanti"; - "fughe" verso altre Ulss.	MB
	Contrattazione e stipula accordo di extrabudget su mix delle prestazioni e della scontistica da effettuare	Pressioni al soggetto interessato dalla negoziazione del budget al fine di assegnare un numero di prestazioni elevato di extrabudget	MA	no	Il soggetto interpellato alla valutazione della negoziazione del budget propone l'assegnazione delle prestazioni alle diverse strutture nel rispetto dei seguenti criteri: - carenza di personale interno; - omogeneità di erogazione nel bacino di utenza (se ci sono più branche specialistiche su più strutture, si cerca di rendere accessibile le prestazioni in più punti del territorio per facilitare l'accesso da parte degli utenti); - riduzione liste di attesa per prestazioni più critiche; - localizzazione delle zone in cui esiste carenza di offerta; - dotazione strumentale delle strutture accreditate (grandi apparecchiature); - contenitori "fluttuanti"; - "fughe" verso altre Ulss.	MB
Monitoraggio del budget assegnato	Estrazione delle prestazioni erogate e confronto della proiezione al 31/12 con il budget contrattato	se non viene monitorato costantemente il livello di utilizzo delle prestazioni contrattate con ciascun erogatore accreditato, potrebbe non esserci un'efficiente allocazione delle prestazioni con un conseguente allungamento (o mancato contenimento) delle liste di attesa	MB	no	verifica sui totali riportati nei report: - delle prestazioni rispetto al budget deliberato - dei totali rispetto ad easycat	B



	Segnalazione dei casi di scostamento dal 1/12 (mensile) del budget assegnato (10% per gli ambulatoriali, 15% per gli erogatori ospedalieri)	mancato rispetto delle disposizioni regionali	MB	no	verifica sui totali riportati nei report: - delle prestazioni rispetto al budget deliberato - dei totali rispetto ad easycat	B
Liquidazione prestazioni	Acquisizione delle fatture e verifica che il totale fatturato corrisponda al totale delle prestazioni inserite nell'applicativo easycat e ricezione attestazione di assenza errori bloccanti nel flusso tramite mail del controllo di gestione	pagamento di importi relativi a prestazioni non validate nel flusso prestazionale	MB	no	Estrazione del report easycat "scheda fornitore" e verifica della distinta delle prestazioni addebitate, in caso di storno e riaddebito di prestazioni erogate nei mesi precedenti (previo nulla osta non bloccante del controllo di gestione e della DAT), con verifica della quadratura del totale erogato con il totale fattura	B
	Ricezione attestazione di assenza errori bloccanti nel flusso tramite mail del controllo di gestione	pagamento di importi relativi a prestazioni non validate nel flusso prestazionale	M	no	L'operatore della UOC Direzione Amministrativa Territoriale incaricato alla liquidazione e il supervisore incaricato al controllo verificano il rispetto dell'extrabudget annuo assegnato, evidenziando le eccedenze sullo stesso in proiezione al 31/12	B
	Liquidazione informatica in globe e navision delle fatture	liquidazione su cdc, conti e autorizzazioni non di competenza	MB	no	L'operatore della UOC Direzione Amministrativa Territoriale e il supervisore incaricato al controllo, verificano che le branche specialistiche incluse nelle DGRV di accreditamento di ciascun erogatore (e successive variazioni) siano correttamente associate allo stesso ed alle relative Macroaree nell'applicativo Easycat	B
		Pressioni a dipendenti dell'azienda per la remunerazione di prestazioni con tariffe o scontistiche diverse da quanto stabilito negli accordi di budget ed extrabudget	M	no	Un operatore effettua controllo mensile tra lo sconto risultante e lo sconto applicato in fattura dalla struttura	B

P041 - RIMBORSI DIVERSI (Cure climatiche, medicina turistica, trapiantati, dializzati, modifiche strumenti di guida, acquisto parrucche, protesi dentarie, cure all'estero)

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Gestione istruttoria domande presentate	Verifica del rispetto dei termini di presentazione delle richieste, delle condizioni soggettive dell'assistito e dei requisiti della struttura che ha erogato le prestazioni oggetto di rimborso	Accoglimento domande fuori termine	MB	no	Il direttore UOC verifica che la presentazione della domanda sia entro i termini	B
	Verifica rispetto dei termini di presentazione delle richieste, delle condizioni soggettive dell'assistito e dei requisiti della struttura che ha erogato le prestazioni oggetto di rimborso	Accoglimento domande di assistiti non aventi diritto	MA	no	L'operatore DAT verifica: - nell'applicativo di anagrafe regionale se l'assistito è dell'ASL	MB
	Verifica documentazione sanitaria/contabile allegata alla richiesta di rimborso	Calcolo errato dell'importo rimborsi dovuti	MA	no	Un soggetto diverso da quello che ha effettuato l'istruttoria verifica a campione la correttezza degli importi dei rimborsi	B
Adozione atto di accoglimento o rigetto dell'istanza	Predisposizione e adozione dell'atto di accoglimento o rigetto dell'istanza	Mancato rispetto dei tempi procedurali	MB	no	Creazione di un report con indicazione per ogni richiesta pervenuta, della data richiesta assistito, quella di emanazione del provvedimento/diniego richiesta e i giorni intercorsi, l'importo riconosciuto, utile anche per quantificare e quindi pianificare e controllare meglio l'attività	B
Comunicazione all'assistito dell'esito della richiesta	Comunicazione esito della richiesta all'assistito	Mancata motivazione del rigetto (parziale o totale) della richiesta dell'assistito	MB	no	IL Direttore UOC verifica la presenza della motivazione	B
Erogazione contributo	Implementazione anagrafica ruolo allegato	Rimborso ad un soggetto non avente diritto (compreso errore IBAN)	MA	no	Il direttore dell'uoc confronta (a campione?) l'istruttoria cartacea con quella presente nella liquidazione "RUA"	MB

	e liquidazione spese di rimborso	Doppia erogazione del rimborso ad un unico soggetto	MB	no	Creazione di un report con indicazione per ogni richiesta pervenuta, della data richiesta assistito, quella di emanazione del provvedimento/diniego richiesta e i giorni intercorsi, l'importo riconosciuto, utile anche per quantificare e quindi pianificare e controllare meglio l'attività	B
--	----------------------------------	-----------------------------------------------------	----	----	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---

P042 - AFFIDAMENTO DEI CONTRATTI PER ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI DI IMPORTO INFERIORE A 40.000

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione e Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Programmazione	Analisi dei fabbisogni	Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari (scegliendo di dare priorità alle forniture che possono essere realizzate da un determinato operatore economico)	M	no	Adozione a inizio anno di un atto di programmazione acquisti e relativa contabilizzazione, controllo CND (per dispositivi) osservatorio prezzi (per dispositivi)	B
Selezione contraente	Effettuazioni di consultazioni preliminari di mercato per l'individuazione dei/degli operatori/e e delle specifiche tecniche	Individuazione di un numero di operatori economici limitato e non rispondente al numero esistente sul mercato	M	no	Pubblicazione delle consultazioni su sito web	B
	Individuazione dello strumento/istituto dell'affidamento e degli elementi essenziali del contratto	Elusione delle regole finalizzate alla corretta quantificazione dell'importo di gara	MA	no	Completezza e correttezza della motivazione contenuta nell'atto amministrativo	MB
Esecuzione	Affidamento	Individuazione di un operatore economico privo dei requisiti previsti dalla normativa vigente	MA	no	Verifica a campione su piattaforma SINTEL	M
Rendicontazione	Procedimento di verifica della corretta esecuzione	Liquidazione una verifica puntuale dei requisiti richiesti	M	no	Predisposizione di linee guida per la corretta liquidazione delle fatture	B

	e liquidazione della fattura					
--	------------------------------	--	--	--	--	--

P043 - ESECUZIONE E MONITORAGGIO DEI CONTRATTI PER ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Nomina del DEC	procedimento di nomina del Direttore dell'Esecuzione Contrattuale (DEC)	nomina di un DEC non adeguato	M	sì		M
Esecuzione del Contratto momento in cui l'esecutore (il fornitore aggiudicatario) pone in atto i mezzi e l'organizzazione necessaria a soddisfare il fabbisogno dell'Amministrazione, secondo quanto specificatamente richiesto nel contratto.	approvazione di modifiche del contratto originario	approvazione non formalizzata di modifiche sostanziali degli elementi del contratto (oggetto, soggetto, durata, importo)	M	no	Le modifiche sostanziali vanno approvate con atto	B
	verifica delle disposizioni in materia di sicurezza	scarso o inadeguato controllo in merito alle disposizioni in materia di sicurezza	MB	no	accertamenti, controlli e verifiche periodiche delle disposizioni in materia di sicurezza, in particolare del rispetto del D.U.V.R.I.;	B
	verifiche in corso di esecuzione	mancato monitoraggio del contratto ed elusione delle penali	MA	no	report di monitoraggio dell'esecuzione	M
	gestione delle controversie	non corretta applicazione delle penali	MA	no	report di monitoraggio dell'esecuzione	M
	effettuazione dei pagamenti in corso di esecuzione	mancato rispetto degli obblighi di tracciabilità dei pagamenti ai sensi della L. 136/2010	MA	no	utilizzo di controlli informatici sui dati inseriti nell'applicativo contabile relativi ai CIG	MB
	ammissione delle varianti	abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore	M	no	Proposta del Dec al Rup per adozione di atto	B
Rendicontazione del contratto l'Amministrazione verifica la conformità o regolare esecuzione	verifica della corretta esecuzione, per il rilascio del certificato di collaudo o di verifica di conformità o	rilascio del certificato di regolare esecuzione relativo a prestazioni non effettivamente eseguite o in cambio di vantaggi economici	M	no	richiesta conferma al DEC della sussistenza delle condizioni per il rilascio del certificato di regolare esecuzione	MB

della prestazione richiesta ed effettua i pagamenti a favore dei soggetti esecutori (attestazioni richieste o che devono essere fornite)	dell'attestato di regolare esecuzione					
	attività di controllo di regolare esecuzione	L'esecuzione del contratto avviene non seguendo le norme previste dalla normativa (sia quella generale che quella specifica per il singolo appalto).	M	no	controllo finale, a chiusura del contratto o in corso d'opera per eventuali certificazioni richieste dal fornitore, della corretta fornitura del bene / servizio oggetto del contratto	MB
	effettuazione di pagamenti	ingiustificati pagamenti sottratti alla tracciabilità dei flussi finanziari	M	no	obbligatorietà del CIG nella gestione di tutte le fasi legate al pagamento (dall'iscrizione contabile del costo a bilancio in fase di adozione dell'aggiudicazione in poi collegando in maniera univoca CIG/prestazione/aggiudicataria)	B
	pubblicazione sul sito della stazione appaltante delle procedure di gara espletate	violazione degli obblighi di pubblicità, di trasparenza	M	no	Pubblicazione avvenuta	B

P044 – GESTIONE DEI MAGAZZINI

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
arrivo merce (scarico del tir)	Ricevimento della merce:	accettazione di colli non destinati all'ulss 2	MB	no	verifica correttezza destinatario indicato in DDT	B
	Posizionamento area smistamento	accettazione di colli destinati ad altro magazzino / ubicazione ulss	M	no	verifica correttezza destinatario indicato in DDT	B
	(fase 1 ricevimento merce e posizionamento in area gialla)	firma (sul palmare del vettore o cartacea) di un DDT anche in mancanza di corrispondenza tra nr colli consegnati e nr colli dichiarati	M	sì		M
	Collocazione in area accettazione con DDT bene in vista	accettazione di beni per i quali nel corso del trasporto non sia stata rispettata la catena del freddo	MA	no	verificare il termostato presente nel mezzo	B

	(fase 2 controllo quali-quantitativo)	accettazione di colli con imballi esterni non integri	MB	no	verifica quali - quantitativa di massima con eventuale restituzione della merce al vettore o accettazione con riserva	B	
		uno o più colli non passa alla fase successiva perché viene "perso"	M	si		M	
		non tempestivo spostamento in frigorifero/zona a temperatura controllata di colli soggetti a temperatura controllata	M	si		M	
carico a magazzino (disfo il bancale)	suddivisione beni per tipologia gestione (farmaceutico/ economale per vittorio veneto, transito/ magazzino per tutti)	errato smistamento beni (collocazione nella zona dei transiti di un bene da allocare in magazzino e viceversa)	A	no	inventario a rotazione	MA	
		abbinamento DDT con colli consegnati	i singoli prodotti ricevuti non corrispondono a quanto ordinato (qualitativamente e quantitativamente) (registrazione di entrata di merce per qtà differente rispetto a quanto richiesto)	MA	no	verifica corrispondenza tra ddt, ordine e prodotto effettivamente ricevuto	MB
			per i prodotti con data di scadenza: accettazione beni con scadenza troppo ravvicinata	MA	no	verifica che i beni abbiano scadenza non inferiore ai 3 mesi	MB
	per i prodotti con AIC: accettazione di prodotti con fustelle non annullate, con inchiostro non indelebile e non rosso		M	no	verifica che i prodotti con AIC abbiano tutte le fustelle annullate, con inchiostro rosso e indelebile	B	
	registrazione tempestiva (entro le 24h lavorative successive all'arrivo) del carico a programma con scansione della bolla	il carico informatico è ritardato	A	no	le bolle in attesa di carico devono essere conservate in appositi contenitori recanti la dicitura "in attesa di carico" per ridurre al minimo il rischio di mancato carico	MB	
		il bene viene collocato a scaffale senza la registrazione informatica del carico	MA	no	inventario a rotazione prima di effettuare il carico il magazziniere verifica che le quantità riportate in giacenza del prodotto consegnato siano effettivamente presenti	MB	
		la bolla non viene scansionata e collegata al carico ritardando la liquidazione della fattura	MA	no	monitoraggio da parte dell'ufficio acquisti della tempestività di caricamento delle bolle e conseguente sollecito per i caricamenti	M	

		DDT smarrito	M	no	monitoraggio da parte dell'ufficio acquisti della tempestività di caricamento delle bolle e conseguente sollecito per i caricamenti	MB
		errato collegamento del carico informatico alla specifica riga d'ordine (carico articolo x al posto dell'articolo y)	M	no	controllo contabile in fase di liquidazione fattura	MB
		errato caricamento delle quantità arrivate (arrivo 8 e carico 10)	MA	no	controllo contabile in fase di liquidazione fattura	M
			MA	no	spunta sul DDT	MB
	<p>beni a magazzino: Stoccaggio beni nelle scaffalature (TV – CF + VV econ) Veritmag (VV) la merce deve essere stoccata in modo che vengano prelevati secondo metodo primo in scadenza, primo in uscita, evitando di collocare i beni direttamente sul pavimento, vicino a fonti di calore o in spazi diversi da quelli previsti (in particolare per stoccaggi ad hoc di infiammabili, stupefacenti, antiblastici ecc. che hanno una normativa di settore specifica)</p> <p>FEFO (first expiry data first out): primo in scadenza, primo in uscita;</p>	errata collocazione dei beni	MA	no	inventario a rotazione	MB
		deterioramento dei beni	M	no	inventario a rotazione - richiesta autorizzazione alla rettifica inventariale	B
		errato caricamento lotto-scadenza (vertimag - AS400, verificare Treviso)	M	no	inventario a rotazione / al momento dello scarico ai reparti	B



	beni in transito: in seguito al carico vengo stampate le bolle di consegna ai reparti, per Treviso vengono stampate anche le etichette (barcode) per la gestione dei magazzini di reparto informatizzati, posizionamento nell'area di spedizione	a causa dell'utilizzo nell'ordine per indicare la destinazione del bene in transito del campo note al posto dell'utilizzo del campo cdc, non sempre viene individuata correttamente e velocemente l'u.o. destinataria del bene	M	no		M
gestione richieste da reparto	Inserimento richiesta a programma da parte delle unità operative	errato/mancato/non completo scarico delle richieste da reparto	M	sì		M
	Validazione richiesta (solo per Asolo)		M	sì		M
	Scarico richiesta con stampa e automatica registrazione dello scarico da magazzino secondo il calendario consegna		M	sì		M
	Per targatura farmaci: il farmacista crea una missione di prelievo che non genera lo scarico contabile, (solo a Vittorio Veneto viene generato lo scarico da vertimag), una volta prelevati i farmaci viene targato e scaricato contabilmente in nav		MA	no	verifica della corrispondenza tra missione di prelievo e bolla di consegna	B
	Inserimento delle richieste cartacee (richieste di farmaci non PTO/ in PTO ma che devono essere motivati) (solo Pieve)	errato/mancato/non completo inserimento della richiesta cartacea	MA	no	verifica dell'evasione di tutte le richieste cartacee pervenute	MB

	Preparazione - gabbie - bancali - ceste con stampa della bolla di consegna secondo calendario di consegna	errata/mancata/non completa preparazione della consegna	MA	no	verifica da parte delle uu.oo. Riceventi	MB
prelievo da magazzino e consegna a reparto	Predisposizione programma consegne	calendario consegne non rispondente agli effettivi bisogni dei reparti che implica un aumento delle richieste urgenti fuori programma	M	sì		M
	Messa a disposizione ceste nell'area di carico secondo programma consegne	smarrimento / sottrazione / furto della merce	M	sì		M
	Consegna prodotti al reparto Accettazione prodotti con firma della bolla di consegna + accettazione informatica (solo CF)		M	sì		M
	Restituzione bolla firmata per stupefacenti	mancato rispetto della normativa sulla gestione stupefacenti	M	no	compilazione dei registri obbligatori per legge in ambito di gestione degli stupefacenti	B
Gestione resi da reparto	Inserimento richiesta reso a programma o preparazione modulo cartaceo	errata registrazione del reso da reparto	M	no	inventario a rotazione	MB
	Consegna prodotti al magazzino	errata registrazione del reso (utilizzo della causale di reso al posto della sistemazione delle giacenze)	MA	no	inventario a rotazione	M
	Accettazione prodotti	per i prodotti con scadenza: presa in carico di prodotti con scadenza troppo ravvicinata, senza possibilità di ricollocamento ad altri reparti	MA	no	inventario a rotazione	M
	Carico magazzino per reso reparto	il bene viene collocato a scaffale senza la registrazione informatica del carico	MA	no	verifica che il prodotto sia stato effettivamente scaricato dal magazzino in cui viene ricaricato - attivazione di un controllo automatico nel programma Navision che impedisca di registrare resi di prodotti mai gestiti nel magazzino	B

	Stoccaggio beni nelle scaffalature (TV – CF + VV econ) Veritmag (VV)	il bene viene collocato a scaffale senza la registrazione informatica del carico	MA	no	inventario a rotazione	M
Gestione dei prodotti in scadenza	verifica in Vertimag di lotto e scadenza	utilizzo di farmaci o beni scaduti	MA	no	controllo periodico delle scadenze, copia della bolla di accompagnamento di eventuali arrivi farmaci con scadenza <12 mesi	MB
	separazione dei farmaci e dei beni che sono in scadenza a un mese con etichettatura a parte. vengono già scaricati da sistema subito come scarico scaduto (scarico a reparto solo se derivante da richiesta specifica)	mancato utilizzo di farmaci o beni in prossima scadenza	MA	no	controllo periodico delle scadenze, copia della bolla di accompagnamento di eventuali arrivi farmaci con scadenza <12 mesi	MB
Gestione dell'inventario fisico di magazzino	individuazione periodo di rilevazione delle giacenze fisiche	errata/mancata rilevazione delle giacenze fisiche di magazzino	MA	no	le squadre di conta sono composte da almeno due operatori	MB
	individuazione del personale addetto alla conta		MA	no	i tabulati utilizzati per il controllo delle q.tà fisiche non riportano l'indicazione delle q.tà in giacenza in magazzino	MB
	conta delle quantità fisiche		M	no	utilizzo dei cartellini inventariali per identificare gli scaffali/prodotti già contati	B
	registrazione solo delle qtà differenti (totale), il programma in automatico registra la differenza inventariale.	registrazione non completa / corretta delle differenze inventariali	MA	no	il personale che registra le qtà fisiche rilevate in procedura è diverso da chi ha effettuato la conta	B
	registrazione degli adeguamenti inventariali		MA	no	il responsabile del magazzino autorizza le rettifiche inventariali in caso di differenze significative - viene verificato tutto il processo a monte per recuperare eventuali carichi o scarichi mancanti	MB
Gestione dell'inventario fisico di reparto	individuazione periodo di rilevazione delle giacenze fisiche	errata/mancata rilevazione delle giacenze fisiche di magazzino	MA	no	le squadre di conta sono composte da almeno due operatori	B
	individuazione del personale addetto alla		MA	no	i tabulati utilizzati per il controllo delle q.tà fisiche non riportano l'indicazione delle q.tà in giacenza in magazzino	MB



	conta delle quantità fisiche - beni a scorta					
	registrazione delle quantità rilevate	registrazione non completa / corretta delle differenze inventariali	MA	no	il personale che registra le qtà fisiche rilevate in procedura è diverso da chi ha effettuato la conta	MB
	registrazione degli adeguamenti inventariali		MA	no	il responsabile del magazzino autorizza le rettifiche inventariali in caso di differenze significative - viene verificato tutto il processo a monte per recuperare eventuali carichi o scarichi mancanti	B

P047 GESTIONE CONTRATTI DI LAVORO AUTONOMO PER INCARICHI INDIVIDUALI (ex comma 6, art. 7 D.lgs 165/2001)

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
richiesta in crite delle autorizzazioni regionali degli incarichi professionali	raccolta del fabbisogno delle unità operative con file xls, aggregazione dei dati e invio all'area dotazione organica e assunzioni per il caricamento della richiesta di autorizzazione regionale in GPI	mancata trasmissione del fabbisogno	MB	sì		MB
	L'operatore della UOC Gestione Risorse Umane – Sezione Collaborazioni Esterne verifica il rispetto della soglia di spesa per gli incarichi libero professionali a carico del bilancio sanitario aziendale e comunica il dato al	mancato rispetto del limite di spesa	B	Si		B



	Direttore della UOC Gestione Risorse Umane.					
predisposizione della procedura comparativa	in seguito all'autorizzazione regionale, avvio della procedura comparativa mediante raccolta delle informazioni di dettaglio mediante il modulo "scheda di avvio procedura", L'operatore della UOC Gestione Risorse Umane – Sezione Collaborazioni Esterne verifica la correttezza e completezza della "scheda di avvio procedura" ricevuta da parte delle UOC interessate	a causa di informazioni non complete o non corrette la procedura comparativa non va a buon fine	MB	sì		MB
	predisposizione e approvazione della delibera	errori materiali all'interno della delibera/ a causa della mancanza di elementi fondamentali della delibera, essa non è valida	MB	no	iter di approvazione della delibera, verifica periodica da parte del Collegio Sindacale	B
	pubblicazione dell'avviso nel sito internet aziendale e nell'apposita area per l'iscrizione telematica da parte dei professionisti	la pubblicazione non è tempestiva o può contenere errori oppure non rispetta i termini di legge	MB	no	su Geco, verifica che le opzioni da inserire per l'iscrizione da parte del candidato siano coerenti con le richieste del bando	B
	download delle domande pervenute, verifica dei requisiti per l'iscrizione e della completezza della documentazione e ammissione dei candidati con eventuale richiesta integrazione delle informazioni, indicazione degli esclusi	mancata ammissione di candidati che avevano i requisiti o ammissione di candidati che non hanno i requisiti	MB	sì		MB



	con le relative motivazioni					
	nomina composizione della commissione esaminatrice	mancato rispetto dell'art. 35 bis dlgs 165/2001 o con incompatibilità	MB	no	Ciascun membro della commissione firma un'autocertificazione sull'assenza di incompatibilità e di condanne penali	B
	comunicazione con le modalità previste dal bando dell'elenco degli idonei, con data luogo ed ora di convocazione per l'espletamento della procedura	mancato rispetto dei termini di preavviso per l'espletamento della procedura	MB	sì		
	espletamento della procedura comparativa e verbalizzazione da parte della commissione con l'elenco degli idonei	indicazione di idoneità per un candidato che non ha i requisiti	MB	sì		MB
conferimento dell'incarico	predisposizione e approvazione della delibera, dove viene approvato il verbale e assegnato l'incarico agli idonei in base agli incarichi che si possono assegnare. Eventuale successiva presa atto della rinuncia del primo designato e assegnazione al successivo	errori materiali all'interno della delibera/ a causa della mancanza di elementi fondamentali della delibera, essa non è valida	B	no	iter di approvazione della delibera, verifica periodica da parte del Collegio Sindacale	B
	Il candidato, convocato per la firma del contratto, è invitato a sottoscrivere il contratto, l'autocertificazione di assenza incompatibilità, l'autocertificazione assenza di condanne penali con riferimento al	autocertificazione non veritiera	M	no	a campione verifica dell'autocertificazione sottoscritta dal candidato	B



	D.Lgs. 4 marzo 2014, n. 39 in attuazione della direttiva 2011/93/UE relativa alla lotta contro l'abuso e lo sfruttamento sessuale dei minori e la pornografia minorile.					
	Il candidato deve inoltre comunicare i dati fiscali e bancari personali per la liquidazione del compenso e inserimento dei dati nel modulo per la codifica del fornitore - trasmissione all'uoc contabilità e bilancio della richiesta di codifica del fornitore	mancata/errata codifica del fornitore	MB	sì		MB
le successive fasi sono in fase di revisione con l'entrata in vigore del Nodo Smistamento Ordini e il completo utilizzo del workflow documentale						
	attestazione dell'erogazione del servizio richiesto da parte dell'u.o. richiedente	l'attestazione ricevuta non è veritiera	M	sì		M
liquidazione e pagamento	acquisizione delle fatture da liquidare in Navision, verifica di coerenza tra attestazione di erogazione del servizio e fattura protocollata, con eventuale richiesta nota di credito/debito	liquidazione di una fattura non corretta	M	no	l'operatore confronta quanto attestato dal responsabile con la fattura, in caso di non corrispondenza, contatta il fornitore per l'emissione di una nota di credito/debito. In caso di nota di credito, la fattura viene liquidata parzialmente e per la parte non dovuta viene sospesa in navision con la corretta causale	B
	caricamento dell'ordine interno	errato/mancato caricamento dell'ordine	MB	sì		MB
	liquidazione della fattura in navision	errata/mancata liquidazione informatica	MB	sì		MB
da qui processo: P002 Gestione dei pagamenti						

P048 - GESTIONE ECONOMICA E FISCALE - P049 - GESTIONE GIURIDICA

In fase di mappatura si è reso opportuno definire 3 processi (Gestione giuridica, economica e fiscale, Gestione dei compensi al personale non dipendente, Gestione istituti con rilevanza economica) al posto di P048 e P049.

