



## **DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**

29/01/2020, n. 132

Il Direttore generale di questa Azienda U.L.S.S. dott. Francesco Benazzi, nominato con D.P.G.R. 30 dicembre 2015 n. 191, integrato con D.P.G.R. 30 dicembre 2016 n. 157, coadiuvato da:

Direttore amministrativo

Direttore sanitario

Direttore dei servizi socio-sanitari

- Dott.ssa Annamaria Tomasella

- Dott. Livio Dalla Barba

- Dott. George Louis Del Re

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 2020 - 2022**

**OGGETTO: ADOZIONE DEL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA DELL'AZIENDA ULSS N. 2 MARCA TREVIGIANA PER IL TRIENNIO 2020 - 2022**

Relaziona il 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).

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 Piano 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.

Considerato quanto sopra, in adempimento alla vigente normativa, si propone di adottare il Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza per il triennio 2020 – 2022, predisposto dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e allegato alla presente deliberazione per costituirne parte integrante.

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 suddetto 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 2020 – 2022, 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 2020 – 2022, gli adempimenti in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
3. di confermare per l'anno 2020 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.

## Deliberazione 29/01/2020, n. 132

*Documento firmato elettronicamente secondo la normativa vigente.*

Per il parere di competenza:

Il Direttore amministrativo n.ro certificato: 2585B80B2A04F471 Firmatario: Dott.ssa Annamaria Tomasella

Il Direttore sanitario n.ro certificato: 67DE463E6B6AA0709990C57BE4C83D99 Firmatario: Dott. Livio Dalla Barba

Il Direttore dei servizi socio-sanitari n.ro certificato: 2BE30B12538782EB Firmatario: Dott. George Louis Del Re

**Il Direttore Generale**  
**Dott. Francesco Benazzi**  
n.ro certificato: 0A374A2C08064C79

---

La presente deliberazione viene:

- affissa all'albo Aziendale per quindici giorni consecutivi da oggi
- inviata in data odierna al Collegio Sindacale

Treviso, 27/02/2020 SERVIZIO AFFARI GENERALI – Il Funzionario  
n.ro certificato: 5A233DABCE63DF1F Firmatario: Cristina Canella

---

La presente deliberazione è divenuta esecutiva il 29/01/2020

Treviso, 29/01/2020 SERVIZIO AFFARI GENERALI – Il Funzionario  
n.ro certificato: 5A233DABCE63DF1F Firmatario: Cristina Canella

---

La presente deliberazione viene inviata a:

Uffici/Servizi:

Ufficio Trasparenza e Anticorruzione  
U.O.C. Affari Generali  
U.O.C. Contabilità e bilancio  
U.O.C. Controllo di gestione  
U.O.C. Provveditorato  
U.O.S.D. Formazione  
U.O.C. Gestione risorse umane

Delibera: 132/2020 -4

Proposta: 187/2020

U.O.C. Direzione Amministrativa di Ospedale  
U.O.C. Direzione Amministrativa Territoriale  
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. 132 del 29 gennaio 2020

---

## **INDICE**

<b>GLOSSARIO</b>	<b>4</b>
<b>1. LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE NELL'AZIENDA ULSS 2 MARCA TREVIGIANA</b>	<b>6</b>
<b>1.1 L'AZIENDA ULSS 2 MARCA TREVIGIANA</b>	<b>6</b>
<b>1.2 DEFINIZIONE DI CORRUZIONE E ASPETTI NORMATIVI</b>	<b>12</b>
1.2.1 Definizione di Corruzione	12
1.2.2 Quadro normativo e provvedimenti ANAC	13
<b>1.3 STRATEGIA PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLE PERFORMANCE AZIEDALI</b>	<b>15</b>
1.3.1 Obiettivi nazionali, regionali e del PTPCT	15
1.3.2 Collegamento con il piano delle performance aziendali	16
<b>1.4 LA GESTIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE</b>	<b>17</b>
<b>2. ORGANI DI RIFERIMENTO PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA</b>	<b>20</b>
<b>2.1 IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (RPCT) 20</b>	
2.1.1 Compiti e poteri del RPCT	20
2.1.2 Responsabilità del RPCT	22
<b>2.2 I REFERENTI DELLA PREVENZIONE</b>	<b>22</b>
2.2.1 Funzioni dei referenti del responsabile della prevenzione della corruzione	22
<b>2.3 IL RESPONSABILE DELL'ANAGRAFE PER LA STAZIONE APPALTANTE (RASA)</b>	<b>26</b>
<b>2.4 INTERNAL AUDITING E ANTICORRUZIONE</b>	<b>26</b>
<b>2.5 UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI (UDP)</b>	<b>27</b>
<b>2.6 ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE (OIV)</b>	<b>28</b>
<b>2.7 PROCESSO DI ADOZIONE E COMUNICAZIONE DEL PTPCT</b>	<b>29</b>
2.7.1 Data e documento di approvazione del Piano da parte degli organi di indirizzo politico-amministrativo	29
2.7.2 Individuazione degli attori interni all'amministrazione che hanno partecipato alla predisposizione del Piano nonché dei canali e degli strumenti di partecipazione	29
2.7.3 Individuazione degli attori esterni all'amministrazione che hanno partecipato alla predisposizione del Piano nonché dei canali e degli strumenti di partecipazione	29
2.7.4 Indicazione di canali, strumenti e iniziative di comunicazione dei contenuti del Piano	29
<b>3. LA GESTIONE DEI RISCHI DI CORRUZIONE</b>	<b>31</b>
<b>3.1 ANALISI DEL CONTESTO</b>	<b>31</b>
3.1.1 Analisi del contesto esterno	31
3.1.2 Analisi del contesto interno e mappatura dei processi individuati ed identificazione dei relativi rischi (aree generali e specifiche di rischio)	35
<b>3.2 IDENTIFICAZIONE, ANALISI E PONDERAZIONE DEL RISCHIO</b>	<b>39</b>
<b>3.3 TRATTAMENTO DEL RISCHIO: MISURE SPECIFICHE E AZIONI DI MIGLIORAMENTO</b>	<b>42</b>

3.4 MONITORAGGIO E RIESAME, COMUNICAZIONE E CONSULTAZIONE DEL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO	43
<b>4. MISURE GENERALI PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE</b>	<b>46</b>
4.1 LA FORMAZIONE	46
4.2 LA ROTAZIONE ORDINARIA DEL PERSONALE	49
4.3 LA ROTAZIONE STRAORDINARIA DEL PERSONALE	51
4.4 I CODICI DI COMPORTAMENTO	52
4.5 IL CONFLITTO DI INTERESSI	53
4.6 INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ DEGLI INCARICHI	57
4.7 PREVENZIONE DEL FENOMENO DELLA CORRUZIONE NELLA FORMAZIONE DI COMMISSIONI E NELLE ASSEGNAZIONI AGLI UFFICI IN CASO DI CONDANNA PENALE	58
4.8 SVOLGIMENTO DI INCARICHI DI UFFICIO – ATTIVITÀ ED INCARICHI EXTRA ISTITUZIONALI	59
4.9 SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ SUCCESSIVE ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO (c.d. <i>Pantouflage – revolving doors</i> )	60
4.10 TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO (C.D. WHISTLEBLOWER)	61
4.11 PATTI DI INTEGRITÀ	62
4.12 AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONI RAPPORTO CON LA SOCIETÀ CIVILE	64
4.13 PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITÀ (PAC)	64
<b>5. PIANO AZIENDALE PER LA TRASPARENZA</b>	<b>65</b>
5.1 LA TRASPARENZA E GLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	65
5.2 RAFFORZAMENTO TRASPARENZA E ACQUISTI	68
5.3 ACCESSO CIVICO	70
<b>6. PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA NEGLI ENTI DI DIRITTO PRIVATO</b>	<b>72</b>
<b>7. COINVOLGIMENTO DEGLI ATTORI E MONITORAGGIO DEL PTPCT</b>	<b>73</b>
<b>8. ALLEGATI</b>	<b>76</b>

# 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.

**OBBIETTIVO 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) 2020 - 2022 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 incorporato, assumendo la denominazione di Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, la ex Azienda ULSS n.7 di Pieve di Soligo e la ex Azienda ULSS n. 8 di Asolo.

L'organico dell'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana al 31/12/2019 è pari a 9.178 unità, di cui n. 1.486 dirigenti o equiparati e 7.692 unità non dirigenti o equiparati. L'Azienda si estende per un totale di 2.497 Km<sup>2</sup> ed è popolata, al 01/01/2019, da un totale di 887.806 abitanti, di cui 93.074 residenti stranieri registrati alle anagrafi comunali.

Il territorio dell'Azienda, che comprende 94 Comuni (il 30/01/2019 è stato istituito il Comune di Pieve del Grappa nato dalla fusione dei Comuni di Crespano del Grappa e Paderno del Grappa), 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 Tabella 1.+

DISTRETTO	COMUNI AFFERENTI
TREVISO NORD	Arcade, Breda di Piave, Carbonera, Cessalto, Chiarano, Cimadolmo, Fontanelle, Gorgo al Monticano, Istrana, Mansuè, Maserada, Meduna di Livenza, Morgano, Motta di Livenza, Oderzo, Ormelle, Paese, Ponte di Piave, Ponzano Veneto, Portobuffole, Povegliano, Quinto di Treviso, S. Polo di Piave, Salgareda, Spresiano, Villorba
TREVISO SUD	Casale sul Sile, Casier di Treviso, Mogliano Veneto, Monastier, Preganziol, Roncade, S. Biagio di Callalta, Silea, Treviso, Zenson di Piave, Zero Branco
PIEVE DI SOLIGO	Cappella Maggiore, Cison di Valmarino, Codognè, Colle Umberto, Conegliano, Cordignano, Farra di Soligo, Follina, Fregona, Gaiarine, Godega di S. Urbano, Mareno di Piave, Miane, Moriago della Battaglia, Orsago, Pieve di Soligo, Refrontolo, Revine Lago, San Fior, San Pietro di Feletto, San Vendemiano, Santa Lucia di Piave, Sarmede, Sernaglia della Battaglia, Susegana, Tarzo, Vazzola, Vittorio Veneto
ASOLO	Altivole, Asolo, Borso del Grappa, Caerano San Marco, Castelcucco, Castelfranco

	Veneto, Castello di Godego, Cavaso del Tomba, Cornuda, Crocetta del Montello, Fonte, Giavera del Montello, Loria, Maser, Monfumo, Montebelluna, Nervesa della Battaglia, Pederobba, Pieve del Grappa, Possagno, Resana, Riese Pio X, San Zenone degli Ezzelini, Segusino, Trevignano, Valdobbiadene, Veduggio, Vidor, Volpago del Montello
--	--

Tabella 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), agli ambiti professionali (es. team multiprofessionali) e tra le dimensioni sociale e sanitaria, con particolare riferimento alle aree ad elevata integrazione 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.

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.

La Regione, quindi, ha delineato un modello organizzativo costituito da Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) nell'ambito delle quali operano i Medici di Assistenza Primaria (MAP), organizzati nelle diverse forme associative previste, coordinati in team funzionali dal medico coordinatore di AFT.

L'AFT è un modello organizzativo funzionale cui appartengono obbligatoriamente i medici di assistenza primaria ivi operanti. È un momento di coordinamento dell'attività dei medici e delle

forme associative, di analisi dei bisogni della salute della comunità di riferimento, di confronto e di audit, luogo di integrazione multiprofessionale.

L'Azienda ULSS n. 2 ha individuato per l'Assistenza Primaria 30 AFT, di cui 7 nel Distretto di Pieve, 9 nel

Distretto di Asolo e 14 nel Distretto di Treviso, ciascuna coordinata da un medico di medicina generale.

Contestualmente ha programmato l'evoluzione graduale delle forme associative dell'Assistenza Primaria verso la forma associativa Medicina di Gruppo, coerentemente alle disposizioni regionali in materia.

In particolare, circa le forme associative il quadro programmatico regionale ha identificato come obiettivo strategico la diffusione su tutto il territorio regionale delle Medicine di Gruppo Integrate (MGI), esito del perfezionamento e del consolidamento dei processi di sperimentazione, effettuati negli ultimi anni.

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

Alle Unità Organizzative della Medicina Generale (AFT, Medicina di Gruppo, Medicina di Rete, Associazione, Singoli), viene applicata la metodica di budget analogamente a quanto avviene con le Unità Operative aziendali.

Le finalità legate all'adozione del percorso di budget per la Medicina Generale sono: programmare gli obiettivi da perseguire nel breve periodo (anno); coordinare e integrare gli obiettivi delle varie unità organizzative della Medicina Generale in modo che non siano in contrasto tra loro e siano coerenti con gli obiettivi strategici aziendali; dare sostanza al modello organizzativo delle AFT definito a livello regionale e aziendale; concorrere all'auto-sostenibilità delle forme associative anche mediante il raggiungimento degli obiettivi negoziati.

Di seguito () si rappresenta il numero di Medici di Medicina Generale (MMG) e il numero dei Pediatri di Libera scelta (PLS) oltre al numero delle Aggregazioni Funzionali Territoriali dell'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana.

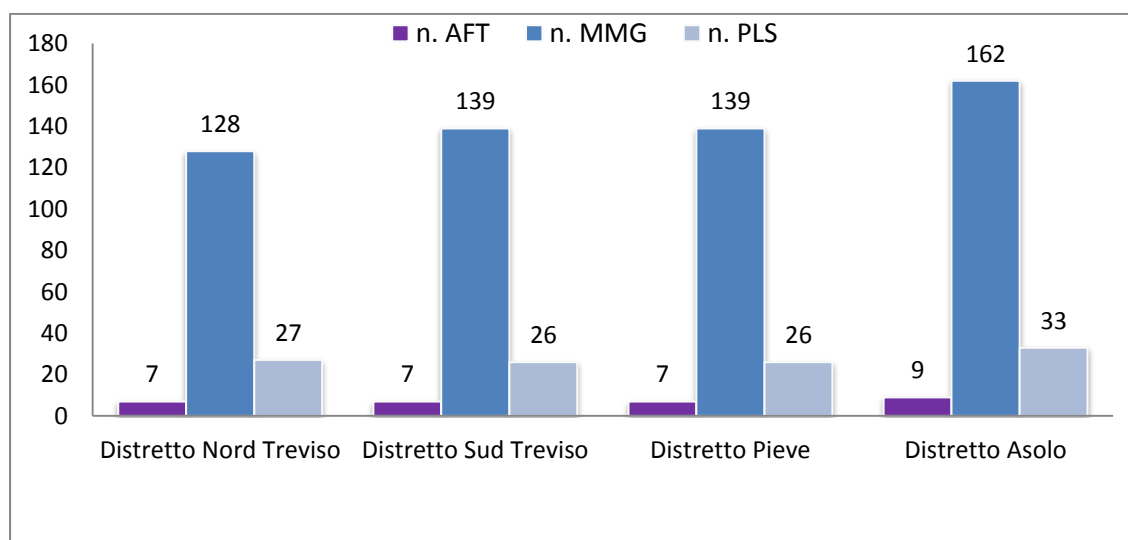


Figura 1: Numero di MMG, di PLS e AFT

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, sulla quale definire e strutturare le reti cliniche.

Le strutture riferite al sistema regionale si distinguono quindi in:

- strutture ospedaliere, sviluppate secondo il modello Hub in Spoke, distinte in: Hub, presidi ospedalieri (Spoke legati al Hub di riferimento), nodi di rete e strutture integrative della rete;
- strutture sanitarie di cure intermedie: Ospedali di Comunità e Unità riabilitative territoriali, Hospice, strutture riabilitative extra ospedaliere (ex art. 26 legge 833/1978), comunità terapeutiche riabilitative protette di tipo A e altre strutture sanitarie caratterizzate dalla temporaneità della permanenza;
- strutture socio - sanitarie residenziali e semiresidenziali, che si articolano in centri di servizio per anziani, per disabili, per le dipendenze, età evolutiva e la salute mentale.

Presso il Distretto si trovano anche ulteriori unità di offerta: Medicine di Gruppo, e team di assistenza primaria diversamente organizzati, le equipe di cure palliative e di cure domiciliari. Gli Hub in particolare devono garantire lo sviluppo delle pratiche cliniche e l’introduzione delle innovazioni derivate dalla ricerca nella pratica ospedaliera, contribuendo al miglioramento continuo dei livelli di assistenza della rete ospedaliera regionale. Devono altresì supportare le strutture della rete ospedaliera regionale nella gestione delle casistiche complesse sia attraverso modelli di centralizzazione dei pazienti, anche per la sola fase acuta del percorso assistenziale (facilitando poi una presa in carico da parte delle strutture ospedaliere di prossimità per la gestione della fase post-acuta), sia attraverso lo sviluppo di modelli di consulenza da garantire anche con strumenti informatici.

Gli Ospedali Spoke e Nodi di rete sono invece ospedali di riferimento territoriale per le patologie a media e bassa complessità. Agli Spoke resta la funzione di ospedali per acuti con i relativi servizi esistenti, valutando il loro potenziamento e prevedendo altresì interventi di efficientamento, ammodernamento e riqualificazione delle strutture attingendo dai fondi nazionali e regionali per gli investimenti.

Il PSSR 2019-2023 prevede anche la possibilità, di creare i cosiddetti “Ospedali Riuniti” all’interno delle AULSS, per garantire uno sviluppo ottimale del percorso diagnostico-terapeutico e riabilitativo del paziente, nonché la possibilità di organizzare reti cliniche che assicurino l’erogazione di un servizio flessibile e maggiormente personalizzato anche attraverso la mobilità dei professionisti.

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:

1. Ospedale Hub di riferimento: Treviso;
2. Presidio ospedaliero unico di rete con due sedi: Conegliano e Vittorio Veneto;
3. Presidio ospedaliero unico di rete con due sedi: Castelfranco e Montebelluna;
4. Ospedale Nodo di Rete: Oderzo;
5. 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:

1. C.C. Giovanni XXIII;
2. O.CL. San Camillo;
3. Struttura Riabilitativa mono-specialistica IRCSS "Medea" Istituto La Nostra Famiglia sede di Conegliano e sede di Pieve di Soligo;
4. 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 costituita dalle 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, 314 per il PO di Conegliano, n. 225 del P.O. Vittorio Veneto, n. 189 per il P.O. di Castelfranco, n. 303 del P.O. Montebelluna.

Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera particolare rilevanza assume il rapporto tra l'Azienda ULSS 2 e l'Istituto Oncologico Veneto IOV- IRCCS, in riferimento all'incardinamento in capo allo IOV di articolazioni funzionali organizzative presso la sede distaccata di Castelfranco Veneto.

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.

Per quanto riguarda le strutture private, Il Direttore Generale ogni anno negozia con gli erogatori accreditati tipologia e quantità di prestazioni. Per talune prestazioni, nella negoziazione, viene concordata anche la tempistica di erogazione, coerentemente con gli obiettivi regionali. In tale modo l'offerta e l'organizzazione delle prestazioni di Specialistica Ambulatoriale vengono gestite in una logica di integrazione tesa a garantire gli obiettivi di contenimento delle liste di attesa definiti dalla DGRV n. 1164 del 6 agosto 2019.

L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana si impegna ad assicurare i tempi d'attesa previsti per le prestazioni ambulatoriali, in particolare di quelle da garantire secondo la vigente normativa regionale (L.R. 30/2016).

Inoltre, contemporaneamente alle azioni intraprese per il perseguimento dell'obiettivo di contenimento dei tempi di attesa, l'Azienda ha garantito l'assistenza specialistica ambulatoriale nel rispetto del numero delle prestazioni di specialistica per abitante, ottimizzando il consumo relativo per alcune branche quale ulteriore obiettivo regionale.

L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana tramite il Dipartimento di Prevenzione 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 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.

Al 30/08/2019 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.

Per ulteriori analisi sul contesto si rimanda al documento “Piano delle Performance 2010-2022 e Documento di Direttive 2020”, approvato con delibera del Direttore Generale n. 100 del 23 gennaio 2020.

## 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 inclusi 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 2019-2021 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.AC. 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 inconferibilità 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.

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 2020-2022 e Documento di Direttive 2020", approvato con delibera del Direttore Generale n. 100 del 23 gennaio 2020.

Il presente documento definisce gli obiettivi in termini di anticorruzione che risultano collegati agli obiettivi strategici riportato nel PPA 2020-2022:

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

Per il perseguimento dell'obiettivo strategico 1, il presente piano contribuisce con l'obiettivo operativo:

- i. Soddisfazione degli obiettivi di trasparenza.

Mentre per quel che riguarda l'obiettivo strategico 2, contribuisce con i seguenti obiettivi operativi:

- i. Realizzare audit integrati sui temi della qualità, della sicurezza e dell'anticorruzione utilizzando metodologia uniforme a livello provinciale;
- ii. Sviluppo integrato delle attività derivanti dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.

Per rendere efficace l'attuazione del PTPCT, inoltre, 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 2 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.

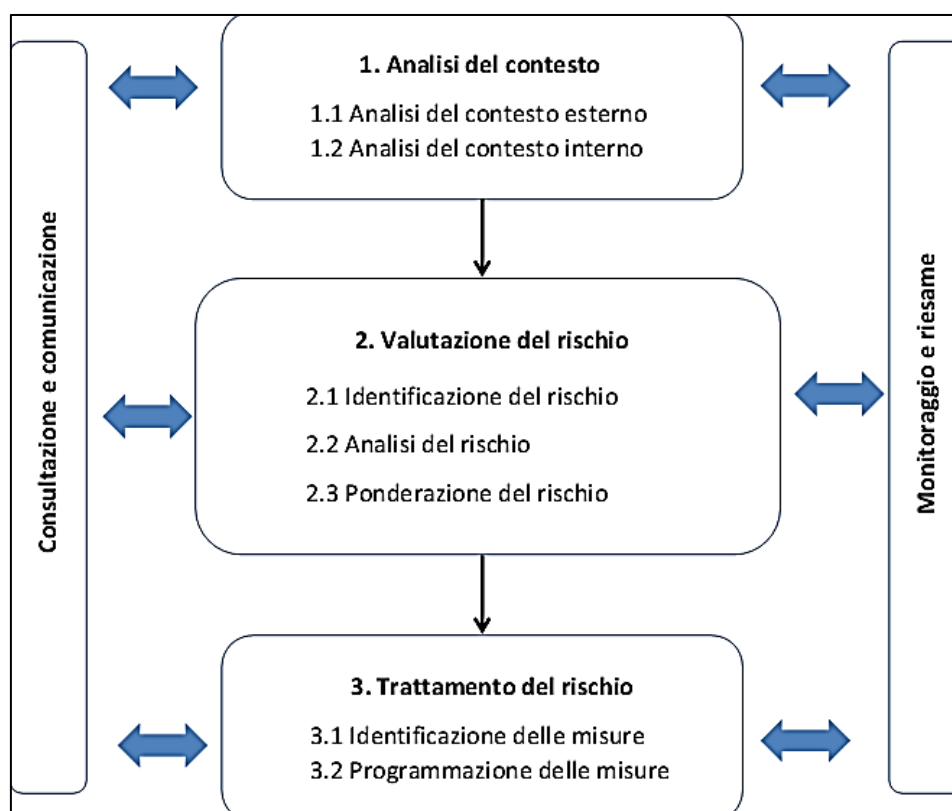


Figura 2: Processo di "Risk Management" come da PNA 2019

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 2020-2022.

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. 132 del 29 gennaio 2020, 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 inconferibilità 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 richiama, 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 2 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.

<b>REFERENTE DEL RPTC</b>	<b>MISURA GENERALE PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO</b>
<b>RESPONSABILE AFFARI GENERALI</b>	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> )
<b>RESPONSABILE CONTABILITÀ E BILANCIO</b>	Percorso attuativo di certificabilità (PAC)
<b>RESPONSABILE ECONOMATO E GESTIONE LOGISTICA</b>	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
<b>RESPONSABILE FORMAZIONE</b>	La formazione
<b>RESPONSABILE GESTIONE RISORSE UMANE</b>	Prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici in caso di condanna penale
	Il codice di comportamento
	La rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione
	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
<b>RESPONSABILE INTERNAL AUDITING</b>	Percorso attuativo di certificabilità (PAC)
<b>RESPONSABILE PROVVEDITORATO</b>	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> )
<b>RESPONSABILE SERVIZI TECNICI E PATRIMONIALI</b>	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
<b>RESPONSABILE UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO</b>	Azioni di sensibilizzazioni rapporto con la società civile
<b>TUTTI I REFERENTI DELLA PREVENZIONE PER LE MISURE GENERALI</b>	Il conflitto di interessi

Tabella 2: 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. 132 del 29 gennaio 2020 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.

Con delibera n. 159 del 30 gennaio 2020 è stato aggiornato il piano triennale dell'Internal Auditing nel quale viene ribadita la centralità della persona e la necessità di dare risposta ai suoi bisogni.

Nel corso del 2019, in attuazione del piano internal auditing e del PTPCT, è stata avviata un'attività integrata di Control Risk Self Assessment (CRSA) che ha permesso di mappare la quasi totalità dei processi aziendali, integrando controllo interno e anticorruzione, armonizzando la metodologia proposta da Azienda Zero per il controllo interno con la ISO 31000:2018 e le linee guida fornite da ANAC per la stesura dei PTPCT aziendali.

Nel triennio è auspicabile mantenere una forte sinergia tra tutti i sistemi di governance, gestione dei rischi specifici e controlli, 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 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 (UDP)

Con deliberazione del Direttore Generale n. 148 del 31 gennaio 2017 e n. 1538 del 10 agosto 2017 è stato costituito nel 2017 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 2019 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/disposizioni Generali/Attestazioni OIV.

## 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 29 gennaio 2020, n. 132 è stato adottato il PTPCT 2020-2022. 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 2020.

RPCT, con il supporto di un gruppo di lavoro costituito da membri di UOSD Innovazione e Sviluppo, UOSD Internal Auditing e UOC Affari Generali, 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 2020-2022.

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 10 gennaio 2020, 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 2020-2022 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 2), 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/visione-missione-valori/>);
- ANAC, in particolare la relazione: "La corruzione in Italia (2016-2019), Numeri, luoghi e contropartite del malaffare."

Transparency International pubblica annualmente l'Indice di Percezione della Corruzione (CPI). Nel 2019 classifica l'Italia al 51° posto nel mondo con un punteggio di 53/100. Il nostro Paese guadagna solo un voto in più rispetto alla scorsa edizione (<https://www.transparency.it/indice-percezione-corruzione-2019/>). Ne aveva guadagnati ben 12 dal 2012, ma l'ultimo anno segna una decisa frenata rispetto ai precedenti. Il miglioramento del posizionamento era attribuibile all'introduzione della legge anticorruzione, alle nuove norme sugli appalti ed alla recente tutela del whistleblower, oltre che all'istituzione di ANAC e all'introduzione dell'accesso civico. Il rallentamento dell'ultimo anno, 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 3.

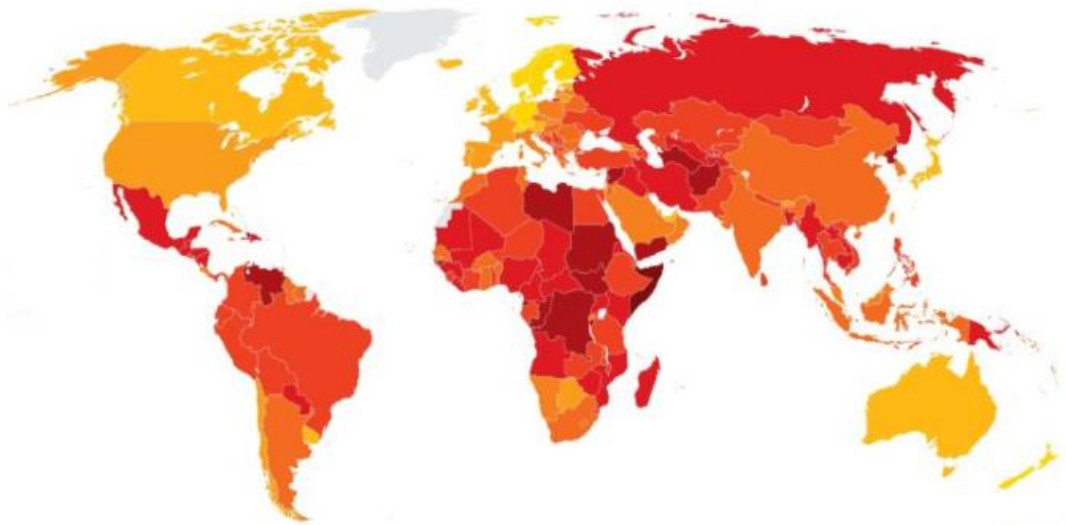


Figura 3: Mappa relativo al livello di percezione della corruzione nel settore pubblico (Fonte: <https://www.transparency.it/presentazione-dell-indice-di-percezione-della-corruzione>)

Come riportato nel dossier “*Mappiamo la corruzione – Un anno di casi riportati dai media*”, prodotto da “Transparency International Italia” sulla base dei dati raccolti da dicembre 2017 a dicembre 2018, tra i settori più colpiti spiccano la Pubblica Amministrazione, il settore degli appalti e quello della sanità (Figura 4). In Veneto, tuttavia, stando al monitoraggio di “Transparency International Italia” (<https://www.transparency.it/monitoriamo/>) si sono registrati 27 casi nel 2019, di cui 4 nel settore sanità/farmaceutici su un totale di 113 in Italia, nessuna di queste nel territorio afferente all’ULSS n. 2 (Figura 4).

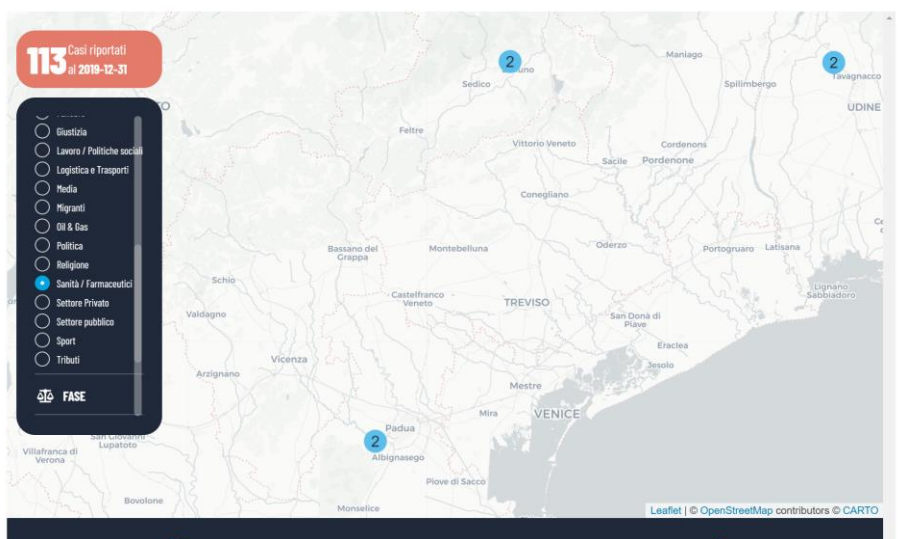


Figura 4: Casi riportati dai media in Veneto, settore Sanità/Farmaceutici (Fonte: <https://www.transparency.it/monitoriamo/>)

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 5: Settori relativi ai casi di corruzione (Fonte: “La corruzione in Italia (2016-2019). Numeri, luoghi e contropartite del malaffare”)Figura 5), di cui solo una minima parte riguardante affidamenti diretti. Altri ambiti interessati dal fenomeno corruttivo concernono per esempio 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 lavanolo 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.