Gestione giuridica, economica e fiscale

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo	
caricamento puntuale delle voci variabili relative a: - libera professione - progetti - accordi sindacali specifici - indennità manuali - rischio radiologico Le relative voci sono specificate nella procedura PAC "gestione giuridica, economica, fiscale e previdenziale del personale dipendente e non dipendente" In genere il caricamento è massivo, eccetto quanto il numero di persone coinvolte è limitato Vengono registrate anche le modifiche sulla situazione del dipendente (aspettative, dimissioni, quiescenza)	ricezione da parte delle direzioni/uoc competenti della comunicazione di messa in pagamento delle quote collegate ai progetti o agli accordi sindacali specifici o alla libera professione	messa in pagamento di importi non dovuti o in assenza di copertura	M	NO	verifica esistenza delle timbrature causalizzate in modo corretto/comunicazione all'area presenze-assenza dell'addebito orario da caricare verifica corretta applicazione dell'accordo sindacale verifica contabile che siano presenti le coperture	B	
	rischio radiologico: chiusura/apertura del rischio radiologico a seconda delle assegnazioni o delle registrazioni di assenze prolungate di personale avente diritto	errato/mancato caricamento		M	NO	verifica corretta registrazione dell'indennità rischio radiologico	MB
	i coordinatori delle U.O. interessate al pagamento delle voci variabili c.v. 6002 (Assistenza Domiciliare Integrata) e c.v. 30500 (Indennità Terapia Intensiva-Sala Operatoria) e c.v. 6000 (Indennità non vedenti) inviano l'elenco nominativo con relativi accessi del personale dipendente relativi al	errato/mancato caricamento		M	no	verifica del corretto caricamento del dato cartaceo	B

	<p> mese di competenza . caricamento delle indennità terapia intensiva manuale (es. personale suem area rossa) massiva per i dipendenti del distretto di Treviso</p>					
	<p> inserimento delle variazioni dello stato giuridico dei dipendenti (cessazioni, aspettative, ecc.) di competenza del mese in pagamento</p>	<p> mancato/errato inserimento delle informazioni</p>	M	no	<p> l'operatore verifica che tutte le variazioni ricevute dagli uffici competenti siano state inserite con le valorizzazioni corrette, siglando il foglio</p>	B
chiusura dei singoli cedolini	<p> secondo il calendario delle attività i singoli uffici effettuano il travaso dei dati</p>	<p> il mancato rispetto della tempistica può portare a un ritardo nella liquidazione degli stipendi</p>	M	sì		M
	<p> lancio del travaso dei dati</p>	<p> il travaso dei dati per problematiche informatiche potrebbe non funzionare</p>	B	NO	<p> esistono alert sull'andamento dei travasi?</p>	B
	<p> elaborazione provvisoria dei cedolini e verifiche sul corretto caricamento delle voci e delle variazioni giuridiche riferite ai singoli dipendenti</p>	<p> messa in pagamento di competenze non dovute</p>	M	NO	<p> vengono verificate: - correttezza delle voci riportate nella stampa PAYB300 che riporta il riepilogo dei conguagli arretrati per dipendente del mese, suddivisi per anno di competenza - stampa PAYB521 riporta l'elenco delle voci variabili e del relativo importo corrisposte a personale non in servizio - stampa PAYB520 riporta il riepilogo dei cedolini negativi suddivisa per dipendente - stampa PAYB360. Tabulato per il controllo delle voci variabili eccezionalmente usate o errate - stampa PAYC020. Elenco voci particolari con date limite nel mese - verifica che > i part - time scaduti siano stati modificati > scadenziario dei tempi determinati > passaggio da incarichi di prova, incarichi di base, ecc > verifica della corretta gestione dei termini delle scadenze > incrocio tra pagamento dello stipendio e assenza nel</p>	B

					<p>mese di competenza</p> <ul style="list-style-type: none"> > alert di tutti coloro che hanno pagamenti superiori ai due mesi e verifica dei relativi giustificativi > verifica dei cedolini < 100€ 	
	elaborazione definitiva	errata elaborazione degli stipendi	MB	no	ci sono degli alert predefiniti a programma che fanno bloccare la procedura (es. mancanza dell'IBAN, di una qualifica, dipendenti con classificazione funzionale non corretta, dipendenti senza ritenute fiscali, codice fiscale presenti in due matricole, mancanza posizione inail, presenza di un part - time con turno a tempo pieno, ecc.)	B
	blocco automatico dei cedolini	a casa della possibilità di apportare variazione, si possono modificare gli importi precedentemente quadrati	MB	no	verifica della effettiva chiusura e salvataggio dei cedolini	B
passaggio dei dati in contabilità con preparazione dei dati nella matrice e caricamento dei dati (parametri per voce stipendiale che definiscono il collegamento con conto coge e autorizzazione)	passaggio dei dati in contabilità con preparazione dei dati nella matrice e caricamento dei dati (parametri per voce stipendiale che definiscono il collegamento con conto coge e autorizzazione)	errata imputazione dei costi tra competenza/debito/sopravvenienza	MB	si	n.b. la verifica della correttezza dei dati caricati nella matrice (conto coge e relativa autorizzazione) avviene nelle successive fasi di passaggio tramite il c.d. "collegato"	MB
invio all'uoc contabilità e bilancio del file "collegato" finalizzato alla verifica della corretta imputazione in coge dei cedolini mensili elaborati in sigma	invio all'uoc contabilità e bilancio del file "collegato" finalizzato alla verifica della corretta imputazione in coge dei cedolini mensili elaborati in sigma	errata imputazione dei costi tra competenza/debito/sopravvenienza	M	no	verifica puntuale e motivazione degli scostamenti	B
verifica utilizzo dei fondi e quadratura del debito verso personale dipendente	registrazione del pagato nel mese nel file di riepilogo per fondi e autorizzazione con quadratura con i dati da coge	errato utilizzo dei fondi	M	no	verifica puntuale di quadratura tra gli importi presenti nel file, gli importi estratti da sigma e gli importi presenti in contabilità come utilizzo delle autorizzazioni e contabilizzato nei singoli conti una volta chiusi gli stipendi in xls una terza persona verifica che tutti gli importi siano coerenti	B

comunicazione a consuntivo del debito da accantonare con creazione / aggiornamento delle autorizzazioni	annualmente, verifica degli importi pagati / da pagare e comunicazione all'uoc contabilità e bilancio degli importi da accantonare a debito	errata esposizione a bilancio di costi e debiti	B	no	verifica puntuale di quadratura tra gli importi presenti nel file, gli importi estratti da sigma e gli importi presenti in contabilità come utilizzo delle autorizzazioni, contabilizzato nei singoli conti con la comunicazione a consuntivo effettuata da un secondo operatore	B
	quadratura a consuntivo del debito v/personale dipendente presente in Sigma rispetto al debito registrato in contabilità	il debito v/personale dipendente esposto a bilancio potrebbe essere sovra/sottostimato	B	no	verifica puntuale di quadratura tra gli importi presenti nel file, gli importi estratti da sigma e gli importi presenti in contabilità come utilizzo delle autorizzazioni, contabilizzato nei singoli conti con la comunicazione a consuntivo effettuata da un secondo operatore	B
	richiesta all'uoc contabilità e bilancio di apertura delle autorizzazioni di spesa per singolo conto di coge interessato	errata imputazione dei costi tra competenza/debito/sopravvenienza	MB	no	verifica della corrispondenza tra autorizzazioni richieste e autorizzazioni aperte in NAV	B
messa in pagamento degli stipendi per i due enti (472 dipendenti e 572 per gli esterni)	input a programma del giro stipendi con definizione della valuta	problemi informatici potrebbero causare un errore nell'estrazione dei dati da caricare in banca	MB	no	gestione dei cd "caratteri speciali" che non vengono gestiti nel caricamento di Banca Intesa	B
	Prelievo del file da sigma e caricamento in banca con prima firma digitale	il file estratto potrebbe essere manomesso prima del caricamento in banca	M	no	segnalazione da parte della banca di eventuali errori bloccanti (es. IBAN errato)	B
	seconda firma del caricamento nel portale della banca	firma non autorizzata	M	Si		M
	Trasmissione all'uoc contabilità e bilancio della lettera relativa ai bonifici messi in pagamento per l'emissione dei relativi mandati	la lettera riporta importi/mese sbagliato	MB	Si		MB
Gestione eredi	registrazione della cessazione e blocco del conto corrente	mancata chiusura con relativo indebito pagamento	M	Si		M
	individuazione degli eredi e definizione delle competenze dovute	errata individuazione	M	no	prospetti indennità sostitutiva e mancato preavviso, viene incrociato il dato tra estrazione sigma e calcolo manuale, in doppio il controllo delle ferie	B

	delibera delle spettanze dovute, inserimento degli eredi e definizione degli importi	errata definizione degli importi	M	no	verifica che il pagamento ai minorenni venga fatto su un conto dedicato	B
	ricezione dell'autocertificazione e relativa verifica con Agenzia delle entrate	mancata ricezione della verifica con agenzia delle entrate	M	no	a campione verifica con l'agenzia delle Entrate della veridicità delle autocertificazioni ricevute	B
	messa in pagamento	mancata/ritardata messa in pagamento	M	no	il caricamento effettuato viene controllato da un secondo operatore	B
	emissione della CU agli eredi	errori nella CU	M	sì		M
manutenzione / aggiornamento dell'organigramma sigma	creazione o chiusura di cdc / reparti su comunicazione del controllo di gestione	mancata/errata creazione dei cdc	MB	sì		MB
	aggiornamento del responsabile dell'uoc	mancato / errato aggiornamento dei responsabili	MB	sì		MB
	abbinamento delle persone agli incarichi	mancato / errato abbinamento	MB	sì		MB
	registrazione dei cambi reparti comunicati	errata/ritardata registrazione dei cambi	MB	sì		MB
gestione pignoramenti	ricezione della richiesta da parte di un avvocato se il debitore è effettivamente dipendente	errata individuazione del dipendente	MB	no	verifica corretta individuazione del dipendente	B
	ricezione dell'istanza di pignoramento con il creditore, l'importo del debito	mancata ricezione dell'istanza	MB	sì		MB
	registrazione dell'accantonamento di 1/5 dello stipendio	errato conteggio degli importi	MB	no	verifica corretta registrazione dell'accantonamento	B
	se agenzia delle entrate/agente alla riscossione: applicazione immediata della % di trattenuta e delle	errato inserimento dell'importo	MB	no	verifica corretta registrazione dell'importo	B



	indicazioni riportate nell'istruttoria					
	se il creditore è privato: invio dello stato di servizio in cui si evidenzia lo stato economico del dipendente	errata ricostruzione dello stato economico del dipendente	MB	no	verifica corretta predisposizione dello stato di servizio del dipendente	B
	il giudice definisce l'importo da addebitare, l'avvocato comunica tutti gli estremi, quanto accantonato viene messo in pagamento	mancata ricezione della comunicazione dell'avvocato	MB	sì		MB
	imputazione in sigma di tutti gli elementi finalizzati alla trattenuta in sigma, in particolare nella griglia, nella sessione delle ritenute, viene creato un nuovo istituto che va abbinato al fornitore (creato dall'uoc contabilità e bilancio), e alla persona cui viene effettuata la trattenuta: in questo modo sigma comunica a navision il fatto che va fatta la trattenuta al dipendente.	mancato trasferimento alla uoc contabilità e bilancio delle informazioni per il pagamento	MB	no	controllo automatico sul corretto collegamento della ritenuta alla matricola e al fornitore	B
	verifica con l'avvocato di eventuali interessi e stato avanzamento dei pagamenti	errato calcolo dell'ultimo versamento	MB	no	verifica con il file dello scadenziario	B
	gestione manuale della chiusura con inserimento del saldo corretto	prosecuzione delle trattenute oltre la data di scadenza	MB	sì		MB



	gestione di eventuali sospensioni dei pagamenti per mancata capienza del cedolino	mancata/errata comunicazione al creditore della sospensione dei pagamenti	MB	sì		MB
	gestione delle comunicazioni per cessazione del dipendente	mancata/ritardata comunicazione della cessazione del dipendente	MB	sì		MB
gestione rimborsi comandi	raccolta e inserimento delle informazioni direttamente in Sigma relative al nucleo familiare del dipendente e del reddito complessivo del nucleo familiare	possibile errore nella registrazione dei dati richiesti	MB	no	uso di un file in xls con le informazioni di base necessarie, sono tutti controllati sul cartaceo con la firma di chi ha caricato e di chi ha controllato	B
		il dipendente richiede il pagamento dell'ANF nonostante sia già stato riconosciuto al coniuge	MB	no	In caso di situazioni dubbie / importi elevati in liquidazione, verifica puntuale con Inps / agenzia delle entrate	B
monitoraggio di bilancio	si parte dal BEP, con le relative tabelle che vengono compilate in sigma: - previsioni di assunzioni autorizzate a livello regionale - pensionamenti - conferma dei fondi - previsione di spesa degli incarichi LP - previsione degli universitari - direzione strategica - comandi suddivisione tra sanitario/sociale e verifica del rispetto del limite di spesa	errata previsione di bilancio	B	sì		B
	trimestralmente la situazione viene aggiornata con tutte le informazioni che sono andate a formarsi, con	mancato rispetto degli obiettivi del limite di spesa	B	no	vengono costantemente monitorati i dati di costo, soprattutto a partire dal secondo semestre dell'anno	B

	continua verifica del limite di spesa					
gestione personale comandato/in distacco c/o Regione o ORAS	registrazione dell'assegnazione del personale comandato/distaccato agli appositi centri di costo	mancata/errata registrazione dei comandi/distacchi	MB	sì		MB
	entro il 15 di gennaio vengono inviate all'uoc contabilità e bilancio le richieste di rimborso che tengono conto delle persone con verifica delle competenze del periodo di comando e dei relativi oneri per il caricamento in Poste R	il mancato invio entro i termini impedisce il corretto caricamento in posteR dei crediti v/regione (?)	M	sì		M
	per ORAS: comunicazione ad ORAS dei dati per una verifica, poi invio all'uoc contabilità e bilancio dei dati per una fatturazione	mancata/errata fatturazione	M	sì		M
	gestione della produttività: se si tratta di distacchi il costo è a carico ulss per quanto riguarda i comandi: l'importo è definito dalla Regione, per cui tutti i mesi viene caricato un acconto, quando la Regione comunica l'importo della produttività, vengono recuperati gli acconti ed è caricato l'importo completo.	errato riconoscimento dell'importo	MB	no	il caricamento dell'importo da riconoscere come produttività è controllato da un secondo operatore che sigla sulla nota della Regione l'avvenuto controllo	B

Gestione dei compensi a personale esterno non dipendente (lavoratori autonomi occasionali)

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Gestione e caricamento in SIGMA dell'incarico al professionista	Ricezione della modulistica compilata dall'ufficio che ha dato l'incarico al professionista e suo inserimento in procedura - l'operatore dell'uo gestione parte variabile e personale non dipendente controlla la completezza della compilazione della scheda anagrafica e contatta il servizio che ha deliberato l'incarico per reperire eventuali dati mancanti	errato inquadramento dell'incarico	MB	sì		MB
	caricamento nella contabilità di sigma dei dati economici per il pagamento, con scorporo degli oneri e dell'irap e imputazione del conto e autorizzazione di spesa.	errato/mancato pagamento	MB	no	L'operatore dell'ufficio U.O. Gestione Parte Variabile e Personale non Dipendente, in seguito all'elaborazione provvisoria del singolo cedolino, controlla e verifica la correttezza/completezza dei dati inseriti a sistema Sigma nel cedolino stesso. L'operatore verifica la corrispondenza dell'importo del compenso nel cedolino rispetto a quello riportato nella scheda inviata dal professionista tramite l'Ufficio che con delibera ha conferito l'incarico al professionista stesso	B
	disattivazione delle posizioni	errato pagamento di un occasionale che ha terminato l'incarico	B	Sì		B
	giro definitivo degli stipendi degli enti 472 e 572, archiviazione documentazione e invio cedolino	mancato o errato pagamento	B	no	Controllo che i cedolini stampati di prova corrispondano con i cedolini definitivi	B
trasmissione per pagamento	Al termine, l'operatore dell'ufficio U.O. Gestione	mancato versamento dei contributi, errata contabilizzazione	B	sì		B



	<p>Parte Variabile e Personale non Dipendente, compila e invia agli Uffici Trattamento Economico, Previdenza e Contabilità e bilancio, un prospetto con 'cognome e nome del professionista, numero protocollo, importo liquidato, numero conto e numero autorizzazione di spesa, con relativo codice voce</p>				
reportistica e monitoraggio	<p>Una volta storicizzato il mese, vengono effettuate le stampe PAYS768 e PAYS767 riguardanti Inail, Inps e Enpapi, per il relativo controllo, e le voci verranno inserite in un file excel, che mensilmente ci darà la spesa sostenuta e ci permetterà di avere un riscontro dello speso</p>	<p>errata rendicontazione (Conto Annuale - Cepa – ecc.)</p>	B	Si	B

Gestione istituti con rilevanza economica

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Gestione revocche e deleghe OOSS personale dipendente	raccolta delle adesioni e inserimento in HR Suite della adesione ricevuta	mancato rispetto della normativa sulla gestione delle adesioni sindacali, in particolare per quanto riguarda la riservatezza e la segretezza	MB	sì		MB
		errore nel caricamento nella procedura HR	MB	sì		MB
		iscrizione a più di un sindacato non compatibile	MB	no	verifica periodica della corretta attribuzione dei sindacati tra comparto e dirigenza le codifiche delle organizzazioni sindacali in sigma sono suddivise in modo chiaro tra dirigenza e comparto	B
	gestione del valore delle quote sindacali	errore nel caricamento nella procedura HR	MB	no	giro di prova per verificare se a cedolino viene inserito l'importo corretto	B
Gestione prestiti Inps e cessioni del V a personale dipendente	ricezione richiesta da parte della finanziaria delegata dal dipendente e gestione della pratica (la richiesta di codifica della finanziaria come fornitore viene gestita come una normale richiesta di codifica fornitore)	l'importo della rata mensile non viene trattenuto o è errato, oppure non viene versato correttamente al finanziatore	MB	no	mail alla finanziaria con l'elenco delle trattenute effettuate ai nostri dipendenti (dipendente e importo)	B
	comunicazione della eventuale cessazione, aspettativa, trasferimento del dipendente	mancata sospensione	MB	no	comunicazione alle finanziarie di tutte le modifiche intervenute (cessazioni, aspettative ecc.)	B
	INPS: inserimento della domanda nel portale inps per convalida da parte del dipendente	errato/mancato inserimento	MB	no	stampa di controllo a chiusura degli stipendi che evidenzia la differenza delle trattenute tra un mese all'altro	B
	caricamento in sigma delle trattenute	errato/mancato caricamento	M	no	Sigma ha un controllo automatico sulle trattenute richieste. Vedono in INPS quali sono i crediti che INPS ha verso	B

					l'ULSS, quadrano con i debiti che sono registrati a programma, viene inserito il nulla osta alla chiusura, si trasmette alla ragioneria per i pagamenti		
Gestione congedi parentali	ricezione della certificazione dello stato di gravidanza	mancata ricezione della certificazione da parte del dipendente - assenza ingiustificata del dipendente	M	no	verifica da parte della dipendente del cartellino verifica cartellino timbrature da parte delle presenze-assenze e della caposala	B	
	caricamento del dato in HR suite - GPI	errore nel caricamento del dato che comporta un mancato rispetto delle tempistiche di congedo previste dalla normativa	M	sì		M	
	riconoscimento del congedo parentale	il congedo parentale viene fruito con cumulo da parte di entrambe i genitori		M	sì		M
		mancato o errato riconoscimento del congedo parentale		M	sì		M
	registrazione dell'interruzione	mancata comunicazione da parte del dipendente		M	sì		M
	riconoscimento indennità di maternità (riconosciuta alle dipendenti madri che cessano durante il periodo di tutela della maternità - scadenza del contratto per i tempi determinati)	errato riconoscimento dell'indennità di maternità		M	sì		M
	gestione malattia bambino	errato inserimento della malattia		M	no	richiesta originale del certificato medico allegata alla richiesta del permesso.	B
Denunce inail (infortuni e malattia professionale)	ricezione del certificato di infortunio emesso dal PS / MMG / INAIL	mancata ricezione del certificato - mancato rispetto del termine delle 48 ore per la trasmissione del certificato di infortunio	MB	no	controllo sulle motivazioni delle assenze	B	
	registrazione dell'assenza come infortunio (se l'inail non riconosce l'infortunio viene modificata in malattia)	mancato / errato caricamento in HR	MB	sì		MB	

	ricezione del questionario per la raccolta dei dati per la denuncia	mancata / errata raccolta dati necessari per la denuncia inail	MB	sì		MB
	trasmissione all'ufficio che segue il recupero crediti (per il personale) per eventuale avvio della procedura di ristoro del periodo di ritardo nella trasmissione del certificato da parte del dipendente	mancato recupero del credito per la parte di mancato rimborso da parte dell'inail per il ritardo della trasmissione	MB	sì		MB
	registrazione nel registro interno degli infortuni	la mancata registrazione di eventi (es. punture da ago) anche di eventi che non implicano infortuni non permette di ricostruire eventuali malattie professionali	MB	no	quadratura con infortuni registrati in inail	B
	caricamento della denuncia di infortunio nel portale inail	errato caricamento dei dati nel portale inail	MB	sì		MB
	caricamento delle successive proroghe (registro interno e HR)	mancato o errato caricamento delle proroghe	MB	sì		MB
	ricezione del prospetto di liquidazione con riscontro al sef per l'incasso	mancato/errato incasso	MB	no	quadratura con registro infortuni interno	B
	denuncia malattia professionale (da qui parte SPP)	mancata denuncia della malattia professionale	MB	sì		MB
gestione borse lavoro sil	ricezione da parte del SIL di 3 file per ciascun distretto, su format concordato che contengono: - dei nuovi utenti che verranno pagati il mese successivo - dell'elenco degli utenti	inserimento di una posizione non autorizzata	M	no	L'operatore dell'ufficio Istituti di Rilevanza Economica della Gestione R.U. verifica che a fronte dell'inserimento di una nuova posizione lavorativa, sia presente un'autorizzazione formale (comunicazione della convenzione stipulata) e che tutti i dati richiesti siano stati forniti	B



	che hanno avuto un progetto nel mese da pagare - dell'elenco degli utenti che hanno avuto proroghe, cessazioni programmate o cessazioni anticipate					
	Per ciascun utente nuovo, ricezione da parte del SIL della scheda anagrafica con IBAN, % di invalidità, detrazioni fiscali sia per i nuovi utenti sia per gli utenti che hanno avuto interruzioni maggiori di 2 mesi e loro inserimenti in sigma, con attribuzione in HR - ente 572 - di una nuova matricola solo per i nuovi utenti che hanno avviato un progetto di inserimento nel mese da pagare	mancato/errato inserimento della scheda anagrafica in sigma che comporta errato pagamento (se IBAN sbagliato), pagamento di IRAP non dovuta o mancato pagamento dell'IRAP se dovuta (se % di invalidità errata)	MA	no	Inserendo i dati del soggetto, il sistema HR Suite verifica che il numero di matricola non sia già stato attribuito. Inserendo i dati del soggetto, il sistema HR Suite verifica che il codice fiscale della nuova matricola non sia uguale a quello di un'altra matricola presente a sistema Sigma attraverso un warning. Inserendo i dati del soggetto, il sistema HR Suite effettua delle verifiche di congruità della composizione del codice fiscale attraverso degli algoritmi di calcolo preimpostati	MB
	inserimento di variazioni (IBAN accredito borsa, altre variazioni anagrafiche)	modifica del conto di accredito non autorizzata	M	no	tutte le variazioni sono trasmesse formalmente dal Servizio che ha stipulato la convenzione (mediante comunicazione scritta siglata dallo stesso) all'operatore dell'ufficio Istituti di Rilevanza Economica della Gestione R.U., che provvede alla modifica a sistema HR Suite di GPI all'archiviazione della documentazione trasmessa	B
	ricezione di 3 file, entro il 10 del mese successivo a quello da pagare: matricola (vuota se non ancora assegnata) data inizio - data fine importo caricamento in	la mancata/errata ricezione dei file (suddivisi per i 3 distretti) comporta il ritardo o il mancato pagamento delle borse agli utenti	M	no	verifica della quadratura tra dati comunicati e elaborazione provvisoria in sigma	B

	procedura ed elaborazione					
	reinvio al SIL della elaborazione provvisoria delle borse da pagare per validazione da parte del servizio	errore nel caricamento manuale degli importi presenti nella lista di trasmissione definitiva	M	no	Il sistema Navision blocca la liquidazione in assenza di quadratura perfetta dei dati tra Sigma e Navision.	B
	elaborazione cumulativa dei pagamenti da effettuare con il giro stipendi	errori nella elaborazione degli stipendi	M	no	Il sistema Navision blocca la liquidazione in assenza di quadratura perfetta dei dati tra Sigma e Navision.	B
	liquidazione delle borse lavoro	liquidazione a non aventi diritto o con frequenza diversa da quella stabilita dal responsabile del servizio inviante	M	no	L'operatore dell'ufficio Istituti di Rilevanza Economica della Gestione R.U., mensilmente verifica la posizione lavorativa dei soggetti con borsa lavoro. Se il rapporto di lavoro è terminato, l'operatore disattiva la posizione lavorativa del soggetto mediante l'indicazione della data di termine del rapporto di lavoro; altrimenti se il rapporto di lavoro è stato prorogato la mantiene aperta.	B
gestione ticket restaurant	ricezione dall'economato delle tessere di ticket restaurant dall'economato	mancato monitoraggio del DHL e perdita delle tessere	B	sì		B
	richiesta di attivazione di una nuova tessera da parte del responsabile del servizio o dell'ufficio assunzioni (matricola, nome e cognome, sede di assegnazione, nr rientri previsti, luogo dove preferisce ritirare il ticket - dg - Pime - cf)	attivazione di una tessera a un dipendente che non ne ha diritto	B	sì		B
	convocazione del dipendente per caricamento dell'importo	se l'importo fosse già precaricato alla consegna, in caso di perdita della tessera l'importo potrebbe essere utilizzato da chiunque	MB	sì		MB
	gestione degli utilizzi quotidiani	il dipendente potrebbe utilizzare la tessera senza rispettare le regole	MB	no	verifica dell'applicazione del regolamento approvato con deliberazione ddg 994/2019	B

		disposte dall'azienda con la delibera 994/2019				
	verifica settimanale sugli importi utilizzati (importi inferiori a 4 buoni) ricarica delle tessere riferite a matricole che hanno maturato il diritto	messa a disposizione di ticket restaurant senza che sia rispettato il regolamento aziendale	MB	no	verifica maturazione del diritto ad avere i ticket	B
	addebito in busta paga dei buoni ricaricati con apposita voce stipendiale mediante download e upload di file	il file scaricato potrebbe essere non corretto o manomesso	MB	no	verifica dell'applicazione del regolamento approvato con deliberazione ddg 994/2019	B
	eventuale blocco tessera	pur non rispettando il regolamento, al dipendente non viene bloccata la tessera	MB	no	verifica dell'applicazione del regolamento approvato con deliberazione ddg 994/2019	B
rimborsi spese missioni	il dipendente carica la richiesta di autorizzazione nell'angolo del dipendente con inoltro al responsabile che autorizza (tutto via angolo del dipendente)	caricamento di una richiesta non motivata	B	no	la richiesta del dipendente viene validata dal responsabile	B
	il dipendente carica la richiesta di rimborso (angolo del dipendente) - km percorsi (al netto dei km fatti per andare alla sede di lavoro)	richiesta di rimborso di un numero di km superiore a quanto effettivamente percorso/da percorrere	M	no	verifica dei km inseriti (da sede municipale a sede municipale)	B
	- se uso di mezzo pubblico, caricamento dell'importo, il dipendente deve trasmettere anche gli originali del biglietto e l'originale dello scontrino del pasto se la missione supera le 8 ore	caricamento di biglietti non inerenti la missione	M	no	verifica dell'arrivo degli originali dei biglietti e degli scontrini prima dell'approvazione	B

	approvazione o rettifica degli importi che entrano direttamente in sigma HR	approvazione di rimborsi non spettanti	M	no	verifica che non si tratti di rimborso di formazione	B
	gestione delle richieste cartacee per gli spostamenti più frequenti	mancato riconoscimento delle missioni rimborsate con documentazione cartacea	M	no	controllo eventuali doppioni: verifica sulle timbrature e viene data comunicazione di eventuali sovrapposizioni	B