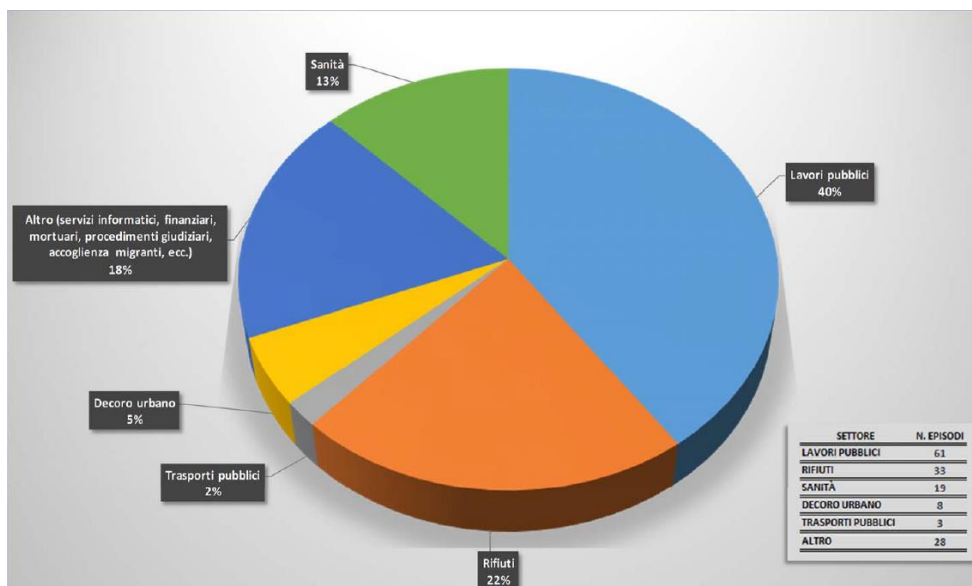


Figura 5: Settori relativi ai casi di corruzione (Fonte: “La corruzione in Italia (2016-2019). Numeri, luoghi e contropartite del malaffare”)

La suddivisione dei casi per tipologia di amministrazione vede le aziende sanitarie al terzo posto, dietro a Comuni e società partecipate (Figura 6).

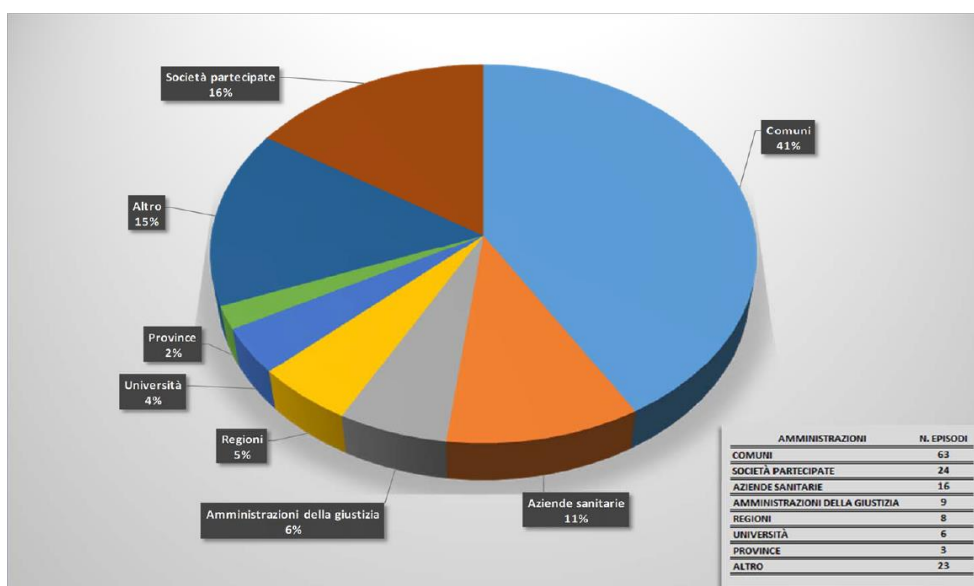


Figura 6: Amministrazioni relative ai casi di corruzione (Fonte: “La corruzione in Italia (2016-2019). Numeri, luoghi e contropartite del malaffare”)

Secondo la sintesi effettuata in data 28 febbraio 2019 da un discente del Master Anticorruzione (<http://anticorruzione.eu>), su circa 115 miliardi di euro destinati ogni anno alla sanità, 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 favori 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.

Casi più 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.

ANAC (2019) sottolinea come l'Italia abbia ricevuto diversi riconoscimenti in tema di prevenzione della corruzione, da organismi internazionali quali per esempio Onu, Commissione europea, Ocse Consiglio d'Europa, Osce.

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 si 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%).

Come si è evidenziato in [www.transparency.it](http://www.transparency.it) a seguito della "Giornata Internazionale contro la Corruzione", celebrata il 9 dicembre su volontà delle Nazioni Unite, nel 2019 si sono effettuate molte attività in termini di anti-corruzione riguardanti chi segnala corruzione, il settore degli appalti pubblici, conflitti di interesse, trasparenza dei finanziamenti alla politica, regolamento delle attività di lobbying e sono state intensificate le iniziative sull'accesso alle informazioni.

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

Infine, 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.

### 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), durante il 2018 e il 2019 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 7.



Figura 7: 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. 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 recente 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 controllo interno 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 8).

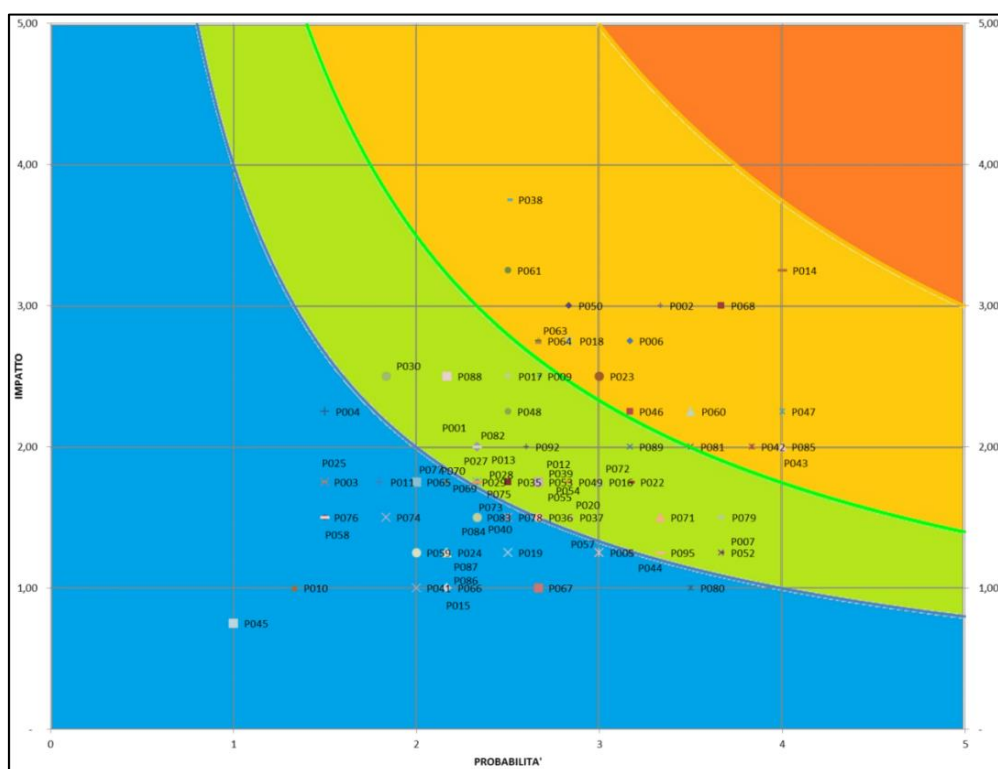


Figura 8: Matrice di valutazione del livello di rischio dei processi aziendali individuati per le aree di rischio generali e specifiche

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:

- 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.

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:

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

Sono stati individuati e valutati 81 processi per le aree di rischio di corruzione a livello aziendale. Di tali processi 50 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 40 di questi processi sono stati identificati i relativi rischi specifici.

ULSS Per il triennio 2020-2022, continuerà la verifica dei processi per le aree di rischio di corruzione a livello aziendale e verrà portata a compimento l'identificazione dei rischi specifici per quei processi che sono stati individuati e definiti per la prima volta nel 2019 ad alto e medio rischio di corruzione e non sono stati dettagliati.

Al termine dell'analisi di contesto presentata, si può considerare la sintesi riportata in Figura 9.

<p style="text-align: center;"><b>PUNTI DI FORZA</b></p> <p>Organizzazione che mira ad un approccio per processi Sinergia tra Internal Auditing e Trasparenza e anticorruzione Allineamento con piano delle performance</p>	<p style="text-align: center;"><b>OPPORTUNITÀ</b></p> <p>Nuove direttive e strumenti proposti a livello nazionale ed internazionale Gestione del rischio integrata con approccio per processi suggerita da standard internazionali</p>
<p style="text-align: center;"><b>PUNTI DI DEBOLEZZA</b></p> <p>Recente costituzione aziendale per cui c'è stata una necessità di ridefinire molti processi aziendali</p>	<p style="text-align: center;"><b>MINACCE</b></p> <p>Numerosi casi di corruzione registrati in Italia Senso civico non sempre sensibilizzato al problema</p>

Figura 9: Risultati della SWOT analysis

L'obiettivo operativo del presente piano, inerente la 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

Per ognuno dei 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 32 dei processi identificati nell'elenco in Allegato 1 definiti quindi prioritari sulla base dell'IR calcolato (area gialla e verde in Figura 8). Sono stati inoltre valutati anche i rischi specifici di 8 processi risultati con IR < 4 (trascurabile), per un totale di 40 processi di cui si sono identificati, analizzati e ponderati i rischi specifici.

### 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 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 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).

Avendo adottato nel precedente PTPCT l'allegato 5 del PNA 2013 quale metodologia per la misura dei rischi specifici si è ritenuto opportuno testare prima se con il nuovo approccio non si fossero sottostimati i rischi di corruzione. Per tale ragione si sono considerati quattro processi gestiti da unità diverse e i cui rischi specifici fossero stati analizzati nel 2018 con la metodologia dell'allegato 5 del PNA 2013:

1. gestione invio dipendenti a corsi sponsorizzati
2. formazione interna del personale
3. gestione convenzioni con terzi
4. attività di ispezione di igiene e sanità pubblica

Tale test ha dimostrato che adottando come tecnica la metodologia proposta per l'internal auditing non si effettua una sottostima del rischio; pertanto, si è applicato il CRSA di secondo livello a tutti i 40 processi per i quali si sono identificati i rischi specifici.

Il gruppo di lavoro e l'owner di processo che hanno individuato i rischi specifici, coordinati da RPCT e internal auditor, hanno proceduto anche 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 2020-2022 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 la valutazione dei rischi specifici di corruzione, è:

- l'aggiornamento e/o la creazione del registro dei rischi per i rischi specifici di corruzione di ogni processo risultato con IR maggiore di 4 (medio-alto e alto) e non aggiornati nel 2019.

Per raggiungere tale obiettivo sarà necessario:

- valutare i rischi specifici di corruzione 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.

Per i controlli, sempre lavorando con l'internal auditing, si sono 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 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 2020-2022 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);
- valutazione dell'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 2) 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 2019 l'internal auditing ha eseguito dei test per la verifica dell'efficacia delle misure di contenimento del rischio declinate nella mappatura dei seguenti processi:

- Assistenza residenziale e semiresidenziale per anziani
- Gestione del magazzino (interno ed in outsourcing).

I risultati dei test sono stati esplicitati in appositi audit report con proposta di avvio di azioni di miglioramento, il cui follow-up per il 2020 è stato esposto nel piano triennale 2020-2022 internal auditing.

Di concerto con il RPCT, compatibilmente con gli standard di processo elaborati da Azienda Zero, tenuto conto delle autovalutazioni di rischio dei processi effettuate con la CRSA 2019 e delle specifiche richieste emerse, l'internal auditing ha inoltre previsto per il 2020 i seguenti test:

- P042 - Affidamento dei contratti per acquisizione di beni e servizi di importo inferiore a 40.000€ (u.o.c. economato e gestione logistica)
- P046 - Gestione giuridica, economica, fiscale e previdenziale del personale dipendente e non dipendente (u.o.c. risorse umane)
- P018 – Attività ispettive (u.o.c. servizio prevenzione igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro - SPISAL)
- P077 - Attività in regime di LP (u.o.c. direzione amministrativa di ospedale - DAO)
- P014 – Valutazione medico legali (u.o.c. servizio medicina legale - SML)

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 per migliorare la metodologia, uniformarla a livello aziendale e fornire supporto alle unità interessate. 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:

- 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.

Nel piano formativo aziendale 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 RPCT. 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 approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 2498 del 19 dicembre 2019 il "Piano Formativo Aziendale 2020", nel quale sono presenti:

- 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 e il whistleblower".
- corsi a valenza specifica:
  - 1) formazione residenziale: "Ultime novità in materia di appalti pubblici";
  - 2) formazione residenziale: "L'applicazione delle formule di aggiudicazione nell'offerta economicamente più vantaggiosa"
  - 3) 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, 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.

Con il supporto dell'UOSD Innovazione e Sviluppo Organizzativo, dell'UOSD Internal auditing e dell'UOC Affari Generali, il RPCT ha organizzato 2 edizioni del corso "Risk management in ambito anticorruzione e internal auditing" in data 14 maggio 2019 e 29 maggio 2019 a cui hanno partecipato 67 persone alla prima giornata e 60 persone alla seconda giornata. In tale corso, dopo avere presentato il piano, sono state descritte le misure generali per la prevenzione della corruzione ed è stata illustrata la metodologia ISO 31000:2018 da adottare per la gestione dei rischi di corruzione e per la relativa definizione ed implementazione di misure specifiche.

Inoltre, 16 sono stati i dipendenti che hanno partecipato, con finanziamento aziendale, a 8 corsi in tema di corruzione presso agenzie esterne.

E' stato anche realizzato il corso "Novità in materia di appalti pubblici", in data 5 e 6 dicembre 2019, rivolto al personale amministrativo dei servizi provveditorato ed economato aziendali, che ha coinvolto 32 dipendenti.

Oltre a tutto ciò è stato fornito, da parte dell'UOSD Innovazione e Sviluppo Organizzativo, 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 2020 come previsto dal piano di formazione 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.

## 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 alle matrici 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.

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 il 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:

- adottare un regolamento per l'assegnazione e la graduazione degli incarichi dirigenziali dei ruoli medico, veterinario e sanitario.

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.

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

- 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.

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

- inserire nel codice di comportamento l'obbligo per i dipendenti interessati da procedimenti penali di segnalare immediatamente all'amministrazione l'avvio di tali procedimenti.

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 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, sta predisponendo, valorizzando l'esperienza maturata, ulteriori approfondimenti e chiarimenti in nuove Linee guida di prossima adozione. È opportuno pertanto, prima di procedere ad una revisione del codice di comportamento aziendale attendere l'adozione da parte di ANAC delle nuove Linee guida, cui si rinvia.

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:

- revisionare il codice di comportamento aziendale, anche alla luce delle linee guida ANAC di prossima adozione;
- 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:

- conflitto "**reale**" (o **attuale**), ossia quello che si manifesta durante il processo decisionale dell'agente nel momento in cui essendo richiesto all'agente di agire in modo indipendente, l'interesse secondario tende a interferire con quello primario;
- conflitto "**potenziale**" quando, avendo un interesse secondario, normalmente a seguito del verificarsi di un certo evento o per il fatto di avere relazioni sociali e/o finanziarie con individui o organizzazioni, tale interesse "potrebbe potenzialmente tendere a interferire", quindi in un momento successivo, con un interesse primario, portando l'agente in una situazione di conflitto di interesse reale;

- conflitto di interessi “**apparente**” è la situazione in cui l’interesse secondario (finanziario o non finanziario) di una persona può apparentemente tendere a interferire, agli occhi di osservatori esterni, con l’interesse primario dell’Azienda, verso cui la persona ha precisi doveri e responsabilità.

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 dalla 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.

### **Astensione 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 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.

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:

- rilevare quanto presente ed adottato in Azienda in tema di gestione del conflitto di interesse;
- standardizzare il processo di gestione del conflitto di interesse e raccogliere in modo strutturato le dichiarazioni rese.

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 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 2020 saranno effettuati dei controlli nel caso pervengano delle segnalazioni riguardanti eventuali inconfiribilità 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 "inconfiribilità 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.

Anche l'UOC Gestione Risorse Umane verifica, tramite acquisizione dei Certificati del Casellario Giudiziale, eventuali condanne per i delitti contro la P.A., previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del Codice penale, prima di procedere all'affidamento dei suddetti incarichi

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'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.

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:

- *audit* di verifica sulla modalità di applicazione del regolamento aziendale riguardante modalità e condizioni dello svolgimento degli incarichi e delle attività extra istituzionali.

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 ha predisposto 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, etc.).

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 invio, dalla propria casella di posta elettronica istituzionale o da quella privata, all'indirizzo di posta elettronica appositamente attivato dall'azienda (prevenzionecorruzione@aulss2.veneto.it), accessibile solo dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- 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.

Nell'anno 2019 sono pervenute al RPCT n. 7 segnalazioni tramite la procedura *on line*, che si sono rivelate tutte non pertinenti, a cui comunque è stata data risposta.

Come programmato nel PTPCT 2019 – 2021, nell'anno 2019 è stato adottato il regolamento, ne è stata data comunicazione ed è stata attivata una procedura informatizzata che tutela l'anonimato.

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 tali obiettivi le 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.

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:

- 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.

Nell'anno 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 sono previste le seguenti attività di sviluppo del PAC aziendale:

- verifica ciclo passivo regionale e aggiornamento procedura in tempo utile per la verifica;
- verifica area entrate e aggiornamento procedura in tempo utile per la verifica;
- revisione procedura tesoreria.

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.

Tre le misure maggiormente rilevanti il D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e s.i.m. recante *“Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”* (c.d. Testo Unico per la trasparenza) prevede, all'art. 5, l'istituto dell'accesso civico semplice e generalizzato, di cui si dirà con maggior dettaglio nel capitolo 5.3.

La trasparenza si sviluppa anche attraverso canali informatici che consentono un mezzo di 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, la pubblicazione dei dati in possesso delle pubbliche amministrazioni intende incentivare la partecipazione dei cittadini per assicurare la conoscenza dei servizi offerti, prevenire fenomeni corruttivi e consentire un controllo diffuso.

Con la deliberazione ANAC n. 1310 del 28 dicembre 2016 *“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”* l'ANAC evidenzia che tra le modifiche più importanti del D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 si registra quella della piena integrazione del Programma Triennale della Trasparenza e dell'Integrità nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione, ora anche della Trasparenza (PTPCT), come già indicato nella delibera n. 831 del 3 agosto 2016 dell'Autorità. Le amministrazioni sono tenute pertanto ad adottare un unico Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza in cui sia chiaramente identificata la sezione relativa alla trasparenza.

Il legislatore ha rafforzato poi la necessità che sia assicurato il coordinamento tra gli obiettivi strategici in materia di trasparenza contenuti nel PTPCT e gli obiettivi degli altri documenti di natura programmatica e strategico-gestionale dell'amministrazione nonché con il Piano della Performance.

La sezione dedicata alla trasparenza diventa quindi un atto organizzativo dei flussi informativi utili alla pubblicazione dei dati individuando puntualmente gli uffici e relativi responsabili tenuti a individuare/elaborare i dati e quelli a cui spetta la pubblicazione, soggetti che possono eventualmente coincidere nelle amministrazioni meno complesse.

La sezione deve indicare anche l'aggiornamento e i termini entro i quali le pubblicazioni devono essere garantite nonché le modalità stabilite per la vigilanza ed il monitoraggio sull'attuazione degli obblighi.

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'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.

Il PNA 2019, parte III, al § 4.1, preannuncia un aggiornamento degli obblighi di pubblicazione di dati, informazioni e atti delle pubbliche amministrazioni, alla luce delle recenti modifiche legislative intervenute.

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 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.

L'attività di pubblicazione dei dati sui siti web per finalità di trasparenza, anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo, deve avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Regolamento (UE) 2016/679, 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.

In generale, in relazione alle cautele da adottare per il rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali nell'attività di pubblicazione sui siti istituzionali per finalità di trasparenza e pubblicità dell'azione amministrativa, si rinvia agli artt. 6 e 7 bis, co. 4, del D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 alle più specifiche indicazioni fornite dal Garante per la protezione dei dati personali.

L'RPCT vigila sull'attuazione degli obblighi di pubblicazione mentre il monitoraggio sistemico è demandato all'UOC Affari Generali attraverso almeno 2 monitoraggi all'anno. In caso di pubblicazione inesatta o incompleta viene inviata la segnalazione al responsabile del dato che entro 30 giorni aggiorna la sezione dell'amministrazione trasparente di competenza.

Nel 2019 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 25 marzo 2019, 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;
- la veridicità e l'attendibilità, alla data dell'attestazione, di quanto riportato nell'allegato 2 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-25-marzo-2019>.

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 ha ritenuto importante avviare un approfondimento su tutti gli aspetti collegati (giuridici, contabili, informatici) e predisporre una procedura a garanzia della omogeneità operativa a livello aziendale, organizzare degli incontri informativi a favore dei RUP in ordine alla gestione dei CIG e predisporre, in via sperimentale, degli strumenti informatici a supporto del monitoraggio del corretto impiego degli stessi.

Nel 2019 si è proceduto 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.

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; chiunque può pertanto esercitare tale diritto, anche in assenza di un interesse giuridicamente rilevante ed indipendentemente dall'essere cittadino italiano o residente nel territorio dello Stato.

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.

In caso di inerzia, ritardo, omessa pubblicazione o mancata comunicazione il richiedente può ricorrere al titolare del potere sostitutivo, ai sensi dell'art. 2, co. 9-bis, della L 7 agosto 1990 n. 241, inoltrando la richiesta all'attenzione del 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; chiunque può pertanto esercitare tale diritto, anche in assenza di un interesse giuridicamente rilevante ed indipendentemente dall'essere cittadino italiano o residente nel territorio dello Stato.

L'istanza di accesso civico semplice 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 con provvedimento espresso e motivato nel termine di 30 giorni dalla presentazione dell'istanza.

Tali termini sono sospesi nel caso di comunicazione dell'istanza ai controinteressati per consentire agli stessi di presentare eventuale opposizione entro 10 giorni dalla ricezione della comunicazione e negli altri casi espressamente previsti dalla normativa.

In caso di diniego alla richiesta di accesso civico generalizzato, 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 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”*.

Le società a controllo pubblico e gli altri enti di diritto privato privati comunque denominati, in possesso dei requisiti previsti dalla legge, sono tenuti ad applicare la medesima disciplina della prevenzione della corruzione prevista per le pubbliche amministrazioni e, per quanto riguarda la trasparenza, a pubblicare dati e informazioni riguardanti sia l'organizzazione sia l'attività di pubblico interesse nel rispetto del D. Lgs. 14 marzo 2013 n. 33.

Ai sensi dell'art. 1, co. 2-bis, della legge anticorruzione, il PNA costituisce atto di indirizzo per l'adozione di misure integrative di quelle contenute nel modello di organizzazione e gestione eventualmente adottato ai sensi del D. Lgs. 231/2001 (modello 231), da parte delle società e degli enti partecipati dalle pubbliche amministrazioni.

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.

L'ANAC, nella delibera n. 1134 del 8 novembre 2017, individua misure di prevenzione della corruzione che società o enti partecipati sono tenute ad adottare, e che coerentemente a quanto riportato nel PNA 2019 risultano essere:

1. l'analisi del contesto e della realtà organizzativa dell'ente per la 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 2019 ha monitorato l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti partecipate/i, verificando, tramite consultazione dei siti internet istituzionali n. 8 indicatori (come da PTPCT 2019-2021).

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: modalità, periodicità, relative responsabilità 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 2 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 2019-2021 è stato superiore al 90%. Essendo il PTPCT un piano triennale a scorrimento gli obiettivi non raggiunti nel 2019 verranno perseguiti nel triennio 2020 - 2022.

Nel 2019 è stato altresì implementato un 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 sono stati applicati a 60 strutture (51 in ospedale, 7 nel territorio e 2 al dipartimento di prevenzione) ed hanno portato ad individuare azioni di miglioramento in termini di anticorruzione, come indicato nel par. 4.1.

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 e quelli attesi;
- 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 2019

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 1**

—

## **OBIETTIVI OPERATIVI DEL PTPCT**

Obiettivi strategici	Obiettivi operativi del PTPCT	Indicatori	Valore soglia 2020	Valore soglia 2021	Valore soglia 2022	Unità Operative responsabili
<b>GESTIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE PER AREE DI RISCHIO GENERALI E SPECIFICHE</b>						
<b>Da PP:</b> Sviluppo azienda provinciale <b>Da PNA:</b> 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 per i rischi specifici di corruzione di ogni processo risultato con IR > 4 (medio-alto e alto) e non aggiornati nel 2019 (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
<b>MISURE PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE</b>						
<b>Da PP:</b> Sviluppo dell'azienda provinciale <b>Da PNA:</b> 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 2020	100%	100%	100%	UOSD Formazione, RPCT
<b>Da PP:</b> Sviluppo dell'azienda provinciale <b>Da PNA:</b> 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)	Regolamento incarichi	100%			UOC Gestione Risorse Umane
<b>Da PP:</b> Sviluppo dell'azienda provinciale <b>Da PNA:</b> 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)	Codice di comportamento aggiornato	100%			UOC Gestione Risorse Umane, RPCT
<b>Da PP:</b> Sviluppo dell'azienda provinciale <b>Da PNA:</b> 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%			RPCT, UOSD Formazione, Servizio qualità
<b>Da PP:</b> Sviluppo dell'azienda provinciale <b>Da PNA:</b> 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)	Lista regolamenti e modulistica, Area di raccolta dedicata	100%			RPCT
<b>Da PP:</b> Sviluppo dell'azienda provinciale <b>Da PNA:</b> Accertamento inconfirmità 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
<b>Da PP:</b> Sviluppo dell'azienda provinciale <b>Da PNA:</b> 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)	Verbale esito verifica	100%	100%	100%	RPCT e UOSD Internal Auditing
<b>Da PP:</b> Sviluppo dell'azienda provinciale <b>Da PNA:</b> Rispetto del principio di inconfirmità e incompatibilità	Garantire l'applicazione del regolamento aziendale riguardante modalità e condizioni dello svolgimento degli incarichi e delle attività extra istituzionali (par. 4.8)	Verbale esito verifica	100%	100%	100%	RPCT e UOSD Internal Auditing
<b>Da PP:</b> Sviluppo dell'azienda provinciale <b>Da PNA:</b> 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, Servizio qualità
<b>Da PP:</b> Sviluppo azienda provinciale <b>Da PNA:</b> 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, Pubblicazione in intranet	100%	100%	100%	RPCT, UOSD Formazione, Servizio qualità
<b>Da PP:</b> Sviluppo dell'azienda provinciale <b>Da PNA:</b> 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)	% completamento scheda contratto informatizzata	100%			UOC Provveditorato
<b>Da PP:</b> Sviluppo dell'azienda provinciale <b>Da PNA:</b> 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
<b>Da PP:</b> Sviluppo dell'azienda provinciale <b>Da PNA:</b> 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
<b>TRASPARENZA E OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE</b>						
<b>Da PP:</b> 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 aggiornato dalla delibera ANAC 1310 del 28 dicembre 2016 e secondo l'Allegato 6	% 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 2020	Valore soglia 2021	Valore soglia 2022	Unità Operative responsabili
Da PNA: Adempimento obblighi di trasparenza	del presente PTPCT (par. 5.1)	tempistiche indicate nella sezione dedicata alla trasparenza, % di adozione nuovo sistema gestione protocollo				Generali, UOSD Sistemi Informativi
Da PP: 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 PP: 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						
<b>PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA NEGLI ENTI DI DIRITTO PRIVATO</b>						
Da PP: 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 <i>compliance</i> alle linee guida	100%	100%	100%	UOC Affari Generali
Da PNA: Adempimento obblighi di trasparenza						
<b>ATTUAZIONE E MONITORAGGIO DEL PTPCT</b>						
Da PP: 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)

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

## **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 2020-2022. 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	2020	2021	2022
<b>GESTIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE PER AREE DI RISCHIO GENERALI E SPECIFICHE</b>									
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 2020	Annuale	x	x	x
Aggiornamento e/o creazione del registro dei rischi per i rischi specifici di corruzione di ogni processo risultato con IR > 4 (medio-alto e alto) e non aggiornati nel 2019 (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 2020	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 2020	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 2020	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 2020	Annuale	x	x	x
Monitoraggio, revisione, consultazione e comunicazione (par. 3.4)	Verificare con RPCT e IA il contenuto dei registri dei rischi	Report di controllo	Owner dei processi (vedi Allegato 3)	sì/no	31 dicembre 2020	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 2020	Annuale	x	x	x
<b>MISURE PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE</b>									
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 2020	Annuale	x	x	x
	Realizzare corsi in tema anticorruzione per l'anno 2020 come previsto dal piano di formazione aziendale	Corsi in tema anticorruzione	UOSD Formazione, RPCT	sì/no	31 dicembre 2020	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)	Adottare un regolamento per l'assegnazione e la graduazione degli incarichi dirigenziali dei ruoli medico, veterinario e sanitario	Regolamento incarichi	UOC Gestione Risorse Umane	sì/no	31 dicembre 2020	A scadenza	x		
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)	Inserire nel codice di comportamento l'obbligo per i dipendenti interessati da procedimenti penali di segnalare immediatamente all'amministrazione l'avvio di tali procedimenti	Codice di comportamento aggiornato	UOC Gestione Risorse Umane, RPCT	sì/no	31 dicembre 2020	A scadenza	x		
Garantire la miglior conoscenza possibile dei doveri di comportamento dei dipendenti dell'Azienda (par. 4.4)	Revisionare il codice di comportamento aziendale, anche alla luce delle linee guida ANAC di prossima adozione	Codice comportamento aggiornato	UOC Gestione Risorse Umane, RPCT	sì/no	31 dicembre 2020	A scadenza	x		
	Dare maggior diffusione possibile ai codici di comportamento	FAD, Audit Integrato, Comunicazioni ai dipendenti, Pubblicazione in intranet	RPCT, UOSD Formazione, Servizio qualità	sì/no	31 dicembre 2020	A scadenza	x		
Migliorare l'individuazione e la gestione del conflitto di interesse (par. 4.5)	Rilevare quanto presente ed adottato in azienda in tema di gestione del conflitto di interesse	Lista regolamenti e modulistica	RPCT	sì/no	31 dicembre 2020	A scadenza	x		
	Standardizzare il processo di gestione del conflitto di interesse e raccogliere in modo strutturato le dichiarazioni rese	Area di raccolta dedicata	RPCT	sì/no	31 dicembre 2020	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 2022	Occasionale	x	x	x
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	Verbale esito verifica	RPTC e UOSD Internal Auditing	sì/no	31 dicembre 2020	Annuale	x	x	x

Obiettivi operativi del PTPCT	Attività / Azioni	Output dell'attività	Responsabile attuazione	Verifica output	Scadenza	Frequenza controllo	2020	2021	2022
Garantire l'applicazione del regolamento aziendale riguardante modalità e condizioni dello svolgimento degli incarichi e delle attività extra istituzionali (par. 4.8)	Audit di verifica sulla modalità di applicazione del regolamento aziendale riguardante modalità e condizioni dello svolgimento degli incarichi e delle attività extra istituzionali	Verbale esito verifica	RPCT e UOSD Internal Auditing	sì/no	31 dicembre 2020	Annuale	x	x	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, Servizio qualità	sì/no	31 dicembre 2020	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, Pubblicazione in intranet	RPCT, UOSD Formazione, Servizio qualità	sì/no	31 dicembre 2020	Annuale	x	x	x
Garantire l'applicazione del patto di integrità e dei protocolli di legalità (par. 4.11)	Attuazione della scheda contratto contenente gli elementi minimi per la verifica di efficacia del contratto di aggiudicazione	Scheda contratto informatizzata	UOC Provveditorato	sì/no	31 dicembre 2020	Annuale	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	RTPC, URP	sì/no	31 dicembre 2020	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 2020	Annuale	x	x	x
<b>TRASPARENZA E OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE</b>									
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'Errore. L'origine riferimento non è stata trovata. 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	Controlli	UOC Affari Generali	sì/no	15 luglio 2020	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 2020	A scadenza	x		
Potenziamento delle misure di trasparenza nel settore degli acquisti (par. 5.2)	Monitoraggio del corretto utilizzo dei CIG	Report verifiche CIG	RTPC	sì/no	31 dicembre 2020	Annuale	x	x	x
	Invio del report per la correzione delle carenze informative	Report con carenze informative inviati	RTPC	sì/no	31 dicembre 2020	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 2020	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 2020	Semestrale	x	x	x
<b>PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA NEGLI ENTI DI DIRITTO PRIVATO</b>									
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 2020	Annuale	x	x	x
<b>ATTUAZIONE E MONITORAGGIO DEL PTPCT</b>									
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 2020	Annuale	x	x	x

Obiettivi operativi del PTPCT	Attività / Azioni	Output dell'attività	Responsabile attuazione	Verifica output	Scadenza	Frequenza controllo	2020	2021	2022
	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 2022	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 2022	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 2020	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)							
	10) 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								
	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	Parere del RPCT	RPCT	sì/no	31 dicembre 2022	Occasionale	x	x	x
	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)							

Obiettivi operativi del PTPCT	Attività / Azioni	Output dell'attività	Responsabile attuazione	Verifica output	Scadenza	Frequenza controllo	2020	2021	2022
	Monitorare annualmente l'attuazione del codice di comportamento e la comunicazione all'ANAC dei risultati del monitoraggio	Relazione ANAC	RPCT	sì/no	31 gennaio 2020	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 2020	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 2020	Semestrale	x	x	x
		Relazione	Referenti RPTC (vedi par. 2.2)	sì/no	30 novembre 2020	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 2020	Annuale	x	x	x
	Individuare eventuali azioni correttive (o migliorative) nel caso di scostamenti significativi tra i risultati della relazione e quelli attesi	Elenco azioni correttive	UOSD Internal Auditing, RPCT, Referenti RPTC (vedi par. 2.2)	sì/no	31 dicembre 2022	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 2021	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 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, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- 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.	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			
P014	VALUTAZIONE MEDICO LEGALI	Dalla richiesta di valutazione (inserimento in lista di attesa per la il rinnovo patente/verifica alcolologica 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	Dalla verifica della applicazione del dlgs 194, alla registrazione del	RESPONSABILE SERVIZIO							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.	N.				
	IMPRESSE ALIMENTARI DLGS 194-2008 (SEZ.6 E 8-TARIFFE SETT. ALIMENTARE)	contributo all'incasso e rendicontazione	IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE (SIAN)																
P016	ATTIVITA' DI ISPEZIONE DI IGIENE E SICUREZZA ALIMENTARE	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	RESPONSABILE SERVIZIO IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE (SIAN)								X								
P017	GESTIONE DELLE SEGNALAZIONI/ESPOSTI	Dal ricevimento, alla valutazione e chiusura della segnalazione	RESPONSABILE SERVIZIO IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE (SIAN)								X								
P018	ATTIVITÀ ISPETTIVE	Dalla programmazione o segnalazione/richiesta/esposto fino alla verbalizzazione / verifica del pagamento della sanzione /segnalazione alla magistratura	RESPONSABILE 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	RESPONSABILE 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	RESPONSABILE 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								
P023	GESTIONE DELL'INVENTARIO	Dalla programmazione dell'attività di verifica all'esecuzione del piano di lavoro e all'aggiornamento del libro inventari	ECONOMATO E GESTIONE LOGISTICA, CONTABILITÀ E BILANCIO							X									
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								

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.	N.			
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							
P035	GESTIONE ASSISTENZA INTEGRATIVA	Dal ricevimento della fattura alla liquidazione e inserimento dei dati nel cruscotto regionale air	ASS. FARMACEUTICA TERRITORIALE							X								
P036	GESTIONE AUTORIZZAZIONI APERTURA NUOVE FARMACIE	Dalla richiesta dell'autorizzazione all'emissione dell'atto	ASS. FARMACEUTICA TERRITORIALE		X													
P037	GESTIONE DISTRIBUZIONE PER CONTO	Dal ricevimento delle ricette al controllo delle stesse alla liquidazione e pagamento del compenso alla Farmacia territoriale e alla validazione della fattura per il pagamento del farmaco all'Ulss capofila, all'invio del flusso DPC	ASS. FARMACEUTICA TERRITORIALE							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													
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														

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.	N.		
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									
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					

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.	N.	
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							
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	Dalla presentazione, valutazione e approvazione del progetto all'avvio e al monitoraggio fino alla conclusione del progetto con	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.	N.	
	(ESCLUSO LE RICERCHE CLINICHE)	relazione finale e diffusione dei risultati														
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	
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							
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	Dalla preparazione dei programmi operativi di controllo, al	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.	N.			
	SANITÀ PUBBLICA	sopralluogo, alla stesura del verbale, alla comunicazione all'autorità giudiziaria, all'incasso sanzioni pecuniarie																
P083	GESTIONE PARERI URBANISTICA ED EDILIZIA COMPLESSA	Dalla gestione istanza, all'istruttoria pratica, alla verifica incasso diritti sanitari	UOC SISP		X													
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												
P089	ACQUISIZIONE, SVILUPPO E ALIENAZIONE DEL PATRIMONIO IMMOBILIARE E IMPIANTISTICO	Dall'approvazione del piano investimenti alle procedure di acquisizione, ed alienazione di immobili ed impianti	U.O.C. SERVIZI TECNICI E PATRIMONIALI				X		X									
P092	PROJECT FINANCING GESTIONE SERVIZI (P.O. DI CASTELFRANCO VENETO E MONTEBELLUNA)	Dall'acquisizione del contratto, al controllo del servizio e alla liquidazione della spesa	U.O.C. SERVIZI TECNICI E PATRIMONIALI - DEC DEL PROJECT FINANCING		X		X		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	SERVIZI SOCIALI E SOCIO SANITARI						X									

*Aree 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***

<b>Il processo è discrezionale?</b>	
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***

<b>Il processo produce effetti diretti all'esterno dell'amministrazione di riferimento?</b>	
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***

<b>Si tratta di un processo complesso che comporta il coinvolgimento di più amministrazioni (esclusi i controlli) in fasi successive per il conseguimento del risultato?</b>	
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***

<b>Qual è l'impatto economico del processo?</b>	
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***

<b>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)?</b>	
No	1
Sì	5


**Domanda 6: Controlli**

<b>Anche sulla base dell'esperienza pregressa, il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a neutralizzare il rischio?</b>	
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**

<b>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?</b> <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**

<b>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?</b>	
No	1
Sì	5

**Domanda 9: Impatto reputazionale**

<b>Nel corso degli ultimi 5 anni sono stati pubblicati su giornali o riviste articoli aventi ad oggetto il medesimo evento o eventi analoghi?</b>	
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**

<b>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?</b>	
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:

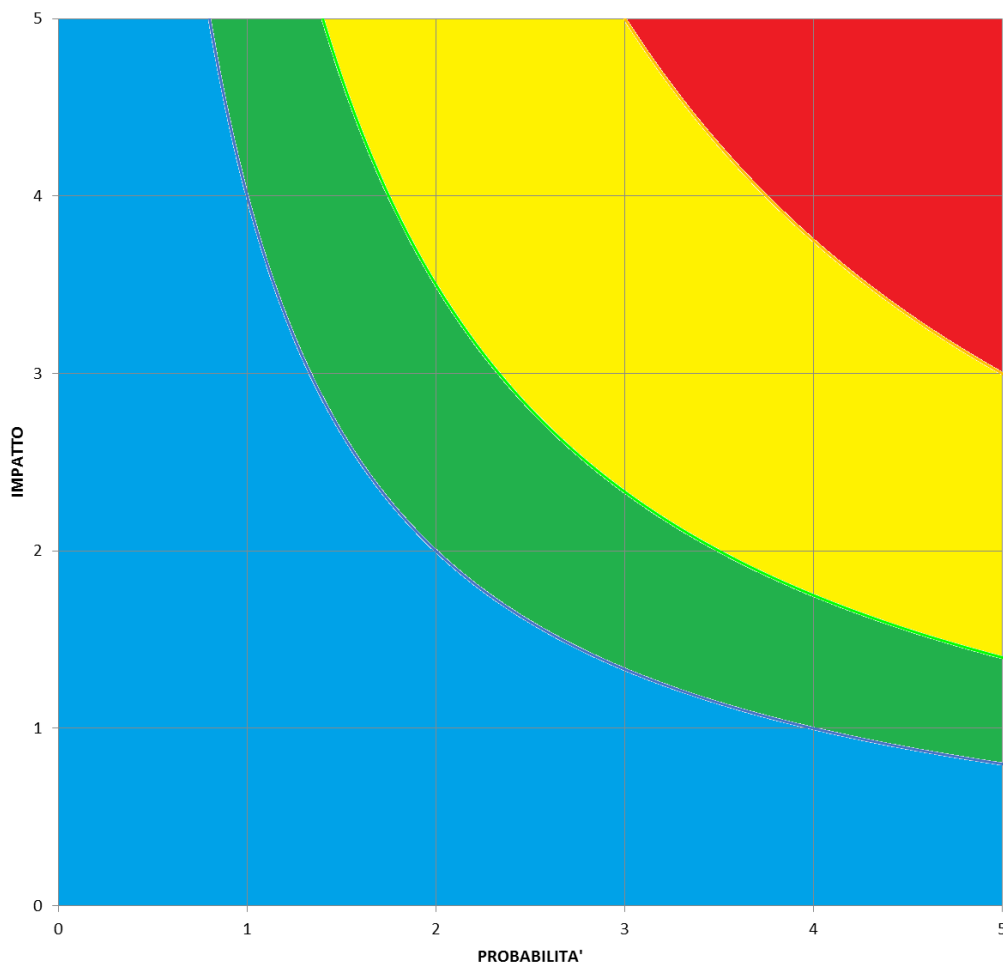
$$IR = Probabilità * Impatto$$

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**

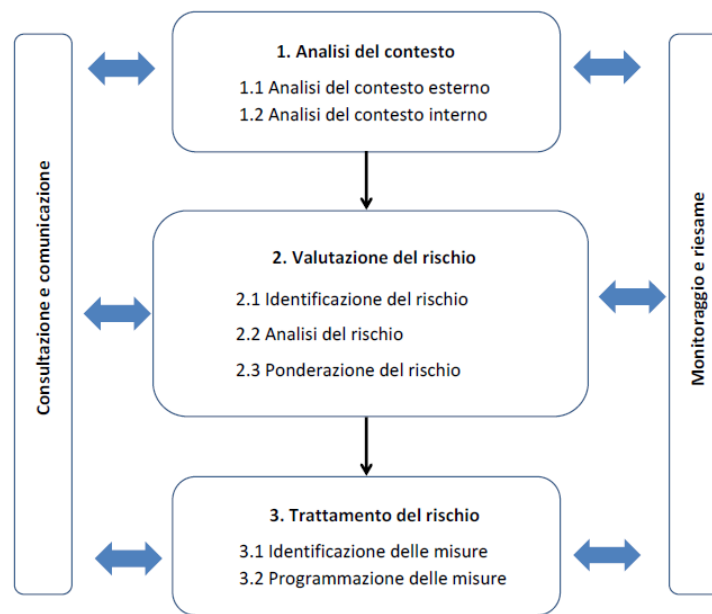
–

**REGISTRO DEI RISCHI IDENTIFICATI NEI PROCESSI A RISCHIO CORRUZIONE – ANNO 2019**

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 registro è coerente con le fasi riportate all'interno della seguente Figura:



P009-PREPARAZIONE E CUSTODIA SALME

PREPARAZIONE E CUSTODIA SALME		AREA RISCHI							AREA CONTROLLI / MISURE DI MITIGAZIONE DEI RISCHI											
CO D FAS E	FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	P	I	IR: Pxl	RL: Rischio Lordo normalizzato (1-5)	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Descrivere sinteticamente il controllo	SE ATTUALE: descrizione dettaglio			SE FUTURO: piano di attuazione controlli/misure				VC: Valutazione del Controllo	C: Valore Controllo Normalizzato (0-4)	RN: Rischio Netto	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
										Resp. Controllo/mitigazione	Frequenza	Evidenza	Responsabilità	Obiettivo (mitigazione, eliminazione, trasferimento del rischio)	Scadenza	% REALIZZAZIONE				
1	comunicazione decesso ai familiari	informazione ai familiari sulle successive incombenze	richiesta pagamento per preparazione salma in reparto	4,3	2,6	11,1	4,0	MA	consegna foglio informativo validato dalla Direzione Medica		ad evento					3,7	2,7	1,3	MB	
			indicazione di una IOF ai familiari	4,3	2,6	11,1	4,0	MA	consegna foglio informativo validato dalla Direzione Medica		ad evento					3,7	2,7	1,3	MB	
			segnalazione a IOF del decesso (nome deceduto, familiari)	4,3	2,6	11,1	4,0	MA	consegna foglio informativo validato dalla Direzione Medica	operatore	ad evento	al momento vengono solo consegnati, non				3,7	2,7	1,3	MB	
		consegna ai familiari degli effetti personali della salma	smarrimento effetti personali della salma	3,6	2,8	9,9	3,0	M	verbali di consegna degli effetti personali	operatore	ad evento	raccogli ore con verbali (da verificare)				4,0	3,0	0,5	B	
			furto effetti personali della salma	3,6	2,8	9,9	3,0	M	verbali di consegna degli effetti personali	operatore	ad evento	raccogli ore con verbali (da verificare)				4,0	3,0	0,5	B	



2	gestione salma in reparto	gestione salma in reparto	non disponibilità di locale in reparto per accoglienza salma - già occupato da altra	3,6	1,5	5,3	2,0	MB										0,0	0,0	2,0	MB	
3	gestione salma in obitorio	gestione salma in obitorio	conservazione salma con modalità inadeguate	3,8	2,0	7,5	3,0	M										0,0	0,0	3,0	M	
			segnalazione alla IOF presenza di nuova salma in obitorio	4,3	2,6	11,1	4,0	MA	Incontri periodici con IOF (verbalizzati ad OD, da verbalizzare a TV), vengono fatti al bisogno	coordinatore	ad evento	raccolta verbale	(per Treviso)	avviare la verbalizzazione degli incontri					3,3	2,3	1,7	MB
			richiesta pagamento per preparazione / vestizione salma ai familiari	4,3	2,6	11,1	4,0	MA	incontri periodici con il personale				coordinatore anatomia patologica per TV dott. Gasparotto per OD	avviare la verbalizzazione degli incontri					3,3	2,3	1,7	MB
			richiesta pagamento per preparazione / vestizione salma alle IOF	4,3	2,6	11,1	4,0	MA	incontri periodici con il personale				coordinatore anatomia patologica per TV dott. Gasparotto per OD	avviare la verbalizzazione degli incontri					3,3	2,3	1,7	MB

P012-PRESTAZIONI PER MINORI

PRESTAZIONI PER MINORI		AREA RISCHI							AREA CONTROLLI / MISURE DI MITIGAZIONE DEI RISCHI											
CO D FAS E	FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	P	I	IR: Pxl	RL: Rischio Lordo normalizzato (1-5)	Valutazio ne Qualitati va Rischio Lordo	Descrivere sinteticame nte il controllo	SE ATTUALE: descrizione dettaglio			SE FUTURO: piano di attuazione controlli/misure				VC: Valutazio ne del Controllo	C: Valore Controllo Normalizz ato (0-4)	RN: Risch io Nett o	Valutazio ne Qualitati va Rischio Residuo
										Resp. Contro llo	Frequenza	Evidenza	Responsabi lità	Obiettivo (mitigazio ne, trasferime nto del rischio)	Scaden za	% REALIZZAZI ONE				
1	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	2,7	3,0	8,0	3,0	M	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	P.O.	Ogni lettera provvedimento è controllata	Firma della P.O.					4,3	3,3	0,5	B
2	Liquidazione delle fatture	Ricevimento e registrazione dei documenti contabili	Mancata/errata/ non tempestiva registrazione delle fatture	2,3	3,0	6,9	3,0	M	a carico dell'UOC Bilancio	P.O.	ad evento	foglio Excel con riepilogo fatture ricevute - eventuale sollecito fatture mancanti					4,4	3,4	0,5	B



	Acquisizione del visto da parte dell'U.O.C. I.A.F.	Mancata/errato/ non tempestivo visto sulle fatture	3,0	3,0	9,0	3,0	M	scadenziario delle fatture	P.O.	ad evento	foglio Excel con riepilogo fatture ricevute - eventuale sollecito fatture mancanti						3,3	2,3	0,7	B
	Liquidazione Fatture Enti Gestori Comunità Educative (in base all'annuale Deliberazione del Direttore Generale)	Mancata/errata/ non tempestiva liquidazione delle fatture	2,3	3,0	6,9	3,0	M	scadenziario delle fatture	P.O.	ad evento	Firma della fattura da parte del Dirigente/ P.O.						4,3	3,3	0,5	B
	Liquidazione diarie alle famiglie affidatarie (in base all'annuale Deliberazione del Direttore Generale)	Mancata/errata/ non tempestiva liquidazione delle fatture	2,1	3,0	6,3	3,0	M	scadenziario predisposizione diarie (entro un termine predefinito)	P.O.	ad evento	Firma della lista di trasmissione da parte del Dirigente/ P.O.						4,3	3,3	0,5	B

P013-GESTIONE DELLA CERTIFICAZIONE AGONISTICA

GESTIONE DELLA CERTIFICAZIONE AGONISTICA		AREA RISCHI							AREA CONTROLLI / MISURE DI MITIGAZIONE DEI RISCHI											
COD FASE	FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	P	I	IR: Pxl	RL: Rischio Lordo normalizzato (1-5)	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Descrivere sinteticamente il controllo	SE ATTUALE: descrizione dettaglio			SE FUTURO: piano di attuazione controlli/misure				VC: Valutazione del Controllo	C: Valore Controllo Normalizzato (0-4)	RN: Rischio Netto	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
										Resp. Controllo	Frequenza	Evidenza	Responsabilità	Obiettivo (mitigazione, eliminazione, trasferimento del rischio)	Scadenza	% REALIZZAZIONE				
1	Programmazione	Il coordinatore verifica la disponibilità delle risorse dopo pianificaz. assenze contrattuali del personale medico e infermieristico.	Rischio comunicativo: erronea interpretazione della richiesta di assenza personale o mancata comunicazione dell'assenza.	3,9	2,0	7,8	3,0	M								0	0	3,0	M	
		Apertura trimestrale delle agende esclusa la settimana sacco.	Mancata erogazione della prestazione già in appuntamento per assenze improvvise del personale (malattia o altro) o guasti apparecchiature.	3,5	2,2	7,7	3,0	M					80%			0	0	3,0	M	



		Apertura mensile della settimana sacco (l'ultima settimana del mese per il mese successivo)	La segreteria si dimentica di comunicare l'apertura della settimana sacco	3,7	2,2	8,1	3,0	M										0	0	3,0	M
2	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 appartengono a tre tipologie di prestazioni: LEA, disabili e over 18 e over 35.	ATTIVITA' GESTITA DALLA COOPERATIVA	-	-	-	1,0	B										0	0	1,0	B



	<p>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. ( I fuori lista sono gli utenti che non hanno trovato posto nella nostra capacità erogativa del mese)</p>	<p>ATTIVITA' GESTITA DALLA COOPERATIVA</p>				<p>1,0</p>	<p>B</p>										<p>0</p>	<p>0</p>	<p>1,0</p>	<p>B</p>
--	--	--	--	--	--	------------	----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----------	----------	------------	----------



3	accettazione	L'utente si presenta allo sportello con un appuntamento e la ricevuta di pagamento del ticket se dovuto. La segretaria, dopo identificazione e dell'utente controlla la prenotazione e procede con la registrazione in medarchiver.	Errore di identificazione dell'utente.	3,4	2,2	7,5	3,0	M											80%	4	3	0,5	B
		La segretaria riceve e controlla la ricevuta del pagamento del ticket se dovuto	Mancato pagamento del ticket	4,8	2,2	10,6	4,0	MA												0	0	4,0	MA
		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	3,4	2,2	7,5	3,0	M												0	0	3,0	M
		L'utente annulla l'appuntamento telefonando in segreteria della Medicina dello sport	La segretaria della Medicina dello sport non invita l'utente a comunicare l'assenza al call center	4,6	2,2	10,1	4,0	MA												0	0	4,0	MA



		L'utente, per malattia, annulla l'appuntamento telefonando in segreteria della Medicina dello sport il giorno stesso.	La segretaria della Medicina dello sport non invita l'utente a comunicare l'assenza improvvisa per malattia alla segreteria del call center	4,4	2,2	9,7	3,0	M								0	0	3,0	M
4	erogazione	Il medico effettua la visita e firma digitalmente il certificato che risulta immediatamente disponibile on line se l'atleta è idoneo.	Il medico non firma digitalmente il certificato	3,4	3,0	10,2	4,0	MA								0	0	4,0	MA

**Nota.: La fase di prenotazione è gestita da un ente esterno (appalto) per tale motivo questa attività ricade dentro l'elenco rischi del processo P043.**

P014 – VALUTAZIONI MEDICO LEGALI

VALUTAZIONI MEDICO LEGALI			AREA RISCHI					AREA CONTROLLI / MISURE DI MITIGAZIONE DEI RISCHI													
CO D FA SE	FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	P	I	IR: PXI	RL: Rischio Lordo normaliz zato (1-5)	Valutazi one Qualitati va Rischio Lordo	SE ATTUALE: descrizione dettaglio				SE FUTURO: piano di attuazione controlli/misure				VC: Valutazi one del Controll o	C: Valore Controllo Normaliz zato (0-4)	RN: Risch io Nett o	Valutazi one Qualitat iva Rischio Residuo	
									Descrivere sinteticam ent e il controllo	Resp. Controllo	Freq.	Evidenza	Responsa bilità	Obiettivo (mitigazio ne, eliminazi one, trasferim ento del rischio)	Scade nza	% REALIZZAZI ONE					
1	GESTIONE RICHIESTA	acquisizione utenti da liste (cup/inps) e/o ricezione richieste direttamente da utenti/enti e programmazioni e attività	manipolazione lista d'attesa	4,3	1,4	6,0	3,0	M	modifiche della profilazione (abilitazioni) ed alcune attività di controllo	coordinat ore amminist rativo (Sara Visentin)	mensile	lista degli accessi					3,4	2,4	0,5	B	
									ottenere report mensile da cup/web per capire chi era autorizzato con doppio controllo				Sara Visentin	mitigazio ne	31-12- 2020	0%	4,6	3,6	0,5	B	
2	EROGAZIONE PRESTAZIONE	valutazione/veri fica attestazioni clinico strumentali a supporto del giudizio	utilizzo di documentazio ne clinica non accettabile/ma ncata verifica rischio certificazioni falsе	4,3	5,0	21,5	5,0	A	autorizzazione all'utente ad accesso database aziendale e chiedere autorizzazione medici ad accesso				DIRETTORE MEDICINA LEGALE	mitigazio ne	31-12- 2020	0%	4,6	3,6	1,4	MB	
			accettazione del referto solo dal laboratorio				DIRETTORE MEDICINA LEGALE	mitigazio ne	31-12- 2020	0%	4,6	3,6	0,5	B							
			violazione catena custodia/sostit uzioni campioni nel prelievo per sospetto abuso alcool/sostanz e d'abuso	4,6	1,8	8,3	3,0	M	controllo in tempo reale tramite telecamera	infermier a	ad evento	filmato						3,8	2,8	0,2	B
			valutare aggiornament o telecamera				Sara Visentin	mitigazio ne	31-12- 2020	0%	3,8	2,8	0,2	B							



	formulazione giudizio	giudizio non conforme al caso sia in senso migliorativo che peggiorativo (invalidità civile)	2,9	5,0	14,5	4,0	MA	1. verifica da parte dell'INPS 2. controllo a campione	1. INPS 2. COMPONENTI COMMISSIONE 3. RESPONSABILE MEDICINA LEGALE	1. TUTTI I VERBALI DURANTE ATTIVITA' DI COMMISSIONE 3. CONTROLLO A CAMPIONE	1. APPROVAZIONE VERBALI/RICHIAMO A VISITA UTENTI DA PARTE DI INPS 2. GIUDIZIO NON CONCORDE TRA COMPONENTI COMMISSIONE 3 NUMERO VERBALI SEGNALATI ALL'INPS	PRESIDENTE COMMISSIONE INVALIDI DIRETTORE MEDICINA LEGALE	mitigazione	31-12-2020	0%	3,0	2,0	2,0	MB
		giudizio non conforme al caso sia in senso migliorativo che peggiorativo (certificazioni senza supervisione altro istituto)	3,1	3,4	10,4	4,0	MA	verifica a campione sui giudizi di idoneità	PRESIDENTE COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI	CONTROLLO A CAMPIONE	NUMERO VERBALI VERIFICATI	PRESIDENTE COMMISSIONE MEDICA LOCALE PATENTI	mitigazione	31-12-2020	0%	1,9	0,9	3,1	MA
		giudizio non conforme al caso sia in senso migliorativo che peggiorativo (relazioni medico legali sinistri)	4,6	2,8	12,9	4,0	MA	c'è il CVS che effettua una valutazione (sentire affari legali)	DIRETTORE UOC MEDICINA LEGALE	TUTTE LE RELAZIONI MEDICO LEGALI PRODOTTE	NUMERO RELAZIONI VERIFICATE	DIRETTORE UOC MEDICINA LEGALE	mitigazione	31-12-2020	0%	3,8	2,8	1,2	MB
		manipolazione verbale valutazione /certificazione	3,4	3,4	11,6	4,0	MA	programma INPS che ha limitato la possibilità di tornare indietro a modificare/pr ogramma patenti da aggiornare per evitare il rischio/da informatizzare porto d'armi	DIRETTORE UOC MEDICINA LEGALE	CONTROLLO A CAMPIONE	NUMERO VERBALI VERIFICATI	DIRETTORE UOC MEDICINA LEGALE	mitigazione	31-12-2020	0%	2,2	1,2	2,8	M



3	TRASMISSIONE CERTIFICAZIONI/ATTI	trasmissione telematica agli istituti competenti per concessioni previste dalla normativa (patenti/invalidità)	manipolazione del giudizio prima della trasmissione telematica	3,5	1,8	6,3	3,0	M	utilizzo del programma patenti per porto d'armi	DIRETTORE UOC MEDICINA LEGALE	CONTROLLO A CAMPIONE	NUMERO VERBALI INFORMATIZZATI VERIFICATI	DIRETTORE UOC MEDICINA LEGALE	mitigazione	31-12-2020	0%	2,6	1,6	1,4	MB
				3,1	3,4	10,4	4,0	MA	modifica per la messa in sicurezza del programma patenti	DIRETTORE UOC MEDICINA LEGALE	CONTROLLO A CAMPIONE	NUMERO VERBALI INFORMATIZZATI VERIFICATI	DIRETTORE UOC MEDICINA LEGALE	mitigazione	31-12-2020	0%	2,6	1,6	2,4	M
				3,3	5,0	16,3	5,0	A	procedura su come gestire i verbali in seduta	DIRETTORE UOC MEDICINA LEGALE	CONTROLLO A CAMPIONE	NUMERO VERBALI INFORMATIZZATI VERIFICATI	DIRETTORE UOC MEDICINA LEGALE	mitigazione	31-12-2020	0%	2,6	1,6	3,4	MA
4	INFORMAZIONI AGLI UTENTI	informazione agli utenti relativamente allo stato delle pratiche, alle normative vigenti ed ai diritti esigibili	manipolazione delle informazioni per indurre gli utenti ad aumentare il livello di contenzioso con l'azienda / ricorsi	3,3	2,2	7,2	3,0	M	assegnazione funzioni supervisore attività di sportello	COORDINATORE AMMINISTRATIVO UNC MEDICINA LEGALE	QUOTIDIANA	PROCEDURE/RICHIAMI DISCIPLINARI	COORDINATORE AMMINISTRATIVO UNC MEDICINA LEGALE	mitigazione	31-12-2020	0%	2,9	1,9	1,1	MB

P016-ATTIVITA' DI ISPEZIONE DI IGIENE E SICUREZZA ALIMENTARE

ATTIVITA' DI ISPEZIONE DI IGIENE E SICUREZZA ALIMENTARE			AREA RISCHI					AREA CONTROLLI / MISURE DI MITIGAZIONE DEI RISCHI												
CO D FAS E	FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	P	I	IR: Pxl	RL: Rischio Lordo normalizzato (1-5)	Valutazio ne Qualitati va Rischio Lordo	Descrivere sinteticament e il controllo	SE ATTUALE: descrizione dettaglio			SE FUTURO: piano di attuazione controlli/misure				VC: Valutazio ne del Controllo	C: Valore Controllo Normalizz ato (0-4)	RN: Risch io Netto	Valutazio ne Qualitati va Rischio Residuo
										Resp. Controllo	Frequen za	Evidenza	Responsabi lità	Obiettivo (mitigazio ne, eliminazio ne, trasferime nto del rischio)	Scaden za	% REALIZZAZI ONE				
1	Preparazione programmi di lavoro in base alla pianificazione delle attività, secondo procedura specifica "PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITÀ PROGRAMMA BILI DEL SERVIZIO"	registrazione input	Il personale di servizio omette di documentare per iscritto e protocollare l'input.	1,8	1,0	1,8	1,0	B	Tutti gli input devono essere protocollati. Solo a quel punto diventano input. Il personale del Servizio che riceve documentazione inerente all'attività del Servizio, deve farla pervenire alla segreteria per il protocollo, prima di avviare le successive attività previste.	Segreteria	AD EVENTO	Tipologie di 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)					3,7	2,7	0,5	B





inserimento nelle attività programmabili e assegnazione a personale che esegue i controlli	assegnazione non congrua rispetto alla procedura specifica	3,2	3,0	9,5	3,0	M	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.	Direttore Dirigente Coordinatore	MENSILE	secondo procedura specifica "PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITÀ PROGRAMMABILI DEL SERVIZIO". Viene effettuata specifica valutazione di possibili conflitti di interesse.						4,0	3,0	0,5	B
individuazione e delle coppie di lavoro	assegnazione non congrua rispetto alla procedura specifica	2,1	3,0	6,3	3,0	M	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.	Coordinatore	MENSILE	l'individuazione avviene settimanalmente con programmazione almeno mensile. La composizione della coppia è almeno una settimana al mese, individuata tra operatori assegnati a diversi distretti. Viene effettuata specifica valutazione di possibili conflitti di interesse.						4,0	3,0	0,5	B



2	esecuzione controlli con produzione documenti di attività	prima del controllo: visione pratica con attività effettuate precedentemente su ditta/attività oggetto del controllo	Pressioni al personale che effettua il controllo al fine di non effettuare il controllo.	2,9	2,0	5,7	2,0	MB	il controllo viene effettuato da coordinatore su database dedicato dove vengono registrati i controlli	Coordinatore	MENSILE	il personale che esegue il controllo verifica eventuali non conformità pregresse ed eventuali campionamenti precedenti.					4,0	3,0	0,5	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.	3,2	3,0	9,6	3,0	M	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.	Coordinatore	MENSILE	Check list, schede verifica di efficacia sul campo					4,0	3,0	0,5	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	3,2	3,0	9,6	3,0	M	il controllo viene effettuato tramite lo strumento della verifica di efficacia 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.	Coordinatore	MENSILE	Check list, schede verifica di efficacia documentale						4,0	3,0	0,5	B
3	Comunicazioni e all'autorità giudiziaria	Comunicazioni e 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 e all'autorità giudiziaria.	3,3	3,0	9,9	3,0	M	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 vista la documentazione da inviare all'Autorità Giudiziaria	Direttore Dirigente	AD EVENTO	Visto della documentazione da parte del Direttore/Dirigente						4,0	3,0	0,5	B