P050 – GESTIONE ORARIO DI LAVORO

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Rilevazione presenze - assenze	il singolo dipendente deve registrare le ore di presenza tramite la lettura del badge a terminale	la rilevazione della presenza non è corretta	M	no	a ciascun dipendente è stato consegnato un unico badge personale, in caso di smarrimento il badge sostitutivo viene fatto con un altro numero e il numero precedente viene bloccato. Viene fatto un controllo mensile delle timbrature non assegnate, c'è una stampa di controllo delle timbrature effettuate non assegnate a matricole.	B
	travaso dei dati dai timbratori al sistema HR	a causa di problemi informatici i dati rilevati nei terminali non transitano nel sistema HR	B	sì	ciascun timbratore è in rete (le timbrature vengono salvate su un server) ma ha anche una memoria interna propria, in caso di mancato travaso immediato il servizio per l'informatica è in grado di recuperare i dati non passati in tempo reale	B
	I dipendenti (tramite l'angolo del dipendente) o i responsabili (tramite planner) inseriscono i giustificativi informatizzati relativi alle assenze, possono procedere all'inversione delle timbrature,	validazione di giustificativi non veritieri	B	no	mensilmente viene verificato che non ci siano interventi su sé stesso	B



	all'inserimento delle mancate timbrature, alla causalizzazione delle stesse. qualora inserite dai dipendenti, sono validati dal responsabile (tramite l'angolo del dipendente o tramite planner), l'ufficio presenze - assenze recepisce il tutto					
	ricezione e inserimento dei giustificativi non informatizzati (es. donazioni sangue, elezioni, permessi per cariche pubbliche, scioperi, assemblee sindacali)	errato o mancato inserimento del giustificativo	B	no	L'operatore dell'ufficio area presenze-assenze, per la parte di propria competenza, mensilmente verifica la documentazione a supporto delle assenze da giustificare	B
			B	no	L'operatore dell'ufficio area presenze-assenze mensilmente verifica che l'orario riconosciuto nei cartellini non sia superiore al timbrato e che il riconoscimento venga fatto secondo l'accordo aziendale sull'orario di lavoro (arrotondamento 15 minuti, pausa pranzo, ecc.)	B
abilitazione in Angolo del dipendente	abilitazione del singolo dipendente	mancata abilitazione	B	sì		B
	creazione iter nell'angolo del dipendente	errata/mancata creazione dell'iter, con	M	sì		M
	aggiornamento iter in seguito a comunicazione di cambio reparto o assegnazione di incarico (direttore uoc, coordinamento ecc.)	a causa del mancato/errato aggiornamento dell'angolo del dipendente, le richieste dei dipendenti non possono essere autorizzate da chi di competenza	MB	sì		MB
gestione dei permessi Legge 104	ricezione della documentazione e verifica della sussistenza dei requisiti per il rilascio dell'autorizzazione	mancata ricezione della documentazione	B	no	L'angolo del dipendente riconosce quanto richiesto dal dipendente e autorizzato dal responsabile solo se entro i limiti di diritto. L'ufficio Area presenze-assenze, a fine anno, effettua la stampa di controllo sui residui delle assenze e sul rispetto dei limiti massimi delle stesse	B
	inserimento nei "limiti individuali" del diritto a fruire dei permessi L.104	errato inserimento del diritto a fruire la L.104	B	sì		B

	ricepimento delle richieste di assenza per L 104 dall'angolo del dipendente	validazione di giustificativi non veritieri	B	sì		B
Gestione dei turni di pronta disponibilità	dopo l'iter di concessione della pronta disponibilità, l'area presenze - assenze carica sulla procedura HR il turno di pronta disponibilità del reparto	errato / mancato inserimento del turno di pronta disponibilità	MB	no	il piano di emergenza (programmazione aziendale) deve corrispondere ai turni caricati in HR	B
	per la dirigenza: il reparto mensilmente invia le persone che sono state inserite in turno per la pronta disponibilità e l'area presenze - assenza carica in HR	aumento del costo della pronta disponibilità dovuto alla scorretta gestione dei turni (spezzettamento rispetto alle 12 h previste dal contratto)	M	no	una seconda persona, diversa da chi ha fatto il caricamento, controlla la correttezza del caricamento in HR delle persone autorizzate al turno di pronta disponibilità	B
	per il comparto: i coordinatori inseriscono in planner i turni di pronta disponibilità	aumento del costo della pronta disponibilità dovuto alla scorretta gestione dei turni (spezzettamento rispetto alle 12 h previste dal contratto)	M	no	il piano di emergenza (programmazione aziendale) deve corrispondere ai turni caricati in HR	B
	scarico delle timbrature, che vanno in pagamento se timbratura con causale 1, o recupero ore se causale 9.	(rientra nella fase "travaso dei dati dai timbratori al sistema HR")				
	assenza temporanee: assenze (es. per ferie, permessi o recupero ore) che vengono usate dai coordinatori per la gestione di turni	riconduzione delle assenze temporanee caricate in planner da parte dei coordinatori a vere e proprie assenze con giustificativo inserite nel cartellino di HR	errato / mancato riconoscimento di giustificativi assenze	B	NO	verifica che non ci siano assenze temporanee in Planner entrate in HR, qualora presenti, si convertono nel reale motivo di assenza
autorizzazione degli orari eliminati	il programma propone per ciascun dipendente un orario valido a seconda del turno	il responsabile in fase di autorizzazione dell'eliminato potrebbe inserire un valore sbagliato (in più o in meno)	MB	NO	verifica che l'orario eliminato sia coerente con l'autorizzazione di orario lavorato	B



	<p>inserito. Qualora vi fossero timbrature per un orario eccedente, la differenza va ad alimentare la colonna "eliminato" del cartellino, che, per essere riconosciuta come orario lavorato, deve essere autorizzata dal responsabile</p>					
gestione degli straordinari	<p>L'eccedenza oraria risultante dalle ore effettivamente lavorate dal dipendente può essere convertita in ore di straordinario, utilizzata a 'copertura' di un debito orario o lasciata temporaneamente in sospeso. Per il comparto: entro 60 giorni dalla chiusura del mese il dipendente può far richiesta al proprio responsabile di autorizzazione di messa in pagamento dello straordinario risultante dal cartellino presenze, per un totale di ore mensili, il responsabile autorizza il pagamento entro il limite contrattuale (180 h/annue per persona)</p>	<p>il responsabile potrebbe autorizzare ore in più rispetto a quelle effettivamente timbrate</p>	MB	no	<p>in fase di controllo dell'autorizzato, controllo che l'autorizzato non sia maggiore dell'eliminato, le segnalazioni sono corrette. Il programma, nel momento in cui vengono fatti i travasi, se nel mese precedente sono andate in pagamento, in automatico va in recupero dello straordinario eccedente pagato.</p>	B
	<p>la richiesta autorizzata entra direttamente in procedura</p>	<p>(rientra nella fase "travaso dei dati dai timbratori al sistema HR")</p>				

	per il comparto, ricezione e caricamento delle richieste cartacee riferite a periodi precedenti l'entrata in funzione dell'angolo del dipendente o anteriori ai 60 giorni, per la dirigenza, ricezione e caricamento di tutte le richieste di autorizzazione dello straordinario	errato / mancato caricamento in HR della somma mensile da liquidare (per il comparto), mentre per la dirigenza medica caricamento nel giorno in cui viene effettuata la guardia	MB	no	quando sono stati inseriti tutti i dati, la stampa "travaso voci variabili" viene sputata con tutto il cartaceo a supporto dei dati caricati, in modo da avere la giustificazione di tutto quello che è presente nella stampa con il cartaceo pervenuto	B
	caricamento/manutenzione delle liste di persone in part time o con incarico di funzione sulla base di estrazione dati dall'area economica	errato / mancata manutenzione della lista	MB	no	verifica che non persone titolari di incarico di funzione per un importo superiore ai 3.227,85€/anno che abbiano fatto richiesta di pagamento di straordinario o che persone in part time abbiano fatto richiesta di straordinario oltre i limiti contrattualmente previsti	B
Chiusura dei cartellini a 60 gg su angolo del dipendente e su Planner	verifica che i coordinatori abbiano correttamente autorizzato tutte le richieste	mancata autorizzazione delle richieste da parte del dipendente	B	Si		B
verifica di corretto passaggio delle informazioni tramite il travaso	verifica di quali sono le voci che in fase di passaggio all'economico sono state bloccate dal travaso	errato/mancato pagamento di voci stipendiali	M	no	tramite un'estrazione verifica di quali sono le voci che sono state bloccate e delle relative motivazioni (es. ore di straordinario superiore al massimo contrattuale previsto)	B
	salvataggio generale dei cartellini riferiti al mese andato in pagamento	mancata possibilità di ricostruire le motivazioni che hanno portato alla liquidazione di determinate voci variabili per interventi successivi alla liquidazione	M	no	verifica creazione backup di salvataggio	B

P052 - PRESTAZIONI PER ANZIANI

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Ricezione delle richieste degli utenti e valutazione ai fini dell'aggiornamento della graduatoria	Ricezione richiesta	Smarrimento della richiesta / mancata registrazione	MB	Sì		MB
		Ricevimento di documentazione errata o incompleta o non conforme alla normativa	M	NO	verifica della presenza di tutte la documentazione necessaria al momento della predisposizione del calendario UVMD	B
	Convocazione UVMD, valutazione e compilazione Svama	Mancato rispetto della composizione dell'U.V.M.D.	MB	NO	in fase di caricamento delle valutazioni viene verificata la composizione dell'UVMD	B
		Errata valutazione in UVMD	MB	NO	in fase di caricamento delle valutazioni il gestionale verifica la coerenza dei punteggi assegnati	B
		Condizionamento nei soggetti che effettuano la valutazione al fine di procurare benefici al valutato contrari agli interessi dell'azienda e ledendo i diritti di altri soggetti	M	NO	L'uvmd è sempre composta almeno dal minimo dei professionisti previsti dal regolamento regionale, le singole valutazioni che compongono la svama vengono condivise e riportate nel verbale uvmd	B
		Mancata/ errata/ non tempestiva compilazione della scheda S.Va.M.A. (cartella S.Va.M.A., sociale, sanitaria, cognitiva e funzionale)	M	NO	controllo periodico sulla presenza in graduatori di tutti gli assistiti che hanno presentato la domanda, sollecito della valutazione	B
		Pressioni ai soggetti che predispongono la scheda S.Va.M.A. al fine di compilare la stessa con informazioni non conformi alla realtà al fine di procurare benefici al valutato ledendo i diritti di altri soggetti.	M	NO	L'uvmd è sempre composta almeno dal minimo dei professionisti previsti dal regolamento regionale, le singole valutazioni che compongono la svama vengono condivise e riportate nel verbale uvmd	B
Emissione delle impegnative di residenzialità/ semiresidenzialità	Aggiornamento graduatoria nel RUR	Mancato/ errato/ non tempestivo aggiornamento della graduatoria RUR	M	Sì		M
		Condizionamenti ai soggetti che aggiornano la graduatoria al fine di alterare i dati per procurare benefici al valutato ledendo i diritti di altri soggetti.	M	NO	la graduatoria è output diretto del gestionale (non presente in Asolo)	MB

	Comunicazione dell'esito di valutazione all'utente e a tutti i soggetti interessati	Mancata / errata/ non tempestiva comunicazione degli esiti della valutazione all'utente e a tutti i soggetti interessati	M	NO	Pieve: invio con raccomandata AR Treviso - Asolo da verificare	MB
	Individuazione assegnatario impegnativa	Condizionamenti nell'individuazione dell'utente	MA	NO	verifica coerenza tra utente chiamato e rimanenti in graduatoria	M
	Emissione dell'impegnativa di residenzialità / semiresidenzialità all'utente avente titolo	Emissione dell'impegnativa per un valore diverso rispetto al profilo di gravità accertato in sede di Svama	M	NO	una volta inserita la valutazione il gestionale da il profilo di inserimento	B
		Emissione impegnativa in assenza di disponibilità economica nel fondo specifico	MA	NO	monitoraggio periodico su assegnato ipotesi di avvio nel gestionale del controllo mediante budget	M
	Trasmissione dell'impegnativa di residenzialità / semiresidenzialità a struttura esterna	Trasmissione dell'impegnativa in assenza di autorizzazione per posto non accreditato per il profilo dell'utente (es. posti liberi per 2° livello mentre l'utente ha un IDR per 1° livello)	MB	sì		MB
		Mancata trasmissione dell'impegnativa alla struttura esterna	MB	NO	verifica che tutte le impegnative inviate siano restituite dal cds che accoglie firmate così come previsto dal regolamento regionale	B
		Trasmissione dell'impegnativa a cds diverso rispetto al cds assegnatario (rispetto all'ingresso dell'utente)	MB	NO	verifica che tutte le impegnative inviate siano restituite dal cds che accoglie firmate così come previsto dal regolamento regionale	B
Verifica dell'erogazione del servizio	Controllo restituzione impegnativa di residenzialità / semiresidenzialità con data di ingresso dell'utente nella struttura	Impegnativa di residenzialità/semiresidenzialità restituita errata dalla struttura esterna errata indicazione della data di entrata dell'utente presso la struttura	B	NO	raccolta delle impegnative assegnate per cds, periodicamente viene fatta la verifica delle mancanti	B
Liquidazione delle fatture e invio flusso FAR	Ricezione e controllo dell'elenco assistiti presso la struttura	Errori da parte del soggetto che verifica la correttezza delle fatture al fine di non segnalare eventuali importi superiori rispetto agli importi realmente dovuti	MA	NO	quadratura con i dati caricati nel gestionale nel gestionale SIT del distretto di TV: blocco al 20 del mese successivo della possibilità di registrare le assenze degli utenti da parte delle udo.	MB
	Ricevimento e registrazione dei documenti contabili	Mancata/ errata/ non tempestiva registrazione delle fatture	M	NO	verifica della presenza di tutte le fatture e sollecito delle fatture mancanti	MB



	Controllo e liquidazione fatture delle quote sanitarie e di attività di riabilitazione	Liquidazione delle fatture da parte di personale non autorizzato	M	NO	profilazione utenti navision e crednet	B
		Omissioni nell'attività di controllo fatture al fine di procurare benefici ai centri di servizi a danno dell'azienda	M	NO	spunta dei controlli, richieste di emissione note di credito / debito, ricezione della nota di credito/debito richiesta	B
		Mancata/ errata/ non tempestiva liquidazione delle fatture	MA	NO	gestione delle liste di protocollo in modo da verificare sempre tempestivamente le fatture e poterle liquidare	M
da qui processo: P002 Gestione dei pagamenti						
Liquidazione delle fatture e invio flusso FAR	Predisposizione, controllo e invio alla Regione del flusso FAR	Mancato/ errato/ non tempestivo invio del Flusso FAR	M	NO	verifica del tracciato inviato	MB

P053 - PRESTAZIONI PER LA DISABILITÀ

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Definizione dell'Accordo Contrattuale con l'ente gestore del Centro Diurno, della Comunità Alloggio o della RSA / affidamento tramite gara	Definizione dell'Accordo Contrattuale con l'Ente Gestore del Centro Diurno, della Comunità Alloggio o della RSA.	ente gestore non autorizzato / accreditato o senza i requisiti per poter operare	M	no	in sede di definizione della delibera e dello schema di contratto, viene verificato l'effettivo accreditamento del soggetto, aggiornamento dello scadenziario degli accreditamenti per gli affidamenti tramite gara si fa riferimento al provveditorato	B
	Approvazione delibera per autorizzazioni di spesa - richiesta ampliamento delle autorizzazioni di spesa	se non vi è tempestività nella richiesta dell'autorizzazione di spesa si rischia un ritardo nelle liquidazioni delle fatture	M	no	settimanalmente viene analizzato lo scaduto e viene mandato a tutte le P.O.	MB
Liquidazione delle fatture	Ricevimento e registrazione dei documenti contabili da parte dell'uoc contabilità e bilancio, successivo smistamento interno effettuato dalla segreteria verso gli operatori che sono addetti alla liquidazione	Mancato/ errato/ non tempestivo smistamento delle fatture	M	no	scadenziario delle fatture	B
	Acquisizione del visto da parte dell'UOC Disabilità	Mancata/ errato/non tempestivo visto sulle fatture	MA	no	scadenziario delle fatture	B
	Liquidazione fatture	Mancata/errata/ non tempestiva liquidazione delle fatture	M	no	scadenziario delle fatture - settimanalmente viene analizzato lo scaduto e viene mandato a tutte le P.O.	B
da qui processo: P002 Gestione dei pagamenti						
Gestione fatturazione attiva compartecipazione alla spesa come da regolamento	Raccolta dei dati per trasmissione nota all'utente con importo da versare	Errore materiale nella comunicazione dell'importo	MB	no	verifica su elenchi	B
	Emissione documento contabile (accertamento) per	Mancata emissione documento contabile	MB	no	verifica su elenchi	B

	l'incasso della compartecipazione					
	Verifica del pagamento ed eventuale sollecito	Mancata verifica	MB	no	verifica su elenchi	B
segue le regole: P007 - Fatturazione attiva						
da qui processo: P005 - Regolarizzazione delle entrate						

P054 - PRESTAZIONI DI PSICHIATRIA

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Predisposizione accordi contrattuali con strutture accreditate e deliberazioni annuali attività DSM con impegno di spesa	definizione del contratto con l'ente gestore delle strutture accreditate	venir meno dei requisiti di accreditamento con possibile provvedimento di sospensione dello stesso	M	NO	in sede di definizione della delibera e dello schema di contratto, viene verificato l'effettivo accreditamento del soggetto	B
	Predisposizione deliberazioni annuali attività DSM con impegno di spesa su richiesta del Direttore del DSM	errore materiale nella quantificazione dell'impegno di spesa che comporta un possibile ritardo nel pagamento delle fatture	M	NO	Verifica dell'istruttoria e della relazione presentata dal Direttore del DSM	B
Liquidazione delle fatture	Ricevimento e registrazione dei documenti contabili da parte dell'uoc contabilità e bilancio, successivo smistamento interno effettuato dalla segreteria verso gli operatori che sono addetti alla liquidazione	Mancato/ errato/ non tempestivo smistamento delle fatture	M	NO	scadenziario delle fatture	MB
	Acquisizione del visto da parte del DSM	Mancata/ errato / non tempestivo visto sulle fatture	M	NO	scadenziario delle fatture	MB

	Liquidazione fatture	Mancata/errata/ non tempestiva liquidazione delle fatture	M	NO	scadenziario delle fatture	B
da qui processo: P002 Gestione dei pagamenti						
Gestione fatturazione attiva compartecipazione alla spesa come da regolamento	Raccolta dei dati per trasmissione nota all'utente con importo da versare	Errore materiale nella comunicazione dell'importo	MB	NO	verifica su elenchi	B
	Emissione documento contabile (accertamento) per l'incasso della compartecipazione	Mancata emissione documento contabile	MB	NO	verifica su elenchi	B
	Verifica del pagamento ed eventuale sollecito	Mancata verifica	MB	NO	verifica su elenchi	B
segue le regole: P007 - Fatturazione attiva						
da qui processo: P005 Regolarizzazione delle entrate						

P055 - PRESTAZIONI PER LE DIPENDENZE

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
definizione del contratto con l'ente gestore della comunità terapeutica e relativo impegno di spesa	definizione del contratto con l'ente gestore della comunità terapeutica (di norma triennale, non presente per gli extraregione), e delibera annuale per impegno di spesa per comunità terapeutiche ulss, extra ulss ed extraregione	ente gestore non autorizzato / accreditato o senza i requisiti per poter operare	M	no	in sede di definizione della delibera e dello schema di contratto, viene verificato l'effettivo accreditamento del soggetto, aggiornamento dello scadenziario degli accreditamenti	B

Liquidazione delle fatture	Ricevimento e registrazione dei documenti contabili	Mancata/ errata/ non tempestiva registrazione delle fatture	M		scadenziario delle fatture	B
	Acquisizione del visto da parte del Serd inviante	Mancata/ non tempestivo visto sulle fatture	MA		scadenziario delle fatture	B
	Liquidazione fatture	Mancata/errata/ non tempestiva liquidazione delle fatture	M		scadenziario delle fatture	B
da qui processo: P002 Gestione dei pagamenti						
Emissione fattura attiva trimestrale per ospiti extraulss	Scarico da Geky degli importi da fatturare alle ulss di provenienza degli ospiti inseriti in strutture ulss e valutazione dell'iva da applicare	errore materiale nello scarico dei dati da Geky	MB	sì		MB
		errore materiale nella valutazione dell'iva da applicare	MB	no	controllo di coerenza tra forma giuridica della struttura ospitante e iva da applicare	B
	comunicazione trimestrale all'uoc contabilità e bilancio degli importi delle fatture da emettere (elenco delle aziende ulss e importi da addebitare)	errata mancata/non tempestiva comunicazione	MB	sì		MB
segue le regole: P007 - Fatturazione attiva						
da qui processo: P005 Regolarizzazione delle entrate						

P060 - FORMAZIONE INTERNA DEL PERSONALE

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Predisposizione piano formativo - macroprogettazione	-richiesta fabbisogno dalle diverse UO; - ricevuta autorizzazione da parte del direttore di	Indicazioni al dirigente per l'attivazione di corsi non coerenti con gli obiettivi aziendali o al di fuori	B	no	Esistenza di una procedura per la redazione del piano Ai responsabili e coordinatori di u.o. vengono date indicazioni sugli elementi da considerare per la corretta analisi dei bisogni, unitamente ad una scheda di	B

	<p>struttura;</p> <ul style="list-style-type: none"> - valutazione delle proposte da parte del comitato scientifico; -verifica fabbisogni analoghi nelle diverse UO; -gestione delle proposte fuori piano; - approvazione direzione strategica 	del piano formativo o al di fuori del regolamento aziendale			<p>supporto. Inoltre, il requisito di accreditamento della struttura - legge 22 - GEN SAN AC. 414.7 prevede "forme di coinvolgimento degli operatori nella programmazione delle attività formative". La uosd formazione ha dato indicazioni in merito segnalando la necessità della evidenza.</p> <p>Previsione di più livelli di autorizzazione: le proposte formative raccolte dalla analisi dei bisogni delle u.o. vengono inviate alla valutazione dei direttori di struttura (dipartimento di prevenzione, ospedale, territorio, servizio professioni sanitarie). Le sole proposte ritenute idonee vengono valutate dal comitato scientifico. Le sole proposte approvate dal comitato vengono sottoposte alla direzione aziendale per l'adozione della delibera del Piano formativo</p> <p>Le proposte fuori piano formativo prevedono la valutazione del direttore di u.o. di dipartimento, di struttura, quella del coordinatore del comitato scientifico e della direzione</p>	
Microprogettazione attività	<ul style="list-style-type: none"> - individuazione docente e compensi; - definizione dei contenuti del corso nel dettaglio, del compenso, della prova finale - gestione segreteria organizzativa e iscrizione 	<p>Indicazioni al dirigente affinché scelga un fornitore (ente formatore/ dipendente) senza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il rispetto di criteri di valutazione oggettivi; - il rispetto dei parametri/ obiettivi economici aziendali definiti dal regolamento/procedura 	MA	no	<p>Esistenza di una procedura per la microprogettazione che comprende anche i limiti di spesa aziendali definiti.</p> <p>Esistenza di una modulistica standardizzata che riporta i costi totali del progetto e le caratteristiche dello stesso in termini di durata, attività, materiale didattico, questionari etc. Il progetto deve essere approvato preventivamente dal direttore di uo proponente, dal direttore di dipartimento e dal direttore di struttura e dal direttore della uosd formazione. Le modifiche successive al progetto, in termini economici, sono tracciate. Sono presenti quindi diversi livelli autorizzativi.</p> <p>Il direttore di uo individua i docenti interni ed esterni, sulla base del curriculum professionale e della esperienza.</p> <p>Gli incarichi alle ditte per importi superiori ai 15.000,00 € è prevista la richiesta di più preventivi. Gli incarichi oltre i 40.000,00 vengono affidati a seguito procedura di gara da parte del provveditorato</p>	B
		Parcellizzazione degli incarichi al fine di non superare il limite di 40000	MA	no	Esistenza elenco incarichi per il controllo del limite dei 40.000,00 €	B

		euro nell'anno, oltre al quale dovrebbe essere effettuata una gara				
Erogazione della formazione	<ul style="list-style-type: none"> - rilevazione presenze docenti e discenti - gestione organizzativa aula - controllo, in base alle norme ecm, della congruità del corso erogato rispetto alla progettazione 	Perdita di fogli firme con conseguente difficoltà di rendicontare il corso	MB	no	vengono date indicazioni precise alle segreterie organizzative tramite lettera a protocollo interno. Le criticità evidenziate vengono risolte con incontri ad hoc	B
		Firme di presenza non congruenti con gli orari effettiva partecipazione al corso	MA	no	gli orari di presenza vengono caricati mediante file massivo dalle risorse umane. Esiste un sistema di segnalazione delle incongruenze in prospettiva previsto un collegamento diretto al cartellino orario integrazione tra il gestionale sigma e tom (cod. 90)	B
		non congruenza della erogazione con la progettazione e conseguente violazione della normativa in vigore per i corsi ecm	M	no	viene inviata una lettera ai responsabili scientifici ed alla segreteria organizzativa con il riepilogo dei requisiti oggetto di controllo	B
Liquidazione del compenso al docente / ente formatore	<ul style="list-style-type: none"> -raccolta e verifica documentazione del corso -liquidazione compenso 	Liquidazione di compensi per corsi non erogati / non autorizzati	MA	no	esistenza della modulistica di progettazione e della evidenza delle variazioni economiche successive Esistenza lettera di incarico al docente/ditta riportante il compenso pattuito Esistenza di fogli firma docenti la liquidazione delle competenze avviene dopo la verifica della sopracitata documentazione	B
		Liquidazione di compensi ai formatori diversi da quelli stabiliti o di rimborsi per spese non documentate	M	no	la liquidazione delle competenze avviene dopo la verifica della presenza della documentazione e la notula viene registrata dal sef	B