4	Verifica implementazioni azioni correttive a seguito non conformità riscontrate	Verifica implementazioni 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. Oppure Pressioni al personale che effettua il controllo al fine di non programmare i controlli per la verifica dell'adeguamento alle prescrizioni applicate o condizionare l'esito a seconda della visita.	3,2	2,8	9,0	3,0	M	il coordinatore controlla su database dedicato (per la registrazione dei controlli) della chiusura delle non conformità nei controlli effettuati	Coordinatore	MENSILE	mancata chiusura non conformità nel database dedicato						4,0	3,0	0,5	B
5	registrazione controllo e documenti correlati su database dedicato	registrazione controllo 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.	2,7	2,0	5,4	2,0	MB	il coordinatore effettua il controllo sulla corretta registrazione dei controlli tramite consultazione database dedicato	Coordinatore	MENSILE	incongruenza tra programmazione e registrazione controlli						4,0	3,0	0,5	B

P017-GESTIONE DELLE SEGNALAZIONI E DEGLI ESPOSTI

GESTIONE DELLE SEGNALAZIONI E DEGLI ESPOSTI			AREA RISCHI					AREA CONTROLLI / MISURE DI MITIGAZIONE DEI RISCHI												
CO D FAS E	FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	P	I	IR: Pxl	RL: Rischio Lordo normalizzato (1-5)	Valutazio ne Qualitati va Rischio Lordo	Descrivere sinteticamen te il controllo	SE ATTUALE: descrizione dettaglio			SE FUTURO: piano di attuazione controlli/misure				VC: Valutazio ne del Controllo	C: Valore Controllo Normalizz ato (0-4)	RN: Risch io Netto	Valutazio ne Qualitati va Rischio Residuo
										Resp. Controllo	Frequen za	Evidenza	Responsabi lità	Obiettivo (mitigazion e, eliminazion e, trasferime nto del rischio)	Scaden za	% REALIZZAZI ONE				
1	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	3,9	2,4	9,4	3,0	M	il coordinatore redige la procedura di gestione e registrazione delle segnalazioni validata dal dirigente e condivisa successivamente con il personale.	dirigente e coordinatore	ad evento	procedura				3,7	2,7	0,3	B	
			Pressioni al dirigente ed al coordinatore al fine di non procedere alla verifica di quanto segnalato	3,9	2,4	9,4	3,0	M		dirigente e coordinatore	ad evento	procedura				3,7	2,7	0,3	B	
		segnalazione in presenza	Il funzionario omette di documentare per iscritto i dati ed il contenuto della segnalazione e di inoltrarla al dirigente per la valutazione	3,5	2,4	8,4	3,0	M	il coordinatore redige la procedura di gestione e registrazione delle segnalazioni validata dal dirigente e condivisa successivamente	dirigente e coordinatore	ad evento	procedura				3,7	2,7	0,3	B	



			Pressioni al dirigente ed al coordinatore al fine di non procedere alla verifica di quanto segnalato	3,5	2,4	8,4	3,0	M	nte con il personale.	dirigente e coordinatore	ad evento	Segnalazioni ricevute, programmi di lavoro, procedura					3,7	2,7	0,3	B
		segnalazione scritta	Pressioni al dirigente ed al coordinatore al fine di non procedere alla verifica di quanto segnalato	3,5	2,4	8,4	3,0	M	il coordinatore redige la procedura di gestione e registrazione delle segnalazioni validata dal dirigente e condivisa successivamente con il personale.	coordinatore	ad evento	procedura					3,7	2,7	0,3	B
2	Valutazione della segnalazione	Protocollezioni e delle segnalazioni	pressioni al dirigente, al coordinatore ed al funzionario ai fini di non protocollare la segnalazione	2,3	2,4	5,5	2,0	MB	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.	dirigente e coordinatore	ad evento	Programmi di lavoro					4,0	3,0	0,5	B



		Valutazione tecnica della segnalazione	Pressioni al dirigente ed al coordinatore al fine di non considerare la segnalazione nella programmazione dei sopralluoghi	3,9	2,4	9,4	3,0	M	Il dirigente assieme al coordinatore valuta l'opportunità a procedere o meno alla verifica di quanto segnalato tramite sopralluogo.	dirigente e coordinatore	ad evento	Sigla del modulo raccolta segnalazione, mail di incarico alla coppia di TdP per esecuzione e controllo						3,4	2,4	0,6	B
3	Chiusura della segnalazione	archiviazione	Pressioni al dirigente ed al coordinatore al fine di non considerare la segnalazione nella programmazione dei sopralluoghi	3,0	2,4	7,2	3,0	M	Le segnalazioni per le quali si è ritenuto di non dar seguito al sopralluogo vengono archiviate siglate dal dirigente.	dirigente	ad evento	Sigla del modulo raccolta segnalazione						3,7	2,7	0,3	B
		affidamento a coppia di TdP per sopralluogo	Pressioni al dirigente ed al coordinatore al fine di non considerare la segnalazione nella programmazione dei sopralluoghi	3,6	2,4	8,5	3,0	M	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.	coordinatore	ad evento	Sigla del modulo raccolta segnalazione, mail di incarico alla coppia di TdP per esecuzione e controllo						4,0	3,0	0,5	B

P018-ATTIVITA' ISPETTIVE

ATTIVITA' ISPETTIVE		AREA RISCHI							AREA CONTROLLI / MISURE DI MITIGAZIONE DEI RISCHI											
CO D FAS E	FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	P	I	IR: PKI	RL: Rischio Lordo normalizzato (1-5)	Valutazio ne Qualitati va Rischio Lordo	Descrivere sinteticame nte il controllo	SE ATTUALE: descrizione dettaglio			SE FUTURO: piano di attuazione controlli/misure				VC: Valutazio ne del Controllo	C: Valore Controllo Normalizz ato (0-4)	RN: Rischi o Netto	Valutazio ne Qualitati va Rischio Residuo
										Resp. Controllo	Frequen za	Evidenza	Responsabil ità	Obiettivo (mitigazion e, eliminazio ne, trasferime nto del rischio)	Scaden za	% REALIZZAZIO NE				
1	PROGRAMMAZI ONE DEI PIANI OPERATIVI DI CONTROLLO	Programmazi one 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 programmazi one delle attività quotidiane	Mancata o non conforme programmazio ne dei piani operativi di controllo - possibile omissione di ditte nella programmazio ne routinaria	3,6	1,0	3,6	2,0	MB								0,0	0,0	2,0	MB	
2	Assegnazione controlli e attivazione istruttoria	Assegnazione controlli - incarico alla squadra di fare una determinata verifica: per quanto riguarda	Assegnazione a personale con potenziale conflitto di interessi - Mancata rotazione del personale in sede di	3,6	1,0	3,6	2,0	MB	segnalazion e dei conflitti di interesse (indicazione di fare una mail)	operatore	ad evento	mail conservata dal Direttore UOC - nuova assegnazio ne del controllo				3,1	2,1	0,5	B	



		l'edilizia c'è un'assegnazione al territorio, per il resto delle ditte la scelta si basa sui carichi di lavoro	assegnazione dei controlli programmati	3,6	1,0	3,6	2,0	MB	verifica delle frequenze di accesso alle aziende	operatore	ad evento	l'operatore e cui viene assegnata la pratica va a verificare nello storico la situazione della ditta nel DB					3,3	2,3	0,5	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	2,9	1,0	2,9	1,0	B									0,0	0,0	1,0	B
3	Effettuazione del sopralluogo	Sopralluogo	Sopralluogo non conforme a quanto previsto da normativa o non effettuato	3,8	3,4	12,8	4,0	MA	l'ispezione viene fatta sempre da almeno 2 persone, i componenti della coppia ruotano.	coordinatore	ad evento	piani di controllo					4,6	3,6	0,4	B





4	Verbalizzazione	Stesura Verbale	Verbale/relazione non accurato e/o non conforme alla normativa	2,2	2,0	4,3	2,0	MB	valutazione del verbale da parte di un terzo soggetto verifica della presenza in fascicolo del primo verbale attraverso audit a campione dei fascicoli	coordinatore	ad evento	risultati dell'audit sui fascicoli					4,6	3,6	0,5	B
		Stesura Verbale	Verbale/relazione non conforme agli esiti dell'attività ispettiva	2,2	2,0	4,3	2,0	MB	valutazione del verbale da parte di un terzo soggetto verifica della presenza in fascicolo del primo verbale attraverso audit a campione dei fascicoli	coordinatore	ad evento	risultati dell'audit sui fascicoli					4,6	3,6	0,5	B
		Notifica verbale	Errori formali nella procedura di notifica; errori di valutazione nella scelta dei tempi concessi per la regolarizzazione	2,5	1,5	3,8	2,0	MB	firma degli operatori + supervisione del dirigente di area e del direttore del servizio verifica attraverso audit a campione dei fascicoli	coordinatore	ad evento	risultati dell'audit sui fascicoli					4,6	3,6	0,5	B



5	Verifica adempimenti	sopralluogo	Sopralluogo non conforme a quanto previsto da normativa / fuori dai termini previsti	3,6	2,0	7,1	3,0	M	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	coordinatore	ad evento	risultati dell'audit sui fascicoli					4,3	3,3	0,5	B
		Ammissione al pagamento	Errori nel calcolo della sanzione pecuniaria da comminare	2,2	1,0	2,2	1,0	B	controfirma del responsabile e verifica attraverso audit a campione dei fascicoli	coordinatore	ad evento	risultati dell'audit sui fascicoli					4,3	3,3	0,5	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	2,2	1,5	3,2	2,0	MB	controllo a campione dei fascicoli per gli archiviati successivo invio in procura di tutto il fascicolo	coordinatore	ad evento	risultati dell'audit sui fascicoli					4,3	3,3	0,5	B
6	Chiusura pratica	per tutte le sanzioni di tipo penale: Invio atti in Procura	Invio di fascicolo privo di elementi sostanziali o formali (allegati, firme)	2,2	1,0	2,2	1,0	B	controllo sulla corretta chiusura delle pratiche	coordinatore	ad evento	risultati dell'audit sui fascicoli					4,3	3,3	0,5	B



	Archiviazione informatica pratica	Archiviazione informatica priva di dati previsti dalle procedure aziendali, mancata chiusura	2,5	1,0	2,5	1,0	B	controllo sulla corretta chiusura delle pratiche				coordinatore	riavviare il controllo sulla corretta e completa chiusura informatica delle pratiche	set-19		4,7	3,7	0,5	B
	Archiviazione fisica pratica	Archiviazione in locazione non corretta o con errata numerazione di riferimento	2,5	1,0	2,5	1,0	B	verifica attraverso audit a campione dei fascicoli	coordinatore	ad evento	risultati dell'audit sui fascicoli					4,7	3,7	0,5	B

## P019-CERTIFICAZIONI SANITARIE

CERTIFICAZIONI SANITARIE		AREA RISCHI						AREA CONTROLLI / MISURE DI MITIGAZIONE DEI RISCHI												
CO D FA SE	FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	P	I	IR: PxI	RL: Rischio Lordo normaliz zato (1- 5)	Valutazi one Qualitat iva Rischio Lordo	Descrivere sinteticamen te il controllo	SE ATTUALE: descrizione dettaglio			SE FUTURO: piano di attuazione controlli/misure			VC: Valutazi one del Controllo	C: Valore Controllo Normaliz zato (0-4)	RN: Risc hio Netto	Valutazi one Qualitat iva Rischio Residuo	
										Resp. Controllo	Frequen za	Evide nza	Responsa bilità	Obiettivo (mitigazio ne, eliminazi one, trasferim ento del rischio)	Scadenza					% REALIZZAZI ONE
1	Ricezione richiesta o prenotazione	Inserimento in calendario	Non corretto inserimento in calendario	3,2	1,8	5,8	2,0	MB	verifica trimestrale di controllo campionario sulla correttezza delle pratiche				direttore/ coordinat ore	riavviare il controllo sulla corretta e completa chiusura informati ca delle pratiche	30/09/2 019	100	4,0	3,0	0,5	B
2	Preparazione cartella clinica	Verifica precedenti in archivio	Mancato rilevamento di precedenti in archivio e del loro contenuto informativo	2,9	1,5	4,3	2,0	MB	verifica trimestrale di controllo campionario sulla correttezza delle pratiche				direttore/ coordinat ore	riavviare il controllo sulla corretta e completa chiusura informati ca delle pratiche	30/09/2 019	100	4,0	3,0	0,5	B
		Apertura nuova cartella e rilevamento dati anamnestici generali	Errori materiali nella intestazion e della cartella; incomplete zza nella assunzione delle informazion i anamnestic he	3,2	1,5	4,8	2,0	MB	verifica trimestrale di controllo campionario sulla correttezza delle pratiche				direttore/ coordinat ore	riavviare il controllo sulla corretta e completa chiusura informati ca delle pratiche	30/09/2 019	100	4,0	3,0	0,5	B



3	Pagamento prestazione	Verifica pagamento prestazione	Mancata verifica del pagamento della prestazione ; imputazione e di voci di pagamento errate per la prestazione prevista	2,2	1,8	3,9	2,0	MB	Verifica pagamento prima della prestazione	operatore	ad evento	fascicolo					4,7	3,7	0,5	B
4	Esecuzione visita medica	Visita medica	Sopra o sottovalutazione situazione sanitaria	2,5	1,8	4,5	2,0	MB	verifica trimestrale di controllo campionario sulla correttezza delle pratiche				direttore/ coordinatore	riavviare il controllo sulla corretta e completa chiusura informatica delle pratiche	30/09/2019	100	4,0	3,0	0,5	B
		Accertamenti strumentali	Sopra o sottovalutazione situazione sanitaria	2,9	1,8	5,1	2,0	MB	verifica trimestrale di controllo campionario sulla correttezza delle pratiche				direttore/ coordinatore	riavviare il controllo sulla corretta e completa chiusura informatica delle pratiche	30/09/2019	100	4,0	3,0	0,5	B
5	Compilazione certificato o relazione	Compilazione certificazione	Errori materiali nella compilazione e del certificato; errori formali rilevanti ai fini del valore legale del certificato	2,2	1,5	3,2	2,0	MB	verifica trimestrale di controllo campionario sulla correttezza delle pratiche				direttore/ coordinatore	riavviare il controllo sulla corretta e completa chiusura informatica delle pratiche	30/09/2019	100	3,7	2,7	0,5	B



6	Consegna certificato	Consegna certificazione	Errori materiali nella consegna del certificato	2,2	1,0	2,2	1,0	B	Firma di trasmissione del Dirigente/Direttore	Dirigente/direttore	ad evento	fascicolo					3,7	2,7	0,5	B
7	Chiusura prestazione	Archiviazione cartella ambulatoriale/pratica	Errori fisici nella archiviazione e della cartella ambulatoriale	2,9	1,0	2,9	1,0	B	verifica trimestrale di controllo campionario sulla correttezza delle pratiche			direttore/coordinatore	riavviare il controllo sulla corretta e completa chiusura informatica delle pratiche	30/09/2019	100	4,0	3,0	0,5	B	

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

RILASCIO AUTORIZZAZIONI / PARERI PREVENTIVI (NON CORRELATI ALLA PERSONA)		AREA RISCHI						AREA CONTROLLI / MISURE DI MITIGAZIONE DEI RISCHI												
COD FASE	FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	P	I	IR: Pxl	RL: Rischio Lordo normalizzato (1-5)	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Descrivere sinteticamente il controllo	SE ATTUALE: descrizione dettaglio			SE FUTURO: piano di attuazione controlli/misure				VC: Valutazione del Controllo	C: Valore Controllo Normalizzato (0-4)	RN: Rischio Netto	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
								Responsabilità		Obiettivo (mitigazione, eliminazione, trasferimento del rischio)	Scadenza	% REALIZZAZIONE	Resp. Controllo	Frequenza	Evidenza					
1	Gestione istanza	Presa 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	2,7	2,0	5,4	2,0	MB	verifica trimestrale e di controllo campionario sulla correttezza delle pratiche				direttore / coordinatore	riavviare il controllo sulla correttezza completa chiusura informatica delle pratiche	30/09/2019	100	4,0	3,0	0,5	B
			pratica gestita da personale in conflitto di interessi	2,9	2,0	5,7	2,0	MB	segnalazione dei conflitti di interesse (indicazione di fare una mail)	operatore	ad evento	mail conservata dal Direttore UOC - nuova assegnazione del controllo					3,1	2,1	0,5	B
		Verifica della presenza di tutti gli elementi necessari all'avviamento della pratica (ad es. Protocollo aziendale)	Avvio della pratica con documentazione incompleta.	2,9	2,0	5,7	2,0	MB	verifica trimestrale e di controllo campionario sulla correttezza delle pratiche				direttore / coordinatore	riavviare il controllo sulla correttezza completa chiusura informatica delle pratiche	30/09/2019	100	4,0	3,0	0,5	B



4	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)	2,8	1,5	4,2	2,0	MB	Autorizzazione del Direttore/ Ufficio Personale	operatore	ad evento	Documentazione ufficio personale					4,4	3,4	0,5	B	
		Controlli tecnici e misure in corso di sopralluogo	Mancata verifica/registrazione parametri o situazioni rilevanti	3,2	1,5	4,7	2,0	MB	formazione e confronto tra operatori specializzati	direttore	annuale	Verbali incontri					3,7	2,7	0,5	B	
		Verifica delle prescrizioni previste da precedenti sopralluoghi	Mancata verifica del rispetto delle prescrizioni previste da precedenti sopralluoghi.	2,5	1,0	2,5	1,0	B	verifica trimestrale e di controllo campionario sulla correttezza delle pratiche				direttore / coordinatore	riavviare il controllo sulla correttezza completa chiusura informatica delle pratiche	30/09/2019	100		4,0	3,0	0,5	B
3	Rilascio autorizzazione/ parere/ certificato	Stesura parere	Rilascio autorizzazioni/pareri in assenza di idoneità normativa.	2,5	1,8	4,5	2,0	MB	Controllo del contenuto e della forma del parere da parte del dirigente di area e firma del direttore				dirigente	Rendere omogenei i criteri nei distretti	in attesa di sostituzione per turnover dirigenti e ingegnere	0		4,0	3,0	0,5	B



		Invio parere	Rilascio autorizzazioni/p areri fuori dei termini previsti	2,5	1,5	3,8	2,0	MB		Direttore	ad evento	fascicolo				4,0	3,0	0,5	B	
4	Richiesta pagamento bollettino e incasso (solo per distributori carburanti e linee vita)	Richiesta pagamento	Mancata richiesta pagamento del bollettino.	3,2	1,8	5,8	2,0	MB	verifica trimestrale e di controllo campionario sulla correttezza delle pratiche				direttore / coordinatore	riavviare il controllo sulla correttezza e completa chiusura informativa delle pratiche	30/09/2019	100	4,0	3,0	0,5	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)	3,2	1,8	5,8	2,0	MB	verifica trimestrale e di controllo campionario sulla correttezza delle pratiche				direttore / coordinatore	riavviare il controllo sulla correttezza e completa chiusura informativa delle pratiche	30/09/2019	100	4,0	3,0	0,5	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.	3,2	1,8	5,8	2,0	MB	verifica trimestrale e di controllo campionario sulla correttezza delle pratiche				direttore / coordinatore	riavviare il controllo sulla correttezza e completa chiusura informativa delle pratiche	30/09/2019	100	4,0	3,0	0,5	B



5	Chiusura pratica	Archiviazione informatica pratica	Archiviazione informatica priva di dati previsti dalle procedure aziendali, mancata chiusura	2,5	1,0	2,5	1,0	B	verifica trimestrale e di controllo campionario sulla correttezza delle pratiche				direttore / coordinatore	riavviare il controllo sulla correttezza e completa chiusura informatica delle pratiche	30/09/2019	100	4,0	3,7	0,5	B
		Archiviazione fisica pratica	Archiviazione in locazione non corretta o con errata numerazione di riferimento	2,5	1,0	2,5	1,0	B	verifica trimestrale e di controllo campionario sulla correttezza delle pratiche				direttore / coordinatore	riavviare il controllo sulla correttezza e completa chiusura informatica delle pratiche	30/09/2019	100	4,0	3,7	0,5	B

## P022-CONTROLLO UFFICIALE ALLERTE, CAMPIONAMENTI E AUDIT

CONTROLLO UFFICIALE ALLERTE, CAMPIONAMENTI E AUDIT		AREA RISCHI							AREA CONTROLLI / MISURE DI MITIGAZIONE DEI RISCHI											
COD FASE	FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	P	I	IR: Pxl	RL: Rischio Lordo normalizzato (1-5)	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Descrivere sinteticamente il controllo	SE ATTUALE: descrizione dettaglio			SE FUTURO: piano di attuazione controlli/misure				VC: Valutazione del Controllo	C: Valore Controllo Normalizzato (0-4)	RN: Rischio Netto	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
										Resp. Controllo	Frequenza	Evidenza	Responsabilità	Obiettivo (mitigazione, eliminazione, trasferimento del rischio)	Scadenza	% REALIZZAZIONE				
1	gestione delle allerte	ricezione allerte	mancata o ritardata ricezione delle allerte	1,8	2,0	3,6	2,0	MB								0,0	0,0	2,0	MB	
		eventuale ritiro/riciamo	ritardato/non completo ritiro	1,6	2,5	4,0	2,0	MB	PROCEDURA AZIENDALE	Daniel e Boffo	giornaliera	registrazioni attività di allerta				4,0	3,0	0,5	B	
		gestione delle eventuali comunicazioni	omessa/ritardata/mancata gestione delle comunicazioni con gli operatori e con i consumatori	2,7	1,5	4,0	2,0	MB								0,0	0,0	2,0	MB	

P024-AFFIDAMENTO E GESTIONE DEI CONTRATTI DI ESECUZIONE DEI LAVORI

AFFIDAMENTO E GESTIONE DEI CONTRATTI DI ESECUZIONE DEI LAVORI			AREA RISCHI					AREA CONTROLLI / MISURE DI MITIGAZIONE DEI RISCHI												
CO D FAS E	FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	P	I	IR: PxI	RL: Rischi o Lordo norma lizzato (1-5)	Valut azion e Qualit ativa Risch io Lordo	Descrivere sinteticamente il controllo	SE ATTUALE: descrizione dettaglio			SE FUTURO: piano di attuazione controlli/misure				VC: Valut azion e del Contr ollo	C: Valore Contr ollo Norma lizzato (0-4)	RN : Risc io Net to	Valut azion e Quali tativa Risc hio Resi duo
										Resp. Controll o	Freq.	Evidenza	Respon sabilità	Obietti vo (mitiga zione, elimin azione , trasfer imento del rischio )	Sca denz a	% REALIZZ AZIONE				
1	Fase: Programmazio ne 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.	2,6	3,8	9,9	3,0	M	Azione di contenimento: Intervento di più soggetti nel procedimento per la definizione dei documenti di programmazione di cui all'art. 21 del D.lgs n. 50/2016.	Responsabile del Piano	ANNUALE	ADOZIONE DEL PIANO				4,0	3,0	0,5	B	
			Definizione dell'importo a base di gara in modo da eludere le norme sull'evidenza pubblica (ad esempio artificioso frazionamento).	2,6	3,8	9,9	3,0	M	Azione di contenimento: Controlli RUP su progetti effettuati dai tecnici e Intervento di più soggetti nel procedimento.	Responsabile del Piano	ANNUALE	Report di audit				4,0	3,0	0,5	A	
			Scelta di procedura negoziata senza bando e affidamento diretto/affidamento d'urgenza al di fuori dei casi previsti dalla normativa.	2,6	3,0	7,8	3,0	M	Azione di contenimento: 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..	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali	ad atto	Dichiarazione e in delibera/provvedimento di indizione/affidamento				4,0	3,0	0,5	A	



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	2,6	3,0	7,8	3,0	M	<b>Azione di contenimento:</b> 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.	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali	ANN UAL E	Verifica della presenza e del rispetto della programmazione					4,0	3,0	0,5	A
	Non rispetto del Piano degli Investimenti approvato dalla Direzione Generale	2,6	3,2	8,3	3,0	M									4,0	3,0	0,5	A
Pubblicazione Piano degli Investimenti	Non rispetto del Piano degli Investimenti approvato dalla Direzione Generale	2,6	3,2	8,3	3,0	M	<b>Azione di contenimento:</b> Pubblicazione annuale del Piano degli Investimenti.	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali	ANN UAL E	Verifica della pubblicazione e del Piano					4,0	3,0	0,5	B
Programmazione con individuazione di professionisti esterni	Non utilizzo competenze interne. Aumento dei costi. Impropria selezione dei professionisti esterni.	2,6	3,6	9,4	3,0	M	<b>Azione di contenimento:</b> Motivazione del ricorso ad affidamento esterno e definizione dei criteri di scelta del professionista esterno. Verifica delle condizioni di incompatibilità.	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali	ad atto	Dichiarazione e in delibera/provvedimento di indizione/affidamento					4,0	3,0	0,5	B

2	<p><b>Fase: Progettazione:</b> 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.</p>	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.	2,6	2,5	6,5	3,0	M	<p><b>Azione di contenimento:</b> previsione di 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/supplemento 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.</p>	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali	ad atto	ADOZIONE PROCEDURE E ATTI DI NOMINA						4,0	3,0	0,5	B
---	--	--	--	-----	-----	-----	-----	---	--	--	---------	-------------------------------------	--	--	--	--	--	-----	-----	-----	---









		Definizione dei criteri di partecipazione/requisiti di partecipazione, del criterio di aggiudicazione e dei criteri di attribuzione del punteggio	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 punteggi (tecnici ed economici) che possono avvantaggiare il fornitore uscente, grazie ad asimmetrie informative esistenti a suo favore ovvero, comunque, a favorire determinati operatori economici.	2,6	2,5	6,5	3,0	M	<b>Azione di contenimento:</b> 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. 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.	RUP	DI VOL TA IN VOL TA	effettivo utilizzo di clausole e modelli						4,0	3,0	0,5	B
		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.	2,6	2,5	6,5	3,0	M	<b>Azione di contenimento:</b> Individuazione dei verificatori tra figure tecniche e professionali individuate mediante procedure di affidamento, come previsto dal Codice dei Contratti e relative Linee Guida.	Direttore UOC Servizi Tecnici e Patrimoniali	DI VOL TA IN VOL TA	ADOZIONE PROCEDURA E ATTI DI NOMINA						4,0	3,0	0,5	B



3	<p><b>Fase: selezione del contraente.</b> Gli Enti sono chiamati a porre in essere misure o 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.</p>	<p>Pubblicazione del bando e gestione delle informazioni complementari</p>	<p>Assenza di pubblicità del bando e dell'ulteriore documentazione rilevante.</p>	2,6	3,0	7,8	3,0	M	<p><b>Azione di contenimento:</b> accessibilità online della documentazione di gara e/o delle informazioni complementari entro i termini.</p>	RUP	DI VOL TA IN VOL TA	<p>evidenza della singola pubblicazione e nel fascicolo di gara</p>						3,6	2,6	0,4	B
		<p>Fissazione dei termini per la ricezione delle offerte</p>	<p>Immotivata concessione di proroghe rispetto al termine previsto dal bando. Utilizzo di procedure accelerate o di termini in periodi non idonei.</p>	2,6	3,0	7,8	3,0	M	<p><b>Azione di contenimento:</b> 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.</p>	RUP	DI VOL TA IN VOL TA	<p>utilizzo dei sistemi previsti</p>						3,6	2,6	0,4	B
		<p>Trattamento e custodia della documentazione di gara.</p>	<p>Alterazione o sottrazione della documentazione di gara sia in fase di gara che nella fase di successivo controllo.</p>	2,6	3,0	7,8	3,0	M	<p><b>Azione di contenimento:</b> 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.</p>	RUP	DI VOL TA IN VOL TA	<p>evidenza nel singolo atto</p>						3,6	2,6	0,5	B





		Valutazione delle offerte	Assenza di criteri motivazionali sufficienti a rendere trasparente l'iter logico seguito nell'attribuzione dei punteggi nonché una valutazione dell'offerta non chiara/trasparente/giustificata.	2,6	3,0	7,8	3,0	M	<b>Azione di contenimento:</b> 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.	RUP	DI VOL TA IN VOL TA	evidenza nel singolo verbale					3,6	2,6	0,4	B
--	--	---------------------------	--	-----	-----	-----	-----	---	--	-----	------------------------------------	------------------------------	--	--	--	--	-----	-----	-----	---



		Verifica di anomalia delle offerte	Valutazione non adeguata del RUP in quanto non dotato delle necessarie competenze tecniche. Assenza di adeguata motivazione sulla non congruità dell'offerta, nonostante la sufficienza e pertinenza delle giustificazioni addotte dal concorrente o l'accettazione di giustificazioni di cui non si è verificata la fondatezza.	2,6	3,0	7,8	3,0	M	<b>Azione di contenimento:</b> 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.	RESPONSABILE UOC SERVIZI TECNICI E PATRIMONIALI	DI VOLTANTATA	evidenza nel singolo verbale						3,6	2,6	0,4	B
		Annullamento della gara Revoca del bando Non aggiudicazione	Abuso del provvedimento di revoca del bando, annullamento gara o non aggiudicazione, al fine di bloccare una gara il cui risultato si sia rivelato diverso da quello atteso o di concedere un indennizzo all'aggiudicatario.	2,6	3,0	7,8	3,0	M	<b>Azione di contenimento:</b> 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.	RUP	DI VOLTANTATA	ATTO DI REVOCA						3,6	2,6	0,4	B
4	<b>Fase: Verifica aggiudicazione e stipula del contratto</b> La verifica dell'aggiudicazione costituisce un	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.	3,0	2,5	7,4	1,0	B	<b>Azione di contenimento:</b> Check list di controllo sul possesso, per ciascuna gara, dei requisiti di	RESPONSABILE UOC SERVIZI TECNICI E PATRIMONIALI	UNA VOLTATA	DIRETTIVA INTERNA						4,0	3,0	0,5	B



momento essenziale di accertamento della correttezza della procedura espletata, sia in vista della successiva stipula del contratto sia nell'ottica dell'apprazzamento della sussistenza dei requisiti generali e speciali di partecipazione in capo all'aggiudicatario	Possibilità che i contenuti delle verifiche siano alterati per predeterminare l'aggiudicatario e favorire gli operatori economici che seguono nella graduatoria.	2,6	2,2	5,7	2,0	MB	ordine generale e speciale in capo all'operatore economico. Utilizzo delle piattaforme informatiche preposte e del sistema AVCPass.										4,0	3,0	0,5	B	
	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.	2,6	2,5	6,5	3,0	M	<b>Azione di contenimento:</b> Check list di controllo sul rispetto degli adempimenti e formalità di comunicazione previsti dal Codice.	RESPONSABILITÀ E UOC SERVIZI TECNICI E PATRIMONIALI	UNAVOLTA	DIRETTIVA INTERNA							4,0	3,0	0,5	B	
	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.	3,0	2,2	6,5	3,0	M	<b>Azione di contenimento:</b> Verifica della motivazione adottata per il ritardo nella stipula.	RESPONSABILITÀ E UOC SERVIZI TECNICI E PATRIMONIALI	UNAVOLTA	DIRETTIVA INTERNA							4,0	3,0	0,5	B	
	Individuazione Direttore dei Lavori	Nomina di Direttore dei Lavori in rapporto di contiguità con impresa aggiudicataria o privi dei requisiti idonei ed adeguati ad assicurare la terziarietà e l'indipendenza.	2,6	2,2	5,7	2,0	MB	<b>Azione di contenimento:</b> Procedura di scelta del professionista esterno: definizione dei criteri di scelta e verifica delle condizioni di incompatibilità.	RESPONSABILITÀ E UOC SERVIZI TECNICI E PATRIMONIALI	DI VOLTA IN VOLTA	ATTO DI NOMINA							4,0	3,0	0,5	B
		Impropria selezione dei professionisti esterni.	2,6	2,5	6,5	3,0	M											4,0	3,0	0,5	B