P061 - GESTIONE INVIO DIPENDENTI A CORSI SPONSORIZZATI

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Avvio istruttoria e individuazione partecipante	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicazione disponibilità a sponsorizzare da parte della ditta - Invio richiesta di designazione del partecipante al resp. UO/dipartimento/struttura individuata - Individuazione partecipante da parte del resp. UO/direttore dipartimento/struttura 	Frequenza a corsi sponsorizzati in cambio di prescrizione farmaci o acquisto attrezzature	MA	no	Analisi dei dati di prescrizione e/o acquisto attrezzature del singolo sanitario che partecipa a corsi sponsorizzati	B
		Mancato criterio della rotazione del personale che partecipa ai corsi sponsorizzati	M	no	Limite massimo annuale di 2 partecipazioni a corsi sponsorizzati per dipendente, con una stessa ditta, come previsto dal regolamento aziendale (delibera 1230 del 19/07/2018); adozione di un provvedimento autorizzativo della direzione per l'autorizzazione alla partecipazione a corsi sponsorizzati	B
		Presenza di situazioni di conflitto di interesse per il direttore di UO o il dipendente individuato	M	no	In base al regolamento aziendale (delibera 1230 del 19/07/2018) è previsto che il direttore di UO ed il dipendente che partecipa ai corsi sponsorizzati attestino l'assenza di conflitto di interessi con apposita dichiarazione che viene conservata agli atti dalla uosd formazione	B
Identificazione partecipante e comunicazione alla ditta	Designazione responsabili di struttura tecnico-funzionale comunicazione designazione alla ditta	La nomina viene effettuata senza il rispetto delle procedure previste dal regolamento	M	no	Verifica della presenza della firma del responsabile di struttura tecnico funzionale di riferimento	B

P063 - GESTIONE DEI SINISTRI E GESTIONE DIRETTA DELL'AUTOASSICURAZIONE

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Attività preliminare	(Ufficio Protocollo) acquisita /ricevuta la RICHIESTA RISARCIMENTO DANNI/segnalazione la assegna all'UOC Affari generali	errata assegnazione del protocollo	B	si		B
	verificare effettiva legittimazione (attiva del denunciante, passiva dell'azienda) ed eventuale prescrizione diritto al risarcimento	presa in carico e denuncia di un sinistro non di competenza dell'azienda o per il quale è maturata la prescrizione	M	no	l'ufficio verifica la competenza dell'azienda e l'eventuale prescrizione della richiesta	B
	comunicare al denunciante carenza di legittimazione (attiva o passiva) o l'intervenuta prescrizione del diritto, chiudere il procedimento ed archiviare documentazione	a fronte del mancato riscontro alla sua richiesta il denunciante promuove un'azione giudiziale per riconoscere un diritto inesistente	MB	si		MB
Apertura sinistro	verificare se sussiste (o meno) copertura assicurativa ed i limiti di questa (SIR, franchigia)	gestione diretta di un sinistro che (invece) è sopra SIR	MB	no	l'ufficio verifica se il sinistro rientra o meno tra i casi da gestire direttamente	B

Apertura sinistro	aprire sinistro e caricare dati in GSRC con attribuzione codice identificativo regionale ed attribuzione PRIMA STIMA sinistro (ai sensi della nota prot.n.45639/2017)	errore o mancanza?	B	si		B
	comunicare/trasmettere all'Ufficio Unico Sinistri la Richiesta di Risarcimento Danni	errore o mancanza?	B	si		B
	comunicare apertura sinistro al denunciante e chiedere a questi mandato, privacy, documentazione integrativa ed eventuali precisazioni	a fronte del mancato riscontro alla sua richiesta il denunciante promuove un'azione giudiziale per riconoscere un diritto inesistente	MB	si		MB
Istruttoria	richiedere agli uffici competenti (Direzione Medica di Ospedale, Risk Manager, ecc.) di acquisire e trasmettere tutta la documentazione sanitaria (cartelle cliniche, relazioni personale sanitario coinvolto, ecc.) necessaria e/o utile per gestire il sinistro	mancata/errata o ritardata richiesta	B	si		B
	richiedere a (Risk Manager / Direzione Medica Ospedale distretto Pieve di Soligo) di individuare gli Esercenti Professioni Sanitarie (EPS) coinvolti nel sinistro (se è urgente	mancata/errata o ritardata richiesta	B	si		B



	altrimenti provvederà il CVS)					
Istruttoria	caricare in GSRC tutta la documentazione acquista (dal denunciante e comunicare all'UUS la chiusura dell'istruttoria	mancata/errato/ritardato caricamento	B	si		B
Gestione sinistro	acquisire da CVS parere su definizione sinistro (rigetto o avvio trattative ed importo massimo entro il quale trattare)	mancata acquisizione del parere	B	si		B
	predisporre provvedimento approvazione/ NON approvazione da parte del DG del parere del CVS		B	si		B
	comunicare a controparte rigetto sinistro, in GSRC aggiornare i dati ed azzerare riserve (o mettere il diverso importo indicato dal CVS), chiudere il sinistro ed archiviare la documentazione	il denunciante, a fronte del mancato riscontro alla sua richiesta, promuove un'azione giudiziale per riconoscere un diritto inesistente		M	no	l'ufficio verifica l'adozione del provvedimento del DG (che prende atto parere CVS) e comunica al denunciante la reiezione del sinistro



Gestione sinistro	comunicare ad UUS autorizzazione ad avviare trattative con denunciante	se manca la comunicazione che cosa succede?	B	si		B
	fare agli Esercenti Professioni Sanitarie (EPS) individuati dal CVS la comunicazione prevista dall'art.13 della legge n.24/2017	se manca la comunicazione che cosa succede?	B	si		B
	ricevuta da UUS comunicazione dell'esito negativo delle trattative, in GSRC aggiornare i dati comprese le riserve, chiudere il sinistro ed archiviare la documentazione		B	si		B
Liquidazione sinistro	acquisire originale della quietanza (predisposta da UUS e sottoscritta dal denunciante) di definizione del giudizio e della relativa somma da erogare	se non ho l'originale non posso pagare?	B	si		B
	predisporre provvedimento con il quale il DG autorizza la liquidazione sinistro	se non predispongo la delibera non posso pagare?	B	si		B



Liquidazione sinistro	chiedere al bilancio "apertura nuovo codice fornitore e relativa lista di trasmissione" e provvedere agli adempimenti necessari per la liquidazione utilizzando il programma Navision	pagamento delle somme dovute a persona diversa dall'avente diritto	M	no	segregazione delle attività (anche in Navision) non solo tra operatori afferenti ad unità operative diverse (UOC contabilità e bilancio - UOC affari generali) ma anche all'interno della stessa UOC affari generali ("segreteria - verificatore - responsabile")	B
Comunicazioni e adempimenti successivi alla liquidazione del sinistro	in GSRC chiudere sinistro, azzerare riserve ed archiviare fascicolo	chiusura di un sinistro prima che sia stato effettivamente liquidato	MB	no	verifica CRO Bonifico con UOC contabilità e bilancio PRIMA di chiudere il sinistro	B
	SEMESTRALMENTE fare alla Corte dei Conti la comunicazione dei sinistri liquidati (di importo superiore ai 5.000,00€ ovvero, tra i 1.001,00 € ed i 5.000,00 € se ravvisati profili di responsabilità per colpa grave degli EPS)	errata o mancata comunicazione	B	si		B

P064 - GESTIONE DEL CONTENZIOSO

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Attività preliminare	ACCETTAZIONE NOTIFICA ATTO GIUDIZIARIO	ricezione/presa in carico di un atto giudiziario notificato all'azienda in luogo diverso dalla Sede Legale dell'Ente	M	no	comunicazione scritta al personale addetto alle portinerie delle sedi periferiche (ed in particolare dei luoghi ove avevano sede le disattivate ULSS 7 e ULSS 8) che documenta/giustifica l'irregolarità delle notifiche di atti giudiziari effettuate in luogo diverso dalla sede legale dell'ente	B
	(Ufficio Protocollo) acquisito /ricevuto l'ATTO GIUDIZIARIO regolarmente notificato, lo assegna all'UOC Affari generali	errata assegnazione del protocollo	B	si		B
	verificare se sussiste (o meno) copertura assicurativa ed i limiti di questa (SIR, franchigia)	l'azienda fa fronte direttamente delle spese di una causa che sarebbero invece a carico di un'assicurazione	M	no	l'ufficio verifica che effettivamente non vi sia una copertura assicurativa con riferimento alla causa promossa	B
Scelta legale	individuare il legale cui (eventualmente) conferire l'incarico	l'azienda nella scelta del legale non rispetta il criterio dell'equa ripartizione degli incarichi (suggerito dalle linee guida ANAC)	MA	no	consultato il file "incarichi conferiti" salvato in cartella condivisa che documenta tutti gli incarichi conferiti (con relativo importo e se scelti dall'azienda e/o da una assicurazione) dall'ULSS 2 nel corso dell'anno	MB



Scelta legale	trasmettere al legale individuato l'atto notificato all'azienda e chiedere a questi un preventivo (in base ai minimi tariffari)	richiesta, in corso di causa, da parte dell'avvocato di un compenso superiore ai minimi tariffari (o comunque eccessivo) senza una documentata giustificazione (es sopravvenuta complessità della causa) da parte di questi	MA	no	verificare che il preventivo inviato sia conforme ai minimi tariffari utilizzando il relativo file in cartella condivisa (o strumento analogo)	MB
	chiedere al legale individuato curriculum vitae	conferire l'incarico ad un avvocato che non sia in possesso della documentata competenza necessaria in relazione alla complessità del caso	MA	no	acquisire il curriculum vitae e verificare la coerenza tra l'esperienza da questo documentata e l'incarico da conferire	MB
	chiedere al legale individuato dichiarazione sostitutiva atto notorietà "assenza incompatibilità"	conferire l'incarico ad un avvocato che sia in conflitto di interessi e/o in situazione di incompatibilità con l'azienda	MA	no	acquisita la dichiarazione sostitutiva, verificare che da quanto in questa dichiarato non emergano situazioni di incompatibilità e/o conflitto di interessi con l'azienda	MB
Gestione causa	monitoraggio delle scadenze ed esame della documentazione depositata in causa	non produrre/fornire la documentazione e/o le informazioni al nostro legale tempestivamente (e comunque entro i termini previsti a pena di decadenza)	MA	no	tutte le comunicazioni inerenti la causa trasmesse dall'avvocato vengono protocollate ed assegnate al Responsabile dell'istruttoria che provvede a "monitorare" gli adempimenti	B
	aggiornare gli accantonamenti per cause civili ed oneri processuali (PBA020) e per contenzioso personale dipendente (PBA030)	le somme accantonate dall'azienda non sono congrue rispetto a quanto potrebbe dover sborsare in caso di soccombenza nella causa	MA	no	annualmente viene richiesto al legale di comunicare lo stato dell'arte della causa e la probabilità o meno di soccombenza	B

Conclusioni causa	pagare a controparte quanto dovuto in caso di soccombenza	non pagare tempestivamente e spontaneamente quanto dovuto	MA	no	quando arriva la comunicazione da parte dell'avvocato del (definitivo) esito sfavorevole della causa viene predisposta la delibera che autorizza il pagamento di quanto dovuto e si procede con i conseguenti adempimenti	B
-------------------	-----------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------	----	----	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---

P071 - GESTIONE DELLE RICERCHE SANITARIE FINALIZZATE E PROGETTI DI RICERCA (ESCLUSO LE RICERCHE CLINICHE)

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Presentazione del progetto da parte del Responsabile di progetto	Presentazione del progetto da parte del Responsabile di progetto	Il finanziatore induce il Responsabile di progetto a presentare e finanziare un progetto al fine di ottenere dei vantaggi economici / non economici	M	no	il CdG provvede a una valutazione di possibili conflitti di interesse in caso di sponsorizzazioni da privati profit	MB
		Il Responsabile di Progetto porta il finanziatore a finanziare un progetto in cambio di vantaggi economici / non economici	MA	no	il CdG provvede a una valutazione di possibili conflitti di interesse in caso di sponsorizzazioni da privati profit	M
Valutazione del progetto	Valutazione e approvazione del progetto	Nel caso in cui il progetto non sia stato presentato in risposta a un bando, il Responsabile di Progetto potrebbe indurre i soggetti valutatori alla positiva valutazione del progetto	M	no	Per i progetti a bando, il rischio è azzerato dalla presenza di una procedura di valutazione esterna, con criteri già individuati a priori ed esplicitati nel bando. Per i progetti non a bando si propone che la valutazione sia effettuata dalla Direzione Strategica sulla base di una griglia predisposta dal CdG che evidenzia per ogni proposta coerenza con obiettivi aziendali, applicabilità e sostenibilità	B
		Progetto non viene sottoposto alla valutazione da parte del Comitato Etico, nonostante presenti le caratteristiche di studio clinico	M	no	Il Nucleo di Ricerca Clinica, preventivamente all'approvazione del progetto finanziato, effettua un controllo al fine di verificare se lo stesso deve essere sottoposto all'iter di valutazione e approvazione da parte del Comitato Etico	B

Avvio del progetto	Avvio del progetto: Acquisizione di beni/servizi per il progetto	Il Responsabile di Progetto potrebbe acquisire beni/servizi diversi da quanto programmato	MB	no	Il CdG, in sede di ricezione della richiesta, verifica la coerenza tra quanto programmato e quanto richiesto. Eventuali variazioni delle voci di spesa devono essere notificate al finanziatore per eventuale approvazione (scostamenti significativi)	B
		Pressioni al Responsabile di Progetto per fornire informazioni all'acquisto beni e servizi da un particolare fornitore	M	no	Il CdG verifica che la richiesta di beni e servizi (specifiche tecniche o requisiti necessari) sia formulata dal Responsabile Progetto in modo puntuale, senza identificare uno specifico fornitore, ad eccezione dei casi in cui beni e servizi abbiano carattere di esclusività. La richiesta viene poi inoltrata ai Servizi competenti che si occupano degli step necessari all'acquisizione	B
	Avvio del progetto: Acquisizione di risorse umane per il progetto	Pressioni al Responsabile di Progetto per fornire informazioni all'acquisizione di risorse umane diverse da quelle programmate (profilo)	MB	no	L'Ufficio Progetti Finanziati verifica la coerenza tra quanto programmato e quanto richiesto da parte del Responsabile di Progetto. Per quanto riguarda i finanziamenti a bando il rispetto delle voci di spesa è più stringente. Inoltre l'Ufficio Progetti Finanziati propone il progetto solo nel caso in cui siano identificate in modo univoco le risorse e le relative caratteristiche. Eventuali variazioni delle percentuali di voci di spesa devono essere notificate al finanziatore per l'eventuale approvazione (scostamenti significativi). L'Ufficio Progetti Finanziati, in sede di monitoraggio del progetto, verifica che le risorse richieste (beni/servizi/umane) corrispondano a quelle approvate nel piano di spesa iniziale e riportate nel file excel di monitoraggio	B
		Pressioni al Responsabile di Progetto per definire un compenso maggiore per il personale dedicato al progetto	M	no	L'Ufficio Progetti Finanziati verifica la coerenza tra quanto definito dal Responsabile di Progetto per il personale dedicato, rispetto al compenso medio percepito dal personale dipendente per la stessa qualifica professionale (anche mediante confronto con Servizio Personale). In caso di scostamenti elevati viene richiesta la revisione del compenso	B
		Pressioni al Responsabile di Progetto per favorire l'assunzione di determinate risorse esterne	MB	no	Il CdG verifica la coerenza tra la qualifica ed esperienza professionale richiesti dal Responsabile di progetto, rispetto agli obiettivi e alle attività previste dallo stesso. Si verifica altresì che tali specifiche siano idonee alle procedure regolamentate dalla UOC Gestione Risorse Umane per l'avviso pubblico di selezione avviato e gestito dalla succitata UOC	B

Monitoraggio del progetto con eventuale invio rendicontazioni periodiche	verifica SAL e invio rendicontazione periodica (se necessaria)	Pressioni al Responsabile di Progetto per presentare stati di avanzamento non corrispondenti a quanto realizzato effettivamente	M	no	Il CdG verifica la coerenza tra quanto dichiarato e l'utilizzo delle risorse registrate nei propri file xls di monitoraggio. Sono previsti SAL periodici di monitoraggio. Successivamente, il finanziatore verifica la relazione dello stato di avanzamento e può chiedere chiarimenti o effettuare controlli sullo svolgimento dell'attività	MB
	autorizzazione e verifica per il pagamento del personale esterno	Viene autorizzato il pagamento al personale partecipante, di prestazioni non effettuate, non coerenti o superiori a quanto previsto	M	no	Il CdG mensilmente verifica per i soggetti esterni: - il rispetto dei compensi massimi stabiliti inizialmente dal progetto, - la coerenza tra l'importo fatturato dal soggetto esterno e il periodo oggetto di fatturazione, e rispetto alle attività fatturate, - la presenza della sigla del Responsabile di progetto ad attestazione dell'attività svolta	B
	autorizzazione e verifica per il pagamento del personale interno	Viene autorizzato il pagamento al personale partecipante, di prestazioni non effettuate, non coerenti o superiori a quanto previsto	M	no	L'Ufficio Progetti Finanziati periodicamente (intermedia e/o finale) verifica per i soggetti interni: - la richiesta da parte del responsabile,- il rispetto delle ore stabilite inizialmente dal progetto,- la presenza delle ore causalizzate o in eccedenza oraria (verificate dal Servizio Personale), - l'eventuale validazione della Direzione Strategica ove necessario. Il rischio è mitigato dalla segregazione delle funzioni tra chi valida l'attività e chi effettua i pagamenti (Servizio Personale)	B
		Viene autorizzato il pagamento al personale interno di prestazioni svolte in orario istituzionale (specifico per progetti obiettivo)	M	no	Il Servizio Personale verifica per i soggetti interni, la presenza delle ore causalizzate o in eccedenza oraria	B
	autorizzazione e verifica per il pagamento di servizi/attività	Viene autorizzato il pagamento di servizi / attività non effettuate o superiori a quanto autorizzato inizialmente	M	no	Ad ogni tranches di pagamento, il CdG verifica per i servizi il rispetto dei compensi massimi stabiliti, coerenza tra importo fatturato e attività dichiarate, periodo oggetto di fatturazione, presenza sigla del Responsabile di progetto nella relazione di attività svolta. Eventuali aumenti di importo devono essere richiesti e motivati al CdG, ai fini di permettere verifica su disponibilità economica, e successivamente vengono trasmessi ai Servizi che si occupano di ordini e fatture per l'estensione del contratto nei limiti stabiliti dal Regolamento aziendale in vigore. Il rischio è mitigato dalla segregazione delle funzioni tra chi valida l'attività e chi effettua i pagamenti	B

Conclusione del progetto con relazione finale e diffusione dei risultati del progetto	Conclusione del progetto con relazione finale e diffusione dei risultati del progetto	Il Responsabile di Progetto redige una relazione finale riportante risultati non corrispondenti a quanto realizzato effettivamente	M	no	Il CdG verifica la coerenza tra quanto dichiarato e l'utilizzo delle risorse registrate nei propri file xls di monitoraggio. Sono previsti SAL periodici di monitoraggio. Successivamente, il finanziatore verifica la relazione dello stato di avanzamento e può chiedere chiarimenti o effettuare controlli sullo svolgimento dell'attività.	B
		Il Responsabile di Progetto potrebbe non richiedere nei termini previsti la proroga del progetto	MB	no	I SAL periodici assieme al Responsabile Scientifico permettono di monitorare l'andamento delle attività progettuali, e di individuare tempestivamente eventuali rallentamenti o difficoltà nel raggiungimento degli obiettivi nei termini inizialmente previsti. Ciò permette di valutare e attivare la procedura di proroga rispettando le tempistiche stabilite dall'ente finanziatore.	B
		Pressioni al Responsabile di Progetto per rifinanziare il progetto oltre l'importo definito inizialmente	MB	no	La richiesta motivata di rifinanziare il progetto deve essere inoltrata al CdG che verifica la disponibilità economica residua. La ripianificazione del progetto deve essere successivamente autorizzata dall'ente finanziatore. Tutti i rifinanziamenti sono infine autorizzati con DDG.	B

P072 - GESTIONE DELLE SPERIMENTAZIONI E RICERCHE CLINICHE (PROFIT E NO PROFIT)

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Richiesta di sperimentazione e valutazione della stessa da parte del Comitato etico (CESC)	Proposta di conduzione di studio al Principal Investigator da parte del Promotore	A causa di scarsa conoscenza di normativa e procedure aziendali, lo sperimentatore effettua raccolte dati senza autorizzazione	M	no	l'azienda prevede dei piani di attività formativa (come da piano formativo aziendale 2020) finalizzati alla conoscenza della normativa vigente e delle GCP (Good Clinical Practice), per un corretto avvio e una adeguata gestione degli studi clinici	B
	Valutazione CESC (Comitato Etico per la Sperimentazione clinica)	A causa di pressioni da parte dello sperimentatore/ promotore ai componenti del Comitato Etico si	M	no	La quota paziente viene analizzata rispetto al valore delle prestazioni da tariffario SSN e al volume di attività previste dallo studio in rapporto all'attività istituzionale	B

		potrebbe avallare una quota paziente diversa (eccessiva/bassa) rispetto al livello di mercato e al volume di attività previste dallo studio in rapporto all'attività istituzionale			dal Nucleo di Ricerca Clinica composto da circa 5 persone (nella fase istruttoria, prima della sottomissione dello studio al Comitato Etico), e viene valutata dal Comitato etico composto da 24 membri, che garantiscono una oggettività di valutazione	
		I componenti del Comitato etico potrebbero avallare una classificazione scorretta della sperimentazione (osservazionale/interventistico, profit/no profit), a causa di pressioni da parte dello sperimentatore/Promotore/Sponsor	M	no	La sperimentazione, e relativa classificazione, viene analizzata rispetto alla normativa vigente dal Nucleo di Ricerca Clinica composto da circa 5 persone (nella fase istruttoria, prima della sottomissione dello studio al Comitato Etico), e viene valutata dal Comitato Etico composto da 24 membri, che garantiscono una oggettività di valutazione	B
		A causa di pressioni ai componenti del Comitato Etico, da parte del Promotore, si potrebbe effettuare una valutazione non oggettiva al fine dell'approvazione di uno studio potenzialmente rischioso per i pazienti	MA	no	La sperimentazione viene analizzata dal Nucleo di Ricerca Clinica composto da circa 5 persone (nella fase istruttoria, prima della sottomissione dello studio al Comitato Etico) e viene valutata, rispetto ai criteri previsti dalla normativa e dal Regolamento del CESC, dal Comitato Etico composto da 24 membri, che garantiscono una oggettività di valutazione. Per la validazione è previsto un numero legale di componenti. E' prevista da Regolamento CESC una dichiarazione di compatibilità, in cui il componente del Comitato dichiara di: - non avere partecipazioni finanziarie in un'impresa del settore farmaceutico/sanitario o in imprese collegate, - non essere dipendente di un'altra impresa del settore farmaceutico/sanitario - non essere già componente di 3 comitati etici, - non partecipare alle valutazioni, votazioni, pareri sulle sperimentazioni per le quali può avere conflitti d'interesse (qualora abbia partecipato alla progettazione, allo studio e allo sviluppo della ricerca in esame o qualora venga coinvolto nella esecuzione o direzione delle ricerca stessa o che, comunque, abbia rapporti di dipendenza con lo sperimentatore o con il promotore/sponsor dello studio o rapporti di consulenza con l'azienda che produce o commercializza il farmaci, il dispositivo medico o il prodotto alimentare oggetto dello studio).	B

Individuazione dei pazienti arruolabili		A causa di pressioni allo sperimentatore, da parte del paziente, si potrebbe arruolare un paziente che riceverebbe la cura sperimentale pur non avendo i requisiti necessari per rientrare nello studio	MA	no	<p>Il monitor del Promotore/CRO Contract Research Organisation (ove presente) verifica il rispetto dei criteri di inclusione.</p> <p>Ulteriori controlli sul rispetto dei criteri di inclusione sono svolti dal data manager inserito all'interno dell'UO.</p> <p>L'Azienda ha adottato il "Codice di comportamento dei dipendenti dell'Azienda Ulss 2"</p> <p>I dipendenti sono, inoltre, tenuti al rispetto del Codice deontologico in funzione della propria professione.</p> <p>L'Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana, con DDG (Deliberazione Direttore Generale) n. 1222 del 19/07/2018 ha avviato il Progetto CTQT/CTO (Clinical Trial quality Team/Clinical Trial Office) con lo scopo di standardizzare e regolamentare la gestione degli studi clinici in accordo con la normativa vigente e di prossima attivazione, di garantire supporto uniforme a tutte le UU.OO. (Unità Operative) impegnate in ricerca, di implementare le attività di ricerca clinica profit e no profit (con particolare attenzione agli studi con farmaci innovativi).</p> <p>Fra le mansioni dei data manager è inclusa l'attivazione su un campione di studi (scelti sulla base dei criteri definiti) delle visite periodiche di monitoraggio on site, volte a monitorare il corretto arruolamento dei pazienti.</p> <p>L'azienda prevede dei piani di attività formativa (come da piano formativo aziendale 2020) finalizzati alla conoscenza della normativa vigente e delle GCP (Good Clinical Practice), per un corretto avvio e una adeguata gestione degli studi clinici</p>	MB
		Il paziente potrebbe venire arruolato nella sperimentazione in cambio della corresponsione di rimborsi (negli studi che lo prevedono)	MA	no	<p>L'ufficio competente del promotore/CRO segnala al personale dell'ufficio STS/NRC la quota da riconoscere al centro sperimentale sulla base delle verifiche eseguite in fase di monitoraggio dal monitor di studio.</p> <p>L'ufficio STS/NRC verifica che le richieste di rimborso siano pertinenti con la sperimentazione e corrispondenti a quanto dichiarato nel modulo di fattibilità e nel contratto</p>	MB

Avvio e monitoraggio del processo di sperimentazione		A causa di pressioni agli uffici STS/NRC (Nucleo Ricerca Clinica), da parte del Promotore, l'attività contabile relativa agli studi potrebbe non venire avviata o essere interrotta	MA	no	<p>Lo sperimentatore periodicamente chiede agli uffici STS e NRC notizie relative ai pagamenti delle quote pazienti derivanti da studi for profit o dei contributi derivanti da studi no profit.</p> <p>Gli uffici STS e NRC dispongono di più persone che svolgono l'attività contabile, le quali periodicamente controllano - nel database aziendale degli studi clinici (FmP) e/o nella piattaforma informatica regionale - che per gli studi for profit e no profit con contributi siano registrate le emissioni di fatture.</p> <p>Gli uffici STS e NRC procedono all'analisi della documentazione relativa a ciascuno studio per il quale non risultano fatture nell'ultimo periodo di riferimento o non risultano pagate le fatture alla scadenza, per verifica delle motivazioni.</p> <p>Il Responsabile STS/Referente NRC o un suo delegato controlla periodicamente i report ricavati da FmP, relativi all'emissione di fatture, e le richieste inviate ai promotori (mail) di procedere con l'attività contabile in caso di mancata fatturazione o di ritardo nei pagamenti</p>	MB
Conclusione del processo di sperimentazione		A causa di pressioni allo sperimentatore, da parte del Promotore, si potrebbe avere una formulazione distorta di dati finalizzati all'esito della ricerca	MA	no	<p>Gli studi clinici più rilevanti (in particolare le sperimentazioni con farmaco o dispositivo) sono multicentrici: alterare gli esiti della ricerca richiede pressioni rivolte a tutti i centri coinvolti o la maggior parte, ipotesi difficilmente realizzabile.</p> <p>Il monitor del Promotore/CRO (ove presente) verifica il rispetto dei criteri di inclusione previsti dal protocollo di studio.</p> <p>Nei reparti con maggiore volume di attività di ricerca è prevista la presenza di data manager, che verifica l'esito della ricerca</p>	B
		A causa di pressioni al data manager, da parte del Promotore, si potrebbe avere una formulazione distorta di dati finalizzati all'esito della ricerca	MA	no	<p>Gli studi clinici più rilevanti (in particolare le sperimentazioni con farmaco o dispositivo) sono multicentrici: alterare gli esiti della ricerca richiede pressioni rivolte a tutti i centri coinvolti o la maggior parte, ipotesi difficilmente realizzabile.</p> <p>Il monitor del Promotore/CRO (ove presente) verifica il rispetto dei criteri di inclusione previsti dal protocollo di studio.</p> <p>Per gli studi più strutturati lo sperimentatore convalida i dati inseriti nella CRF dal data manager</p>	B