5	<p><b>Fase: Esecuzione del Contratto</b> 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.</p>	<p>Mancata valutazione dell'impiego di manodopera o incidenza del costo della stessa ai fini della qualificazione dell'attività come subappalto per eludere le disposizioni e i limiti di legge, nonché nella mancata effettuazione delle verifiche obbligatorie sul subappaltatore. Accordi collusivi tra le imprese partecipanti che utilizzano il subappalto come modalità per distribuire i vantaggi dell'accordo a tutti i partecipanti allo stesso.</p>	2,6	1,2	3,1	2,0	<b>MB</b>	<p><b>Azione di contenimento:</b> Adempimento delle prescrizioni di legge in materia di subappalto. Applicazione del Protocollo di Legalità.</p>	RUP	DI VOLTA IN VOLTA	SINGOLO ATTO AUTORIZZATIVO					4,0	3,0	0,5	<b>B</b>
		<p>Abusivo ricorso alle varianti/modifiche al fine di favorire l'appaltatore (ad esempio per consentirgli di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire extra guadagni o di dover partecipare ad una nuova gara). Inserimento nuovi prezzi di cantiere.</p>	2,6	4,0	10,4	4,0	<b>MA</b>	<p><b>Azione di contenimento:</b> 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.</p>	RUP	DI VOLTA IN VOLTA	SINGOLO ATTO AUTORIZZATIVO					4,0	3,0	0,5	<b>B</b>



verifiche in corso di esecuzione	Mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato di avanzamento dei lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto o ingiustificato pagamento anticipato. Accettazione in cantiere di materiali non conformi al capitolato. Utilizzo non giustificato/non autorizzato, di materiali fuori contratto.	2,6	3,0	7,8	3,0	M	<b>Azione di contenimento:</b> 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.	RUP	DI VOL TA IN VOL TA	ATTO SPECIFICO					4,0	3,0	0,5	B
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.	2,3	2,4	5,4	2,0	MB	<b>Azione di contenimento:</b> 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.	RUP	DI VOL TA IN VOL TA	ATTO SPECIFICO					4,0	3,0	0,5	B
Apposizione di riserve	Apposizione di riserve generiche che eccedono l'importo consentito dalla legge o apposizione di riserve fuori dai casi consentiti dalla legge	2,6	3,0	7,8	3,0	M	<b>Azione di contenimento:</b> VERIFICA AI SENSI DELL'ART. 26 DEL DLgs 50/2016 DELLA PROGETTAZIONE A BASE DI GARA	RUP	DI VOL TA IN VOL TA	ATTO SPECIFICO					4,0	3,0	0,5	B



		Gestione delle controversie. Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto.	Ricorso ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie per favorire l'esecutore.	2,6	3,2	8,3	3,0	M	<b>Azione di contenimento:</b> 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.	RUP	DI VOLTA IN VOLTA	ATTO SPECIFICO					4,0	3,0	0,5	B
		effettuazione dei pagamenti in corso di esecuzione	Mancato rispetto degli obblighi di tracciabilità dei pagamenti ai sensi della L. 136/2010.	2,3	1,6	3,6	2,0	MB	<b>Azione di contenimento:</b> predisposizione di modulistica specifica, in condivisione col S.E.F. e acquisizione dei dati in sede di gara	DIRETTORE UOC SERVIZI TECNICI E PATRIMONIALI	DI VOLTA IN VOLTA	DIRETTIVA INTERNA					4,0	3,0	1,0	B
		Procedimento di nomina del collaudatore/o della commissione di collaudo.	Attribuzione dell'incarico di collaudo a soggetti compiacenti per ottenere il certificato di collaudo pur in assenza dei requisiti.	3,3	2,8	9,2	3,0	M	<b>Azione di contenimento:</b> Rispetto degli artt. 36, 102 e 157 del D.Lgs. 50/2016.	IL DIRETTORE UOC SERVIZI TECNICI E PATRIMONIALI	DI VOLTA IN VOLTA	ATTO DI INDIZIONE PROCEDURA DI SELEZIONE					4,0	3,0	0,5	B
6	Fase: Rendicontazione del contratto l'Amministrazione e verifica la conformità o regolare esecuzione della prestazione richiesta ed effettua i pagamenti a favore dei soggetti esecutori	Procedimento di verifica della corretta esecuzione, per il rilascio del certificato di collaudo o di verifica di conformità.	Alterazioni od omissioni di attività di controllo, al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli di S.A.	3,3	3,0	9,9	3,0	M	<b>Azione di contenimento:</b> definizione di specifica procedura per verifica dell'esecuzione dei contratti. Approvazione del collaudo con procedimento amministrativo. Liquidazione rata a saldo dei lavori a seguito di collaudo positivo.								4,0	3,0	0,5	B
			Effettuazione di pagamenti ingiustificati o sottratti alla tracciabilità dei flussi finanziari (L. 136/2010).	2,6	2,2	5,7	2,0	MB		RUP	DI VOLTA IN VOLTA	ATTO DELIBERATIVO					4,0	3,0	0,5	B
			Rilascio del certificato di collaudo in cambio di vantaggi economici o la mancata denuncia di difformità e vizi dell'opera.	2,6	2,2	5,7	2,0	MB									4,0	3,0	0,5	B



	Attività di controllo di regolare esecuzione	L'esecuzione del contratto avviene non seguendo le prescrizioni indicate dalla normativa (sia quella generale che quella specifica per il singolo appalto).	3,0	3,0	8,9	3,0	M	Azione di contenimento: verifica applicazione penali	RUP	DI VOL TA IN VOL TA	ATTO SPECIFICO					3,3	2,3	0,5	B
	Pubblicazione sul sito della stazione appaltante delle procedure di gara espletate	Violazione degli obblighi di pubblicità, di trasparenza	3,0	2,5	7,4	3,0	M	Azione di contenimento: verifica regolare applicazione prescrizioni D.Lgs. 33/2013 e D.Lgs. 50/2016.	IL RESPO NSABIL E DEL PIANO	ANN UAL E	REPORT DI AUDIT					3,3	2,3	0,7	B

P027-CONTROLLO UFFICIALE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE

CONTROLLO UFFICIALE SUGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE			AREA RISCHI					AREA CONTROLLI / MISURE DI MITIGAZIONE DEI RISCHI												
CO D FAS E	FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	P	I	IR: Pxl	RL: Rischio Lordo normalizzato (1-5)	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Descrivere sinteticamente il controllo	SE ATTUALE: descrizione dettaglio			SE FUTURO: piano di attuazione controlli/misure				VC: Valutazione del Controllo	C: Valore Controllo Normalizzato (0-4)	RN: Rischio Netto	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
										Resp. Controllo	Frequenza	Evidenza	Responsabilità	Obiettivo (mitigazione, eliminazione, trasferimento del rischio)	Scadenza	% REALIZZAZIONE				
a	gestione segnalazioni ed esposti	programmazione di un sopralluogo	mancata considerazione della segnalazione (da parte di cittadini / enti / organismi) nella programmazione dei sopralluoghi	3,3	3,4	11,2	4,0	MA	Verifiche da parte della direzione del servizio	Jacopo Beltrame	puntuale	registrazioni cartacee degli esposti				4,7	3,7	0,3	B	
		programmazione di un sopralluogo a seguito di una segnalazione/esposto anonimi	programmazione dei sopralluoghi secondo criteri non omogenei o senza garantire la completezza delle verifiche previste (frequenza) o mancata programmazione	3,3	3,4	11,2	4,0	MA	Verifiche da parte della direzione del servizio	Jacopo Beltrame	puntuale	registrazioni cartacee degli esposti				4,7	3,7	0,3	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)	3,3	3,4	11,2	4,0	MA	Checklist e procedure	Jacopo Beltrame	puntuale	Esistenza checklist e procedure						3,8	2,8	1,2	MB
		Comunicazione all'autorità giudiziaria	omessa o non completa comunicazione all'autorità giudiziaria	2,1	4,2	8,6	3,0	M	Verifiche da parte della direzione del servizio	Jacopo Beltrame	puntuale	registrazioni cartacee degli esposti						4,7	3,7	0,5	B
b	attività di ispezione nelle strutture di macellazione, trasformazione e vendita di prodotti di origine animale - Applicazione DLgs 194-2008 - Esecuzione campionamenti	sopralluogo con relativo/i controllo/i	non effettuare un sopralluogo con relativo/i controllo/i	3,1	2,0	6,1	3,0	M	Verifiche da parte della direzione del servizio	Jacopo Beltrame	puntuale	rendicontazione mensile e monitoraggi o collegato al Budget						5,0	4,0	0,5	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.	3,1	2,0	6,1	3,0	M	Verifiche da parte della direzione del servizio	Jacopo Beltrame	a campione	vidimazione cartacea						4,0	3,0	0,5	B
		esito del controllo	condizionare l'esito del controllo a vantaggio della ditta	3,9	3,6	14,0	4,0	MA	Verifiche da parte della direzione del servizio	Jacopo Beltrame	a campione	vidimazione cartacea						5,0	4,0	0,5	B



	applicazione tariffa	emettere richiesta di pagamento con tariffa favorevole per la ditta (per esempio: volumi inferiori rispetto ai volumi reali)	2,7	4,0	10,8	4,0	MA	Verifiche da parte della direzione del servizio	Jacopo Beltrame	puntuale	valutazione bollette di richiesta di pagamento						4,7	3,7	0,3	B		
	Richiesta di pagamento	emissione della richiesta di pagamento con tariffa favorevole per la ditta (per esempio: volumi inferiori rispetto ai volumi reali)	1,4	4,0	5,6	2,0	MB	Verifiche da parte della direzione del servizio	Jacopo Beltrame	puntuale	procedura informatizzata							4,7	3,7	0,5	B	
		mancato invio delle richieste di autodichiarazione ai fini del pagamento	2,4	4,0	9,6	3,0	M	Verifiche da parte della direzione del servizio	Jacopo Beltrame	puntuale	verifica spedizione							5,0	4,0	0,5	B	
		mancata applicazione della maggiorazione dovuta al mancato pagamento della richiesta di pagamento emessa	2,8	3,6	10,1	4,0	MA	Verifiche da parte della direzione del servizio	Jacopo Beltrame	puntuale	verifica ulteriore richiesta di pagamento							5,0	4,0	0,5	B	
		mancato incasso delle richieste di pagamento emesse ma non incassate (per le richieste di pagamento maggiorate)																				

**N.B. Il rischio evidenziato in grigio non è di competenza di questa U.O., il trattamento di tale rischio viene eseguito dalla UOC Gestione e Bilancio come definito nelle procedure aziendali.**

P028-CONTROLLI UFFICIALI DI SANITÀ ANIMALE

CONTROLLI UFFICIALI DI SANITÀ ANIMALE			AREA RISCHI					AREA CONTROLLI / MISURE DI MITIGAZIONE DEI RISCHI												
CO D FA SE	FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	P	I	IR: PMI	RL: Rischio Lordo normal izzato (1-5)	Valutazio ne Qualitati va Rischio Lordo	Descrivere sinteticamente il controllo	SE ATTUALE: descrizione dettaglio			SE FUTURO: piano di attuazione controlli/misure				VC: Valutazi one del Controll o	C: Valore Controllo Normalizz ato (0-4)	RN: Risch io Nett o	Valutazi one Qualitati va Rischio Residuo
										Resp. Contro llo	Frequenza	Evidenza	Respon sabilità	Obiettivo (mitigazio ne, eliminazio ne, trasferime nto del rischio)	Scaden za	% REALIZZAZI ONE				
a	gestione segnalazioni ed esposti	ricezione delle segnalazione inserimento nella programmazi one delle attività di controllo	mancata considerazione la segnalazione (da parte di cittadini / enti / organismi) nella programmazioni e dei sopralluoghi	3,2	1,5	4,8	2,0	MB	Personale tecnico referente verifica l'avanzamento e la completezza/corre ttezza della pratica	De Rui	quindicinal e	Mail contenenti comunicazioni stato avanzamento pratiche e confronto con pratiche protocollate					4,0	3,0	0,5	B
		programmazioni e dei sopralluoghi secondo criteri non omogenei o senza garantire la completezza delle verifiche previste (frequenza) o mancata programmazione		3,0	1,5	4,5	2,0	MB	Personale tecnico referente verifica l'avanzamento e la completezza/corre ttezza della pratica	De Rui	quindicinal e	Mail contenenti comunicazioni stato avanzamento pratiche e confronto con pratiche protocollate					4,0	3,0	0,5	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/norma tiva di riferimento.	3,0	1,0	3,0	1,0	B	Personale tecnico referente verifica l'avanzamento e la completezza/corre ttezza della pratica	De Rui	quindicinal e	Mail contenenti comunicazioni stato avanzamento pratiche e confronto con pratiche protocollate					1,0	0,0	1,0	B



			redazione del verbale non completo / non conforme alla normativa	3,0	1,0	3,0	1,0	B	Personale tecnico referente verifica l'avanzamento e la completezza/correttezza della pratica	De Rui	quindicinale	Mail contenenti comunicazioni stato avanzamento pratiche e confronto con pratiche protocollate						1,0	0,0	1,0	B
		Comunicazione all'autorità giudiziaria	omessa o non completa comunicazione all'autorità giudiziaria.	3,0	1,5	4,5	2,0	MB													MB
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 e dei sopralluoghi o programmazione e dei sopralluoghi secondo criteri omogenei o senza garantire la completezza delle verifiche previste (frequenza)	2,1	1,0	2,1	1,0	B	Verifica di efficacia 882/2004	Pascotto	quadrimestrale	Mail di convocazione degli incontri per la verifica dello stato di avanzamento dei controlli e verbalizzazione						4,0	3,0	0,5	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.	2,9	1,5	4,3	2,0	MB	Verifica di efficacia 882/2004	Pascotto	quadrimestrale	Mail di convocazione degli incontri per la verifica dello stato di avanzamento dei controlli e verbalizzazione . Sono poi fatti dei controlli territoriali incrociati fra i veterinari di zona/territorio. Inoltre alcuni sopralluoghi sono fatti con una coppia di veterinari						3,6	2,6	0,5	B



	fatturazione secondo tariffario	mancata o errata emissione fattura	2,7	2,0	5,4	2,0	MB								0,0	0,0	2,0	MB
	incasso	mancato o errato incasso	2,2	1,0	2,2	1,0	B								0,0	0,0	1,0	B

N.B. I rischi evidenziati in grigio non sono di competenza di questa U.O., il trattamento di tali rischi viene eseguito dalla UOC Gestione e Bilancio come definito nelle procedure aziendali.

**P029-CONTROLLO UFFICIALE DI IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI**

CONTROLLO UFFICIALE DI IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI			AREA RISCHI					AREA CONTROLLI / MISURE DI MITIGAZIONE DEI RISCHI												
CO D FAS E	FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	P	I	IR: PxI	RL: Rischio Lordo normalizzato (1-5)	Valutazione Qualitati va Rischio Lordo	Descrivere sinteticamente il controllo	SE ATTUALE: descrizione dettaglio			SE FUTURO: piano di attuazione controlli/misure				VC: Valutazione del Controllo	C: Valore Controllo Normalizzato (0-4)	RN: Rischio Netto	Valutazione Qualitati va Rischio Residuo
										Resp. Controllo	Frequenza	Evidenza	Responsabilità	Obiettivo (mitigazione, eliminazione, trasferimento del rischio)	Scadenza	% REALIZZAZIONE				
a	gestione segnalazioni ed esposti	ricezione delle segnalazioni	mancata considerazione della segnalazione (da parte di cittadini / enti / organismi) nella programmazione e dei sopralluoghi	2,2	2,5	5,4	2,0	MB								0,0	0,0	2,0	MB	
		Inserimento nella programmazione delle attività di controllo	programmazione e dei sopralluoghi secondo criteri non omogenei o senza garantire la completezza delle verifiche previste (frequenza) o mancata programmazione	3,2	2,8	9,0	3,0	M								0,0	0,0	3,0	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.	3,0	3,0	2,6	7,8	3,0	M									0,0	0,0	3,0	M
			redazione del verbale non completo / non conforme alla normativa	3,4	3,0	10,1	4,0	MA	Formazione del personale	Paolo Camerotto	annuale	ECM					3,6	2,6	1,4	MB	
		Comunicazione all'autorità giudiziaria	omessa o non completa comunicazione all'autorità giudiziaria.	1,9	3,0	5,7	2,0	MB	Formazione del personale	Paolo Camerotto	annuale	ECM					3,6	2,6	0,5	B	
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 e dei sopralluoghi o programmazioni e dei sopralluoghi secondo criteri omogenei o senza garantire la completezza delle verifiche previste (frequenza)	2,3	3,0	6,8	3,0	M	Verifiche periodiche (attuale) e sistema informatizzato (in corso)	Paolo Camerotto	mensile	Registrazione e sistematica dei documenti di attività e scannerizzazioni	Paolo Camerotto	mitigazione	entro 2019	80%	4,0	3,0	0,5	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 redazione del verbale al fine di condizionare l'esito del controllo.)	3,9	2,2	8,6	3,0	M	checklist, manuali, procedure, aggiornamento personale	Paolo Camerotto	giornaliera	Registrazione e sistematica dei documenti di attività e scannerizzazione					4,0	3,0	0,5	B
c	Rilascio autorizzazioni / pareri preventivi	ricezione delle richieste, istruttoria ed emissione del parere/autorizzazioni nei tempi previsti	mancata o incompleta ricezione della richiesta dell'utente	3,7	3,0	11,1	4,0	MA	SUAP	Paolo Camerotto	settimanale	Verifica dei contatori					4,0	3,0	1,0	B
d	Applicazione tariffario regionale	imputazione dei dati	mancato/errato /non completo inserimento dei dati	2,7	3,6	9,5	3,0	M	Verifiche periodiche (attuale) e sistema informatizzato (in corso)	Paolo Camerotto	mensile	Report di verifica periodica su 5 prestaz / mese					3,3	2,3	0,7	B

## P038-GESTIONE FARMACEUTICA IN CONVENZIONE (DCR)

GESTIONE FARMACEUTICA IN CONVENZIONE (DCR)			AREA RISCHI					AREA CONTROLLI / MISURE DI MITIGAZIONE DEI RISCHI												
CO D FA SE	FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	P	I	IR: Pxl	RL: Rischio Lordo normali zzato (1-5)	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Descrivere sinteticamente il controllo	SE ATTUALE: descrizione dettaglio			SE FUTURO: piano di attuazione controlli/misure				VC: Valutazione del Controllo	C: Valore Controllo Normalizzato (0-4)	RN: Rischio Netto	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
										Resp. Controllo	Frequenza	Evidenza	Responsabilità	Obiettivo (mitigazione, eliminazione, trasferimento del rischio)	Scadenza	% REALIZZAZIONE				
1	ricezione ricette	controllo corrispondenza tra il numero di ricette rosse SSN e AIR - Assistenza Integrativa Regionale (diabete IVA al 22% e dietetici) consegnate dalla farmacie e quanto dichiarato in DCR	non corrispondenza tra quanto indicato in DCR e quanto consegnato fisicamente	3,4	1,0	3,4	2,0	MB	verifica manuale della corrispondenza tra quanto materialmente consegnato e quanto dichiarato in DCR	Amministrativi	mensile	verificando materialmente la corrispondenza tra quanto consegnato e quanto dichiarato eventuali discrepanze vengono segnalate al farmacista e si provvede a far correggere o la DCR o le ricette presentate in quel mese					4,0	3,0	0,5	B
		controllo corrispondenza tra il numero di fogli di registro ordinari e di disservizio consegnati dalla farmacie e quanto dichiarato in DCR	non corrispondenza tra quanto indicato in DCR e quanto consegnato fisicamente	3,4	1,0	3,4	2,0	MB	verifica manuale della corrispondenza tra quanto materialmente consegnato e quanto dichiarato in DCR	Amministrativi	mensile	verificando materialmente la corrispondenza tra quanto consegnato e quanto dichiarato. Se la numerazione è stata errata dalla farmacia non è possibile poterlo rilevare					3,7	2,7	0,5	B

	controllo corrispondenza tra il numero ricette DPC (Distribuzione Per Conto) e il numero indicato nella fattura cartacea	non corrispondenza tra quanto indicato in fattura e quanto consegnato fisicamente	3,4	1,0	3,4	2,0	<b>MB</b>	verifica manuale della corrispondenza tra quanto materialmente consegnato e quanto dichiarato in fattura	Amministrativi	mensile	verificando materialmente la corrispondenza tra quanto consegnato e quanto dichiarato eventuali discrepanze vengono segnalate al farmacista e si provvede a far correggere o la fattura o le ricette presentate in quel mese					4,0	3,0	0,5	<b>B</b>
	controllo corrispondenza tra il numero ricette AIR Diabete IVA al 10% e il numero indicato nella fattura cartacea	non corrispondenza tra quanto indicato in fattura e quanto consegnato fisicamente	3,4	1,0	3,4	2,0	<b>MB</b>	verifica manuale della corrispondenza tra quanto materialmente consegnato e quanto dichiarato in fattura	Amministrativi	mensile	verificando materialmente la corrispondenza tra quanto consegnato e quanto dichiarato eventuali discrepanze vengono segnalate al farmacista e si provvede a far correggere o la fattura o le ricette presentate in quel mese					4,0	3,0	0,5	<b>B</b>
	controllo corrispondenza tra il numero ricette Sjogren e il numero indicato nella fattura cartacea	non corrispondenza tra quanto indicato in fattura e quanto consegnato fisicamente	3,4	1,0	3,4	2,0	<b>MB</b>	verifica manuale della corrispondenza tra quanto materialmente consegnato e quanto dichiarato in fattura	Amministrativi	mensile	verificando materialmente la corrispondenza tra quanto consegnato e quanto dichiarato eventuali discrepanze vengono segnalate al farmacista e si provvede a far correggere o la fattura o le ricette presentate in quel mese					4,0	3,0	0,5	<b>B</b>



2	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 e fogli di registro (ordinari e di disservizio) previsti, oltre ai dati relativi all'AIR diabete IVA al 22% e dietetici	imputazione errata dei valori economici e numero di ricette e/o fogli di registro	2,7	2,8	7,4	3,0	M	doppio controllo dei dati inseriti nel file excel che sarà poi caricato nella piattaforma prevista	Amministrativi	mensile	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						4,0	3,0	0,5	B
		inserimento delle rettifiche contabili in accredito o in addebito e degli acconti in dare o avere	errata imputazione dei valori economici	2,5	3,0	7,4	3,0	M	l'operatore che verifica da documenti differenti i valori immessi verificando il corretto risultato complessivo	Amministrativi	in occasione e del verificarsi dell'attività	vengono verificati gli importi dei immessi attraverso il confronto con altri file in precedenza prodotti e pure con documenti cartacei						3,0	2,0	1,0	B
3	registrazione dei dati principali delle fatture DPC e AIR diabete IVA al 10% 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	2,3	3,0	6,9	3,0	M	doppio controllo dei dati inseriti nel file excel che sarà poi caricato nella piattaforma prevista	Amministrativi	mensile	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						3,0	2,0	1,0	B
4	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	2,7	2,8	7,4	3,0	M	chi valida le DCR inserite nella piattaforma è un altro operatore rispetto a colui che ha inserito i dati tramite importazione	Amministrativi/Dirigente	mensile	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						4,0	3,0	0,5	B

5	download di file massivi con tutte le informazioni utili per la produzione dei mandati di pagamento	verificare i dati complessivi delle singole voci principali presenti in DCR sia per distretto sia per l'intera azienda ulss, confrontandoli con i file prodotti dai singoli distretti	errata validazione delle DCR e conseguentemente produzione dei mandati di pagamento	2,7	3,0	8,0	3,0	M	l'operatore che verifica per l'intera azienda è una differente persona rispetto a chi svolge la fase 2	Amministrativi	mensile	vengono verificati gli importi dei download effettuati dalla piattaforma con i file trasmessi dai singoli distretti e verifiche con specifiche operazioni di confronto						3,0	2,0	1,0	B
6	ricezione file excel relativi ai dati della DPC dei diversi distretti	verificare i dati complessivi delle singole voci inserite nella piattaforma della ditta sia per distretto sia per l'intera azienda ulss, confrontandoli con i file prodotti dai singoli distretti	imputazione errato dei valori economici, numero di ricette e/o pezzi per la DPC con alterata statistica per la Regione del Veneto	3,4	1,2	4,0	2,0	MB	l'operatore che verifica per l'intera azienda è una differente persona rispetto a chi svolge la fase 2	Amministrativi	mensile	vengono verificati gli importi ed i dati complessivi dei download effettuati dalla piattaforma con i file trasmessi dai singoli distretti e verifiche con specifiche operazioni di confronto						3,0	2,0	0,5	B
7	download dei due file HTML complessivi da trasmettere al tesoriere aziendale (banca)	verifica dei valori indicati nel file HTML ed 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	errati valori dei file da trasmettere alla banca e/o esclusione delle farmacie	2,1	3,0	6,3	3,0	M	verifica il dato complessivo in termini di importo netto e di numero di farmacie dei file html prodotti per la trasmissione in banca	Amministrativi / Dirigente	mensile	l'operatore verifica che il dato complessivo in termini di importo netto e di numero di farmacie corrisponda con i valori ricavati dai dati ottenuti nei file excel trasmessi dai singoli distretti e dai file ricavati dalla piattaforma						3,6	2,6	0,4	B
8	produzione della comunicazione per il SEF	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	errata indicazione dei valori economici	2,3	3,0	6,9	3,0	M	verifica dei dati riportati nella comunicazione	Amministrativi / Dirigente	mensile	verifica dei dati inseriti nella comunicazione con i valori complessivi scaricati dalla piattaforma						3,6	2,6	0,4	B



9	upload dei due flussi HTML nella piattaforma del 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	errore dell'upload	2,1	3,0	6,3	3,0	M	verifica valori, voci ed importi	Dirigente	mensile	verifica dei dati inseriti nella piattaforma della banca con i valori risultanti dalle elaborazioni dei dati delle DCR caricati nel relativo applicativo in precedenza descritto						4,0	3,0	0,5	B
10	produzione della comunicazione per il tesoriere ed il SEF	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	2,1	3,0	6,3	3,0	M	verifica dei dati riportati nella comunicazione	Dirigente	mensile	verifica dei dati inseriti nella comunicazione con i valori complessivi scaricati dalla piattaforma						3,6	2,6	0,4	B

P039 - ACQUISTO DI PRESTAZIONI DA ACCREDITATI PER ASSISTENZA OSPEDALIERA, SPECIALISTICA, RIABILITATIVA (Ex art. 26), TERMALE

ACQUISTO DI PRESTAZIONI DA ACCREDITATI PER ASSISTENZA OSPEDALIERA, SPECIALISTICA, RIABILITATIVA (Ex art. 26), TERMALE			AREA RISCHI					AREA CONTROLLI / MISURE DI MITIGAZIONE DEI RISCHI												
COD FASE	FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	P	I	IR: PXL	RL: Rischio Lordo normalizzato (1-5)	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Descrivere sinteticamente il controllo	SE ATTUALE: descrizione dettaglio			SE FUTURO: piano di attuazione controlli/misure				VC: Valutazione del Controllo	C: Valore Controllo Normalizzato (0-4)	RN: Rischio Netto	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
										Resp. Controllo	Frequenza	Evidenza	Responsabilità	Obiettivo (mitigazione, eliminazione, trasferimento del rischio)	Scadenza	% REALIZZAZIONE				
1	Accreditamento delle strutture	Verifica provvedimenti di autorizzazione esercizio /accreditamento istituzionale	Remunerazione prestazioni a strutture non legittimate	2,1	2,2	4,5	2,0	MB	Il Servizio Qualità e Accreditamento, a seconda dell'ambito di competenza, effettuano i controlli necessari all'accreditamento delle strutture: 1. possesso dell'autorizzazione all'esercizio, ove richiesta dalla vigente normativa; 2. rispondenza della struttura ai requisiti ulteriori di qualificazione di cui all'art. 18 della L.R. 22/2002, così come individuati dalla Giunta Regionale con la dgr n. 2501/04, e s.m.i. 3. coerenza della struttura richiedente alle scelte di programmazione socio sanitaria regionale e attuativa locale;	Serv. Qualità e Accr.	annuale					4,7	3,7	0,5	B	





		Verifica provvedimenti di autorizzazione esercizio / accreditamento istituzionale	Remunerazione prestazioni non accreditate	2,1	2,2	4,5	2,0	<b>MB</b>	Un operatore inserisce nell'applicativo informatico deputato alla ricezione ed elaborazione dei flussi prestazionali trasmessi dalle strutture alle sole prestazioni/branche specialistiche accreditate e alle validità indicate nei provvedimenti regionali. Un altro operatore controlla la correttezza dell'inserimento	UOC DAT	annual e						4,7	3,7	0,5	<b>B</b>
--	--	---	---	-----	-----	-----	-----	-----------	---	------------	-------------	--	--	--	--	--	-----	-----	-----	----------



<p>Verifica validità della comunicazione/informazione antimafia successiva all'accreditamento</p>	<p>Remunerazione prestazioni a strutture non legittimate</p>	<p>1,6</p>	<p>3,0</p>	<p>4,7</p>	<p>2,0</p>	<p>MB</p>	<p>Un operatore della Direzione Amministrativa territoriale: - acquisisce dalla struttura la dichiarazione relativa ai soggetti sottoposti alla verifica antimafia nonché, quando dovuta, la dichiarazione sostitutiva di certificazione inerente i familiari conviventi dei soggetti da sottoporre a verifica ; - verifica la veridicità delle stesse in particolare per la dichiarazione relativa ai soggetti sottoposti ad accertamento tramite confronto con la visura camerale (ove prevista) acquisibile tramite accesso alla banca dati Parix per interrogare il Registro Imprese di sintesi e alla banca dati Telemaco, per consultare ed estrarre documenti ufficiali del Registro Imprese. L'eventuale non corrispondenza dei dati dichiarati viene segnalata alla struttura per l'acquisizione di una nuova, completa/corretta dichiarazione; - procede all'inserimento dei dati tramite collegamento alla banca dati nazionale unica della documentazione antimafia (BDNA) al fine del rilascio della documentazione antimafia. Il rilascio è generalmente</p>	<p>UOC DAT</p>	<p>annuale</p>					<p>4,0</p>	<p>3,0</p>	<p>0,5</p>	<p>B</p>
---	--	------------	------------	------------	------------	-----------	--	--------------------	----------------	--	--	--	--	------------	------------	------------	----------