Rendicontazioni periodiche per la ripartizione delle quote derivanti della sperimentazione		Gli uffici STS/NRC potrebbero autorizzare l'attribuzione dei corrispettivi in assenza di ore aggiuntive rispetto all'attività istituzionale	M	no	La UO Risorse Gestione Umane verifica che il dipendente abbia le ore aggiuntive a fronte dei compensi da erogare. Il Responsabile STS/Referente NRC effettua un controllo sugli importi da liquidare, al fine di verificare la congruità del monte ore ed individuare possibili anomalie, prima di procedere all'autorizzazione per la liquidazione	B
		Rendicontazione di prestazioni diverse da quelle effettivamente sostenute per la sperimentazione for profit e no profit con contributi o per dichiarare routinarie prestazioni non di normale pratica clinica	MB	no	Il monitor del Promotore/CRO verifica le prestazioni nella scheda CRF rispetto a quanto previsto da protocollo e da contratto. Ulteriori controlli sulla congruenza delle prestazioni effettuate registrate in CRF sono svolti dal data manager dell'UO (se presente). Gli operatori degli uffici STS e NRC verificano che le prestazioni da rendicontare corrispondano a quanto previsto dal contratto e a quanto segnalato nel modulo di fattibilità e allegano la documentazione relativa allo studio e la mail dello sperimentatore o del data manager di UO che conferma le prestazioni da rendicontare, al fine di consentire al Responsabile/Referente un controllo di coerenza ed individuare possibili anomalie, prima di procedere all'autorizzazione per la liquidazione dei compensi. Gli studi clinici vengono registrati nella piattaforma informatica regionale e viene data evidenza di tutte le prestazioni previste e della presenza di costi aggiuntivi riferiti a prestazioni diagnostico/strumentali non routinarie. La presenza di prestazioni non routinarie viene registrata anche nel database aziendale. Periodicamente il Responsabile STS/Referente NRC effettua un controllo sul prospetto riepilogativo riferito alle fatture incassate nel corso dell'anno e alle relative ripartizioni, per verificare che siano stati contabilizzati i costi relativi a prestazioni diagnostico/strumentali non routinarie, e lo confronta con il prospetto relativo agli studi (for profit e no profit con contributi) per i quali sono state previste prestazioni non routinarie, per verificarne la coerenza.	B
		A causa di pressioni sugli uffici STS e NRC, da parte dello sperimentatore, si potrebbero non attribuire ai fondi	M	no	La sperimentazione viene analizzata - anche sotto il profilo economico - dal Nucleo di Ricerca Clinica composto da circa 5 persone (nella fase istruttoria,	B

		derivanti dalla ricerca clinica i costi aggiuntivi relativi agli studi clinici no profit privi di contributi che prevedono prestazioni diagnostico/strumentali non routinarie, facendoli in tal modo gravare sul SSN			<p>prima della sottomissione dello studio al Comitato Etico) e viene valutata, rispetto ai criteri previsti dalla normativa e dal Regolamento del CESC, dal Comitato Etico composto da 24 membri, che garantiscono una oggettività di valutazione, anche con riferimento alla congruità economica e alle autorizzazioni di copertura dei costi a carico dei fondi derivanti dalla ricerca clinica. Gli studi valutati vengono registrati nei database aziendale e regionale e viene data evidenza della presenza di costi aggiuntivi riferiti a prestazioni diagnostico/strumentali non routinarie.</p> <p>A fine anno, o alla conclusione dello studio, gli uffici STS e NRC chiedono con mail agli sperimentatori di dichiarare se per gli studi no profit con costi aggiuntivi sono state effettuate le prestazioni extraroutinarie previste e trattengono le relative quote secondo Tariffario regionale dai fondi autorizzati alla copertura dei costi.</p> <p>In fase di rendicontazione dei fondi derivanti dalla ricerca clinica al fine degli accantonamenti a bilancio, il Responsabile STS/Referente NRC effettua un controllo sulle mail e sui prospetti relativi all'utilizzo dei fondi in modo da individuare possibili omissioni, prima di procedere a comunicare all'UO Contabilità e Bilancio l'ammontare degli accantonamenti.</p>	
		Si potrebbero ripartire le quote derivanti dalla ricerca clinica secondo percentuali diverse da quanto previsto dal Regolamento CESC	M	no	<p>Il Responsabile STS/Referente NRC effettua un controllo sul prospetto di ripartizione delle quote relativo a ciascuno studio, in cui vengono evidenziate le ripartizioni a sperimentatori e fondi secondo quanto previsto dal Regolamento CESC, prima di procedere con la richiesta all'UO Gestione risorse umane di liquidazione dei compensi.</p> <p>Gli studi valutati vengono registrati nei database aziendale e regionale e viene data evidenza della ripartizione delle quote.</p> <p>Periodicamente il Responsabile STS/Referente NRC effettua un controllo sul prospetto riepilogativo relativo alle fatture incassate nel corso dell'anno e alle relative ripartizioni, per verificare che le quote siano state attribuite ai fondi secondo le percentuali previste dal Regolamento CESC</p>	B

P075 - GESTIONE RECUPERO CREDITI

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Estrazione base dati	Ricezione dati da azienda zero e controllo di gestione (autocertificazioni) (nel caso di 7R2)	Errata/mancata/incompleta ricezione dei dati	M	si		M
		Errata assegnazione della competenza della circolare	MB	si		MB
	Estrazione sulla base dei criteri definiti con il software dei dati dagli applicativi aziendali di cup - cassa ecc.	i dati estratti contengono posizioni già pagate oppure non contengono posizioni da sollecitare	MB	si		MB
Elaborazione dei dati e invio dei solleciti	Invio dei solleciti secondo regolamento aziendale	Errato o ritardato invio del sollecito	M	no	Un soggetto diverso dall'incaricato all'istruttoria verifica l'operato dello stesso	MB
			M	no	per NAV/contese: rilevazione del grado di sollecito cui si è arrivati - controllo a campione sull'attività svolta.	B
	In determinati casi (es. mancate disdette), valutazione delle singole posizioni secondo regolamento aziendale e secondo la normativa prima dell'invio, tenendo conto: - della valutazione del reparto che codifica la mancata disdetta o la mancata erogazione della prestazione - la valutazione da parte dell'operatore amministrativo delle	Errata/incompleta valutazione delle posizioni	M	no	Verifica massiva: - dei giustificativi presenti per ogni posizione (mancate disdette); - della fondatezza delle richieste pervenute dalle UOC negli applicativi CUP Cassa (omesso pagamento ticket); - dello stato dell'assistito tramite richiesta ai Centri per l'Impiego e verifica presso Anagrafi Comunali (mendaci)	MB

	codifiche che sono state inserite					
Chiusura delle posizioni creditorie e gestione dei contenziosi	pagamento da parte dell'utente nelle diverse forme previste dall'ulss e smistamento da parte del bilancio dei pagamenti per posta e banca che interessano la chiusura dei gestionali di CUP/CASSA	Mancata trasmissione dei pagamenti alle casse in quanto non riconoscibili	MB	si		MB
	gestione da parte delle casse dei pagamenti trasmessi dal bilancio	mancata trasmissione flusso 730 / ritrasmissione del sollecito di pagamento per una posizione che doveva essere già chiusa	M	si		M
	Se l'utente presenta ricorso: valutazione della fondatezza dell'istanza con annullo della pratica o emissione del sollecito	la valutazione delle controdeduzioni portate dall'utente a supporto del mancato pagamento può essere errata o incompleta e portare alla chiusura di posizioni che invece devono essere incassate	MA	no	La documentazione inerente al ricorso è valutata e verificata da incaricato all'istruttoria/Posizione Organizzativa/ Direttore UOC DAT	MB
	Se l'utente dimostra di aver già pagato la prestazione: valutazione della documentazione trasmessa a supporto	chiusura non corretta della pratica	MA	no	La documentazione inerente al ricorso è valutata e verificata da incaricato all'istruttoria/Posizione Organizzativa/ Direttore UOC DAT	MB
invio secondo sollecito	Invio del secondo sollecito direttamente dall'ulss o tramite equitalia	viene sollecitata una pratica già chiusa / non viene sollecitata una pratica da sollecitare	MB	no	per NAV/contese: rilevazione del grado di sollecito cui si è arrivati - controllo a campione sull'attività svolta.	B
	caricamento della pratica ai fini della riscossione coattiva o trasmissione agli affari generali (in caso di importo rilevante) per incarico a un legale	mancato recupero del credito	MB	no	per NAV/contese: rilevazione del grado di sollecito cui si è arrivati - controllo a campione sull'attività svolta.	B

P077 - ATTIVITÀ IN REGIME DI LP

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Autorizzazione all'esercizio della libera professione e inserimento dei relativi dati (anagrafica, tariffario, quote, ecc) nei gestionali	autorizzazione del medico /equipe	Autorizzazione di medici in assenza dei requisiti previsti da normativa (esempio: tempo pieno, rapporto esclusivo, ecc.)	M	no	L'operatore dell'Ufficio LP verifica che il medico abbia i seguenti requisiti: - sia un dipendente a rapporto esclusivo oppure sia personale convenzionato (esempio: specialista ambulatoriale interno o professore universitario) - abbia un rapporto di lavoro a tempo pieno (solo per il personale dipendente) - presti l'attività libero professionale nella disciplina di appartenenza o diversa secondo le modalità previste dal Regolamento Aziendale. Il controllo è svolto in sede di autorizzazione e viene formalizzato in una apposita check list di autorizzazione che viene siglata ad evidenza dello stesso.	B
	definizione delle tariffe da applicare alle singole prestazioni/ricoveri autorizzati	applicazione di una tariffa inferiore a quella istituzionale / applicazione di una quota azienda non remunerativa	M	no	L'operatore dell'Ufficio deputato alla gestione della libera professione (di seguito Ufficio LP) verifica che le tariffe siano superiori a quelle previste dalle vigenti disposizioni a titolo di partecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria per le corrispondenti prestazioni e alla tassa di cui alla Legge n. 111 del 2011. In caso di tariffa inferiore provvede ad innalzare l'importo. Il controllo è svolto in sede di autorizzazione e in occasione di aggiornamenti del Tariffario. Il controllo viene formalizzato in una apposita check list di autorizzazione che viene siglata ad evidenza dello stesso.	B
		applicazione di una tariffa inferiore a quella istituzionale / applicazione di una quota azienda non remunerativa	M	no	L'operatore dell'Ufficio deputato alla gestione della libera professione verifica la corretta applicazione della quota Azienda determinata dai Servizi competenti (Controllo di Gestione, ecc) per la remunerazione dei costi sostenuti dall'Azienda (almeno il 30% della tariffa DRG). Il controllo è svolto in sede di autorizzazione e formalizzato in una apposita check list di autorizzazione che viene siglata ad evidenza dello stesso.	B

	gestione della tipologia di prestazioni / ricoveri da autorizzare	Autorizzazione di ricoveri libero professionali non coerenti con l'attività istituzionale	M	no	Il Direttore dell'Unità Operativa di appartenenza del medico, in sede di autorizzazione, verifica che le procedure chirurgiche siano eseguibili anche in regime istituzionale. In seguito la richiesta di autorizzazione viene trasmessa alla Direzione medica di presidio che verifica l'appropriatezza del DRG individuato per il ricovero. L'esito del controllo è formalizzato tramite parere favorevole da parte della Direzione medica di presidio.	B
		Autorizzazione di prestazioni libero professionali non coerenti con l'attività istituzionale	M	no	Il Direttore dell'Unità Operativa di appartenenza del medico, in sede di autorizzazione, verifica che: - le prestazioni specialistiche siano eseguibili anche in regime istituzionale - i tempi di esecuzione delle prestazioni siano coerenti con i tempi medi utili per l'esecuzione della prestazione in regime istituzionale. In seguito la richiesta di autorizzazione viene trasmessa alla Direzione medica di presidio per le successive verifiche di coerenza. L'esito del controllo è formalizzato tramite parere favorevole da parte della Direzione medica di presidio.	B
	approvazione della delibera di autorizzazione	Rilascio di autorizzazioni senza l'effettuazione dei controlli	MA	no	Il Responsabile dell'Ufficio LP o suo delegato, in sede di autorizzazione, verifica la compilazione della check list dei controlli svolti dall'operatore. A campione verifica le evidenze dei controlli svolti dall'operatore e sigla la check list "attività specialistica ambulatoriale in regime lp" al punto 1d.	B
	ricezione e gestione delle comunicazioni di variazioni	Mancato o errato inserimento / variazione nei gestionali di: - anagrafiche medici / equipe - tariffario ricoveri - quote di ripartizione	M	no	L'operatore dell'Ufficio LP, per ciascun provvedimento di autorizzazione all'esercizio della LP, verifica la correttezza e completezza dei dati inseriti nei gestionali (anagrafiche / tariffario / quote di ripartizione) e/o loro variazioni rispetto agli stessi. Il controllo è formalizzato in una apposita check list di autorizzazione che viene siglata ad evidenza dello stesso.	B
M			no	L'operatore dell'Ufficio LP, per ciascun provvedimento di autorizzazione all'esercizio della LP, verifica la correttezza e completezza dei dati inseriti nei gestionali (anagrafiche / tariffario / quote di ripartizione) e/o loro variazioni rispetto agli stessi. Il controllo è formalizzato in una apposita checklist	B	



					<p>"attività specialistica ambulatoriale in regime lp" al punto 1a, che viene siglata ad evidenza dello stesso.</p> <p>-----</p> <p>L'operatore dell'Ufficio LP verifica eventuali anomalie segnalate dal gestionale LP sui dati estratti dal gestionale CUP, quali ad esempio medici / prestazioni / tariffe diverse da quelle autorizzate o mancanti, e ne verifica le motivazioni. Il controllo è svolto in sede di acquisizione dati nel gestionale LP e viene formalizzato nella check list "attività di ricovero in regime lp" al punto 1a, che viene siglata ad evidenza dello stesso.</p>	
		Pressioni al soggetto che inserisce i dati nei gestionali al fine di effettuare inserimenti o variazioni non autorizzate	M	no	Il Responsabile dell'Ufficio LP o suo delegato mensilmente monitora i nuovi inserimenti e le variazioni effettuate dagli operatori nel gestionale LP (esempio: tariffario, quote di ripartizione) e a campione, verifica la coerenza rispetto ai provvedimenti di autorizzazione all'esercizio della LP. Il controllo è formalizzato nella check list "attività specialistica ambulatoriale in regime lp" al punto 1b, che viene siglata ad evidenza dello stesso.	B
Elaborazione del preventivo, Erogazione del ricovero / prestazione libero professionale, emissione fattura ed incasso	prenotazione della prestazione / ricovero	Pressioni sull'utente (induzione) all'effettuazione di ricoveri in regime di libera professione	M	no	La Direzione Sanitaria di presidio semestralmente monitora i tempi d'attesa dei ricoveri istituzionali e libero professionali e gli utenti presenti in entrambe le liste o gli utenti ricollocati nella lista LP. Le anomalie sono analizzate e successivamente condivise con l'Organismo Paritetico. Il controllo è formalizzato in un report che viene siglato ad evidenza dello stesso.	B
			M	no	La Direzione Sanitaria di presidio semestralmente monitora i ricoveri istituzionali effettuati da parte dei medici a pazienti che, in data precedente, hanno ricevuto dagli stessi una prestazione specialistica libero professionale, attraverso l'incrocio tra i dati presenti a gestionale CUP relativi alla libera professione e il registro operatorio. Le anomalie sono analizzate e successivamente condivise con l'Organismo Paritetico. Il controllo è formalizzato in un report che viene siglato ad evidenza dello stesso.	B
	accettazione ed emissione della fattura	Errato incasso della tariffa dovuta per il ricovero / prestazione	M	no	Il medico verifica, prima dell'erogazione della prestazione, l'avvenuto e corretto pagamento della	B

					stessa comprovato dalla consegna della copia della fattura di pagamento.	
			M	no	L'operatore dell'Ufficio LP verifica semestralmente tutte le prestazioni ed erogata senza la corrispettiva fattura, al fine di analizzarne le motivazioni (esempio: mancato pagamento, prestazioni non erogata, pagamento non "agganciato" informaticamente alla prenotazione, rimborsi effettuati senza annullare la prestazione, ecc.). Il controllo è formalizzato in un report semestrale / annuale "attività specialistica ambulatoriale in regime lp" al punto 1b, che viene siglato ad evidenza dello stesso. Il controllo è attivo a Treviso, non a Pieve e Asolo (per questo la copertura è bassa)	B
		mancato/ errato incasso	M	no	L'operatore dell'Ufficio LP verifica mensilmente in sede di ripartizione degli incassi, che l'importo incassato comunicato dall'ufficio competente, corrisponda al preventivo dovuto per il ricovero. Il controllo è formalizzato nella check list "attività di ricovero in regime lp" al punto 2a, che viene siglata ad evidenza dello stesso.	B
		Mancato incasso della tariffa dovuta per il ricovero	MA	no	L'operatore dell'Ufficio LP verifica semestralmente tutti i preventivi non incassati, al fine di individuare le motivazioni (esempio: mancato o ritardato pagamento). Il controllo è formalizzato nella check list al punto 1b, che viene siglata ad evidenza dello stesso.	MB
		Pressioni del medico sul paziente per incassare la tariffa, dovuta per la prestazione, senza fattura	M	no	Il Responsabile dell'Ufficio LP o suo delegato semestralmente monitora per ciascun medico: - il numero di prenotazioni senza la corrispettiva fattura - il numero di prenotazioni annullate - il numero di fatture rimborsate dagli operatori di cassa al fine di individuare possibili anomalie e analizzare a campione le motivazioni dei casi più significativi. Il controllo è formalizzato in un report semestrale al punto 2a ad evidenza dello stesso.	B
		Mancata o errata emissione della fattura	M	no	L'operatore dell'Ufficio competente verifica che la fattura sia stata elaborata correttamente nel gestionale della contabilità, rispetto a quanto incassato. Il controllo è formalizzato nella fattura che viene siglata ad evidenza dello stesso (check list al punto 3a)	B

					Attualmente la fattura viene emessa a seguito dell'individuazione del SEN da coprire: valutare se anticipare l'emissione della fattura al momento della chiusura del ricovero		
				M	no	Il Responsabile dell'Ufficio competente mensilmente effettua la quadratura periodica tra fatturato e incassato al fine di individuare le motivazioni (esempio: errori di digitazione, mancata o ritardata fatturazione). Il controllo è formalizzato in una apposita check list di ripartizione che viene siglata ad evidenza dello stesso.	B
		gestione rimborsi	Riconoscimento di rimborsi non dovuti al fine di procurare benefici agli utenti	M	no	Il Responsabile dell'Ufficio LP verifica le richieste di rimborso e ne analizza le motivazioni (esempio: ricovero non effettuato, preventivo superiore, ecc.). Il controllo è formalizzato nella richiesta di rimborso che viene siglata ad evidenza dello stesso.	B
Ripartizione incassi e gestione fondi	liquidazioni mensili	Erogazione di ricoveri / prestazioni libero professionali in orario istituzionale o nei periodi non consentiti da normativa (esempio: ferie, permessi, ecc.) anche al fine di procurarsi benefici privati (compensi non dovuti)	MA	no	L'operatore dell'Ufficio LP, mensilmente in sede di ripartizione delle fatture incassate, verifica tramite report informatico di controllo: - eventuali sovrapposizioni orarie tra l'attività libero professionale e l'attività istituzionale del medico- eventuali sovrapposizioni orarie tra l'attività libero professionale e i periodi di assenza del medico (esempio: ferie, permesso, aspettativa). Il controllo è formalizzato nel report che viene siglato ad evidenza dello stesso (punto 3b per il personale medico e punto 3c per il personale di supporto).	B	
		Erogazione di ricoveri libero professionali da parte di medici non autorizzati	MA	no	La Direzione medica di presidio verifica a campione i nominativi del personale presente durante l'intervento in regime libero professionale (riportato nella cartella clinica) e verifica tramite l'Ufficio LP, la presenza dell'autorizzazione all'esercizio. Il controllo è formalizzato tramite mail di risposta ad evidenza dello stesso.	MB	
		Erogazione di prestazioni libero professionali a utenti non inseriti in agenda (senza appuntamento), al fine di procurarsi benefici privati e ledere i diritti dell'Azienda (quota azienda)	MA	no	L'operatore dell'Ufficio LP monitora semestralmente, a campione, il numero di prestazioni effettuate (attraverso il gestionale CUP) e la durata media delle stesse (considerando le timbrature causalizzate), al fine di individuare eventuali anomalie nelle tempistiche di erogazione (esempio: tempistiche "dilatate" con	MB	

					possibile erogazione di prestazioni non autorizzate / integrative o a utenti non inseriti in agenda). Il controllo è formalizzato in un report semestrale al punto 1b con eventuale attivazione della procedura di recupero crediti.	
		Prescrizione di prestazioni mediante utilizzo di ricettari SSN durante le visite libero professionali	MA	no	L'operatore dell'Ufficio LP semestralmente monitora l'utilizzo del ricettario da parte dei medici durante l'esercizio della libera professione, attraverso l'incrocio informatico tra le date di esercizio della libera professione e le date di prescrizione delle impegnative istituzionali ai medesimi pazienti. Le anomalie sono analizzate e successivamente condivise con l'Organismo Paritetico. Il controllo è formalizzato in un report al punto 2b che viene siglato ad evidenza dello stesso.	B
	ripartizione degli incassi	Ripartizione di ricoveri/prestazioni non incassate o ripetute	M	no	L'operatore dell'Ufficio LP tramite il gestionale LP verifica che: - i soli ricoveri/prestazioni specialistiche incassati siano ripartiti ai medici - non siano presenti nel file degli incassi ricoveri/prestazioni ripetuti - non siano presenti nel file degli incassi ricoveri/prestazioni già ripartiti. - i ricoveri/prestazioni ripartiti a medici cessati siano giustificati Il gestionale restituisce un messaggio bloccante. Il controllo è formalizzato in una apposita check list al punto 4a (per i ricoveri), al punto 3a (per la specialistica) che viene siglata ad evidenza dello stesso.	B
		Pressioni da parte del medico per la manomissione del file dei compensi derivanti dalla ripartizione degli incassi	MA	no	Il Responsabile dell'Ufficio LP o suo delegato mensilmente verifica la quadratura tra l'importo del compenso ripartito tramite gestionale LP e l'importo del file dei compensi inseriti nel gestionale SIGMA. A campione verifica alcuni nominativi e relativi importi. Il controllo è formalizzato nella check list al punto 4b e 4c (per i ricoveri), 43b e 3c (per la specialistica) che viene siglata ad evidenza dello stesso.	MB
	comunicazione dei fondi da accantonare (attribuzione dei costi per competenza)	Mancata/errata comunicazione delle quote da accantonare nei fondi	M	no	Il Responsabile dell'Ufficio LP o suo delegato, annualmente verifica la corrispondenza tra gli importi dei fondi risultanti dal gestionale LP (esempio: quota fondo perequazione, quota fondo "Balduzzi", ecc.) e	B



					quanto comunicato al Servizio Economico Finanziario. Il controllo è formalizzato nella comunicazione inoltrata al Servizio Economico Finanziario che viene siglata ad evidenza dello stesso (report 3a).	
	gestione delle cessazioni	Mancata registrazione della cessazione del medico nei gestionali	M	no	L'operatore dell'Ufficio LP, mensilmente in sede di ripartizione delle fatture incassate, verifica all'interno del file la presenza di medici che risultano cessati in anagrafica e ne analizza le motivazioni (esempio: pagamenti arretrati). Il gestionale restituisce un messaggio di alert.	B
	utilizzo dei fondi accantonati	Utilizzo dei fondi non conforme a normativa	MA	no	Il Responsabile dell'Ufficio LP o suo delegato, verifica le motivazioni di utilizzo del fondo secondo quanto previsto da normativa/regolamenti (esempio: Decreto Balduzzi). Il controllo è formalizzato nella nota di liquidazione.	MB
business performance review	adempimenti in materia prevenzione della corruzione	Mancato attuazione delle misure di prevenzione della corruzione	M	no	Annualmente il Responsabile del Servizio effettua una valutazione dei rischi corruzione ulteriori rispetto a quelli indicati in matrice e definisce le relative misure di prevenzione alla corruzione relative al processo. L'analisi svolta viene formalizzata in un report, il quale viene condiviso con il Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT).	B
	adempimenti in materia di trasparenza	Mancato monitoraggio degli adempimenti in tema di trasparenza	M	no	Annualmente il Responsabile del Servizio verifica il rispetto degli adempimenti in materia di trasparenza (ref. D.lgs. 33/2013). L'esito dell'analisi svolta viene formalizzato in un report, il quale viene condiviso via email con il Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza (RPCT).	B

P078 - CONSULENZE/VENDITA DI PRESTAZIONI ESTERNE IN LP (INCLUSA VENDITA DI PRESTAZIONI A ULSS/AO PER PROPRI RICOVERATI IN SSN)

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
attivazione/rinnovo dell'atto deliberativo e preparazione della convenzione (la richiesta parte del centro)	verifica possesso requisiti dirigenti (esclusività r.l. , tempo pieno, consulenza indicata nel bando) verifica requisiti struttura sanitaria (no accreditata, autorizzazione comunale, composizione societaria) raccolta parere da DPO e Direttore U.O.C. di appartenenza medico	autorizzare medici o strutture non in possesso dei requisiti previsti	MB	no	l'operatore dell'ufficio LP a campione verifica che la struttura sanitaria sia in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente e che il medico sia autorizzato a svolgere attività in LP (check list trimestrale punto 1a e 1b)	B
ricezione resoconto dell'attività effettuata dal dirigente presso la struttura e fatturazione	controllo del numero degli accessi (in rispetto alla normativa) controllo che gli accessi siano stati effettuati al di fuori dell'orario istituzionale (no infortunio, malattia, ecc.)	liquidare ai medici gli accessi non rispettando il limite previsto dalla normativa o accessi effettuati in orario istituzionale.	M	no	l'operatore dell'ufficio LP a campione verifica la congruità oraria degli accessi effettuati dal medico e la corretta fatturazione con il numero degli accessi (check list trimestrale punto 2a)	MB
ripartizione incassi ai dirigenti	predisposizione del report di ripartizione degli incassi su foglio excel e invio al servizio del personale	errata ripartizione dei proventi	M	no	l'operatore dell'ufficio LP a mensilmente che le ripartizioni effettuate non siano superiori all'incassato e che non ci siano ripartizioni ripetute del medesimo incasso (check list trimestrale punto 3a + file xls a supporto)	MB

P079 - GESTIONE DELLE CONVENZIONI CON TERZI

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
attivazione/rinnovo dell'atto deliberativo e convenzione	verifica possesso requisiti raccolta pareri del direttore U.O.C. interessata e del D.F.O. predisposizione atto deliberativo e convenzionale	autorizzare terzi non in possesso dei requisiti	MB	no	mitigare il rischio attraverso una check list di controllo e dal turn over del personale	B
ricezione e trasmissione del resoconto delle attività effettuate nel corso dell'anno dai terzi	trasmissione dei resoconti, ricevuti dai terzi, sia al Direttore dell'U.O.C. interessata che al D.P.O per acquisire il benessere alla liquidazione.	trasmissione da parte dei terzi di resoconti non veritieri	M	no	Mitigare il rischio attraverso una check list di controllo e da turn over del personale	B
		rilascio di benessere di regolarità anche se non veritiero	M	sì		M
liquidazione delle attività effettuate	la nota di liquidazione viene emessa dalla D.A. e inviata all'U.O.C. contabilità bilancio per il seguito di competenza	rimborsare a terzi spese/contributi/rimborsi non realmente sostenuti	M	no	mitigare il rischio attraverso una check list di controllo e da turn over del personale	B
da qui processo: P002 Gestione dei pagamenti						

P080 - ADESIONE AI CONTRATTI STIPULATI DA CENTRALE DI COMMITTENZA-SOGGETTO AGGREGATORE

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
ADESIONE AI CONTRATTI STIPULATI	verifica della pertinenza dei fabbisogni con	effettuazione di gare con oggetti sovrapponibili a quelli delle centrali	MB	NO	controllo di secondo livello da parte del diretto superiore di chi ha fatto la richiesta	B

DA CENTRALE DI COMMITTENZA – SOGGETTO AGGREGATORE	strumenti già disponibili o programmati	di committenza; elusione degli obblighi di adesione				
	formulazione del fabbisogno secondo codifiche proprie delle centrali di committenza anche mediante l'utilizzo di modelli e vocabolari comuni	formulazione di un fabbisogno non chiaro che può inficiare la corretta progettazione della gara da parte delle centrali	M	NO	utilizzo della modulistica trasmessa dalla Centrale di committenza con diffusione delle indicazioni di compilazione agli incaricati a definire il fabbisogno	B
	formalizzazione delle adesioni (appalto specifico, ordine, contratto, ...) secondo le regole degli strumenti posti in essere dalla centrale	mancato rispetto dei limiti temporali e quantitativi di adesione allo scopo di rendere necessarie acquisizioni in urgenza o frazionare artificialmente il bisogno	M	NO	definizione e monitoraggio di tempi e modalità standard per l'adesione/recepimento	B
ESECUZIONE CONTRATTI STIPULATI DA CENTRALE DI COMMITTENZA – SOGGETTO AGGREGATORE	contrattualizzazione/ ordinazione delle prestazioni	mancato rispetto dei limiti quantitativi e qualitativi del contenuto delle prestazioni; richiesta di prestazioni non comprese nelle opzioni di variazione; effettuazione di acquisizione di prestazioni complementari che modificano sostanzialmente il profilo qualitativo dei prodotti/servizi aggiudicati dalla centrale.	M	NO	monitoraggio esecuzione contratto da parte del DEC	B
	comunicazioni con la centrale di committenza e comunicazioni alla centrale sulle verifiche (di processo, di outcome,...) che la stessa pone in essere	mancata o non corretta comunicazione delle inadempienze, delle penali, delle sospensioni, delle verifiche negative di conformità e delle risoluzioni alla centrale di committenza inficiando la corretta gestione degli accordi e delle convenzioni da parte della centrale; conseguente giustificazione di autonome acquisizioni sovrapponibili a quelle della centrale	M	NO	monitoraggio esecuzione contratto da parte del DEC	B

P081 - AFFIDAMENTO E GESTIONE DEI CONTRATTI PER ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo	
PROGRAMMAZIONE	analisi dei fabbisogni	definizione di un fabbisogno rispondente ad esigenze non veritiere o dirette a privilegiare un certo tipo di fornitura o servizio realizzate da un operatore economico, a scapito di altri	MA	no	Pubblicazione di specifiche indagini di mercato al fine di verificare la presenza di più operatori sul mercato	B	
		non adeguata valutazione della possibilità di ricorrere ad accordi quadro e verifica delle convenzioni quadro già in essere	MB	no	Indicazione nel piano dell'obbligo (se normativamente imposto) o l'intenzione, di ricorrere ad una centrale di committenza o ad un soggetto aggregatore per l'espletamento della procedura di affidamento.	B	
	L'insufficiente attenzione alla fase di programmazione o un utilizzo improprio degli strumenti di intervento dei privati nella programmazione costituiscono una delle principali cause dell'uso distorto delle procedure che può condurre a fenomeni corruttivi.	Redazione ed aggiornamento del programma biennale per l'acquisizione di beni e servizi	intempestiva redazione ed aggiornamento del programma biennale per l'acquisizione di beni e servizi	MB	no	Controllo periodico e monitoraggio dei tempi programmati anche mediante sistemi di controllo interno di gestione in ordine alle future scadenze contrattuali (ad esempio, prevedendo obblighi specifici di informazione in relazione alle prossime scadenze contrattuali ai soggetti deputati a programmare le procedure di gara)	B
			l'eccessivo ricorso a procedure di urgenza o a proroghe contrattuali per mancato rispetto delle tempistiche previste nel piano	A	no	Collegare il piano degli acquisti al piano delle performance	MA
	Consultazioni stakeholders	abuso delle disposizioni che prevedono la possibilità per i privati di partecipare all'attività di programmazione al fine di avvantaggiarli nelle fasi successive	A	no	Adozione di criteri trasparenti per documentare il dialogo con i soggetti privati e con le associazioni di categoria	MB	
	Individuazione del responsabile del procedimento	Individuazione di responsabili del procedimento in rapporto di contiguità (es. utilizzatori abituali del bene/servizio) con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) tale da non assicurare terzietà e indipendenza	A		Individuazione di Responsabili del procedimento diversi dai soggetti abitualmente utilizzatori (es. personale sanitario)	MB	

		Nomina di responsabili del procedimento privi dei requisiti previsti dal Codice	MB		Preventiva verifica dei curricula (nel rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza) del responsabile del procedimento	B
<p>PROGETTAZIONE</p> <p>L'impostazione della strategia di acquisto è cruciale per assicurare la rispondenza dell'intera – e più ampia - procedura di approvvigionamento al perseguimento del pubblico interesse, nel rispetto dei principi enunciati dal Codice dei Contratti Pubblici.</p>	Effettuazioni di consultazioni preliminari di mercato per la definizione di specifiche tecniche	Attribuzione impropria dei vantaggi competitivi mediante uso distorto dello strumento delle consultazioni preliminari di mercato	M	no	Pubblicazione di un avviso in cui la stazione appaltante rende nota l'intenzione di procedere a consultazioni preliminari di mercato per la redazione delle specifiche tecniche.	B
	individuazione dello strumento/istituto dell'affidamento	Elusione delle regole di affidamento degli appalti, mediante l'improprio utilizzo di sistemi di affidamento, di tipologie contrattuali (ad es. concessione in luogo di appalto)	M	no	Obbligo di motivazione nella relazione di progetto a cura del gruppo di lavoro/progettista, sia in ordine alla scelta della procedura sia in ordine alla scelta dei criteri di affidamento adottati ovvero alla tipologia contrattuale	B
	Individuazione degli elementi essenziali del contratto	abuso delle disposizioni che prevedono la possibilità per i privati di partecipare all'attività di programmazione al fine di avvantaggiarli nelle fasi successive	M	no	affidamento della progettazione a gruppi multidisciplinari che utilizzeranno modelli standard e si baseranno su scelte collegiali dando evidenza delle motivazioni e di eventuali consultazioni di mercato	B
	determinazione dell'importo del contratto	Abuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato del contratto al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere	M	no	Dettaglio sulla determinazione della base d'asta ed evidenza della determinazione del quadro economico	B
		Distorta individuazione/quantificazione delle singole voci di costo al fine di favorire determinate ditte	M	no	Per determinare la base d'asta si deve tener conto dei valori di riferimento OPRVE o ANAC o dei prezzi risultanti all'esito di indagine di mercato oltre che di quelli attuali	B
	predisposizione di atti e documenti di gara incluso il capitolato	Definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico - economici dei concorrenti al fine di favorire un'impresa (es. clausole dei bandi che stabiliscono requisiti di qualificazione)	M	no	Verifica di conformità dei requisiti rispetto alle disposizioni del Codice con particolare riferimento all'art. 83	B
		prescrizioni del bando e delle clausole contrattuali finalizzate ad agevolare determinati concorrenti;	M	no	utilizzo di modulistica in coerenza con le previsioni del Bando tipo ANAC.	B
		Conflitto di interesse dei soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara	M	no	Predisposizione di una modulistica per le dichiarazioni	B

					di assenza di conflitti di interesse;	
	definizione del criterio di aggiudicazione e dei criteri di attribuzione del punteggio	Formulazione di criteri di valutazione che possono avvantaggiare il fornitore uscente, grazie ad asimmetrie informative esistenti a suo favore, ovvero, comunque, a favorire determinati operatori economici	M	no	nelle gare più complesse possibilità di prevedere una validazione di secondo livello dell'elaborato formulato dai progettisti	B
		la previsione di criteri di aggiudicazione della gara eccessivamente discrezionali o incoerenti rispetto all'oggetto del contratto	M	no	Formulazione dei criteri di aggiudicazione in coerenza con le previsioni del Bando tipo ANAC. Adozione di griglie di valutazione	B
SELEZIONE DEL CONTRAENTE Gli Enti sono chiamati a porre in essere misure concrete per prevenire conflitti di interesse o possibili applicazioni distorte delle diverse disposizioni del Codice, rilevanti al fine di condizionare gli esiti della procedura a motivo della sussistenza di un interesse finanziario, economico o altro interesse personale costituente una minaccia all'imparzialità e indipendenza dell'azione pubblica.	Pubblicazione del bando e gestione delle informazioni complementari	azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara come l'assenza di pubblicità del bando e dell'ulteriore documentazione rilevante, o elusione dei tempi di pubblicazione	MA	no	Adozione di indicazioni operative per l'espletamento delle pubblicazioni e utilizzo della check list per le procedure sopra soglia	B
	fissazione dei termini per la ricezione delle offerte	Pressioni al dipendente al fine di accettare la documentazione oltre i termini o immotivata concessione di proroghe rispetto al termine previsto dal bando	MA	no	Utilizzo della piattaforma telematica per tutte le procedure di gara. La concessione della proroga deve essere valutata almeno dal RUP (oppure dal soggetto richiedente la fornitura/servizio, qualora diverso dal RUP) e dal Dirigente dell'U.O.C. Provveditorato. La motivazione della proroga deve rientrare nei presupposti indicati dalla normativa (art. 79 del D.Lgs. 50/2016 e s.m.i.) e deve essere inserita nel fascicolo di gara.	B
	gestione ricezione offerte	Pressioni al dipendente al fine di conoscere informazioni commerciali coperte da segreto tecnico, i prezzi degli articoli e le relative scontistiche in anticipo.	MA	no	Introduzione di procedure telematiche per le quali il gestore è esterno all'Azienda	B
	nomina della commissione di gara	mancato rispetto delle disposizioni che regolano la nomina commissione es. formalizzazione della nomina prima del termine di	MA	no	Procedura aziendale sulla nomina delle commissioni	B

		scadenza per la presentazione delle offerte				
		nomina di commissari in conflitto di interesse o privi di requisiti	MA	no	Rilascio da parte dei commissari di dichiarazioni in ordine all'assenza di conflitto di interesse e possesso dei requisiti anche tramite presentazione dei curricula. Controllo in merito alla veridicità delle dichiarazioni presentate dai commissari.	B
	gestione delle sedute di gara	alterazione o sottrazione della documentazione di gara	M	no	Introduzione di procedure telematiche per le quali il gestore è esterno all'Azienda	B
		mancanza di garanzia di pubblicità sedute	MB	no	Comunicazione delle date delle sedute alle ditte e dei verbali Per ciascuna procedura di gara tenere nel fascicolo l'elenco delle attività e dare evidenza della data di espletamento delle medesime	B
	aggiudicazione	Applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esito e attribuzione dei punteggi discrezionali non suffragata da criteri motivazionali sufficienti a rendere trasparente l'iter logico seguito	MA	no	Predefinizione puntuale dei criteri di aggiudicazione nella documentazione di gara. Utilizzazione di modelli (predisposti dalla Stazione Appaltante ed ANAC) conformi alle prescrizioni normative e tenuto conto della procedura da affidare (sopra/sotto soglia, oggetto del contratto)	B
	Valutazione delle offerte e la verifica di anomalia dell'offerte	accettazione di giustificazioni di cui non si è verificata la fondatezza	MA	no	documentare l'istruttoria in ordine alla valutazione	B
Verifica aggiudicazione e stipula del contratto La verifica dell'aggiudicazione costituisce un momento essenziale di accertamento della correttezza della procedura espletata, sia in vista della successiva stipula del contratto sia nell'ottica dell'apprezzamento della sussistenza dei requisiti generali e speciali di	la verifica dei requisiti ai fini della stipula del contratto	alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti.	A	no	Check list di controllo sul possesso, per ciascuna gara, dei requisiti di ordine generale e speciale (ove previsti) in capo all'operatore economico.	B
	l'effettuazione delle comunicazioni riguardanti i mancati inviti, le esclusioni e le aggiudicazioni	la possibile violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di evitare o ritardare la proposizione di ricorsi da parte di soggetti esclusi o non aggiudicatari.	MB	no	Introduzione di apposita procedura interna relativa alle pubblicazioni trasparenza, anticorruzione e codice contratti pubblici con previsione anche delle comunicazioni da inviare.	B
	la formalizzazione dell'aggiudicazione definitiva e stipula del contratto	l'immotivato ritardo nella formalizzazione del provvedimento di aggiudicazione definitiva e/o nella stipula del contratto, che possono indurre l'aggiudicatario a sciogliersi da ogni vincolo o recedere dal contratto.	MA	no	Introduzione di un termine standard di aggiudicazione e stipula. Utilizzo del Piano Approvvigionamenti e periodici monitoraggi dai quali risultino i motivi dell'eventuale ritardo, rispetto ai tempi standard nella aggiudicazione e/o stipula contratto	B

partecipazione in capo all'aggiudicatario.					
--------------------------------------------	--	--	--	--	--

P082 - ATTIVITÀ DI ISPEZIONE DI IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Preparazione dei programmi operativi di controllo	programmazione delle verifiche a seguito di eventuale segnalazione	Pressioni al funzionario al fine di non considerare la segnalazione nella programmazione dei sopralluoghi	M	no	Il responsabile verifica tutte le segnalazioni ricevute e garantisce che vengano protocollate. Successivamente ne dispone l'archiviazione o l'attivazione dell'ispezione in collaborazione con il coordinatore. Il coordinatore verifica che tutte le segnalazioni ricevute siano protocollate ed assegna ad un tecnico l'esecuzione del sopralluogo concordato con il responsabile. Le segnalazioni per le quali si è ritenuto di non dar seguito al sopralluogo vengono archiviate siglate dal responsabile	B
	programmazione dei controlli ufficiali in base alla valutazione del rischio	Pressioni al funzionario al fine di programmare dei sopralluoghi secondo criteri non omogenei o senza garantire la completezza delle verifiche previste (frequenza)	M	no	Il coordinatore verifica settimanalmente che la programmazione sia coerente con le normative e procedure esistenti (priorità di rischio, periodicità dei sopralluoghi, nuove pratiche aperte)	B
	programmazione dei controlli ufficiali per le verifiche di adeguamento alle prescrizioni impartite a seguito di precedenti non conformità	Pressioni al funzionario al fine di non programmare i sopralluoghi per la verifica dell'adeguamento alle prescrizioni applicate o condizionare l'esito a seconda della visita	M	no	Il coordinatore effettua un controllo, al fine di verificare che per tutti i verbali con prescrizioni corrisponda un sopralluogo successivo, mediante apposito scadenziario	B
Sopralluogo	svolgimento del sopralluogo nell'azienda programmata	Pressioni al funzionario al fine di non effettuare un sopralluogo	M	no	Il coordinatore settimanalmente verifica che per ogni sopralluogo programmato vi sia un verbale sottoscritto dal funzionario/i e dalla ditta verificata.	B

					Il controllo viene formalizzato nella documentazione relativa alla programmazione	
	svolgimento del controllo ufficiale secondo i parametri previsti dalla normativa specifica	Pressioni al funzionario al fine di effettuare un sopralluogo con parametri non rispondenti a quanto previsto dalla normativa	M	no	Il rischio è mitigato dalla presenza di due funzionari in sede di sopralluogo e dalla possibile rotazione del personale. Il coordinatore o un suo delegato effettua un controllo di monitoraggio a campione (circa il 10% del totale dei controlli effettuati) sui verbali predisposti dai funzionari. Il Responsabile o un suo delegato sigla il verbale ad evidenza del controllo	B
Stesura del verbale (di conformità, con prescrizione; con sanzione pecuniaria, con misure coercitive)	Redazione del verbale (di conformità, con prescrizione, con sanzione pecuniaria, con misure coercitive)	Pressioni al funzionario nella redazione del verbale al fine di condizionare l'esito del controllo	M	no	Il rischio è mitigato dalla presenza di due funzionari in sede di sopralluogo e dalla possibile rotazione del personale. Il coordinatore o un suo delegato effettua un controllo di monitoraggio a campione (circa il 10% del totale dei controlli effettuati) sui verbali predisposti dai funzionari. Il Responsabile o un suo delegato sigla il verbale ad evidenza del controllo	B
Comunicazione all'autorità giudiziaria	Comunicazione all'autorità giudiziaria in occasione di non conformità in cui si ravvisi ipotesi di reato	Pressioni al funzionario al fine di non inviare la comunicazione all'autorità giudiziaria	MB	no	Il coordinatore e il responsabile controllano l'avvenuta trasmissione all'autorità giudiziaria	B
Incasso sanzioni pecuniarie	Verifica incasso di eventuali sanzioni pecuniarie	Pressioni al funzionario al fine di non esigere il pagamento della sanzione applicata agli organi competenti	MB	no	Il coordinatore del servizio trasmette copia della sanzione applicata alla ditta, al comune di competenza. Il funzionario incaricato dal servizio effettua periodicamente un controllo di corrispondenza tra le sanzioni prescritte e gli incassi. In caso di mancato pagamento il servizio procede a darne comunicazione al comune	B

P083 - GESTIONE PARERI URBANISTICA ED EDILIZIA COMPLESSA

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Gestione istanza	assegnazione della pratica protocollata in entrata al funzionario competente per l'espletamento della pratica	Il funzionario assegnatario della pratica può avere interessi e/o situazioni personali che interferiscono nella gestione della pratica	M	no	Il coordinatore verifica tutte le istanze ricevute e già protocollate, successivamente ne dispone l'attivazione dell'istruttoria in collaborazione con il Responsabile. Il coordinatore verifica che tutte le istanze ricevute siano protocollate ed assegna ad un tecnico l'esecuzione dell'istruttoria concordata con il responsabile	B
Istruttoria pratica	verifica formale dei documenti	Pressioni al funzionario assegnatario della pratica per omettere completamente o in parte la verifica dei documenti	M	no	Il tecnico assegnatario della pratica verifica i documenti presentati nel rispetto delle linee guida del servizio	B
	verifica tecnica di competenza dei contenuti della pratica	Pressioni al funzionario assegnatario della pratica per svolgere la valutazione tecnica secondo parametri non rispondenti alla normativa	M	no	Il tecnico assegnatario della pratica verifica i documenti presentati nel rispetto delle linee guida del servizio e della normativa specifica	B
	preparazione del parere / risposta dell'istanza	Pressioni al funzionario incaricato e al dirigente al fine di esprimere un parere / risposta omettendo i parametri previsti dalla normativa	M	no	Il responsabile del servizio valuta l'istruttoria della pratica apponendo la firma se risulta che l'istruttoria è stata regolare	B
Diritti sanitari	Verifica incasso diritti sanitari	Pressioni al funzionario al fine di non esigere il pagamento dei diritti sanitari	M	no	In caso di mancato pagamento il coordinatore del servizio e/o la segreteria segnalano al responsabile e viene avviata la procedura di riscossione coattiva	B

P084 - GESTIONE DELLE SEGNALAZIONI E DEGLI ESPOSTI (SISP)

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Preparazione dei programmi operativi di controllo	Programmazione delle verifiche a seguito di eventuale segnalazione	Pressioni al funzionario al fine di non considerare la segnalazione nella programmazione dei sopralluoghi	M	no	<p>Il responsabile verifica tutte le segnalazioni ricevute e garantisce che vengano protocollate. Successivamente ne dispone l'archiviazione o l'attivazione dell'ispezione in collaborazione con il coordinatore</p> <p>Il coordinatore verifica che tutte le segnalazioni ricevute siano protocollate ed assegna ad un tecnico l'esecuzione del sopralluogo concordato con il responsabile.</p> <p>Le segnalazioni per le quali si è ritenuto di non dar seguito al sopralluogo vengono archiviate siglate dal responsabile.</p>	B
	Programmazione dei controlli ufficiali in base alla valutazione del rischio	Pressioni al funzionario al fine di programmare dei sopralluoghi secondo criteri non omogenei o senza garantire la completezza delle verifiche previste (frequenza)	M	no	Il coordinatore verifica settimanalmente che la programmazione sia coerente con le normative e procedure esistenti (priorità di rischio, periodicità dei sopralluoghi, nuove pratiche aperte)	B
	Programmazione dei controlli ufficiali per le verifiche di adeguamento alle prescrizioni impartite a seguito di precedenti non conformità	Pressioni al funzionario al fine di non programmare i sopralluoghi per la verifica dell'adeguamento alle prescrizioni applicate o condizionare l'esito a seconda della visita	M	no	Il coordinatore effettua un controllo, al fine di verificare che per tutti i verbali con prescrizioni corrisponda un sopralluogo successivo, mediante apposito scadenziario	B
Sopralluogo	Svolgimento del sopralluogo nell'azienda programmata	Pressioni al funzionario al fine di non effettuare un sopralluogo	M	no	Il coordinatore settimanalmente verifica che per ogni sopralluogo programmato vi sia un verbale sottoscritto dal funzionario/i e dalla ditta verificata. Il controllo viene formalizzato nella documentazione relativa alla programmazione	B
	Svolgimento del controllo ufficiale secondo i parametri	Pressioni al funzionario al fine di effettuare un sopralluogo con parametri non rispondenti a quanto previsto dalla normativa	M	no	<p>Il rischio è mitigato dalla presenza di due funzionari in sede di sopralluogo e dalla possibile rotazione del personale.</p> <p>Il coordinatore o un suo delegato effettua un controllo</p>	B

	previsti dalla normativa specifica				di monitoraggio a campione (circa il 10% del totale dei controlli effettuati) sui verbali predisposti dai funzionari. Il Responsabile o un suo delegato sigla il verbale ad evidenza del controllo	
Stesura del verbale (di conformità, con prescrizione; con sanzione pecuniaria, con misure coercitive)	Redazione del verbale (di conformità, con prescrizione; con sanzione pecuniaria, con misure coercitive)	Pressioni al funzionario nella redazione del verbale al fine di condizionare l'esito del controllo	M	no	Il rischio è mitigato dalla presenza di due funzionari in sede di sopralluogo e dalla possibile rotazione del personale. Il coordinatore o un suo delegato effettua un controllo di monitoraggio a campione (circa il 10% del totale dei controlli effettuati) sui verbali predisposti dai funzionari. Il Responsabile o un suo delegato sigla il verbale ad evidenza del controllo	B
Comunicazione all'autorità giudiziaria	Comunicazione all'autorità giudiziaria in occasione di non conformità in cui si ravvisi ipotesi di reato	Pressioni al funzionario al fine di non inviare la comunicazione all'autorità giudiziaria	MB	no	Il coordinatore e il responsabile controllano l'avvenuta trasmissione all'autorità giudiziaria	B
Incasso sanzioni pecuniarie	Verifica incasso di eventuali sanzioni pecuniarie	Pressioni al funzionario al fine di non esigere il pagamento della sanzione applicata agli organi competenti	MB	no	Il coordinatore del servizio trasmette copia della sanzione applicata alla ditta, al comune di competenza. Il funzionario incaricato dal servizio effettua periodicamente un controllo di corrispondenza tra le sanzioni prescritte e gli incassi. In caso di mancato pagamento il servizio procede a darne comunicazione al comune	B

P085 - GESTIONE DELLE PRENOTAZIONI DI PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE – LISTE D'ATTESA

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
ANALISI DELLA DOMANDA	ANALISI DELLA DOMANDA	A causa di una inadeguata interpretazione dei dati si potrebbe sottostimare o sovrastimare la domanda e quindi potremmo avere un aumento delle spese di gestione e/o costi inaspettati	M	no	Adozione di uno strumento per categorizzare l'erogato e il prenotato e stimare la domanda potenziale	M