2	Assegnazione Budget	Assegnazione budget	Remunerazione di prestazioni non dovute	1,4	3,0	4,1	2,0	MB	<p>Un operatore inserisce nell'applicativo informatico deputato all'accettazione dei flussi prestazionali le funzioni ospedaliere, le branche specialistiche e le prestazioni accreditate con provvedimento per il periodo temporale di validità indicati nei provvedimenti regionali. L'applicativo genera un errore bloccante nel caso di trasmissione di funzioni ospedaliere, branche specialistiche e prestazioni diverse per contenuto e data di validità diverse da quelle inserite. Un operatore diverso da quello che ha effettuato l'inserimento nell'applicativo, controlla e sigla la stampa della videata comprovante l'inserimento effettuato. In caso di dubbi interpretativi circa le prestazioni da inserire, un operatore chiede chiarimenti/autorizzazioni del Direttore UOS Attività Specialistica Ambulatoriale in merito al corretto inserimento delle stesse.</p>	Responsabile DAT	annuale							4,0	3,0	0,5	B
---	---------------------	---------------------	---	-----	-----	-----	-----	----	--	------------------	---------	--	--	--	--	--	--	-----	-----	-----	---



3	Contrattazione del budget	Verifica esistenza di incompatibilità	Mancato riscontro cause di risoluzione del contratto/revoca accreditamento	1,6	3,0	4,7	2,0	MB	Acquisizione dalla struttura dei dati inerente il personale operante nella stessa e verifica incrociata con l'elenco del personale dipendente e convenzionato (MAP, PLS; SAI, MCA) messo a disposizione dalla Regione.	Responsabile DAT	annuale	File contenenti le evidenze delle verifiche effettuate. Eventuali segnalazioni al Responsabile/Altre Ulss/Enti, ecc.					4,0	3,0	0,5	B
		Contrattazione e stipula accordo di budget sulle prestazioni da effettuare	Pressioni ai componenti del Nucleo di negoziazione del budget al fine di proporre assegnazione di prestazioni secondo criteri non oggettivi.	2,6	2,6	6,8	3,0	M	Il nucleo Liste di attesa propone l'assegnazione delle prestazioni alle diverse strutture nel rispetto dei seguenti criteri: - carenza di personale interno; - omogeneità di erogazione nel bacino di utenza; - 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.	Nucleo Liste d'attesa	settimanale	Verbali Nucleo Liste d'attesa					4,0	3,0	0,5	B



		Contrattazione e stipula accordo di extra budget sulle prestazioni da effettuare	Pressioni ai componenti del nucleo di negoziazione del budget al fine di assegnare un numero di prestazioni elevato di extra budget.	2,6	2,6	6,8	3,0	M	Il nucleo Liste di attesa propone l'assegnazione delle prestazioni alle diverse strutture nel rispetto dei seguenti criteri: - carenza di personale interno; - omogeneità di erogazione nel bacino di utenza; - 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.	Nucleo Liste d'attesa	settimanale	Verbali Nucleo Liste d'attesa					4,0	3,0	0,5	B
4	Pagamento prestazioni	Liquidazione fatture	Pressioni ai dipendenti dell'azienda per la remunerazione di prestazioni oltre al tetto di budget.	2,5	3,0	7,4	3,0	M	L'operatore della UOC Direzione Amministrativa Territoriale incaricato alla liquidazione e il supervisore incaricato al controllo mensilmente verificano il rispetto del budget annuo assegnato, evidenziando le eccedenze sullo stesso in proiezione al 31/12.	UOC DAT	mensile	Report allegato alla liquidazione					3,7	2,7	0,3	B





**P041-RIMBORSI DIVERSI (Cure climatiche, medicina turistica, trapiantati, dializzati, modifiche strumenti di guida, acquisto parrucche, protesi dentarie, cure all'estero)**

RIMBORSI DIVERSI (Cure climatiche, medicina turistica, trapiantati, dializzati, modifiche strumenti di guida, acquisto parrucche, protesi dentarie, cure all'estero)			AREA RISCHI					AREA CONTROLLI / MISURE DI MITIGAZIONE DEI RISCHI												
COD FASE	FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	P	I	IR: Pxi	RL: Rischio Lordo normalizzato (1-5)	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Descrivere sinteticamente il controllo	SE ATTUALE: descrizione dettaglio			SE FUTURO: piano di attuazione controlli/misure				VC: Valutazione del Controllo	C: Valore Controllo Normalizzato (0-4)	RN: Rischio Netto	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
										Resp. Controllo	Frequenza	Evidenza	Responsabilità	Obiettivo (mitigazione, eliminazione, trasferimento del rischio)	Scadenza	% REALIZZAZIONE				
1	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	3,0	1,8	5,4	2,0	MB	Un operatore diverso da quello che ha effettuato l'istruttoria verifica il rispetto della data di presentazione della domanda entro i termini	Incaricato istruttoria e Direttore UOC	Mensile	Firma e data dell'incaricato al controllo	Mitigazione	31/12 / 2020		4,0	3,0	0,5	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	2,8	3,4	9,5	3,0	M	L'operatore DAT verifica: - nell'applicativo di anagrafe regionale se l'assistito è dell'ASL; - esistenza autorizzazione medica ove prevista; - se la struttura/soggetto che ha erogato le prestazioni è accreditata con il SSN (ove previsto)	Incaricato istruttoria e Direttore UOC	Mensile	- stampa videata applicativo anagrafe assistibili; - copia autorizzazione medica; - copia provvedimento di accreditamento della struttura				4,0	3,0	0,5	B	

		Verifica documentazione sanitaria/contabile allegata alla richiesta di rimborso	Calcolo errato dell'importo rimborsi dovuti	3,4	4,0	13,4	4,0	MA	Un soggetto diverso da quello che ha effettuato l'istruttoria (ovvero il sistema informatico utilizzato) verifica a campione la correttezza degli importi dei rimborsi	Operatore UOC DAT e Direttore UOC DAT	Mensile	Sigla dell'operatore DAT incaricato sul prospetto di calcolo dei rimborsi	Mitigazione	31/12 / 2020		4,3	3,3	0,7	B
2	Adozione provvedimento	Adozione del provvedimento	Mancato rispetto dei tempi procedurali	2,0	2,0	3,9	2,0	MB	Creazione di un report con indicazione per ogni richiesta pervenuta, della data richiesta assistito, quella di emanazione del provvedimento/diniego richiesta e i giorni intersorsi	Incaricato dell'istruttoria	Trimestrale	Report	Mitigazione	31/12 / 2020		3,6	2,6	0,5	B
3	Comunicazione all'assistito dell'esito della richiesta	Comunicazione esito della richiesta all'assistito	Mancata motivazione del rigetto (parziale o totale) della richiesta dell'assistito	2,7	2,0	5,3	2,0	MB	IL Direttore UOC verifica la presenza della motivazione	Incaricato dell'istruttoria - Direttore UOC	Mensile	Firma Provvedimento				3,1	2,1	0,5	B
4	Erogazione contributo	Liquidazione spese di rimborso	Rimborso ad un soggetto non avente diritto	2,7	4,0	10,6	4,0	MA	La UOC Contabilità e Bilancio confronta la congruenza tra il prospetto firmato dal Direttore DAT riportante i dati del beneficiario e quelli inseriti nell'anagrafica Ruolo Allegato (RUA) del sistema amministrativo contabile	UOC Contabilità e Bilancio	Mensile	Nota firmata Direttore DAT con riepilogo beneficiari e relativi IBAN	Direttore UOC Contabilità e Bilancio			4,0	3,0	1,0	B



**P042-AFFIDAMENTO DEI CONTRATTI PER L'ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI DI IMPORTO INFERIORE A 40.000 EURO**

Affidamento dei contratti per acquisizione di beni e servizi di importo inferiore a 40.000			AREA RISCHI						AREA CONTROLLI / MISURE DI MITIGAZIONE DEI RISCHI												
CO D FA SE	FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	Cosa può succedere / Possibile schema di corruzione	P	I	IR: Pxl	RL: Rischio Lordo normalizzato (1-5)	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Descrivere sinteticamente il controllo	SE ATTUALE: descrizione dettaglio			SE FUTURO: piano di attuazione controlli/misure				VC: Valutazione del Controllo	C: Valore Controllo Normalizzato (0-4)	RN: Rischio Netto	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
											Resp. Controllo	Frequenza	Evidenza	Responsabilità	Obiettivo (mitigazione, eliminazione, trasferimento del rischio)	Scadenza	% REALIZZAZIONE				
1	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)	Attribuzione di vantaggi economici ad un determinato operatore economico	2,2	4,2	9,0	3,0	M	Adozione a inizio anno di un atto di programmazione acquisti e relativa contabilizzazione, controllo CND (per dispositivi) osservatorio prezzi (per dispositivi)	Responsabile UOC Economico e gestione logistica	1) annuale e 2) per ogni richiesta	1)Atto di programmazione adottato a inizio anno sia per le spese in conto esercizio che in conto capitale. 2)Report per controlli per cnd e osservatori o prezzi.					3,0	2,0	1,0	B
2	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	Attribuzione di vantaggi economici ad un determinato operatore economico	2,2	4,0	8,6	3,0	M	Pubblicazione e delle consultazioni su sito web	Responsabile UOC Economico e gestione logistica	verifica a campione	Pubblicazioni fatte sul sito web					3,0	2,0	1,0	B



		Individuazione dello strumento/istituto dell'affidamento e degli elementi essenziali del contratto	Elusione delle regole finalizzate alla corretta quantificazione dell'importo di gara	Attribuzione di vantaggi economici ad un determinato operatore economico	2,2	4,0	8,6	3,0	M	Completezza e correttezza della motivazione è contenuta nell'atto amministrativo	Responsabile UOC Economia e gestione logistica	verifica a campione	Report fatti a campione						3,0	2,0	1,0	B
	Esecuzione	Affidamento	Individuazione di un operatore economico privo dei requisiti previsti dalla normativa vigente	Attribuzione di vantaggi economici ad un determinato operatore economico	2,4	4,0	9,4	3,0	M	Verifica a campione su piattaforma SINTEL.	Responsabile UOC Economia e gestione logistica	verifica a campione	Report dei controlli fatti a campione						3,0	2,0	1,0	B
3	Rendicontazione	Procedimento di verifica della corretta esecuzione e liquidazione della fattura	Individuazione di un operatore economico privo dei requisiti previsti dalla normativa vigente	Attribuzione di vantaggi economici ad un determinato operatore economico	2,4	4,0	9,4	3,0	M	Predisposizione di linee guida per la corretta liquidazione delle fatture	Responsabile UOC Economia e gestione logistica	verifica a campione	Presenza di procedura per le liquidazioni.						3,0	2,0	1,0	B

P043-ESECUZIONE E MONITORAGGIO CONTRATTI PER ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI

ESECUZIONE E MONITORAGGIO DEI CONTRATTI PER ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI			AREA RISCHI					AREA CONTROLLI / MISURE DI MITIGAZIONE DEI RISCHI												
CO D FAS E	FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	P	I	IR: PXL	RL: Rischio Lordo normalizzato (1-5)	Valutazio ne Qualitati va Rischio Lordo	Descrivere sinteticamente il controllo	SE ATTUALE: descrizione dettaglio			SE FUTURO: piano di attuazione controlli/misure				VC: Valutazio ne del Controllo	C: Valore Controllo Normalizz ato (0-4)	RN: Risch io Netto	Valutazio ne Qualitati va Rischio Residuo
										Resp. Contro llo	Frequ enza	Evidenza	Responsabi lità	Obiettivo (mitigazio ne, eliminazio ne, trasferime nto del rischio)	Scaden za	% REALIZZAZI ONE				
1	Nomina del DEC	procedimen to di nomina del Direttore dell'Esecuzi one Contrattual e (DEC)	nomina di un DEC non adeguato	3,7	3,8	13,9	4,0	MA							0,0	0,0	4,0	MA		
2	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'Amministraz ione, secondo quanto specificatamente richiesto nel contratto.	approvazio ne di modifiche del contratto originario	approvazio ne non formalizzat a di modifiche sostanziali degli elementi del contratto (oggetto, soggetto, durata, importo)	3,0	3,2	9,4	3,0	M	Le modifiche sostanziali vanno approvate con atto	RUP	Ad evento	Atto di approvazio ne delle modifiche				3,0	2,0	1,0	B	
		verifica delle disposizioni in materia di sicurezza	scarso o inadeguato controllo in merito alle disposizioni in materia di sicurezza	1,9	3,0	5,7	2,0	MB	Accertamenti, controlli e verifiche periodiche delle disposizioni in materia di sicurezza, in particolare del rispetto del D.U.V.R.I.;	RSPP	Ad evento	DUVRI O attestazio ne SPP				2,9	1,9	0,1	B	
		verifiche in corso di esecuzione	mancato monitoragg io del contratto ed elusione delle penali	3,2	3,8	12,2	4,0	MA	Report di monitoraggio dell'esecuzione	RUP	Ad evento	Report				2,7	1,7	2,3	M	



		gestione delle controversie	non corretta applicazione e delle penali	2,8	3,8	10,6	4,0	MA	Report di monitoraggio dell'esecuzione	RUP	Ad evento	Report					2,4	1,4	2,6	M
		effettuazione dei pagamenti in corso di esecuzione	mancato rispetto degli obblighi di tracciabilità dei pagamenti ai sensi della L. 136/2010	3,2	3,5	11,2	4,0	MA	Utilizzo di controlli informatici sui dati inseriti nell' applicativo contabile relativi ai CIG	RPCT	6/Anno	Report CIG					3,3	2,3	1,7	MB
		ammissione delle varianti	abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore	3,1	3,2	9,9	3,0	M	Proposta del DEC al RUP per adozione di atto	RUP	Ad evento	validazione e della proposta ricevuta / approvazione dell'eventuale atto di variazione					3,4	2,4	0,6	B
3	Rendicontazione del contratto l'Amministrazione e verifica la conformità o regolare esecuzione della prestazione richiesta ed effettua i pagamenti a favore dei soggetti esecutori (attestazioni richieste o che	verifica della corretta esecuzione, per il rilascio del certificato di collaudo o di verifica di conformità o dell'attestato di regolare esecuzione	rilascio del certificato di regolare esecuzione relativo a prestazioni non effettivamente eseguite o in cambio di vantaggi economici	2,8	2,2	6,1	3,0	M	Richiesta conferma al DEC della sussistenza delle condizioni per il rilascio del certificato di regolare esecuzione	RUP	Ad evento	nota di nomina					2,8	1,8	1,2	MB



devono essere fornite)	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).	3,2	3,0	9,5	3,0	M	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	RUP	Ad evento	lettere di contestazione						2,7	1,7	1,3	MB
	effettuazione di pagamenti	ingiustificati pagamenti sottratti alla tracciabilità dei flussi finanziari	2,1	4,0	8,4	3,0	M	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)	RUP	Ad evento	presenza dei CIG acquisiti in ANAC nel gestionale contabile						3,4	2,4	0,6	B
	pubblicazione sul sito della stazione appaltante delle procedure di gara espletate	violazione degli obblighi di pubblicità, di trasparenza	1,7	4,5	7,7	3,0	M	Pubblicazione avvenuta	RPCT	Periodica	pubblicazione nel sito						3,1	2,1	0,9	B

P044 – GESTIONE MAGAZZINI

Gestione del magazzino - beni di consumo non inventariabili			AREA RISCHI					AREA CONTROLLI / MISURE DI MITIGAZIONE DEI RISCHI												
CO D FA SE	FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	P	I	IR: PMI	RL: Rischio Lordo normalizzato (1-5)	Valutazio ne Qualitati va Rischio Lordo	Descrivere sinteticament e il controllo	SE ATTUALE: descrizione dettaglio			SE FUTURO: piano di attuazione controlli/misure				VC: Valutazi one del Controll o	C: Valore Controllo Normalizz ato (0-4)	RN: Risch io Nett o	Valutazi one Qualitati va Rischio Residuo
										Resp. Controllo	Frequen za	Evidenza	Respons abilità	Obiettivo (mitigazione, eliminazione , trasferiment o del rischio)	Scadenz a	% REALIZZAZI ONE				
1	arrivo merce (scarico del tir)	Ricevimento della merce: Posizioname nto area smistamento (fase 1 ricevimento merce e posizioname nto in area gialla) Collocazione in area accettazione con DDT	accettazione di colli non destinati all'ulss 2	4,5	1,0	4,5	2,0	MB	verifica correttezza destinatario indicato in DDT	magazziniere	ad evento	non accettazione del bene (non viene registrato in questa fase perché viene restituito immediatamen te al vettore)					4,1	3,1	0,5	B
		Collocazione in area accettazione con DDT	accettazione di colli destinati ad altro magazzino / ubicazione ulss	4,5	1,4	6,2	3,0	M	verifica correttezza destinatario indicato in DDT	magazziniere	ad evento	non accettazione del bene (non viene registrato in questa fase perché viene restituito immediatamen te al vettore)					4,4	3,4	0,5	B
		bene in vista (fase 2 controllo quali- quantitativo)	firma (sul palmare del vettore o cartacea) di un DDT anche in mancanza di corrispondenza tra nr colli consegnati e nr colli dichiarati	4,5	1,4	6,2	3,0	M										0,0	0,0	3,0



			accettazione di beni per i quali nel corso del trasporto non sia stata rispettata la catena del freddo	4,5	3,0	13,4	4,0	MA	verificare il termostato presente nel mezzo,	magazziniere	ad evento	viene riportato sulla bolla o DDT la temperatura rilevata - eventuale respingimento		è migliorabile la standardizzazione del flusso informativo tra magazzino, ufficio acquisti e fornitore			4,4	3,4	0,6	B
			accettazione di colli con imballi esterni non integri	4,5	1,0	4,5	2,0	MB	verifica quali - quantitativa di massima con eventuale restituzione della merce al vettore o accettazione con riserva	magazziniere	ad evento	firma per accettazione del DDT - eventuale respingimento		è migliorabile la standardizzazione del flusso informativo tra magazzino, ufficio acquisti e fornitore			4,1	3,1	0,5	B
			uno o più colli non passa alla fase successiva perché viene "perso"	4,5	1,8	8,0	3,0	M									0,0	0,0	3,0	M
			non tempestivo spostamento in frigorifero/zona a temperatura controllata di colli soggetti a temperatura controllata	4,3	2,0	8,5	3,0	M									0,0	0,0	3,0	M
2	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)	4,5	3,8	16,9	5,0	A	inventario a rotazione	magazziniere	(capire la frequenza con cui vengono fatti)	tabulati degli inventari periodici + eventuale registrazione degli adeguamenti giacenze					2,3	1,3	3,7	MA





registrazione tempestiva (entro le 24h lavorative successive all'arrivo) del carico a programma con scansione della bolla	il carico informatico è ritardato	4,3	4,0	17,2	5,0	A	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	magazziniere	ad evento	fatture arrivate registrate "no_car"							4,0	3,0	2,0	MB	
	il bene viene collocato a scaffale senza la registrazione informatica del carico	3,4	3,8	12,9	4,0	MA	inventario a rotazione prima di effettuare il carico il magazziniere verifica che le quantità riportate in giacenza del prodotto consegnato siano effettivamente e presenti	magazziniere	diversa a seconda dei magazzini	tabulati degli inventari periodici eventuale registrazione degli adeguamenti giacenze manca l'evidenza dei controlli effettuati al momento del carico							3,3	2,3	1,7	MB	
	la bolla non viene scansionata e collegata al carico ritardando la liquidazione della fattura	3,6	3,8	13,7	4,0	MA	monitoraggio da parte dell'ufficio acquisti della tempestività di caricamento delle bolle e conseguente sollecito per i caricamenti	economato	ad evento	mail di sollecito dei carichi								2,7	1,7	2,3	M
	DDT smarrito	2,7	3,0	8,1	3,0	M	monitoraggio da parte dell'ufficio acquisti della tempestività di caricamento delle bolle e conseguente sollecito per i caricamenti	magazziniere	ad evento	rinvio della bolla da parte del fornitore								2,7	1,7	1,3	MB



																			errato collegamento del carico informatico alla specifica riga d'ordine (carico articolo x al posto dell'articolo y)	3,1	2,2	6,7	3,0	M	controllo contabile in fase di liquidazione fattura	economato	ad evento	sollecito caricamento							2,4	1,4	1,6	MB			
																			errato caricamento delle quantità arrivate (arrivo 8 e carico 10)	3,4	3,0	10,2	4,0	MA	controllo contabile in fase di liquidazione fattura	economato	ad evento	sollecito correzione										2,7	1,7	2,3	M
																				3,4	3,0	10,2	4,0	MA	spunta sul DDT	magazziniere	ad evento	tutti i ddt - scansionati e caricati in nav, ma non gestibile informaticamente										3,1	2,1	1,9	MB
																			beni a magazzino: Stoccaggio beni nelle scaffalature (TV - CF + VV econ) Veritmag (VV) la merce deve essere stoccata in modo che vengano prelevati secondo	errata collocazione dei beni	3,6	3,0	10,8	4,0	MA	inventario a rotazione	magazziniere	(capire la frequenza con cui vengono fatti)	tabulati degli inventari periodici + eventuale registrazione degli adeguamenti giacenze									3,3	2,3	1,7	MB
deterioramento dei beni	3,4	2,2	7,5	3,0	M	inventario a rotazione - richiesta autorizzazione alla rettifica inventariale	magazziniere	(capire la frequenza con cui vengono fatti)	tabulati degli inventari periodici + eventuale registrazione degli adeguamenti giacenze									3,3		2,3	0,7	B																			



<p>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>	<p>errato caricamento lotto-scadenza (vertimag - AS400, verificare Treviso)</p>	<p>3,1</p>	<p>3,0</p>	<p>9,2</p>	<p>3,0</p>	<p>M</p>	<p>inventario a rotazione / al momento dello scarico ai reparti</p>	<p>magazziniere</p>	<p>(capire la frequenza con cui vengono o fatti)</p>	<p>tabulati degli inventari periodici + eventuale registrazione degli adeguamenti giacenze</p>					<p>3,3</p>	<p>2,3</p>	<p>0,7</p>	<p>B</p>
--	---	------------	------------	------------	------------	----------	---	---------------------	--	--	--	--	--	--	------------	------------	------------	----------



		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	l'ordine è stato generato preparare per la spedizione un bene in transito senza abbinamento a un cdc finale mettendo a livello di nota le indicazioni per la consegna	2,7	2,8	7,6	3,0	M										0,0	0,0	3,0	M
3	gestione richieste da reparto	Inserimento richiesta a programma da parte degli udr		3,4	4,0	13,6	4,0	MA	Utilizzo dei profili di richiesta, validazione dei punti di riordino									2,0	1,0	3,0	M
		Validazione richiesta (solo per Asolo)	errato/mancato/ non completo scarico delle richieste da reparto	2,9	3,0	8,6	3,0	M										0,0	0,0	3,0	M
		Scarico richiesta con stampa e automatica registrazione dello scarico da magazzino secondo il calendario consegna		2,9	3,0	8,6	3,0	M											0,0	0,0	3,0



	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 e in nav		3,4	4,0	13,6	4,0	MA	verifica della corrispondenza tra missione di prelievo bolla di consegna	magazziniere	ad evento	spunta						4,0	3,0	1,0	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	3,8	4,0	15,0	4,0	MA	verifica dell'evasione di tutte le richieste cartacee pervenute	farmacista/magazziniere	ad evento	spunta ed archiviazione delle richieste						3,4	2,4	1,6	MB
	Preparazione - gabbie - bancali - ceste con stampa della bolla di consegna secondo calendario di consegna	errata/mancata/non completa preparazione della consegna	4,0	3,0	11,9	4,0	MA	verifica da parte delle uu.oo. riceventi,									3,1	2,1	1,9	MB



4	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		3,2	3,0	9,5	3,0	M									0,0	0,0	3,0	M	
		Messa a disposizione ceste nell'area di carico secondo programma consegne	smarrimento / sottrazione / furto della merce		3,4	3,0	10,2	4,0	MA										0,0	0,0	4,0	MA
		Consegna prodotti al reparto			3,4	3,0	10,2	4,0	MA										0,0	0,0	4,0	MA
		Accettazione prodotti con firma della bolla di consegna + accettazione informatica (solo CF)																				
	Restituzione bolla firmata per stupefacenti	mancato rispetto della normativa sulla gestione stupefacenti		2,5	4,0	10,0	3,0	M	compilazione dei registri obbligatori per legge in ambito di gestione degli stupefacenti	farmacista	ad evento	registri						5,0	4,0	0,5	B	
5	Gestione resi da reparto distretto di Pieve di Soligo: è possibile richiedere il reso alla farmacia solo se la richiesta di fornitura è inferiore ad un mese,	Inserimento richiesta reso a programma o preparazione modulo cartaceo	errata registrazione del reso da reparto		3,2	3,0	9,6	3,0	M	inventario a rotazione	magazziniere	(capire la frequenza con cui vengono fatti)	tabulati degli inventari periodici + eventuale registrazione degli adeguamenti giacenze						2,3	1,3	1,7	MB
		Consegna prodotti al magazzino	errata registrazione del reso (utilizzo della causale di reso al posto della sistemazione delle giacenze)		3,2	3,8	12,2	4,0	MA	inventario a rotazione	magazziniere	(capire la frequenza con cui vengono fatti)	tabulati degli inventari periodici + eventuale registrazione degli adeguamenti giacenze						2,3	1,3	2,7	M



	confezioni integre, deve esserci l'approvazione del farmacista, il problema si ha nel momento in cui lo scarico ha anche la targatura	Accettazione prodotti	per i prodotti con scadenza: prea in carico di prodotti con scadenza troppo ravvicinata, senza possibilità di ricollocamento ad altri reparti	3,2	3,8	12,2	4,0	MA	inventario a rotazione	magazziniere	(capire la frequenza con cui vengono fatti)	tabulati degli inventari periodici + eventuale registrazione degli adeguamenti giacenze					2,3	1,3	2,7	M
		Carico magazzino per reso reparto	il bene viene collocato a scaffale senza la registrazione informatica del carico	3,0	3,8	11,4	4,0	MA	verifica che il prodotto sia stato effettivamente e 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.				economato	eliminazione	31/10/2019	100%	4,0	3,0	1,0	B
		Stoccaggio beni nelle scaffalature (TV – CF + VV econ) Veritmag (VV) (barcode)	il bene viene collocato a scaffale senza la registrazione informatica del carico	3,0	3,8	11,4	4,0	MA	inventario a rotazione	magazziniere	(capire la frequenza con cui vengono fatti)	tabulati degli inventari periodici + eventuale registrazione degli adeguamenti giacenze					2,3	1,3	2,7	M
6	Gestione scaduti	verifica in Veritmag di lotto e scadenza	utilizzo di farmaci o beni scaduti	3,0	3,8	11,4	4,0	MA	controllo periodico delle scadenze, copia della bolla di accompagnamento di eventuali arrivi farmaci con scadenza <12 mesi	magazziniere	(capire la frequenza con cui vengono fatti)	collocazione dei prodotti in scadenza in apposite sezioni - scadenziario					3,3	2,3	1,7	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	3,0	3,8	11,4	4,0	MA	controllo periodico delle scadenze, copia della bolla di accompagnamento di eventuali arrivi farmaci con scadenza <12 mesi	magazziniere	(capire la frequenza con cui vengono fatti)	collocazione dei prodotti in scadenza in apposite sezioni - scadenziario							3,3	2,3	1,7	MB
7a	Gestione dell'inventario fisico di magazzino	individuazione e periodo di rilevazione delle giacenze fisiche	errata/mancata rilevazione delle giacenze fisiche di magazzino	3,0	3,8	11,2	4,0	MA	le squadre di conta sono composte da almeno due operatori	direttore uo	ad evento	firma dei tabulati di conta							3,7	2,7	1,3	MB
		individuazione e del personale addetto alla conta		3,0	3,8	11,2	4,0	MA	i tabulati utilizzati per il controllo delle q.tà fisiche non riportano l'indicazione delle q.tà in giacenza in magazzino	direttore uo	ad evento	la stampa deve essere effettuata seguendo il seguente percorso: - da NAV: - da NFS:						3,0	2,0	2,0	MB	
		conta delle quantità fisiche		2,8	2,8	7,8	3,0	M	utilizzo dei cartellini inventariali per identificare gli scaffali/prodotti già contati	personale addetto alla conta	annuale	cartellini inventariali posizionati su scaffali / prodotti							3,0	2,0	1,0	B
		registrazione solo delle q.tà differenti (totale), il programma in automatico registra la differenza inventariale.		3,0	3,8	11,2	4,0	MA	il personale che registra le q.tà fisiche rilevate in procedura è diverso da chi ha effettuato la conta	magazziniere	ad evento	confronto tabulati conta e ID utente che ha registrato gli adeguamenti									3,7	2,7



		registrazione degli adeguamenti inventariali		3,0	3,8	11,2	4,0	MA	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	farmacista	ad evento	sigla sui tabulati di conta o registrazione in prima persona degli adeguamenti inventariali						3,7	2,7	1,3	MB
7b	Gestione dell'inventario fisico di reparto	individuazione e periodo di rilevazione delle giacenze fisiche	errata/mancata rilevazione delle giacenze fisiche di magazzino	3,0	3,8	11,2	4,0	MA	le squadre di conta sono composte da almeno due operatori	direttore uo	ad evento	firma dei tabulati di conta						3,7	2,7	1,3	MB
		individuazione e del personale addetto alla conta delle quantità fisiche - beni a scorta		3,0	3,8	11,2	4,0	MA	i tabulati utilizzati per il controllo delle q.tà fisiche non riportano l'indicazione delle q.tà in giacenza in magazzino	direttore uo	ad evento	la stampa deve essere effettuata seguendo il seguente percorso: - da NAV: - da NFS:						3,0	2,0	2,0	MB
		registrazione delle quantità rilevate		registrazione non completa / corretta delle differenze inventariali	3,0	3,8	11,2	4,0	MA	il personale che registra le qtà fisiche rilevate in procedura è diverso da chi ha effettuato la conta	magazziniere	ad evento	confronto tabulati conta e ID utente che ha registrato gli adeguamenti						3,7	2,7	1,3

		registrazione degli adeguamenti inventariali		3,0	3,8	11,2	4,0	MA	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	farmacista	ad evento	sigla sui tabulati di conta o registrazione in prima persona degli adeguamenti inventariali					3,7	2,7	1,3	MB
--	--	--	--	-----	-----	------	-----	----	--	------------	-----------	---	--	--	--	--	-----	-----	-----	----

**P052 – PRESTAZIONI DI RESIDENZIALITA' E SEMIRESIDENZIALITA' SOCIO SANITARI PER ANZIANI**

Prestazioni di Residenzialità e Semi-Residenzialità Socio Sanitaria/Servizi per anziani			AREA RISCHI					AREA CONTROLLI / MISURE DI MITIGAZIONE DEI RISCHI													
COD FASE	FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	P	I	IR: Pxl	RL: Rischi o Lordo normalizz (1-5)	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Descrivere sinteticamente il controllo	ATTUALE O FUTURA?	SE ATTUALE: descrizione dettaglio			SE FUTURO: piano di attuazione controlli/misure				VC: Valutazione del Controllo	C: Valore Controllo Normalizzato (0-4)	RN: Rischio Netto	Valutazione Qualitativa Residuo
											Resp. Controllo	Frequenza	Evidenza	Responsabilità	Obiettivo (mitigaz., eliminaz., trasferimento rischio)	Scadenza	% REALIZZAZ.				
1	Ricezione delle richieste degli utenti e valutazione ai fini dell'aggiornamento della graduatoria	Ricezione richiesta	Smarrimento della richiesta / mancata registrazione	2,9	1,5	4,3	2,0	MB									0	0	2,0	MB	



		Ricevimento di documentazione errata o incompleta o non conforme alla normativa	3,3	2,5	8,1	3,0	M	verifica della presenza di tutte la documentazione necessaria al momento della predisposizione del calendario UVMD	attuale	chi riceve domanda	ad evento								4,4	3,4	0,5	B
	Convocazione UVMD, valutazione e compilazione Svama	Mancato rispetto della composizione dell'U.V.M.D.	4,1	1,0	4,1	2,0	MB	in fase di caricamento delle valutazioni viene verificata la composizione dell'UVMD	attuale										3,8	2,8	0,5	B
		Errata valutazione in UVMD	3,0	1,4	4,2	2,0	MB	in fase di caricamento delle valutazioni il gestionale verifica la coerenza dei punteggi assegnati	attuale										3,4	2,4	0,5	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	3,0	2,8	8,4	3,0	M	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	attuale										4,1	3,1	0,5	B



			Mancata/ errata/ non tempestiva compilazione della scheda S.Va.M.A. (cartella S.Va.M.A., sociale, sanitaria, cognitiva e funzionale)	3,0	2,5	7,5	3,0	M	controllo periodico sulla presenza in graduatori di tutti gli assistiti che hanno presentato la domanda, sollecito della valutazione	attual e									3	2	1,0	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.	3,0	2,8	8,4	3,0	M	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	attual e									4,1	3,1	0,5	B
		Aggiornamento graduatoria nel RUR	Mancato/ errato/ non tempestivo aggiornamento della graduatoria RUR	3,0	2,2	6,6	3,0	M											0	0	3,0	M
2	Emissione delle impegnative di residenzialità/ semi-residenzialità		Condizionamenti ai soggetti che aggiornano la graduatoria al fine di alterare i dati per procurare benefici al valutato ledendo i diritti di altri soggetti.	3,0	2,8	8,4	3,0	M	la graduatoria è output diretto del gestionale (non presente in Asolo)	attual e									2	1	2,0	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	2,9	2,5	7,1	3,0	M	Pieve: invio con raccomandata AR Treviso - Asolo da verificare	attuale										2	1	2,0	MB
Individuazione assegnatario impegnativa	Condizionamenti nell'individuazione dell'utente	2,9	3,6	10,3	4,0	MA	verifica coerenza tra utente chiamato e rimanenti in graduatoria	attuale										2,3	1,3	2,7	M
Emissione dell'impegnativa di residenzialità / semi-residenzialità all'utente avente titolo	Emissione dell'impegnativa per un valore diverso rispetto al profilo di gravità accertato in sede di Svama	2,5	3,8	9,5	3,0	M	una volta inserita la valutazione il gestionale da il profilo di inserimento	attuale										3,8	2,8	0,2	B
	Emissione impegnativa in assenza di disponibilità economica nel fondo specifico	2,7	4,0	10,8	4,0	MA	monitoraggi o periodico su assegnato ipotesi di avvio nel gestionale del controllo mediante budget	attuale										2,4	1,4	2,6	M
Trasmissione dell'impegnativa di residenzialità / semi-residenzialità 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)	2,7	1,2	3,2	2,0	MB												0	0	2,0	MB



			Mancata trasmissione dell'impegnativa alla struttura esterna	2,5	1,5	3,8	2,0	MB	verifica che tutte le impegnative inviate siano restituite dal cds che accoglie firmate così come previsto dal regolamento regionale	attuale									3,1	2,1	0,5	B
			Trasmissione dell'impegnativa a cds diverso rispetto al cds assegnatario (rispetto all'ingresso dell'utente)	2,5	1,5	3,8	2,0	MB	verifica che tutte le impegnative inviate siano restituite dal cds che accoglie firmate così come previsto dal regolamento regionale	attuale									3,1	2,1	0,5	B
3	Verifica dell'erogazione del servizio	Controllo restituzione impegnativa di residenzialità / semi-residenzialità con data di ingresso dell'utente nella struttura	Impegnativa di residenzialità/ semi-residenzialità restituita errata dalla struttura esterna (errata indicazione della data di entrata dell'utente presso la struttura) -- a Pieve viene compilato direttamente dall'ufficio residenzialità, Treviso, Asolo	2,5	1,2	3,0	1,0	B	raccolta delle impegnative e assegnate per cds, periodicamente viene fatta la verifica delle mancanti	attuale									2,4	1,4	0,5	B
		Predisposizione piani di controllo delle strutture di residenzialità / semi residenzialità	Piani di controllo predisposti in modo non accurato, completo e tempestivo	0,0	0,0	0,0													0	0		
			Predisposizione del piano di controllo con criteri volti a procurare benefici a determinati soggetti contrari agli interessi dell'azienda/ledendo i diritti di altri soggetti.	0,0	0,0	0,0													0	0		





Controllo e liquidazione fatture delle quote sanitarie e di attività di riabilitazione	Liquidazione delle fatture da parte di personale non autorizzato	2,2	3,0	6,5	3,0	M	profilazione utenti Navision e Crednet	attual e									3,7	2,7	0,3	B
	Omissioni nell'attività di controllo fatture al fine di procurare benefici ai centri di servizi a danno dell'azienda	2,5	3,0	7,5	3,0	M	spunta dei controlli, richieste di emissione note di credito / debito, ricezione della nota di credito/debito richiesta	attual e									3,1	2,1	0,9	B
	Mancata/ errata/ non tempestiva liquidazione delle fatture	2,7	3,8	10,3	4,0	MA	gestione delle liste di protocollo in modo da verificare sempre tempestivamente le fatture e poterle liquidare	attual e									2,4	1,4	2,6	M
Predisposizione, controllo e invio alla Regione del flusso FAR	Mancato/ errato/ non tempestivo invio del Flusso FAR	3,2	2,2	7,0	3,0	M	verifica del tracciato inviato	attual e									2,4	1,4	1,6	MB

**N.B.: Il processo in questione è in una fase di riorganizzazione delle attività perciò la sovrascritta tabella sarà ultimata nel corso del 2020**



P053-PRESTAZIONI PER DISABILITÀ

Prestazioni per la disabilità			AREA RISCHI					AREA CONTROLLI / MISURE DI MITIGAZIONE DEI RISCHI												
CO D FAS E	FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	P	I	IR: PxI	RL: Rischio Lordo normalizzato (1-5)	Valutazio ne Qualitati va Rischio Lordo	Descrivere sinteticament e il controllo	SE ATTUALE: descrizione dettaglio			SE FUTURO: piano di attuazione controlli/misure				VC: Valutazio ne del Controllo	C: Valore Controllo Normalizz ato (0-4)	RN: Risch io Nett o	Valutazio ne Qualitati va Rischio Residuo
										Resp. Controllo	Frequen za	Evidenza	Responsabi lità	Obiettivo (mitigazion e, eliminazio ne, trasferime nto del rischio)	Scaden za	% REALIZZAZI ONE				
1	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. Approvazione delibera per autorizzazioni di spesa.	ente gestore non autorizzato / accreditato o senza i requisiti per poter operare	2,4	3,0	7,2	3,0	M	in sede di definizione della delibera e dello schema di contratto, viene verificato l'effettivo accreditamento o del soggetto, aggiornamento o dello scadenziario degli accreditamenti per gli affidamenti tramite gara si fa riferimento al provvedimento	P.o.	ad evento	tabella con scadenze accreditamenti delle strutture che hanno accordo contrattuale					4,0	3,0	0,5	B
2	Liquidazione delle fatture	Ricevimento e registrazione dei documenti contabili	Mancata/ errata/ non tempestiva registrazione delle fatture	2,1	4,0	8,4	3,0	M	scadenziario delle fatture	P.o.	ad evento	foglio excel con riepilogo fatture ricevute - eventuale sollecito fatture mancanti					4,4	3,4	0,5	B



		Acquisizione del visto da parte dell'UOC Disabilità	Mancata/errato/non tempestivo visto sulle fatture	3,5	3,0	10,5	4,0	MA	scadenziario delle fatture	P.o.	ad evento	foglio excel con riepilogo fatture ricevute - eventuale sollecito fatture mancanti					4,4	3,4	0,6	B
		Liquidazione fatture	Mancata/errata/non tempestiva liquidazione delle fatture	2,8	3,0	8,4	3,0	M	scadenziario delle fatture	P.o.	ad evento	foglio excel con riepilogo fatture ricevute - eventuale sollecito fatture mancanti					4,4	3,4	0,5	B
3	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	3,0	3,0	8,9	3,0	M	verifica su elenchi	operatore/servizi	ad evento	Istruttoria che rimane agli atti del servizio					4,3	3,3	0,5	B
		Emissione documento contabile (accertamento) per l'incasso della compartecipazione	Mancata emissione documento contabile	2,0	3,0	5,9	2,0	MB	verifica su elenchi	operatore	ad evento	Istruttoria che rimane agli atti					4,3	3,3	0,5	B
		Verifica del pagamento ed eventuale sollecito	Mancata verifica	2,1	3,0	6,2	3,0	M	verifica su elenchi	operatore	ad evento	Istruttoria; note trasmesse per sollecito					4,3	3,3	0,5	B

P054 – PRESTAZIONI PER L'AREA SALUTE MENTALE

PRESTAZIONI PER L'AREA SALUTE MENTALE			AREA RISCHI					AREA CONTROLLI / MISURE DI MITIGAZIONE DEI RISCHI												
CO D FAS E	FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	P	I	IR: PKI	RL: Rischio Lordo normalizzato (1-5)	Valutazio ne Qualitati va Rischio Lordo	Descrivere sinteticame nte il controllo	SE ATTUALE: descrizione dettaglio			SE FUTURO: piano di attuazione controlli/misure				VC: Valutazio ne del Controllo	C: Valore Controllo Normalizz ato (0-4)	RN: Risch io Netto	Valutazio ne Qualitati va Rischio Residuo
										Resp. Controllo	Frequen za	Evidenza	Responsabi lità	Obiettivo (mitigazio ne, eliminazio ne, trasferime nto del rischio)	Scaden za	% REALIZZAZI ONE				
1	Predisposizion e 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 accreditame nto con possibile provvedimen to di sospensione dello stesso	2,1	3,0	6,2	3,0	M	in sede di definizione della delibera e dello schema di contratto, viene verificato l'effettivo accreditame nto del soggetto	P.o.	ad evento	controllo dell'istrutt oria per la proposta di accordo contrattual e				4,3	3,3	0,5	B	
		Predisposizion e deliberazioni annuali attività DSM con impegno di spesa su richiesta del Direttore del DSM	errore materiale nella quantificazio ne dell'Impegno di spesa	2,1	3,0	6,2	3,0	M	Verifica dell'istruttoria e della relazione presentata dal Direttore del DSM	P.o.	ad evento	Istruttoria che rimane agli atti del servizio				4,3	3,3	0,5	B	
2	Liquidazione delle fatture	Ricevimento e registrazione dei documenti contabili	Mancata/ errata/ non tempestiva registrazione delle fatture	2,1	4,0	8,4	3,0	M	a carico dell'UOC Bilancio	P.o.	ad evento	foglio excel con riepilogo fatture ricevute - eventuale sollecito fatture mancanti				4,4	3,4	0,5	B	



		Acquisizione del visto da parte del DSM	Mancata/errato / non tempestivo visto sulle fatture	2,7	3,0	8,0	3,0	M	scadenziario delle fatture	P.o.	ad evento	foglio excel con riepilogo fatture ricevute - eventuale sollecito attestazioni fatture					3,7	2,7	0,3	B
		Liquidazione fatture	Mancata/errata / non tempestiva liquidazione delle fatture	2,3	3,0	6,9	3,0	M	scadenziario delle fatture	P.o.	ad evento	firma della lista da parte del Dirigente/P.O.					4,7	3,7	0,5	B
3	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	3,0	2,8	8,3	3,0	M	verifica su elenchi	operatore/servizi	ad evento	Istruttoria che rimane agli atti del servizio					4,3	3,3	0,5	B
		Emissione documento contabile (accertamento) per l'incasso della compartecipazione	Mancata emissione documento contabile	2,0	2,8	5,5	2,0	MB	verifica su elenchi	operatore	ad evento	Istruttoria che rimane agli atti					4,3	3,3	0,5	B
		Verifica del pagamento ed eventuale sollecito	Mancata verifica	2,1	2,8	5,7	2,0	MB	verifica su elenchi	operatore	ad evento	Istruttoria; note trasmesse per sollecito					4,3	3,3	0,5	B

P055-PRESTAZIONI PER LE DIPENDENZE

PRESTAZIONI PER LE DIPENDENZE			AREA RISCHI						AREA CONTROLLI / MISURE DI MITIGAZIONE DEI RISCHI											
CO D FAS E	FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	P	I	IR: PxI	RL: Rischio Lordo normalizza to (1-5)	Valutazio ne Qualitativ a Rischio Lordo	Descrivere sinteticamen te il controllo	SE ATTUALE: descrizione dettaglio			SE FUTURO: piano di attuazione controlli/misure				VC: Valutazio ne del Controllo	C: Valore Controllo Normalizza to (0-4)	RN: Rischio Netto	Valutazio ne Qualitativ a Rischio Residuo
										Resp. Controll o	Frequen za	Evidenza	Responsabili tà	Obiettivo (mitigazion e, eliminazion e, trasferimen to del rischio)	Scaden za	% REALIZZAZIO NE				
1	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 extraregionali), e delibera annuale per impegno di spesa per comunità terapeutiche ulss, extra ulss ed extraregionali	ente gestore non autorizzato / accreditato o senza i requisiti per poter operare	2,4	3,0	7,2	3,0	M	in sede di definizione della delibera e dello schema di contratto, viene verificato l'effettivo accreditamento del soggetto, aggiornamento dello scadenziario degli accreditamenti	P.o.	ad evento	tabella con scadenze accreditamenti delle strutture che hanno accordo contrattuale					4,0	3,0	0,5	B
2	Liquidazione delle fatture	Ricevimento e registrazione e dei documenti contabili	Mancata/errata/non tempestiva registrazione delle fatture	2,1	4,0	8,4	3,0	M	scadenziario delle fatture	P.o.	ad evento	foglio excel con riepilogo fatture ricevute - eventuale sollecito fatture mancanti - quadratura fatture ricevute vs. Geky					4,4	3,4	0,5	B



		Acquisizioni e del visto da parte del Serd inviante	Mancata/ non tempestivo visto sulle fatture	3,5	3,0	10,5	4,0	MA	scadenziario delle fatture	P.o.	ad evento	foglio excel con riepilogo fatture ricevute - eventuale sollecito fatture mancanti - quadratura fatture ricevute vs. Geky					4,4	3,4	0,6	B
		Liquidazioni e fatture	Mancata/errata/ non tempestiva liquidazione delle fatture	2,8	3,0	8,4	3,0	M	scadenziario delle fatture	P.o.	ad evento	foglio excel con riepilogo fatture ricevute - eventuale sollecito fatture mancanti - quadratura fatture ricevute vs. Geky					4,4	3,4	0,5	B
3	Emissione fattura attiva trimestral e per ospiti extra ulss	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	1,6	2,0	3,1	2,0	MB	Quadratura tra fatture emesse dal SEF e dati scaricati da Geky	Po	ad evento	copia delle fatture emesse					3,3	2,3	0,5	B
			errore materiale nella valutazione dell'iva da applicare	1,4	2,0	2,7	1,0	B	Quadratura tra fatture emesse dal SEF e dati scaricati da Geky	Po	ad evento	copia delle fatture emesse					3,3	2,3	0,5	B
			mancata/non tempestiva fatturazione	1,4	2,0	2,7	1,0	B	Quadratura tra fatture emesse dal SEF e dati scaricati da Geky	Po	ad evento	copia delle fatture emesse					3,3	2,3	0,5	B



**P060 - FORMAZIONE INTERNA**

FORMAZIONE INTERNA			AREA RISCHI					AREA CONTROLLI / MISURE DI MITIGAZIONE DEI RISCHI												
CO D FAS E	FASI	ATTIVIT A'	RISCHIO	P	I	IR: PxI	RL: Rischio Lordo normalizza to (1-5)	Valuta zione Qualitati va Rischio Lordo	Descrivere sinteticament e il controllo	SE ATTUALE: descrizione dettaglio			SE FUTURO: piano di attuazione controlli/misure				VC: Valuta zione del Control lo	C: Valore Controllo Normalizza to (0-4)	RN: Rischi o Netto	Valutazio ne Qualitativ a Rischio Residuo
										Resp. Controllo	Freq.	Evidenza	Respo n- sabilit à	Obiettivo (mitigazion e, eliminazion e, trasferimen to del rischio)	Scaden za	% REALIZZAZIO NE				



1	predisposizione piano formativo – macro progettazioni e	Indicazioni al dirigente per l'attivazione di corsi non coerenti con gli obiettivi aziendali o al di fuori del piano formativo o al di fuori del regolamento aziendale	3,4	1,0	3,4	2,0	MB	Esistenza di una procedura per la redazione del piano Ai responsabili e coordinatori di u.o. vengono data indicazioni sugli elementi da considerare per la corretta analisi dei bisogni. unitamente ad una scheda di supporto. Inoltre, il requisito di accreditamento o della struttura - legge 22 - GEN SAN AC. 414.7 prevede "forme di coinvolgimento o degli operatori nella programmazione delle attività formative. La uosd formazione ha dato indicazioni in merito segnalando la necessità della evidenza. Previsione di più livelli di autorizzazione : le proposte formative raccolte dalla analisi dei bisogni delle u.o. vengono inviate alla valutazione struttura (dipartimento	Direttori di u.o. e coordinatori, direttori di struttura, comitato scientifico, direttore uosd formazione, direzione generale	annuale per le proposte e in piano formativo e ad ogni singola proposta a fuori piano	Nota di avvio raccolta bisogni; scheda di supporto alla analisi dei bisogni mail di trasmissione della nota e scheda; evidenze del coinvolgimento del personale delle uo. (in loco presso le uu.oo): note di trasmissione delle proposte del piano ai direttori di struttura e comitato; verbale sedute del comitato scientifico					4,4	3,4	0,5	B
---	---	--	-----	-----	-----	-----	----	---	---	---	--	--	--	--	--	-----	-----	-----	---



2	Micro progettazioni e attività	<p>Indicazioni al dirigente affinché scelga un fornitore (ente formatore) senza:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il rispetto di criteri di valutazione oggettivi;</li> <li>- il rispetto dei parametri/ obiettivi economici aziendali definiti dal regolamento/procedura</li> </ul>	3,6	3,6	12,8	4,0	MA	<p>Esistenza di una procedura per la micro-progettazione che comprende anche i limiti di spesa aziendali e definiti. 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. Il direttore di uo individua i docenti esterni, sulla</p>	<p>Il controllo è previsto in diversi livelli:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- project manager;</li> <li>- funzionario addetto agli incarichi;</li> <li>- direttore uosd formazione</li> </ul>	ad ogni progetto	<p>Mod A e B relativi al progetto con firme autorizzative;</p> <p>Curricula dei docenti esistenza di tre preventivi per incarichi alle ditte</p>	4,1	3,1	0,9	B
---	--------------------------------	--	-----	-----	------	-----	----	---	---	------------------	--	-----	-----	-----	---



			parcellizzazione degli incarichi	3,4	3,6	12,1	4,0	MA	esistenza elenco incarichi per il controllo del non superamento dei 40.000,00 € di incarichi	Il controllo è previsto in diversi livelli: - project manager; - funzionario addetto agli incarichi; - direttore uosd formazione	ad ogni progetto	file elenco incarichi					4,4	3,4	0,6	B
3	Erogazione della formazione e liquidazione del compenso al docente / ente formatore		Liquidazione di compensi per corsi non erogati / non autorizzati	2,7	3,6	9,5	3,0	M	esistenza della modulistica di progettazione e 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	personale della uosd addetto alla liquidazione fatture/ note - direttore uosd formazione	ad ogni progetto	presenza Modulistica di progettazione e autorizzazione del dirigente uosd; presenza lettera di incarico coerente con la progettazione scientifica ed i costi presenza firme attestanti l'effettiva docenza (firma docente e validazione del responsabile scientifico del progetto)					4,4	3,4	0,5	B



P061 - GESTIONE INVIO DIPENDENTI A CORSI SPONSORIZZATI

GESTIONE INVIO DIPENDENTI A CORSI SPONSORIZZATI			AREA RISCHI					AREA CONTROLLI / MISURE DI MITIGAZIONE DEI RISCHI												
CO D FA SE	FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	P	I	IR: PxL	RL: Rischio Lordo normal izzato (1-5)	Valuta- zione Qualita- tiva Rischio Lordo	Descrivere sinteticamente il controllo	SE ATTUALE: descrizione dettaglio			SE FUTURO: piano di attuazione controlli/misure				VC: Valutazion e del Controllo	C: Valore Controllo o Normali- zato (0-4)	RN: Rischio Netto	Valutazi one Qualitati va Rischio Residuo
										Resp. Controllo	Frequenza	Evidenza	Responsab ilità	Obiettivo (mitigazio ne, eliminazio ne, trasferime nto del rischio)	Scadenza	% Realizza- zione				
1	avvio istruttoria e individuazione partecipante	Comunicazione disponibilità a sponsorizzare da parte della ditta	frequenza a corsi sponsorizzati in cambio di prescrizioni e farmaci o acquisto attrezzature	3,7	3,4	12,6	4,0	MA	analisi dei dati di prescrizione e/o acquisto attrezzature del singolo sanitario che partecipa a corsi sponsorizzati				servizio farmaceutico	trasferimento del rischio	va previsto un incontro con il servizio farmaceutico e gli acquisti, in cui si mettono a punto i flussi comunicativi	0	0,0	0,0	4,0	MA
		invio comunicazione al resp. UO/dipartimento/struttura individuata partecipante da parte del resp. UO/direttore dipartimento/struttura	mancato criterio della rotazione	3,6	2,5	8,9	3,0	M	limite massimo annuale di 2 partecipazioni a corsi sponsorizzati per dipendente, 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	Personale assegnato alla gestione dei corsi sponsorizzati	mensile, ad ogni adozione della deliberazione e autorizzativa alla partecipazione ad iniziative sponsorizzate	file excel riepilogo delle partecipazioni ad eventi sponsorizzati che riporta la casa farmaceutica o produttrice apparecchiature, cognome e nome del partecipante al corso e date dello stesso				4,0	3,0	0,5	B	



			presenza di situazioni di conflitto di interesse per il direttore di UO o il dipendente individuato	3,6	2,8	9,9	3,0	M	in base al regolamento di cui sopra 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	Personale assegnato alla gestione dei corsi sponsorizzati	ad ogni richiesta	presenza autocertificazioni						4,1	3,1	0,5	B
2	autorizzazione	autorizzazione direzione medica e alla ditta	la nomina viene effettuata senza il rispetto delle procedure previste dal regolamento	3,7	2,5	9,3	3,0	M	verifica della presenza della firma del direttore medico di ospedale di riferimento	Personale assegnato alla gestione dei corsi sponsorizzati	ad ogni richiesta	presenza della firma						4,4	3,4	0,5	B

P063-GESTIONE DEI SINISTRI E GESTIONE DIRETTA DELL'AUTOASSICURAZIONE

GESTIONE DEI SINISTRI RCT E GESTIONE DIRETTA DELL'AUTOASSICURAZIONE			AREA RISCHI					AREA CONTROLLI / MISURE DI MITIGAZIONE DEI RISCHI												
CO D FAS E	FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	P	I	IR: Pxl	RL: Rischio Lordo normalizz ato (1-5)	Valutazi one Qualitati va Rischio Lordo	Descrivere sinteticam ente il controllo	SE ATTUALE: descrizione dettaglio			SE FUTURO: piano di attuazione controlli/misure				VC: Valutazi one del Controll o	C: Valore Controllo Normalizz ato (0-4)	RN: Risch io Nett o	Valutazi one Qualitati va Rischio Residuo
										Resp. Controllo	Freque nza	Evidenza	Responsab ilità	Obiettivo (mitigazio ne, eliminazio ne, trasferime nto del rischio)	Scaden za	% REALIZZAZI ONE				
1si n	ATTIVITA' PRELIMINAR E	(Ufficio Protocollo) acquisita /ricevuta la RICHIESTA RISARCIMENTO DANNI/segnalazione la assegnata all'UOC Affari generali		-	-	-	1,0	B							0,0	0,0	1,0	B		
	ATTIVITA' PRELIMINAR E	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	3,2	3,0	9,5	3,0	M	l'ufficio verifica la competenza dell'azienda e l'eventuale prescrizione e della richiesta	responsabile istruttori	per ogni denuncia di sinistro	formale reiezione (con nota protocollata) del sinistro			4,0	3,0	0,5	B		
	ATTIVITA' PRELIMINAR E	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 e promuove un'azione giudiziale per riconoscere un diritto inesistente		2,1	1,8	3,8	2,0	MB						0,0	0,0	2,0	MB		



2 sin	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	2,1	3,4	7,1	3,0	M	l'ufficio verifica se il sinistro rientra o meno tra i casi da gestire direttamente	responsabile istruttoria	per ogni denuncia di sinistro	formale trasmissione (con nota protocollata) della denuncia del sinistro all'assicurazione							4,7	3,7	0,5	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)		-	-	-	1,0	B											0,0	0,0	1,0	B
	APERTURA SINISTRO	comunicare/trasmettere all'Ufficio Unico Sinistri la Richiesta di Risarcimento Danni		-	-	-	1,0	B											0,0	0,0	1,0	B
	APERTURA SINISTRO	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 e promuove un'azione giudiziale per riconoscere un diritto inesistente	2,1	1,8	3,8	2,0	MB											0,0	0,0	2,0	MB



3 sin	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				1,0	B								0,0	0,0	1,0	B
	ISTRUTTORIA	richiedere a (Risk Manager / Direzione Medica Ospedale distretto Pieve di Soligo) di individuare gli Esercenti Professioni Sanitarie (EPS) coinvolti nel sinistro (se è urgente altrimenti provvederà il CVS)				1,0	B								0,0	0,0	1,0	B
	ISTRUTTORIA	caricare in GSRC tutta la documentazione acquisita (dal denunciante e comunicare all'UUS la chiusura dell'istruttoria				1,0	B								0,0	0,0	1,0	B
4 sin	GESTIONE SINISTRO	acquisire da CVS parere su definizione sinistro (rigetto o avvio trattative ed importo massimo entro il quale trattare)				1,0	B								0,0	0,0	1,0	B
	GESTIONE SINISTRO	predisporre provvedimento approvazione/ NON approvazione da parte del DG del parere del CVS				1,0	B								0,0	0,0	1,0	B



	GESTIONE SINISTRO	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	2,5	2,6	6,4	3,0	M	l'ufficio verifica l'adozione del provvedimento del DG (che prende atto parere CVS) e comunica al denunciante e la reiezione del sinistro	responsabile istruttoria	per ogni denuncia di sinistro	formale reiezione (con nota protocollata) del sinistro, in GSRC caricamento della nota e chiusura del sinistro							4,0	3,0	0,5	B
	GESTIONE SINISTRO	comunicare ad UUS autorizzazione ad avviare trattative con denunciante		-	-	-	1,0	B											0,0	0,0	1,0	B
	GESTIONE SINISTRO	fare agli Esercenti Professioni Sanitarie (EPS) individuati dal CVS la comunicazione prevista dall'art.13 della legge n.24/2017		-	-	-	1,0	B											0,0	0,0	1,0	B
	GESTIONE SINISTRO	ricevuta da UUS comunicazione dell'esito negativo delle trattative, in GSRC aggiornare i dati comprese le riserve, chiudere il sinistro ed archiviare la documentazione		-	-	-	1,0	B											0,0	0,0	1,0	B
5 sin	LIQUIDAZIONE SINISTRO	acquisire originale della quietanza (predisposta da UUS e sottoscritta dal denunciante) di definizione del giudizio ed della relativa somma da erogare		-	-	-	1,0	B											0,0	0,0	1,0	B



	LIQUIDAZIONE SINISTRO	predisporre provvedimento con il quale il DG autorizza la liquidazione sinistro		-	-	-	1,0	B								0,0	0,0	1,0	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	2,1	3,2	6,7	3,0	M	segregazione e 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")	responsabile istruttori a	per ogni denuncia di sinistro	distinte abilitazioni in Crednet-Navision, richiesta scritta da UOC affari generali a UOC Contabilità e Bilancio allegando originale quietanza sottoscritta dal beneficiario				4,0	3,0	0,5	B
6 sin	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	2,7	2,2	5,8	2,0	MB	verifica CRO Bonifico con UOC contabilità e bilancio PRIMA di chiusure il sinistro	responsabile istruttori a	per ogni denuncia di sinistro	comunicazione da "mandati@aulss2.veneto.it" tramite email del Codice Riferimento Operazione del Bonifico del sinistro				4,0	3,0	0,5	B



	COMUNICAZIONI E ADEMPIMENTI SUCCESSIVI ALLA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO	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)				1,0	B									0,0	0,0	1,0	B
--	---	--	--	--	--	-----	---	--	--	--	--	--	--	--	--	-----	-----	-----	---

**N.B.: Il processo in questione è in una fase di riorganizzazione delle attività perciò la sovrascritta tabella sarà ultimata nel corso del 2020**

P064-GESTIONE DEL CONTENZIOSO

GESTIONE DEL CONTENZIOSO			AREA RISCHI					AREA CONTROLLI / MISURE DI MITIGAZIONE DEI RISCHI												
COD FAS E	FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	P	I	IR: Pxl	RL: Rischio Lordo normalizzato (1-5)	Valutazione Qualitati va Rischio Lordo	Descrivere sinteticamente il controllo	SE ATTUALE: descrizione dettaglio			SE FUTURO: piano di attuazione controlli/misure				VC: Valutazione del Controllo	C: Valore Controllo Normalizzato (0-4)	RN: Rischio Netto	Valutazione Qualitati va Rischio Residuo
										Resp. Controllo	Frequenza	Evidenza	Responsabilità	Obiettivo (mitigazione, eliminazione, trasferimento del rischio)	Scadenza	% REALIZZAZIONE				
1 caus	ATTIVITA' PRELIMINARE	ACCETTAZIONE NOTIFICA ATTO GIUDIZIARIO	ricezione/presa in carico di un atto giudiziario notificato all'azienda in luogo diverso dalla Sede Legale dell'Ente	3,9	3,0	11,6	4,0	MA	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				Direttore UOC affari generali	eliminare rischio	31/12/2020	0%	4,0	3,0	1,0	B
1 caus	ATTIVITA' PRELIMINARE	(Ufficio Protocollo) acquisito /ricevuto l'ATTO GIUDIZIARIO regolarmente e notificato, lo assegna all'UOC Affari generali		-	-	-	1,0	B									0,0	0,0	1,0	B



1 caus	ATTIVITA' PRELIMINAR E	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'assicurazi one	2,6	3,0	7,8	3,0	M	l'ufficio verifica che effettivamente non vi sia una copertura assicurativa con riferimento alla causa promossa	responsa bile istruttori a	per ogni causa	formale trasmissione (con nota protocollata) dell'atto giudiziario all'assicurazione per la presa in carico della causa (designazione avvocato, assunzione diretta relative spese, ecc.)						4,0	3,0	0,5	B
2 caus	SCELTA LEGALE	individuare il legale cui (eventualme nte) conferire l'incarico	l'azienda nella scelta del legale non rispetta il criterio dell'equa ripartizione degli incarichi (suggerito dalle linee guida ANAC)	4,2	3,0	12,6	4,0	MA	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	responsa bile istruttori a	per ogni causa	aggiornamento del file condiviso con indicazione del nuovo incarico conferito						4,0	3,0	1,0	B
2 caus	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 giustificazion e (es sopravvenut a complessità della causa) da parte di questi	4,2	3,0	12,6	4,0	MA	verificare che il preventivo inviato sia conforme ai minimi tariffari utilizzando il relativo file in cartella condivisa (o strumento analogo)	responsa bile istruttori a	per ogni causa	tra la documentazione istruttoria della proposta di delibera di conferimento dell'incarico, è stato trasmesso anche il "documento" dal quale emerge la conformità del preventivo ai minimi						4,0	3,0	1,0	B