INDIVIDUAZIONE DEI POSSIBILI EROGATORI	INDIVIDUAZIONE DEI POSSIBILI EROGATORI	A seguito di conflitto di interessi e della mancanza di criteri oggettivi nella selezione di erogatori, si potrebbe agevolare un erogatore piuttosto di un altro provocando uno sbilanciamento dell'offerta	M	no	Definizione di criteri oggettivi di selezione degli erogatori	M
NEGOZIAZIONE CON I DIRETTORI DI U.O. AZIENDALI PER GENERARE MAGGIOR OFFERTA	NEGOZIAZIONE CON I DIRETTORI DI U.O. AZIENDALI PER GENERARE MAGGIOR OFFERTA	A causa della inadeguata pianificazione della capacità produttiva si potrebbe avere un'offerta inferiore alla domanda e ciò potrebbe provocare un aumento delle spese di gestione e un potenziale danno di immagine	MB	no	Adozione di uno strumento per categorizzare l'erogato e il prenotato e stimare la domanda potenziale	MB
		A causa della inadeguata pianificazione della capacità produttiva si potrebbe ignorare parte della richiesta in attesa e ciò potrebbe portare a un danno di immagine	MA	no	Adozione di uno strumento per categorizzare l'erogato e il prenotato e stimare la domanda potenziale	MA
NEGOZIAZIONE CON L'ACCREDITATO PER GENERARE MAGGIOR OFFERTA	NEGOZIAZIONE CON L'ACCREDITATO PER GENERARE MAGGIOR OFFERTA	A seguito di conflitto di interessi e della mancanza di criteri oggettivi nella selezione di erogatori, si potrebbe agevolare un erogatore piuttosto di un altro provocando uno sbilanciamento dell'offerta	MB	no	Definizione di criteri oggettivi di selezione degli erogatori	MB
CREAZIONE/GESTIONE DELLE AGENDE INFORMATICHE	CREAZIONE/GESTIONE DELLE AGENDE INFORMATICHE	A causa di pressioni dall'esterno e della discrezionalità dell'operazione di inserimento si potrebbero prenotare utenti senza rispettare la procedura aziendale e le priorità provocando un allungamento della lista d'attesa e possibile danno reputazionale	MA	no	Condivisione criteri di priorità e procedura aziendale	MA
PRESA IN CARICO DELLE PRENOTAZIONI FUORI SOGLIA O LISTE GALLEGGIANTI	PRESA IN CARICO DELLE PRENOTAZIONI FUORI SOGLIA O LISTE GALLEGGIANTI	A causa della inadeguata pianificazione della capacità produttiva si potrebbe ignorare parte della richiesta in attesa e ciò potrebbe portare a un danno di immagine	M	no	Informatizzazione delle richieste	M

Nota: il rischio residuo è uguale al rischio lordo in quanto le misure di contenimento del rischio sono oggetto di attività di implementazione: l'owner del processo ha ritenuto di attendere per la valutazione della loro copertura, pertinenza e robustezza

P088 - GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO: SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Verifica della necessità di pubblicazioni incarichi	Raccolta e formalizzazione dei fabbisogni	Mancata o discrezionale pubblicazione incarichi	MB	no	Il Servizio Personale Convenzionato trimestralmente, coinvolgendo due aree + il coordinatore, verifica l'esigenza di pubblicazione degli incarichi rispetto alle necessità assistenziali, tenuto altresì conto della dotazione organica del personale	B
	Monitoraggio tetto spesa/ore	Pubblicazioni incarichi oltre il tetto di spesa/orario autorizzato dalla Regione	B	no	Il Servizio Personale Convenzionato trimestralmente, prima della pubblicazione dei nuovi incarichi, verifica il rispetto del tetto di spesa/ore annuali autorizzato dalla Regione	B
Individuazione SAI (effettuata dall'Azienda sede del Comitato Consultivo Zonale)	Individuazione specialista	Individuazione dello specialista non avente titolo	MB	no	Un soggetto dell'Azienda sede del Comitato Consultivo Zonale, diverso da quello che ha formato l'ordine di individuazione degli specialisti, ne verifica la correttezza rispetto ai criteri definiti da Accordo Collettivo Nazionale (ACN)	B
Conferimento incarico	Verifiche istruttorie	Conferimento di un incarico ad uno specialista che si trovi in una situazione di incompatibilità o con titoli non idonei	MB	no	Il Servizio Personale Convenzionato, prima del conferimento dell'incarico verifica in modo condiviso (+ colleghi): - l'effettivo conseguimento della laurea/specializzazione tramite conferma con le Università - le eventuali incompatibilità dello specialista ai sensi dell'ACN rispetto a quanto autocertificato dagli stessi. Eventuali incompatibilità devono essere risolte prima del conferimento dell'incarico	B
Gestione anagrafica (es. dati anagrafici, dati pagamento, inquadramento)	Inserimento dei dati anagrafici dello specialista	Errato o mancato inserimento dell'anagrafica dello specialista nei diversi gestionali (Sigma HR, Sogei-TS)	MA	no	Un soggetto diverso da quello che ha inserito le anagrafiche verifica, in occasione della prima elaborazione stipendiale, la correttezza e completezza dei dati inseriti rispetto alla documentazione a supporto	B

professionale, sede, orari, ecc)					(es. documentazione conferimento incarico, documenti presentati dallo specialista, ecc.)	
Gestione giuridica e delle presenze, assenze (es. permessi retribuiti e non retribuiti)	Verifica presenze: scarico e verifica delle timbrature	Mancato svolgimento da parte dello specialista delle ore di lavoro	B	no	Il Servizio Personale Convenzionato verifica i cartellini e monitora le eventuali anomalie: - la mancata o errata timbratura - la presenza delle giustificazioni a supporto delle assenze - la corretta timbratura causalizzata nelle giornate e negli orari in cui ha svolto la libera professione - la presenza di timbrature effettuate presso sedi di lavoro non autorizzate	B
	gestione delle assenze prolungate (es. 104, gravidanza, congedi, ...)	Modifiche giuridiche dello specialista in assenza dei requisiti (es. legge 104/92, gravidanza, congedo matrimoniale, ecc.)	B	no	Un soggetto diverso da quello che ha curato l'istruttoria, verifica la sussistenza dei presupposti normativi / presenza dei pareri favorevoli, necessari per le modifiche ai dati giuridici dello specialista	B
Gestione economica (es. ore svolte, rimborso chilometrico, prestazioni libero professionali, premi raggiungimento obiettivi aziendali, ecc.)	Elaborazione stipendiale: caricamento voci variabili	Caricamento di voci stipendiali non dovute (libera professione)	B	no	Un sistema informatico ripartisce automaticamente gli incassi delle prestazioni erogate in libera professione dallo specialista rispetto alle percentuali previste. Verifica inoltre che le prestazioni siano state svolte al di fuori dell'orario istituzionale	B
	Elaborazione stipendiale: caricamento voci variabili	Caricamento di voci stipendiali non dovute (extramoenia, psicoterapia, rimborso km, plus orario, pronta disponibilità, reperibilità)	B	no	Il Servizio Personale Convenzionato verifica la presenza dell'autorizzazione preventiva del responsabile dello specialista all'esecuzione dell'attività. Verifica inoltre la successiva validazione al pagamento delle voci variabili correlate, quali ad esempio: attività di extramoenia, attività di psicoterapia, rimborso chilometrico, plus-orario, pronta disponibilità, reperibilità ecc.	B
	Elaborazione stipendiale: caricamento voci variabili	Riconoscimento di indennità non dovute (patto/contratto aziendale)	B	no	I Servizi competenti misurano il grado di raggiungimento dei singoli obiettivi annuali previsti dal patto/contratto aziendale. Il Responsabile dello specialista valuta nel complesso il raggiungimento degli stessi da parte degli specialisti e ne comunica l'esito al Servizio Personale Convenzionato per la remunerazione	B
Gestione delle variazioni	Verifica variazioni: caricamento delle variazioni anagrafiche giuridiche ed economiche	Mancate / errate variazioni anagrafiche, giuridiche ed economiche	MB	no	Un soggetto diverso da quello che ha effettuato le variazioni anagrafiche/giuridiche ed economiche, verifica l'avvenuta, corretta e completa modifica dei dati rispetto alla documentazione a supporto (es. documenti presentati dallo specialista, ecc.)	B

	Verifica variazioni: caricamento delle variazioni anagrafiche giuridiche ed economiche	Variazioni anagrafiche, giuridiche ed economiche non autorizzate o richieste	MB	no	Un soggetto diverso da quello preposto alle variazioni anagrafiche/giuridiche ed economiche, verifica mensilmente le variazioni effettuate a sistema (es. IBAN, inquadramento professionale, riattivazione di posizioni cessate, ecc.) e ne verifica, a campione, la corrispondenza con la documentazione a supporto	B
Elaborazione stipendi e versamenti contributivi, previdenziali e fiscali	Elaborazione stipendiale	Errata elaborazione degli stipendi e dei versamenti contributivi, previdenziali e fiscali	MB	no	Il Servizio Personale Convenzionato mensilmente verifica la corretta elaborazione dei cedolini degli specialisti inseriti nel mese (incaricati, provvisori, sostituti).	B
	Elaborazione stipendiale - controllo Equitalia per gli stipendi > 5.000€	Errata elaborazione degli stipendi e dei versamenti contributivi, previdenziali e fiscali	MB	no	Il Servizio Personale Convenzionato mensilmente verifica l'elenco degli specialisti che nel mese hanno un netto a pagare superiore ad Euro 5.000,00 per il controllo di Equitalia sulla presenza di specialisti "morosi".	B
	Elaborazione stipendiale - controllo warning automatici Sigma HR	Errata elaborazione degli stipendi e dei versamenti contributivi, previdenziali e fiscali	MB	no	Il Servizio Personale Convenzionato mensilmente verifica i warning segnalati dall'applicativo Sigma HR circa la possibile generazione di cedolini negativi, al fine di capirne le motivazioni e la correttezza	B
	Elaborazione stipendiale - caricamento dei conguagli e delle voci retributive atipiche (arretrati, progetti di ricerca, ecc.)	Errata elaborazione degli stipendi e dei versamenti contributivi, previdenziali e fiscali	MB	no	Il Servizio Personale Convenzionato mensilmente verifica l'elenco dei conguagli e delle voci retributive atipiche, e ne verifica le motivazioni a supporto (es. adeguamenti normativi, riconoscimenti retroattivi, ecc.)	B
	Elaborazione stipendiale - elaborazione dati fiscali e contributivi	Errata elaborazione degli stipendi e dei versamenti contributivi, previdenziali e fiscali	MB	no	Il Servizio Personale Convenzionato mensilmente verifica la correttezza dei versamenti contributivi, previdenziali e fiscali elaborati dalla procedura sul totale imponibile, rispetto alle aliquote previste da normativa	B
	Elaborazione stipendiale definitiva	Errata elaborazione degli stipendi e dei versamenti contributivi, previdenziali e fiscali	MB	no	Il Servizio Personale Convenzionato mensilmente monitora i cedolini degli specialisti e verifica a campione "n" cedolini con importo superiore a determinate soglie predefinite, rispetto alla documentazione a supporto.	B
	Elaborazione stipendiale di specialisti cessati	Errata elaborazione degli stipendi e dei versamenti contributivi, previdenziali e fiscali	B	no	Il Servizio Personale Convenzionato mensilmente monitora la stampa dei cedolini elaborati a specialisti cessati e ne analizza le motivazioni (es. pagamento arretrati, ecc.)	B

Invio e liquidazione degli stipendi e dei versamenti contributivi, previdenziali e fiscali	Invio stipendi e versamenti contributivi	Mancato o errato invio al Tesoriere del file degli stipendi e dei versamenti contributivi, previdenziali e fiscali	MB	no	Il Dirigente Responsabile del Servizio Personale Convenzionato mensilmente invia i file degli stipendi e dei versamenti, al Tesoriere/Enti previdenziali entro l'ultimo giorno utile previsto	B
Gestione delle cessazioni		Mancato o errato censimento della cessazione dello specialista nei diversi gestionali	B	no	Un soggetto diverso da quello che ha effettuato la chiusura della posizione dello specialista nei diversi gestionali verifica, attraverso la check list di controllo, che sia stata effettuata correttamente tale chiusura	B
Valutazione accantonamento premio operosità		Accantonamento errato	MB	no	Definizione formula per calcolo fondo premio operosità attualizzato	B
Calcolo e comunicazione debiti residui		Debiti residui errati	B	no	Un operatore esegue l'attività e il referente di area la verifica	B

P095 - GESTIONE DELEGHE E QUOTA CAPITARIA DEI COMUNI (CICLO ATTIVO)

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Definizione delle quote (indistinte e vincolate) dovute da ciascun Comune in base al Bilancio Preventivo di Parte Sociale	Redazione, in collaborazione con l'UOC Bilancio, del Bilancio Preventivo e conseguente definizione delle quote (indistinta e vincolata) procapite e per ciascun Comune	errata definizione delle quote; errata popolazione	MA	no	Controllo supportato dall'UOC Bilancio (fogli excel)	MB
Invio note ai Comuni con importi da versare	Invio note ai Comuni con importi da versare; la nota è trasmessa per	errato/mancato invio a uno o più comuni	MA	no	Controllo supportato dall'UOC Bilancio (fogli excel)	MB

	conoscenza all'UOC Bilancio					
Definizione a consuntivo quote definitive da addebitare ai comuni	Una volta terminato l'anno di competenza viene definito il Bilancio Consuntivo con le somme da addebitare definitivamente ai Comuni sulla base delle effettive presenze degli utenti (quota vincolata) e sulla base degli effettivi residenti (quota capitaria) (verificare regola individuazione nr abitanti)	errato computo delle quote a consuntivo/utilizzo di una popolazione errata	MA	no	Controllo supportato dall'UOC Bilancio (fogli excel)	MB
Effettuazione delle reversali di incasso	Effettuazione delle reversali di incasso (Da parte dell'UOC Bilancio nei Distretti di Pieve e Asolo; da parte dell'UOC Servizi Sociali e Socio sanitari nel Distretto Treviso)					
da qui processo: P005 - Regolarizzazione delle entrate						

P097 - GESTIONE POLO DISABILITÀ (gestione diretta Ulss di strutture per disabili adulti - Comunità alloggio, RSA)

Fasi	Attività	Rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Accettazione del rischio?	Misura di contenimento del rischio	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
Gestione rette	emissione fatture attive a Comuni/Aziende Ulss/Privati	errata definizione delle quote	MB	no	controllo elenco fatture	B
Effettuazione delle reversali di incasso	Effettuazione delle reversali di incasso	errata effettuazione delle reversali	MB	no	verifica pagamento tramite software	B



Controlli	Verifica del pagamento ed eventuale sollecito	Mancata verifica	MB	no	verifica pagamento tramite software	B
segue le regole: P007 - Fatturazione attiva						
da qui processo: P005 - Regolarizzazione delle entrate						
Liquidazione delle fatture	Ricevimento e registrazione dei documenti contabili	Mancata/ errata/ non tempestiva registrazione delle fatture	M	no	A carico dell'UOC Bilancio	B
	Acquisizione del visto da parte dell'UOC Disabilità	Mancata/ errato/non tempestivo visto sulle fatture	M	no	scadenziario delle fatture	B
	Liquidazione fatture	Mancata/errata/ non tempestiva liquidazione delle fatture	M	no	scadenziario delle fatture	B
da qui processo: P002 Gestione dei pagamenti						



ALLEGATO 5

—

TRATTAMENTO DEL RISCHIO TEMPLATE PIANI DI ATTUAZIONE



A partire dal registro dei rischi dell'allegato 4, per ogni rischio specifico di corruzione per cui è stata definita una misura di trattamento da implementare nel futuro sono stilati piani di attuazione, ossia vengono identificate delle azioni e degli interventi che devono essere posti in essere per il trattamento del rischio, con l'obiettivo di mitigare, eliminare o trasferire il rischio. A supporto di tale pianificazione viene fornito il seguente template (già presente in azienda), che può essere adottato dal responsabile di implementazione del controllo/ misura di trattamento.

Unità Operativa	
Descrizione del problema o situazione da modificare:	
<i>Riportare Processo di riferimento, Fase/Attività, Rischio che si intende trattare con l'azione di miglioramento</i>	
Gruppo di lavoro costituito da:	
<i>Individuare il gruppo di lavoro coinvolto</i>	
Descrizione delle cause:	
<i>Riportare il risultato dell'analisi delle cause del problema</i>	
Azioni da intraprendere:	
<i>Indicare le attività da svolgere, e, per ciascuna di esse, la relativa scadenza e il responsabile dell'esecuzione Se ritenuto necessario un monitoraggio periodico, riportare per ciascuna attività la % di avanzamento</i>	
Esito verifica di efficacia:	
<i>Al termine dell'implementazione della misura/controllo, redigere una breve relazione sull'efficacia dello stesso in relazione al contenimento del rischio</i>	
Firma	Data



ALLEGATO 6

—

PIANO PER LA TRASPARENZA AZIENDA ULSS N.2 MARCA TREVIGIANA

ALLEGATO 6 DEL PTPCT: ELENCO OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE NELLA SEZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"

Denominazione sottosezione livello I (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento	
	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) (link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione)	Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza	Annuale	
			Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi <i>link</i> alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normativa" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	UOC Affari Generali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
			Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	UOC Affari Generali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
Atti generali		Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	UOC Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
			Statuti e leggi regionali	Statuti e leggi regionali	E-stremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	UOC Affari Generali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo
Disposizioni generali		Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenario obblighi amministrativi cittadini e imprese	Scadenario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	Non di pertinenza	Tempestivo	
			Oneri informativi per cittadini e imprese	Oneri informativi per cittadini e imprese	Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, nonché l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con allegato elenco di tutti gli oneri informativi gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i medesimi atti		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016

ALLEGATO 6 DEL PTPCT: ELENCO OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE NELLA SEZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"						
Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
	Burocrazia zero	Art. 37, c. 3, d.l. n. 69/2013 Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013	Burocrazia zero Attività soggette a controllo	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali le pubbliche amministrazioni competenti ritengono necessarie l'autorizzazione, la segnalazione certificata di inizio attività o la mera comunicazione)		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 10/2016
		Art. 13, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del d.lgs. n. 33/2013 (da pubblicare in tabelle)	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico] 2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi, soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili) 3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno supera i 5.000 €) 4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982			Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982			Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982			Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Annuale
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	UOC Affari Generali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 6 DEL PTPCT: ELENCO OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE NELLA SEZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	UOC Affari Generali	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura commessi all'assunzione della carica	Obbligo sospeso (Delibera Anac 382/2017)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Obbligo sospeso (Delibera Anac 382/2017)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	UOC Affari Generali	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	UOC Affari Generali	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del d.lgs n. 33/2013	1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico] 2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Obbligo sospeso (Delibera Anac 382/2017)	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno supera 5.000 €)	Obbligo sospeso (Delibera Anac 382/2017)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del d.lgs n. 33/2013	4) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Obbligo sospeso (Delibera Anac 382/2017)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	UOC Affari Generali	Annuale
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	UOC Affari Generali	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura commessi all'assunzione della carica	UOC Affari Generali	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Obbligo sospeso (Delibera Anac 382/2017)	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Obbligo sospeso (Delibera Anac 382/2017)	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	UOC Affari Generali	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Obbligo sospeso (Delibera Anac 382/2017)	Nessuno

ALLEGATO 6 DEL PTPCT: ELENCO OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE NELLA SEZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"						
Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
Organizzazione	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 3, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte con riferimento al periodo dell'incarico (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Obbligo sospeso (Delibera Anac 382/2017)	Nessuno
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		4) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Obbligo sospeso (Delibera Anac 382/2017)	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).
	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	UOC Affari Generali	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Art. 28, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Articolazione degli uffici	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Atti degli organi di controllo	Atti e relazioni degli organi di controllo	URP	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	URP	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Ciaseum Responsabile di UOC	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	URP	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	UOC che gestiscono incarichi di collaborazione e consulenze	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Per ciascun titolare di incarico: 1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo 2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	UOC che gestiscono incarichi di collaborazione e consulenze	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 6 DEL PTPCT: ELENCO OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE NELLA SEZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"						
Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Incarchi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	UOC che gestiscono incarichi di collaborazione e consulenze	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	UOC che gestiscono incarichi di collaborazione e consulenze	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Per ciascun titolare di incarico: Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	UOC che gestiscono incarichi di collaborazione e consulenze	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	UOC Affari Generali UOC Affari Generali	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		Compensi di qualsiasi natura commessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato) Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Obbligo sospenso (Delibera Anac 382/2017) Obbligo sospenso (Delibera Anac 382/2017) UOC Affari Generali UOC Affari Generali	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) dichiarazioni concernenti diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'opposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico] 2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili) 3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Obbligo sospenso (Delibera Anac 382/2017) Obbligo sospenso (Delibera Anac 382/2017)	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013 Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		2) Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	UOC Affari Generali	Temporaneo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	UOC Affari Generali	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
				Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	UOC Affari Generali	Annuale (non oltre il 30 marzo)

ALLEGATO 6 DEL PTPCT: ELENCO OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE NELLA SEZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"						
Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	INCARICHI DIRIGENZIALI, A QUALSIASI TITOLO CONFERITI, IVI INCLUSI QUELLI CONFERITI DISCREZIONALMENTE DALL'ORGANO DI INDIRIZZO POLITICO SENZA PROCEDURE PUBBLICHE DI SELEZIONE (da pubblicare in tabelle che distinguono le seguenti situazioni: dirigenti, dirigenti individuali, discrezionalmente, titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali)	Per ciascun titolare di incarico:		
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	UOC Gestione risorse umane	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	UOC Gestione risorse umane	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Obbligo sospeso (Delibera Anac 382/2017)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Obbligo sospeso (Delibera Anac 382/2017)	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	UOC Gestione risorse umane	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. g) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	UOC Gestione risorse umane	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. h) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolari di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula "sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero" [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Obbligo sospeso (Delibera Anac 382/2017)	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).
		Art. 14, c. 1, lett. i) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi, soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: è necessario firmare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati: sensibili)]	Obbligo sospeso (Delibera Anac 382/2017)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico
		Art. 14, c. 1, lett. j) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Obbligo sospeso (Delibera Anac 382/2017)	Annuale
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità dell'incarico	UOC Gestione risorse umane	Temporaneo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	UOC Gestione risorse umane	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. l) e c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	UOC Gestione risorse umane	Annuale (non oltre il 30 marzo)
art. 15, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Elenco posizioni dirigenziali discrezionali		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016			
Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Posti di funzione disponibili		UOC Gestione risorse umane	Temporaneo		
Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dei dirigenti		UOC Gestione risorse umane	Annuale		
Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato eletto	UOC Gestione risorse umane	Nessuno	
Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	UOC Gestione risorse umane	Nessuno		
Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Obbligo sospeso (Delibera Anac 382/2017)	Nessuno		
Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Obbligo sospeso (Delibera Anac 382/2017)	Nessuno		
Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	UOC Gestione risorse umane	Nessuno		
Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	UOC Gestione risorse umane	Nessuno		

ALLEGATO 6 DEL PTPCT: ELENCO OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE NELLA SEZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"							
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento	
Personale	Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Obbligo sospeso (Delibera Anac 382/2017)	Nessuno	
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Obbligo sospeso (Delibera Anac 382/2017)	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).	
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica		UOC Gestione risorse umane	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1-quinquies, d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo		Ciascun incaricato titolare di posizioni organizzativa	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico		UOC Gestione risorse umane	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico		UOC Gestione risorse umane	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)
	Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico		UOC Gestione risorse umane	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico		UOC Gestione risorse umane	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)
	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale		UOC Gestione risorse umane	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico		UOC Gestione risorse umane	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche		UOC Gestione risorse umane	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)		UOC Gestione risorse umane	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
Contrattazione integrativa							

ALLEGATO 6 DEL PTPCT: ELENCO OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE NELLA SEZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"						
Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
	OIV	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle Finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	UOC Gestione risorse umane	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)
		Art. 10, c. 8, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	OIV	Nominativi	UOC Controllo di Gestione	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 10, c. 8, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle)	Curricula	UOC Controllo di Gestione	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Bandi di concorso		Par. 14.2, delib. CIVIT n. 12/2013		Compensi	UOC Controllo di Gestione	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 19, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonché i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	UOC Gestione risorse umane	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Sistema di misurazione e valutazione della Performance		Par. 1, delib. CIVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	UOC Controllo di Gestione	Temporaneo
		Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	UOC Controllo di Gestione	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Performance	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	UOC Controllo di Gestione	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi (da pubblicare in tabelle)	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	UOC Gestione risorse umane	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	UOC Gestione risorse umane	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	UOC Gestione risorse umane	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	UOC Gestione risorse umane	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Benessere organizzativo		Art. 20, c. 3, d.lgs. N. 33/2013	Benessere organizzativo	Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	UOC Gestione risorse umane	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Livelli di benessere organizzativo		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016

ALLEGATO 6 DEL PTPCT: ELENCO OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE NELLA SEZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
		Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		<p>Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate</p> <p>Per ciascuno degli enti:</p> <ol style="list-style-type: none"> ragione sociale misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione durata dell'impegno onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio) <p>Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico link al sito dell'ente)</p> <p>Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico link al sito dell'ente)</p> <p>Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati</p>	UOC Affari Generali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
Enti controllati	Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)		UOC Affari Generali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
					UOC Affari Generali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013			UOC Affari Generali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013			UOC Affari Generali	Temporaneo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013			UOC Affari Generali	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
					UOC Affari Generali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 6 DEL PTPCT: ELENCO OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE NELLA SEZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"

Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento	
Enti controllati	Società partecipate	Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	UOC Affari Generali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
				Per ciascuna delle società:		Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
				1) ragione sociale		UOC Affari Generali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione		UOC Affari Generali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				3) durata dell'impegno		UOC Affari Generali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione		UOC Affari Generali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		UOC Affari Generali
	6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari			UOC Affari Generali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
	7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo			UOC Affari Generali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)		
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	UOC Affari Generali	Temporaneo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	UOC Affari Generali	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	UOC Affari Generali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 22, c. 1, lett. d-bis, d.lgs. n. 33/2013		Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazioni periodiche delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016)	UOC Affari Generali	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	

ALLEGATO 6 DEL PTPCT: ELENCO OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE NELLA SEZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
		Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016	Provvedimenti	Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	UOC Affari Generali	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	UOC Affari Generali	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 6 DEL PTPCT: ELENCO OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE NELLA SEZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
		Art. 22, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	UOC Affari Generali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				Per ciascuno degli enti:		
				1) ragione sociale	UOC Affari Generali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	UOC Affari Generali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				3) durata dell'impegno	UOC Affari Generali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	UOC Affari Generali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	UOC Affari Generali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	UOC Affari Generali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
			Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	UOC Affari Generali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico (link al sito dell'ente)	UOC Affari Generali	Temporaneo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	UOC Affari Generali	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)

ALLEGATO 6 DEL PTPCT: ELENCO OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE NELLA SEZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	UOC Affari Generali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	UOC Affari Generali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
				Per ciascuna tipologia di procedimento:		
		Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Attività e procedimenti	Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		9) link di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. j), d.lgs. n. 33/2013		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Per i procedimenti ad istanza di parte:		

ALLEGATO 6 DEL PTPCT: ELENCO OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE NELLA SEZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Ciasecum Responsabile di UOC	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 e Art. 1, c. 29, l. 190/2012		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Ciasecum Responsabile di UOC	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Monitoraggio tempi procedurali	Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedurali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 97/2016
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni precedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	UOC Affari Generali	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Ciasecum Responsabile di UOC	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressione di carriera		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 97/2016
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Ciasecum Responsabile di UOC	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
Controlli sulle imprese	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressione di carriera		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 97/2016
		Art. 25, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di controllo	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 97/2016
		Art. 25, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Obblighi e adempimenti	Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per attemperare alle disposizioni normative		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs 97/2016
		Art. 4 delib. Anae n. 39/2016		Codice Identificativo Gara (CIG)	Ciasecum Responsabile di UOC	Temporaneo
	Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anae n. 39/2016	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190 Informazioni sulle singole procedure (da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la	Struttura proponente, Oggetto del bando, Procedura di scelta del contraente, Elenco degli operatori invitati a presentare offerte/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, Aggiudicatario, Importo di aggiudicazione, Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, Importo delle somme liquidate	Ciasecum Responsabile di UOC	Temporaneo

ALLEGATO 6 DEL PTPCT: ELENCO OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE NELLA SEZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016)	Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CI/G), struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	Ciasecum Responsabile di UOC	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)
	Bandi di gara e contratti	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Art. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali	UOC Servizi tecnici e patrimoniali UOC Provveditorato	Tempestivo
	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016 Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni. Compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del d.lgs. n. 50/2016	Avvisi di preinformazione - Avvisi di preinformazione (art. 70, c. 1, 2 e 3, d.lgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi di preinformazioni (art. 141, d.lgs n. 50/2016) Delibera a contrarre o atto equivalente (per tutte le procedure)	UOC Servizi tecnici e patrimoniali UOC Provveditorato	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni. Compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del d.lgs. n. 50/2016	Avvisi e bandi - Avviso (art. 19, c. 1, d.lgs n. 50/2016); Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7, d.lgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Avviso di formazione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7, d.lgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9, d.lgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1, e 4, d.lgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 127, c. 1, d.lgs n. 50/2016); Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 2, d.lgs n. 50/2016); Avviso relativo all'esito della procedura; Pubblicazione a livello nazionale di bandi e avvisi; Bando di concorso (art. 153, c. 1, d.lgs n. 50/2016); Avviso di aggiudicazione (art. 153, c. 2, d.lgs n. 50/2016); Bando di concessione, invito a presentare offerta, documenti di gara (art. 171, c. 1 e 5, d.lgs n. 50/2016); Avviso in merito alla modifica dell'ordine di importanza dei criteri, Bando di concessione (art. 173, c. 3, d.lgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 183, c. 2, d.lgs n. 50/2016); Avviso costituzione del privilegio (art. 186, c. 3, d.lgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 188, c. 3, d.lgs n. 50/2016)	Ciasecum Responsabile di UOC	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni. Compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del d.lgs. n. 50/2016	Avviso sui risultati della procedura di affidamento - Avviso sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, d.lgs n. 50/2016); Bando di concorso e avviso sui risultati del concorso (art. 141, d.lgs n. 50/2016); Avvisi relativi l'esito della procedura, possono essere raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3, d.lgs n. 50/2016); Elenchi dei verbali delle commissioni di gara	Ciasecum Responsabile di UOC	Tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni. Compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del d.lgs. n. 50/2016	Avvisi sistema di qualificazione - Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione, di cui all'Allegato XIV, parte II, lettera H; Bandi, avviso periodico indicativo; avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione; Avviso di aggiudicazione (art. 140, c. 1, 3 e 4, d.lgs n. 50/2016)	Ciasecum Responsabile di UOC	Tempestivo

ALLEGATO 6 DEL PTPCT: ELENCO OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE NELLA SEZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"								
Denominazione sottosezione livello I (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento		
Bandi di gara e contratti	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Affidamenti Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10, d.lgs n. 50/2016); tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti (art. 192 c. 3, d.lgs n. 50/2016)	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo			
						Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Informazioni ulteriori - Contributi e resoconti degli incontri con portatori di interessi unitamente ai progetti di fattibilità di grandi opere e ai documenti predisposti dalla stazione appaltante (art. 22, c. 1, d.lgs n. 50/2016); Informazioni ulteriori, complementari o aggiuntive rispetto a quelle previste dal Codice; Elenco ufficiali operatori economici (art. 90, c. 10, d.lgs n. 50/2016)	UOC Servizi tecnici e patrimoniali
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali.	Provvedimenti di esclusione e di ammissione (entro 2 giorni dalla loro adozione)	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo		
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo		
		Art. 1, co. 505, l. 208/2015 disposizione speciale rispetto all'art. 21 del d.lgs n. 50/2016	Contratti	Testo integrale di tutti i contratti di acquisto di beni e di servizi di importo unitario stimato superiore a 1 milione di euro in esecuzione del programma biennale e suoi aggiornamenti	Ciascun Responsabile di UOC	Obbligo abrogato dall'art. 217 c. 1, lett. ss-bis) D.Lgs. 50/2016 come modificato dall'art. 129 c. 1 lett. n) D.Lgs. 56/2017		
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo		
		Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	UOC Servizi sociali e socio sanitari - UOC direzione amministrativa territoriale - UOC Direzione amministrativa ospedale	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
				Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	UOC Servizi sociali e socio sanitari - UOC direzione amministrativa territoriale - UOC Direzione amministrativa ospedale	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)	
		Per ciascun atto:						

ALLEGATO 6 DEL PTPCT: ELENCO OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE NELLA SEZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Atti di concessione	Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali) (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	UOC Servizi sociali e socio sanitari - UOC direzione amministrativa territoriale - UOC Direzione amministrativa ospedale	Temporaneo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	UOC Servizi sociali e socio sanitari - UOC direzione amministrativa territoriale - UOC Direzione amministrativa ospedale	Temporaneo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	UOC Servizi sociali e socio sanitari - UOC direzione amministrativa territoriale - UOC Direzione amministrativa ospedale	Temporaneo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	UOC Servizi sociali e socio sanitari - UOC direzione amministrativa territoriale - UOC Direzione amministrativa ospedale	Temporaneo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	UOC Servizi sociali e socio sanitari - UOC direzione amministrativa territoriale - UOC Direzione amministrativa ospedale	Temporaneo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) <i>link</i> al progetto selezionato	UOC Servizi sociali e socio sanitari - UOC direzione amministrativa territoriale - UOC Direzione amministrativa ospedale	Temporaneo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		7) <i>link</i> al curriculum vitae del soggetto incaricato	UOC Servizi sociali e socio sanitari - UOC direzione amministrativa territoriale - UOC Direzione amministrativa ospedale	Temporaneo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	UOC Servizi sociali e socio sanitari - UOC direzione amministrativa territoriale - UOC Direzione amministrativa ospedale	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 6 DEL PTPCT: ELENCO OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE NELLA SEZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"							
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento	
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	UOC Contabilità e bilancio	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	UOC Contabilità e bilancio	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	UOC Contabilità e bilancio	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	UOC Contabilità e bilancio	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
Beni immobili e gestione patrimonio	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del d.lgs. n. 91/2011 - Art. 18-bis del d.lgs. n. 118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	UOC Contabilità e bilancio	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	UOC Servizi tecnici e patrimoniali	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti		UOC Servizi tecnici e patrimoniali	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe			Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione		UOC Affari Generali	Annuale e in relazione a delibere A.N.A.C.
Controlli e ritevi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. C), d.lgs. N. 150/2009	UOC Controllo di Gestione	Temporaneo	
				Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	UOC Controllo di Gestione	Temporaneo	

ALLEGATO 6 DEL PTPCT: ELENCO OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE NELLA SEZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"							
Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento	
Servizi erogati	Organi di revisione amministrativa e contabile Corte dei conti		Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione, o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	UOC Controllo di Gestione	Trimestro (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
			Rilevi Corte dei conti	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorché non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	UOC Contabilità e bilancio UOC Affari Generali	Trimestro (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Trimestro (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	URP	Trimestro (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Class action		Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	UOC Affari Generali	Trimestro
			Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	UOC Affari Generali	Trimestro
			Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	UOC Affari Generali	Trimestro
	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo		UOC Controllo di Gestione	Trimestro Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013)
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata		URP	Trimestro (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.		URP	Trimestro
	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti (da pubblicare in tabelle)	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari		UOC Contabilità e bilancio	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)
Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari		UOC Contabilità e bilancio	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	

ALLEGATO 6 DEL PTPCT: ELENCO OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE NELLA SEZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"						
Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
Pagamenti dell'amministrazione	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	UOC Contabilità e bilancio	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	UOC Contabilità e bilancio	Trimestrale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese ereditrici	UOC Contabilità e bilancio
	IBAN e pagamenti informativi	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informativi	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	UOC Contabilità e bilancio	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n. 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	UOC Servizi tecnici e patrimoniali	Temporaneo (art. 8, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate.	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	UOC Servizi tecnici e patrimoniali	Temporaneo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	(da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'economia e della finanza d'intesa con l'Autorità nazionale anticorruzione)	Informazioni relative ai costi unitari, di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	UOC Servizi tecnici e patrimoniali	Temporaneo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
Pianificazione e governo del territorio		Art. 39, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici strumenti urbanistici, generali e di attuazione, nonché le loro varianti	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Temporaneo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio (da pubblicare in tabelle)	Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunemente denominato "proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatorie a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

ALLEGATO 6 DEL PTPCT: ELENCO OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE NELLA SEZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"							
Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento	
Informazioni ambientali			Stato dell'ambiente	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali compresi gli igrotopi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
			Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni ed i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
			Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto	4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
			Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
			Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore	UOC Servizio igiene e sanità pubblica. UOC SIAN Servizio igiene degli alimenti e della nutrizione	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
			Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Strutture sanitarie private accreditate		Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Direzione amministrativa territoriale	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)
			Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari (da pubblicare in tabelle)	Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Temporaneo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza	Annuale	

ALLEGATO 6 DEL PTPCT: ELENCO OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE NELLA SEZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"							
Denominazione sottosezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sottosezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento	
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	UOC Affari Generali	Tempestivo	
			Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	UOC Affari Generali	Tempestivo	
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza	Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza	Annuale (ex art. 1, c. 14, l. n. 190/2012)
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione		UOC Affari Generali	Tempestivo
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni di cui al d.lgs. n. 39/2013		UOC Affari Generali
Altri contenuti	Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 24/90	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	UOC Affari Generali	Tempestivo	
		Art. 5, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	UOC Affari Generali	Tempestivo	
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione		UOC Affari Generali	Semestrale
		Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.mdt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dat.gov.it e http://bsidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	UOSD Sistemi informativi	UOSD Sistemi informativi
Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	UOSD Sistemi informativi	UOSD Sistemi informativi	Annuale

ALLEGATO 6 DEL PTPCT: ELENCO OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE NELLA SEZIONE DEL SITO INTERNET AZIENDALE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"						
Denominazione sotto-sezione livello 1 (Macrofamiglie)	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Ufficio Responsabile produzione e pubblicazione del dato	Aggiornamento
		Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	UOSD Sistemi informativi	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)
Altri contenuti	Dati ulteriori	Art. 7-bis, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati ulteriori (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate	Ciaseum Responsabile di UOC



ALLEGATO 7

—

RELAZIONE AL RPCT - TEMPLATE

Al Responsabile Aziendale della
Prevenzione della Corruzione e
Trasparenza

OGGETTO: Piano aziendale di prevenzione della corruzione – Relazione e controlli 2021

In ottemperanza a quanto previsto dalla normativa in materia di prevenzione della corruzione e dal piano aziendale di prevenzione della corruzione, relativamente ai processi

1. *(Inserire denominazione progetto)*
2. *(Inserire denominazione progetto)*

si comunica che per la sezione del piano

LA GESTIONE DEI RISCHI DI CORRUZIONE

- a. è stato aggiornato il livello di rischio di corruzione dei processi aziendali dei processi *(Inserire denominazione processi)*
- b. sono stati identificati i rischi specifici dei processi ad alto – medio rischio di corruzione dei processi *(Inserire denominazione processi)*
- c. sono stati misurati i rischi specifici
- d. sono stati inseriti i rischi specifici nel registro dei rischi
- e. sono state definite le misure di trattamento dei rischi specifici valutati e classificati per indice di rischio (IR)
- f. sono state condivise con il personale afferente al *(inserire denominazione processo)* le misure di contenimento dei rischi prioritari
- g. è stato stilato e programmato il piano di attuazione delle future misure di trattamento del rischio per ogni processo
- h. è stata predisposta la relazione sull'efficacia dei controlli (misure di trattamento) eseguiti per i processi *(inserire denominazione processi)*

MISURE PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE

Descrivere se sono stati raggiunti gli obiettivi definiti nell'allegato 2 e/o altre iniziative inerenti le seguenti misure

FORMAZIONE

- a. *(Da compilare se di competenza)*

ROTAZIONE DEL PERSONALE ADDETTO ALLE AREE A RISCHIO DI CORRUZIONE

- a. *(Da compilare se di competenza)*

CODICE DI COMPORTAMENTO

- a. *(Da compilare se di competenza)*

INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ DEGLI INCARICHI

- a. *(Da compilare se di competenza)*

FORMAZIONE DI COMMISSIONI, ASSEGNAZIONI AGLI UFFICI, CONFERIMENTO DI INCARICHI DIRIGENZIALI IN CASO DI CONDANNA PENALE PER DELITTI CONTRO LA PA

- a. *(Da compilare se di competenza)*

SVOLGIMENTO DI INCARICHI DI UFFICIO – ATTIVITÀ ED INCARICHI EXTRA ISTITUZIONALI

- a. *(Da compilare se di competenza)*

SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ SUCCESSIVE ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO (C.D. PANTOUFLAGE – REVOLVING DOORS)

- a. *(Da compilare se di competenza)*

PROCESSI DI PROCUREMENT

- a. *(Da compilare se di competenza)*

TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO (C.D. WHISTLEBLOWER)

- a. *(Da compilare se di competenza)*

PATTI DI INTEGRITÀ

- a. *(Da compilare se di competenza)*

AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONI RAPPORTO CON LA SOCIETÀ CIVILE

- a. *(Da compilare se di competenza)*

PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITÀ (PAC)

- a. *(Da compilare se di competenza)*

PIANO AZIENDALE PER LA TRASPARENZA

LA TRASPARENZA E GLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

- a. è stato rispettato l'obbligo di produzione e pubblicazione del dato declinato come da allegato 6 del Piano

SOCIETÀ ED ENTI DI DIRITTO PRIVATO CONTROLLATI E PARTECIPATI DALLE PA

- a. *(Da compilare se di competenza)*

RAFFORZAMENTO TRASPARENZA E ACQUISTI

- a. *(Da compilare se di competenza)*

ACCESSO CIVICO

- a. *(Da compilare se di competenza)*

RELAZIONE ANNUALE DEL RPCT

- a. è stato compilato lo schema ANAC (di seguito riportato) per la parte di competenza

ELABORAZIONE PTPC 2019-2021

- a. *Indicare la proposta di aggiornamento annuale sulle misure per la prevenzione del rischio di corruzione per la parte di competenza come da par. 2.2.2 del Piano*

VARIE, EVENTUALI E SUGGERIMENTI DI MIGLIORAMENTO (es. su PTPC, su attività formative e/o su altre attività svolte nell'anno in tema di anticorruzione)

- a. ...
b. ...

ALLEGATI

Si trasmettono, pertanto:

- a. Il registro dei rischi aggiornato
- b. la relazione sull'efficacia dei controlli (misure di trattamento)
- c. i piani di attuazione delle misure di trattamento dei rischi
- d. schema ANAC per relazione annuale del RPCT
- e. *(eventuali altre evidenze/analisi)*

Cordiali Saluti

Il Responsabile della U.O.C.
(inserire denominazione UOC)
(inserire nome cognome)

SCHEMA ANAC PER RELAZIONE ANNUALE DEL RPCT (ULTIMA VERSIONE DISPONIBILE)

ID	Domanda	Risposta (selezionare dal menu a tendina un'opzione di risposta oppure inserire il valore richiesto)	Ulteriori Informazioni (Max 2000 caratteri)	Referente del dato
2	GESTIONE DEL RISCHIO			RPCT
2.A	Indicare se è stato effettuato il monitoraggio di tutte le misure, generali e specifiche, individuate nel PTPCT (domanda facoltativa)			RPCT
2.A.4	Se non è stato effettuato il monitoraggio, indicare le motivazioni del mancato svolgimento			RPCT
2.B	Indicare in quali delle seguenti aree si sono verificati eventi corruttivi e indicarne il numero (più risposte sono possibili). (Riportare le fattispecie penali, anche con procedimenti pendenti e gli eventi corruttivi e le condotte di natura corruttiva come definiti nel PNA 2019 (§ 2), nella delibera n. 215 del 26 marzo 2019 (§ 3.3.) e come mappati nei PTPCT delle amministrazioni):			RPCT
2.B.1	Acquisizione e gestione del personale			RPCT
2.B.2	Contratti pubblici			RPCT
2.B.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario			RPCT
2.B.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario			RPCT
2.B.5	Affari legali e contenzioso			RPCT
2.B.6	Incarichi e Nomine			RPCT
2.B.7	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio			RPCT
2.B.8	Aree di rischio ulteriori (elencare quali)			RPCT
2.B.9	Non si sono verificati eventi corruttivi			RPCT
2.C	Se si sono verificati eventi corruttivi, indicare se nel PTPCT 2020 erano state previste misure per il loro contrasto			RPCT
2.E	Indicare se sono stati mappati i processi secondo quanto indicato nell'Allegato 1 al PNA 2019 (§ 3.2.)			RPCT
2.F	Se sono stati mappati i processi indicare se afferiscono alle seguenti aree:			RPCT
2.F.1	Contratti pubblici			RPCT
2.F.2	Incarichi e nomine			RPCT
2.F.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario			RPCT
2.F.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario			RPCT
2.F.5	Acquisizione e gestione del personale			RPCT
2.G	Indicare se il PTPCT è stato elaborato in collaborazione con altre amministrazioni			RPCT



ID	Domanda	Risposta (selezionare dal menu a tendina un'opzione di risposta oppure inserire il valore richiesto)	Ulteriori Informazioni (Max 2000 caratteri)	Referente del dato
	<i>(domanda facoltativa)</i>			
3	MISURE SPECIFICHE			RPCT
3.A	Indicare se sono state attuate misure specifiche oltre a quelle generali			RPCT
3.B.	Indicare quali sono le tre principali misure specifiche attuate (<i>domanda facoltativa</i>)			RPCT
4	TRASPARENZA			AAGG
4.A	Indicare se è stato informatizzato il flusso per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente"			AAGG
4.B	Indicare se il sito istituzionale, relativamente alla sezione "Amministrazione trasparente", ha l'indicatore delle visite			URP
4.C	Indicare se sono pervenute richieste di accesso civico "semplice"			AAGG
4.D	Indicare se sono pervenute richieste di accesso civico "generalizzato"			AAGG
4.E	Indicare se è stato istituito il registro degli accessi			AAGG
4.F	È rispettata l'indicazione che prevede di riportare nel registro l'esito delle istanze (<i>domanda facoltativa</i>)			AAGG
4.G	Indicare se sono stati svolti monitoraggi sulla pubblicazione dei dati			AAGG
4.H	Formulare un giudizio sul livello di adempimento degli obblighi di trasparenza indicando quali sono le principali inadempienze riscontrate nonché i principali fattori che rallentano l'adempimento			AAGG
5	FORMAZIONE DEL PERSONALE			FORM
5.A	Indicare se è stata erogata la formazione dedicata specificamente alla prevenzione della corruzione			FORM
5.B	Se non è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare le ragioni della mancata erogazione			FORM
5.E	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione indicare se ha riguardato, in particolare: (<i>domanda facoltativa</i>)			FORM
5.E.1	Etica ed integrità			FORM
5.E.2	I contenuti dei codici di comportamento			FORM
5.E.3	I contenuti del PTPCT			FORM
5.E.4	Processo di gestione del rischio			FORM
5.C	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare quali soggetti tra i seguenti hanno svolto le docenze:			FORM
5.C.1	SNA			FORM
5.C.2	Università			FORM
5.C.3	Altro soggetto pubblico (specificare quali)			FORM
5.C.4	Soggetto privato (specificare quali)			FORM



ID	Domanda	Risposta (selezionare dal menu a tendina un'opzione di risposta oppure inserire il valore richiesto)	Ulteriori Informazioni (Max 2000 caratteri)	Referente del dato
5.C.5	Formazione in house			FORM
5.C.6	Altro (specificare quali)			FORM
5.D	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, formulare un giudizio sulla formazione erogata con particolare riferimento all'appropriatezza di destinatari e contenuti, sulla base di eventuali questionari somministrati ai partecipanti			FORM
6	ROTAZIONE DEL PERSONALE			RU
6.A	Indicare il numero di unità di personale dipendente di cui è composta l'amministrazione:			RU
6.A.1	Numero dirigenti o equiparati			RU
6.A.2	Numero non dirigenti o equiparati			RU
6.B	Indicare se nell'anno 2020 è stata effettuata la rotazione dei dirigenti come misura di prevenzione del rischio			RU
6.C	Indicare se l'ente, nel corso del 2020, è stato interessato da un processo di riorganizzazione (anche se avviato in anni precedenti e concluso o in corso nel 2020) <i>(domanda facoltativa)</i>			RU
7	INCONFERIBILITÀ PER INCARICHI DIRIGENZIALI D.LGS. 39/2013			AAGG
7.A	Indicare se sono state effettuate verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni rese dagli interessati sull'insussistenza di cause di inconferibilità			AAGG
7.B	Indicare, con riferimento all'anno 2020, se è stata accertata l'inconferibilità degli incarichi dirigenziali per sussistenza di condanna penale, ai sensi dell'art. 3 del d.lgs. n. 39/2013			AAGG
8	INCOMPATIBILITÀ PER PARTICOLARI POSIZIONI DIRIGENZIALI - D.LGS. 39/2013			RU
8.A	Indicare se sono state adottate misure per verificare la presenza di situazioni di incompatibilità			RU
9	CONFERIMENTO E AUTORIZZAZIONE INCARICHI AI DIPENDENTI			RU
9.A	Indicare se è stata adottata una procedura prestabilita per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi			RU
9.C	Indicare se sono pervenute segnalazioni sullo svolgimento di incarichi extra-istituzionali non autorizzati			RU
10	TUTELA DEL DIPENDENTE PUBBLICO CHE SEGNA LA GLI ILLECITI (WHISTLEBLOWING)			RPCT
10.A	Indicare se è stata attivata una procedura per la presentazione e la gestione di segnalazione di condotte illecite da parte di dipendenti pubblici, come intesi all'art. 54-bis, co. 2, del d.lgs. n. 165/2001, idonea a garantire la riservatezza dell'identità del segnalante, del contenuto delle segnalazioni e della relativa			RPCT



ID	Domanda	Risposta (selezionare dal menu a tendina un'opzione di risposta oppure inserire il valore richiesto)	Ulteriori Informazioni (Max 2000 caratteri)	Referente del dato
	documentazione			
10.B	Se non è stata attivata la procedura, indicare le ragioni della mancata attivazione			RPCT
10.C	Se non è stato attivato il sistema informativo dedicato, indicare attraverso quali altri mezzi il dipendente pubblico può inoltrare la segnalazione			RPCT
10.D	Se è stata attivata la procedura, indicare se sono pervenute segnalazioni di whistleblower			RPCT
10.G	Formulare un giudizio sul sistema di tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti indicando le misure da adottare per rafforzare la garanzia di anonimato e la tutela da azioni discriminatorie (<i>domanda facoltativa</i>)			RPCT
11	CODICE DI COMPORTAMENTO			RU
11.A	Indicare se è stato adottato il codice di comportamento che integra e specifica il codice adottato dal Governo (D.P.R. n. 62/2013)			RU
11.B	Se è stato adottato il codice di comportamento, indicare se gli obblighi di condotta ivi previsti sono stati estesi a tutti i soggetti di cui all'art. 2, co. 3, d.P.R. 62/2013 (collaboratori e consulenti, titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità politiche, collaboratori di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore delle amministrazioni) (<i>domanda facoltativa</i>)			RU
11.C	Se è stato adottato il codice di comportamento, indicare se sono pervenute segnalazioni relative alla violazione del D.P.R. n. 62/2013 e delle eventuali integrazioni previste dal codice dell'amministrazione			RU
12	PROCEDIMENTI DISCIPLINARI E PENALI			RU
12.B	Indicare se nel corso del 2020 sono stati avviati procedimenti disciplinari per fatti penalmente rilevanti a carico dei dipendenti			RU
12.D	Se nel corso del 2020 sono stati avviati procedimenti disciplinari per fatti penalmente rilevanti a carico dei dipendenti, indicare se i fatti penalmente rilevanti sono riconducibili a reati relativi a eventi corruttivi (Indicare il numero di procedimenti per ciascuna tipologia; lo stesso procedimento può essere riconducibile a più reati):			RU
12.D.1	Peculato – art. 314 c.p.			RU
12.D.2	Concussione - art. 317 c.p.			RU
12.D.3	Corruzione per l'esercizio della funzione - art. 318 c.p.			RU



ID	Domanda	Risposta (selezionare dal menu a tendina un'opzione di risposta oppure inserire il valore richiesto)	Ulteriori Informazioni (Max 2000 caratteri)	Referente del dato
12.D.4	Corruzione per un atto contrario ai doveri di ufficio –art. 319 c.p.			RU
12.D.5	Corruzione in atti giudiziari –art. 319ter c.p.			RU
12.D.6	Induzione indebita a dare o promettere utilità – art. 319quater c.p.			RU
12.D.7	Corruzione di persona incaricata di pubblico servizio –art. 320 c.p.			RU
12.D.8	Istigazione alla corruzione –art. 322 c.p.			RU
12.D.9	Traffico di influenze illecite -art. 346-bis c.p.			RU
12.D.10	Turbata libertà degli incanti -art. 353 c.p.			RU
12.D.11	Turbata libertà del procedimento di scelta del contraente -art. 353 c.p.			RU
12.D.12	Altro (specificare quali)			RU
12.E	Se i fatti penalmente rilevanti sono riconducibili a reati relativi a eventi corruttivi, indicare a quali aree di rischio sono riconducibili i procedimenti penali (Indicare il numero di procedimenti per ciascuna delle sottostanti aree): <u>domanda facoltativa</u>			RU
12.E.1	Contratti pubblici			RU
12.E.2	Incarichi e nomine			RU
12.E.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario			RU
12.E.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario			RU
12.E.5	Acquisizione e gestione del personale			RU
12.F	Indicare se nel corso del 2020 sono stati avviati a carico dei dipendenti procedimenti disciplinari per violazioni del codice di comportamento, anche se non configurano fattispecie penali			RU
13	ALTRE MISURE			RU
13.A	Indicare se si sono verificate violazioni dei divieti contenuti nell'art. 35 bis del d.lgs. n. 165/2001 per i soggetti condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati di cui al Capo I, Titolo II, Libro II, c.p.			RU
13.B	Indicare se ci sono stati casi di attivazione delle azioni di tutela previste in eventuali protocolli di legalità o patti di integrità inseriti nei contratti stipulati			RU
14	ROTAZIONE STRAORDINARIA			RU
14.A	Indicare se si è reso necessario adottare provvedimenti di rotazione straordinaria del personale di cui all'art. 16, co. 1, lett. I-quater, d.lgs.165/2001, a seguito dell'avvio di procedimenti penali o disciplinari per le condotte di natura corruttiva			RU
15	PANTOUFLAGE			RU
15.A	Indicare se sono stati individuati casi di			RU



ID	Domanda	Risposta (selezionare dal menu a tendina un'opzione di risposta oppure inserire il valore richiesto)	Ulteriori Informazioni (Max 2000 caratteri)	Referente del dato
	pantouflage di dirigenti			
15.B	Indicare se sono state attuate le misure per prevenire il pantouflage			RU

LEGENDA	
AAGG	Affari generali
FORM	Formazione
RPCT	Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza
RU	Risorse umane
URP	Ufficio relazioni con il pubblico