2 caus	SCelta LEGALE	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	4,2	3,0	12,6	4,0	MA	acquisire il curriculum vitae e verificare la coerenza tra l'esperienza da questo documentata e l'incarico da conferire	responsa bile istruttori a	per ogni causa	"caricato" con la proposta di delibera di conferimento dell'incarico nel programma webbrainbow e pubblicato in amministrato trasparente il CV del legale						4,0	3,0	1,0	B
2 caus	SCelta LEGALE	chiedere al legale individuato dichiarazione e 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	4,2	3,0	12,6	4,0	MA	acquisita la dichiarazione sostitutiva, verificare che da quanto in questa dichiarato non emergano situazioni di incompatibilità e/o conflitto di interessi con l'azienda	responsa bile istruttori a	per ogni causa	"caricati" con la proposta di delibera di conferimento dell'incarico nel programma webbrainbow e pubblicati in amministrato trasparente la dichiarazione sostitutiva del legale e la certificazione del Direttore dell'UOC affari generali sull'assenza di situazioni di incompatibilità					4,0	3,0	1,0	B	
3 caus	GESTIONE CAUSA	monitoraggi o 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)	4,2	3,0	12,6	4,0	MA	tutte le comunicazioni inerenti la causa trasmesse dall'avvocato vengono protocollate ed assegnate al Responsabile dell'istruttoria che provvede a "monitorare" gli adempimenti	responsa bile istruttori a	per ogni causa	nel fascicolo cartaceo e digitale di ogni causa vengono conservate tutte le comunicazioni relative alla causa stessa					4,0	3,0	1,0	B	



3 caus	GESTIONE CAUSA	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	4,2	3,0	12,6	4,0	MA	annualmente viene richiesto al legale di comunicare lo stato dell'arte della causa e la probabilità o meno di soccombenza	responsabile istruttori a	1 volta all'anno	nelle rendicontazioni trimestrali al Bilancio sono stati richiesti adeguamenti/aggiornamenti delle somme da accantonare alla luce (anche) delle comunicazioni dei legali					4,0	3,0	1,0	B
4 caus	CONCLUSIONE CAUSA	pagare a controparte quanto dovuto in caso di soccombenza	non pagare tempestivamente e spontaneamente quanto dovuto	4,2	3,0	12,6	4,0	MA	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	responsabile istruttori a	per ogni causa	delibera di autorizzazione al pagamento e liquidazione di quanto dovuto alla controparte					4,0	3,0	1,0	B

P071-GESTIONE DELLE RICERCHE SANITARIE FINALIZZATE E PROGETTI DI RICERCA (ESCLUSO LE RICERCHE CLINICHE)

GESTIONE DELLE RICERCHE SANITARIE FINALIZZATE E PROGETTI DI RICERCA (ESCLUSO LE RICERCHE CLINICHE)			AREA RISCHI					AREA CONTROLLI / MISURE DI MITIGAZIONE DEI RISCHI												
CO D FA SE	FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	P	I	IR: PKI	RL: Rischio Lordo normaliz zato (1- 5)	Valutaz ione Qualita tiva Rischio Lordo	Descrivere sinteticamente il controllo	SE ATTUALE: descrizione dettaglio			SE FUTURO: piano di attuazione controlli/misure				VC: Valutazi one del Controllo	C: Valore Controllo Normaliz zato (0-4)	RN: Risc hio Netto	Valutazi one Qualita tiva Rischio Residuo
										Resp. Controllo	Freq.	Evidenza	Responsa bilità	Obiettivo (mitigazio ne, eliminazi one, trasferim ento del rischio)	Scadenza	% REALIZZAZI ONE				
1	Presentazione del progetto da parte del Responsabile di progetto	Presentazione del progetto da parte del Responsabile di progetto	Pressioni del finanziatore al Responsabile di progetto per presentare e finanziare un progetto al fine di ottenere dei vantaggi economici / non economici	3,0	2,6	7,7	3,0	M	il CdG provvede a una valutazione di possibili conflitti di interesse in caso di sponsorizzazioni da privati profit	CdG	ad evento	Griglia conflitto di interessi	CdG	mitigazione		20	2,5	1,5	1,50	MB
			Pressioni del Responsabile di Progetto al finanziatore per finanziare un progetto in cambio di vantaggi economici / non economici	3,0	3,4	10,0	4,0	MA	il CdG provvede a una valutazione di possibili conflitti di interesse in caso di sponsorizzazioni da privati profit	CdG	ad evento	Griglia conflitto di interessi	CdG	mitigazione		50	2,5	1,5	2,50	M



2	Valutazione del progetto	Valutazione e approvazione del progetto	Pressioni del Responsabile di Progetto ai soggetti valutatori per la positiva valutazione del progetto	2,6	1,8	4,7	2,0	MB	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, il precedente piano di contenimento non è più applicabile, pertanto 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.	Direzione Strategica	ad evento	Griglia CdG controfirmata dai Direttori. Griglia conflitto di interessi	CdG	mitigazione	31/12/2019	50	4,0	3,0	0,50	B
			Pressioni del o al Responsabile di Progetto per evitare la valutazione del progetto da parte del Comitato Etico	1,9	3,5	6,7	3,0	M	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.	Nucleo Ricerca Clinica	ad evento	parere del Nucleo di Ricerca Clinica	CdG	mitigazione			4,6	3,6	0,50	B
3	Avvio del progetto	Avvio del progetto: Acquisizione e di beni/servizi per il progetto	Pressioni al Responsabile di Progetto da parte di un fornitore per acquisire beni/servizi diversi da quanto programmato	2,1	2,0	4,2	2,0	MB	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)	CdG	ad evento	notifica all'Ente Finanziatore con eventuale riscontro richiesto	CdG	mitigazione		100	3,0	2,0	0,50	B







			Pressioni al Responsabile di Progetto per definire un compenso maggiore per il personale dedicato al progetto	2,1	3,0	6,3	3,0	M	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.	CdG	ad evento	Documentazione di progetto compenso medio fornito dal Servizio Personale	CdG	mitigazione	100	5,0	4,0	0,50	B
			Pressioni al Responsabile di Progetto per favorire l'assunzione di determinate risorse esterne	2,3	2,0	4,6	2,0	MB	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	CdG	ad evento	Documentazione di progetto e richiesta responsabile con specifiche per avviso pubblico di selezione	CdG	mitigazione	100	4,1	3,1	0,50	B
4	Monitoraggio del progetto con eventuale invio rendicontazioni periodiche	Monitoraggio del progetto con eventuale invio rendicontazioni periodiche	Pressioni al Responsabile di Progetto per presentare stati di avanzamento non corrispondenti a quanto realizzato effettivamente	2,6	3,8	9,9	3,0	M	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.	CdG	ad evento	Relazione intermedia con risultati ottenuti; file xls di monitoraggio	CdG	mitigazione	50	2,7	1,7	1,30	MB







5	Conclusione del progetto con relazione finale e diffusione dei risultati del progetto	Conclusion e del progetto con relazione finale e diffusione dei risultati del progetto	Pressioni al Responsabile di Progetto per redigere una relazione finale riportante risultati non corrispondenti a quanto realizzato effettivamente	2,6	3,8	9,9	3,0	M	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.	CdG	ad evento	Relazione finale con risultati ottenuti; file xls di monitoraggio	CdG	mitigazione	50	2,7	1,7	1,30	MB
			Pressioni al Responsabile di Progetto per ripianificare il progetto oltre alla scadenza definita inizialmente	2,6	2,0	5,2	2,0	MB	La richiesta motivata di ripianificare il progetto deve essere inoltrata al CdG che verifica la disponibilità economica residua. La ripianificazione del progetto deve essere successivamente autorizzata dall'ente finanziatore.	CdG	ad evento	Autorizzazione e dell'ente finanziatore alla ripianificazione e del progetto	CdG	mitigazione	100	4,0	3,0	0,50	B
			Pressioni al Responsabile di Progetto per rifinanziare il progetto oltre l'importo definito inizialmente	2,3	1,2	2,7	1,0	B	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.	CdG	ad evento	Delibera di rifinanziamento; autorizzazione e dell'ente finanziatore al rifinanziamento del progetto	CdG	mitigazione	100	5,0	4,0	0,50	B

## P072-GESTIONE DELLE SPERIMENTAZIONI E RICERCHE CLINICHE (PROFIT E NO PROFIT)

Gestione delle sperimentazioni e ricerche cliniche (profit e no profit)			AREA RISCHI					AREA CONTROLLI / MISURE DI MITIGAZIONE DEI RISCHI												
COD FASE	FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	P	I	IR: Pxl	RL: Rischio Lordo normalizzato (1-5)	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Descrivere sinteticamente il controllo	SE ATTUALE: descrizione dettaglio			SE FUTURO: piano di attuazione controlli/misure				VC: Valutazione del Controllo	C: Valore Controllo Normalizzato (0-4)	RN: Rischio Netto	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
										Resp. Controllo	Frequenza	Evidenza	Responsabilità	Obiettivo (mitigazione, eliminazione, trasferimento del rischio)	Scadenza	% REALIZZAZIONE				
1	Richiesta di sperimentazione e valutazione della stessa da parte del Comitato etico (CESC)	proposta di conduzione di studio al PI da parte del Promotore	Pressioni allo sperimentatore, da parte del Promotore, per effettuare studi di ricerca senza autorizzazione	2,5	4,6	11,3	4,0	MA	<p><b>Ipotesi piano di contenimento da implementare 1/2019:</b> l'azienda prevede dei piani di attività formativa finalizzati alla conoscenza della normativa vigente e delle GCP, per un corretto avvio e una adeguata gestione degli studi clinici.</p> <p>La STS, in collaborazione con il NRC, chiede al personale delle UO di specificare se siano effettuate altre attività (studi/raccolte dati/procedure) oltre a quelle elencate ai fini del monitoraggio degli studi, con l'obiettivo di individuare eventuali sperimentazioni/progetti avviati senza la preventiva autorizzazione del Comitato Etico. (A titolo esemplificativo: il NRC incontra il personale delle UO nelle quali sono risultati in corso studi avviati senza la preventiva autorizzazione del CESC e propone la partecipazione ad attività formativa)</p>	STS NRC	Annuale	- Modulo di monitoraggio per l'anticorruzione - Relazione conclusiva dell'attività formativa	Responsabile STS	mitigazione	30/11/2019	50%	2,0	1,0	3,0	M







2	Individuazione dei pazienti arruolabili	Pressioni allo sperimentatore, da parte del paziente, per essere arruolato e ricevere la cura sperimentale pur non avendo i requisiti necessari per rientrare nello studio	3,0	2,5	7,4	3,0	M	<p>Il monitor del Promotore/CRO (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" 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 n. 1222 del 19/07/2018 ha avviato il Progetto CTQT/CTO 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. impegnate in ricerca, di implementare le attività di ricerca clinica profit e no profit (con particolare attenzione agli studi con farmaci innovativi). 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><b>Ipotesi piano di contenimento da implementare 1/2019:</b></p> <p>l'azienda prevede dei piani di attività formativa finalizzati alla conoscenza della normativa vigente e delle GCP, per un corretto avvio e una adeguata gestione degli studi clinici.</p>	Monitor del Promotore/CRO Data Manager di UO STS	Ad evento	- Relazione conclusiva dell'attività formativa - Report della visita di monitoraggio	Responsabile STS	mitigazione del rischio	30/11/2019	50	3,3	2,3	0,7	B
---	---	--	-----	-----	-----	-----	---	--	--	-----------	--	------------------	-------------------------	------------	----	-----	-----	-----	---



3	Avvio e monitoraggio del processo di sperimentazione		Pressioni agli uffici STS/NRC, da parte del Promotore, perché non venga avviata l'attività contabile relativa agli studi o venga interrotta.	3,0	4,8	14,2	4,0	MA	<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><b>Ipotesi piano di contenimento da implementare 2/2019:</b> 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 di procedere con l'attività contabile in caso di mancata fatturazione o di ritardo nei pagamenti.</p>	Sperimentatore principale e Responsabile STS (Distretto di Treviso) Referente e NRC (Distretti di Asolo e Pieve di Soligo)	Ad eventuale	- Report fatturazione da FmP - Mail ai Promotori	Il Responsabile STS/Referente NRC o un suo delegato	mitigazione del rischio	30/11/2019	70%	3,3	2,3	1,7	MB
---	--	--	--	-----	-----	------	-----	----	---	--	--------------	--	---	-------------------------	------------	-----	-----	-----	-----	----



4	Conclusione del processo di sperimentazione	Pressioni allo sperimentatore, da parte del Promotore, nella formulazione di dati finalizzati all'esito della ricerca	2,8	4,2	11,6	4,0	MA	<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>	Monitor del Promotore/CRO Data Manager di UO	Ad evento	Follow up letter del monitoraggio del Promotore/CRO							4,0	3,0	1,0	B
		Pressioni al data manager, da parte del Promotore, nella formulazione di dati finalizzati all'esito della ricerca	2,8	4,2	11,6	4,0	MA	<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>	Monitor del Promotore/CRO Sperimentatore principale	Ad evento	Follow up letter del monitoraggio del Promotore/CRO								4,0	3,0	1,0



5	Rendicontazioni periodiche per la ripartizione delle quote derivanti dalla sperimentazione	Pressioni dello sperimentatore agli uffici STS, NRC e Contabilità e Bilancio per destinare il fondo UO derivante dalla quota paziente per attività non autorizzate (cene, regali, ecc)	3,2	3,0	9,5	3,0	M	<p>Il Regolamento CESC precisa i vincoli di destinazione dei fondi UO.</p> <p>Gli uffici STS/NRC ricordano agli sperimentatori il vincolo di destinazione dei fondi UO secondo quanto previsto dal Regolamento CESC, ogniqualvolta vengano richieste informazioni relative all'entità dei fondi a disposizione.</p> <p>Gli uffici STS, NRC e Contabilità e Bilancio verificano la pertinenza della destinazione dei Fondi UO derivanti dalla quota paziente, secondo quanto previsto dal Regolamento CESC (Allegato 4).</p> <p>Gli operatori degli uffici STS, NRC e Contabilità e Bilancio allegano la documentazione giustificativa delle spese relative allo studio, al fine di consentire al Responsabile di effettuare un controllo di coerenza ed individuare possibili anomalie, prima di procedere all'autorizzazione per la liquidazione dei rimborsi.</p> <p>L'UO Gestione Risorse Umane verifica la documentazione giustificativa delle spese relative allo studio, prima di procedere alla liquidazione dei rimborsi.</p>	Responsabile STS (Distretto di Treviso) Responsabile UO Contabilità e Bilancio (Distretto di Pieve di Soligo) Referente NRC (Distretto di Asolo) UO Gestione Risorse Umane	Ad evento	- Regolamento per il funzionamento del Comitato Etico - Documentazione giustificativa	4,0	3,0	0,5	B
---	--	--	-----	-----	-----	-----	---	---	---	-----------	--	-----	-----	-----	---



			Pressioni agli uffici STS/NRC, da parte dello sperimentatore, per autorizzare l'attribuzione dei corrispettivi in assenza di ore aggiuntive rispetto all'attività istituzionale	2,5	3,0	7,4	3,0	M	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.	UO Gestione Risorse Umane Responsabile STS (Distretti di Treviso e Pieve di Soligo) Referente NRC (Distretto di Asolo)	Ad event o	Mail della UO Gestione Risorse Umane sulla presenza delle ore aggiuntive					4,0	3,0	0,5	B
--	--	--	---	-----	-----	-----	-----	---	---	--	---------------	--	--	--	--	--	-----	-----	-----	---



Pressioni su chi effettua i controlli (STS/NRC), da parte dello sperimentatore, per rendicontare 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.

3,5

2,2

7,7

3,0

M

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.

**Ipotesi piano di contenimento da implementare 3:**

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

Monitor del Promotore/CRO Data Manager di UO Responsabile STS (Distretti di Treviso e Pieve di Soligo) Referente e NRC (Distretto di Asolo)

Ad evento

- Attività rendicontate nella scheda CRF  
- Benestare al pagamento  
- Prospetto riepilogativo di ripartizioni e fatture incassate nell'anno  
- Prospetto studi (for profit e no profit con contributi) per i quali sono previste prestazioni non routinarie

Il Responsabile STS/Referente NRC

mitigazione del rischio

30/11/2019

70%

3,7

2,7

0,3

B





			Pressioni sugli uffici STS e NRC, da parte dello sperimentatore, per ripartire le quote derivanti dalla ricerca clinica secondo percentuali diverse da quanto previsto dal Regolamento CESC.	3,5	2,2	7,7	3,0	M	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. Gli studi valutati vengono registrati nei database aziendale e regionale e viene data evidenza della ripartizione delle quote. <b>Ipotesi piano di contenimento da implementare</b> <b>4:</b> 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.	Responsabile STS (Distretti di Treviso e Pieve di Soligo) Referente NRC (Distretto di Asolo)	Ad eventuale	- Prospetto ripartizione e quote relativo a ciascuno studio'- Prospetto riepilogativo di ripartizione e fatture incassate nell'anno	Il Responsabile STS/Referente NRC	mitigazione del rischio	30/11/2019	70%	3,4	2,4	0,6	B
--	--	--	--	-----	-----	-----	-----	---	---	--	--------------	---	-----------------------------------	-------------------------	------------	-----	-----	-----	-----	---



**P075-RECUPERO CREDITI**

RECUPERO CREDITI			AREA RISCHI					AREA CONTROLLI / MISURE DI MITIGAZIONE DEI RISCHI												
CO D FA SE	FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	P	I	IR: Pxl	RL: Rischio Lordo normalizz ato (1-5)	Valutazi one Qualitati va Rischio Lordo	Descrivere sinteticamente il controllo	SE ATTUALE: descrizione dettaglio			SE FUTURO: piano di attuazione controlli/misure				VC: Valutazi one del Controllo	C: Valore Controllo Normalizz ato (0-4)	RN: Rischio Netto	Valutazi one Qualitati va Rischio Residuo
										Resp. Controllo	Frequen za	Evidenza	Responsab ilità	Obiettivo (mitigazio ne, eliminazio ne, trasferime nto del rischio)	Scade nza	% REALIZZAZI ONE				
1	Estrazioni e basi dati	ricezione dati da azienda zero e controllo di gestione (autocertificazioni)	errata/mancata/incompleta ricezione dei dati	2,1	3,2	6,7	3,0	M							0,0	0,0	3,0	M		
			errata assegnazione della competenza della circolare	3,2	3,2	10,1	4,0	MA							0,0	0,0	4,0	MA		
		estrazione dei dati dagli applicativi aziendali di cup - cassa // ricezione elenchi da parte degli servizi Ulss	errata/mancata/incompleta ricezione dei dati	2,7	3,2	8,5	3,0	M							0,0	0,0	3,0	M		

2	Elaborazione dei dati e invio dei solleciti	valutazione delle singole posizioni secondo regolamento aziendale e secondo la normativa	errata/incompleta valutazione delle posizioni	3,6	3,0	10,7	4,0	MA	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)	incaricato istruttoria	giornaliera	data e firma del controllo effettuato sulla pratica	4,0	3,0	1,0	B
		invio dei solleciti secondo regolamento aziendale	errato o ritardato invio del sollecito	3,1	2,5	7,6	3,0	M	un soggetto diverso dall'incaricato all'istruttoria verifica l'operato dello stesso	Posizione Organizzativa	giornaliera	data e firma del controllo effettuato sulla pratica (cartaceo/informatico) (per DSS TV applicativo Cortese)	4,0	3,0	0,5	B
3	Chiusura delle posizioni creditorie e gestione dei contenziosi	Pagamento con ccp (DSS Treviso): recepimento negli applicativi Cortese e Navision del tracciato Bancoposta e chiusura della pratica con contestuale contabilizzazione	comunicazione errata sollecito con addebito sanzioni	2,5	2,2	5,4	2,0	MB	gestione automatizzata di acquisizione tracciato Bancoposta direttamente in applicativo Cortese	incaricato istruttoria	mensile	stampa riepilogativa posizioni aperte/chiusure in applicativo Cortese (DSS TV)	4,0	3,0	0,5	B



Pagamento in cassa: chiusura della pratica (da qui in avanti prosegue come processo di gestione cassa)	comunicazione errato sollecito con addebito sanzioni	2,5	2,0	4,9	2,0	MB	richiesta a incaricato istruttoria trasmissione copie ricevute di pagamento per registrazione in applicativo gestione crediti (Cortese per DSS TV)	Posizione Organizzativa	mensile	trasmissione dell'incaricato all'istruttoria delle ricevute di pagamento							4,0	3,0	0,5	B
Pagamento con bonifico bancario: registrazione nell'applicativo o Navision del documento da incassare con comunicazione e all'ufficio recupero crediti/verifiche amministrative e per chiusura della pratica nel gestionale Contese.	comunicazione errato sollecito con addebito sanzioni	2,5	3,0	7,4	3,0	M	trasmissione UOC Contabilità e Bilancio copia pagamento effettuato per chiusura contabile posizioni	incaricato istruttoria	mensile								3,0	2,0	1,0	B
se l'utente presenta ricorso: valutazione della fondatezza dell'istanza con annullamento della pratica o emissione del sollecito	errata o incompleta valutazione delle posizioni	3,7	3,0	11,1	4,0	MA	la documentazione inerente al ricorso è valutata e verificata da incaricato all'istruttoria/Posizione Organizzativa/ Direttore UOC DAT	incaricato istruttoria e Direttore UOC	settimanale								4,0	3,0	1,0	B

**P078-CONSULENZE E VENDITA DI PRESTAZIONI ESTERNE IN LP**

CONSULENZE/VENDITA DI PRESTAZIONI ESTERNE IN LP (INCLUSA VENDITA DI PRESTAZIONI A ULSS/AO PER PROPRI RICOVERATI IN SSN)			AREA RISCHI					AREA CONTROLLI / MISURE DI MITIGAZIONE DEI RISCHI												
CO D FA SE	FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	P	I	IR: PxI	RL: Rischio lordo normali zzato (1-5)	Valuta zione Qualita tiva Rischio Lordo	Describe re sintetica mente il controllo	SE ATTUALE: descrizione dettaglio			SE FUTURO: piano di attuazione controlli/misure				VC: Valuta zione del Contro llo	C: Valore Controll o Normali zzato (0-4)	RN: Risc ho Net to	Valuta zione Qualita tiva Rischio Residu o
										Resp. Controll o	Frequ enza	Evide nza	Respons abilita' tà	Obiettiv o (mitigazi one, eliminaz ione, trasferi mento del rischio)	Scad enza	% REALIZZA ZIONE				
1	attivazione/rinnovo dell'atto deliberativo e preparazione della convenzione ( la richiesta parte del centro)	<p>verifica possesso requisiti dirigenti (esclusività r.l. , tempo pieno, consulenza indicata nel bando)</p> <p>verifica requisiti struttura sanitaria (no accreditata, autorizzazione comunale, composizione societaria)</p> <p>raccolta parere da DPO e Direttore U.O.C. di appartenenza medico</p>	autorizzare medici o strutture non in possesso dei requisiti previsti	2,5	2,0	4,9	2,0	MB	mitigare il rischio attraverso o utilizzo di una check list per dare evidenza di un controllo a campione sia sui requisiti del medico che sulla struttura	collaboratore e dirigente	trimestrale					2,9	1,9	0,1	B	



2	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.	3,2	2,8	8,8	3,0	M	mitigare il rischio attraverso l'utilizzo di una check list per dare evidenza di un controllo a campione relativo ad accessi/o rari di effettuazione	collaboratore e dirigente	trimestrale							2,6	1,6	1,4	MB
3	ripartizione incassi ai dirigenti	predisposizione del report di ripartizione degli incassi su foglio excel e invio al servizio del personale	errata ripartizione dei proventi	3,5	2,8	9,8	3,0	M	mitigare il rischio attraverso l'utilizzo di una check list per dare evidenza di un controllo a campione e tra importi incassati e ripartiti	collaboratore e dirigente	trimestrale							2,6	1,6	1,4	MB

P079-GESTIONE DELLE CONVENZIONI CON TERZI

Convenzioni con terzi			AREA RISCHI					AREA CONTROLLI / MISURE DI MITIGAZIONE DEI RISCHI											
CO D FAS E	FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	P	I	IR: PxI	RL: Rischio Lordo normalizzato (1-5)	Valutazio ne Qualitati va Rischio Lordo	Descrivere sinteticame nte il controllo	SE ATTUALE: descrizione dettaglio			SE FUTURO: piano di attuazione controlli/misure			VC: Valutazio ne del Controllo	C: Valore Controllo Normalizz ato (0-4)	RN: Rischi o Netto	Valutazio ne Qualitati va Rischio Residuo
										Resp. Controllo	Frequen za	Eviden za	Responsabi lità	Obiettivo (mitigazio ne, eliminazio ne, trasferime nto del rischio)	Scaden za				
1	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	2,6	2,0	5,2	2,0	MB	mitigare il rischio attraverso una check list di controllo e dal turnover del personale	dirigente e posizione organizzativa	trimestrale				4,0	3,0	0,5	B	
2	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	3,5	2,8	9,8	3,0	M	Mitigare il rischio attraverso una check list di controllo e da turnover del personale	dirigente e posizione organizzativa	trimestrale				4,0	3,0	0,5	B	
			rilascio di benessere di regolarità anche se non veritiero	3,5	2,8	9,8	3,0	M	controllo deve essere organizzato nei servizi che rilasciano il benessere (DAO riceve il benessere)						0,0	0,0	3,0	M	



3	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	3,2	2,8	8,8	3,0	M	Mitigare il rischio attraverso una check list di controllo e da turn over del personale	dirigente e posizione organizzativa	trimestrale						4,0	3,0	0,5	B
---	--	--	--	-----	-----	-----	-----	---	---	-------------------------------------	-------------	--	--	--	--	--	-----	-----	-----	---

**P080 - ADESIONE AI CONTRATTI STIPULATI DA CENTRALE DI COMMITTEENZA-SOGGETTO AGGREGATORE**

ADESIONE AI CONTRATTI STIPULATI DA CENTRALE DI COMMITTEENZA-SOGGETTO AGGREGATORE			AREA RISCHI					AREA CONTROLLI / MISURE DI MITIGAZIONE DEI RISCHI												
CO D FAS E	FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	P	I	IR: Pxl	RL: Rischio Lordo normalizzato (1-5)	Valutazione Qualitati va Rischio Lordo	Descrivere sinteticamente il controllo	SE ATTUALE: descrizione dettaglio			SE FUTURO: piano di attuazione controlli/misure				VC: Valutazione del Controllo	C: Valore Controllo Normalizzato (0-4)	RN: Rischio Netto	Valutazione Qualitati va Rischio Residuo
										Resp. Controllo	Frequenza	Evidenza	Responsabilità	Obiettivo (mitigazione, eliminazione, trasferimento del rischio)	Scadenza	% REALIZZAZIONE				
1	ADESIONE AI CONTRATTI STIPULATI DA CENTRALE DI COMMITTEENZA – SOGGETTO AGGREGATORE	definizione delle competenze per l'approvazione del fabbisogno e definizione dei livelli organizzativi (referenze qualificate)	mancata o non chiara definizione delle competenze per l'approvazione dei fabbisogni con conseguente rallentamento del recepimento a favore di acquisizioni dirette dai fornitori	3,2	2,8	8,8	3,0	M	Predisposizione di procedure interne di segregazioni di responsabilità e compiti per le fasi di manifestazione, analisi e validazione del fabbisogno, con identificazione dei soggetti titolari a trasmettere i fabbisogni alle centrali	UOC COMPETENTE DELLA PROCEDURA	UNA TANTUM	PROCEDURA					3,0	2,0	1,0	B



verifica della pertinenza dei fabbisogni con strumenti già disponibili o programmati	effettuazione di gare con oggetti sovrapponibili a quelli delle centrali di committenza; elusione degli obblighi di adesione	3,5	2,8	9,8	3,0	M	Controllo di secondo livello da parte degli uffici competenti											UOC COMPETENTE DELLA PROCEDURA				3,0	2,0	1,0	B
formulazione e 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	3,2	2,8	8,8	3,0	M	Utilizzo della modulistica trasmessa dalla Centrale di committenza con diffusione delle indicazioni di compilazione agli incaricati a definire il fabbisogno	RUP	di volta in volta									format regionale compilato inviato alla CRAV				4,0	3,0	0,5	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 artificiosamente il bisogno	3,2	2,8	8,8	3,0	M	Definizione e monitoraggio di tempi e modalità standard per l'adesione/recepimento	Provveduto	periodico									verbale monitoraggio piano approvvigionamento				3,0	2,0	1,0	B



2	ESECUZIONE E CONTRATTI STIPULATI DA CENTRALE DI COMMITTE NZA – SOGGETTO AGGREGAT ORE	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.	3,2	2,8	8,8	3,0	M	Monitoraggio esecuzione contratto da parte del DEC									3,0	2,0	1,0	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 iniziando la corretta gestione degli accordi e delle convenzioni da parte della centrale; conseguente giustificazione di autonome acquisizioni sovrapponibili a quelle della centrale	3,2	2,8	8,8	3,0	M	Monitoraggio esecuzione contratto da parte del DEC										3,0	2,0	1,0

**P081 - AFFIDAMENTO E GESTIONE DEI CONTRATTI PER ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI**

AFFIDAMENTO E GESTIONE DEI CONTRATTI			AREA RISCHI					AREA CONTROLLI / MISURE DI MITIGAZIONE DEI RISCHI												
CO D FA SE	FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	P	I	IR: Pxl	RL: Rischio lordo normaliz zato (1- 5)	Valutazi one Qualitat iva Rischio Lordo	Descrivere sinteticament e il controllo	SE ATTUALE: descrizione dettaglio			SE FUTURO: piano di attuazione controlli/misure				VC: Valutazi one del Controllo	C: Valore Controllo Normaliz zato (0-4)	RN: Risc hio Netto	Valutazi one Qualitat iva Rischio Residuo
										Resp. Controllo	Frequenza	Evidenza	Responsa bilità	Obiettivo (mitigazi one, eliminazi one, trasferim ento del rischio)	Scadenza	% REALIZZAZ IONE				
	PROGRAMMA ZIONE  L'insufficiente attenzione alla fase di programmazio ne o un utilizzo improprio degli strumenti di intervento dei privati nella programmazio ne costituiscono una delle principali	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	3,3	4,8	15,8	4,0	MA	Pubblicazione di specifiche indagini di mercato al fine di verificare la presenza di più operatori sul mercato	PROVVEDITO RATO	ALL'OCCORR ENZA	Pubblicazione indagine di mercato sul sito ULSS					4,0	3,0	1,0	B



cause dell'uso distorto delle procedure che può condurre a fenomeni corruttivi.	non adeguata valutazione della possibilità di ricorrere ad accordi quadro e verifica delle convenzioni quadro già in essere	1,9	2,5	4,8	2,0	<b>MB</b>	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.	Responsabile del Piano	ANNUALE	Evidenza nel piano biennale						4,3	3,3	0,5	<b>B</b>
	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	2,1	2,0	4,1	2,0	<b>MB</b>	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)	PROVVEDITO RATO	ALL'OCCORRENZA	Pubblicazione indagine di mercato sul sito ULSS					4,0	3,0	0,5	<b>B</b>



		l'eccessivo ricorso a procedure di urgenza o a proroghe contrattuali per mancato rispetto delle tempistiche previste nel piano	3,3	5,0	16,5	5,0	A	Collegare il piano degli acquisti al piano delle performance	Responsabile del Piano	ANNUALE	Previsione dell'obiettivo nella scheda di budget						2,7	1,7	3,3	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	3,3	5,0	16,5	5,0	A	Adozione di criteri trasparenti per documentare il dialogo con i soggetti privati e con le associazioni di categoria	PROVVEDITO RATO	ALL'OCCORRENZA	Pubblicazione consultazioni di mercato sul sito ULSS aperte a tutti						4,0	3,0	2,0	MB



		Individuazione di responsabili del procedimento in rapporto di contiguità (es. utilizzatori abituali del bene/servizio) con imprese concorrenti (soprattutto o esecutori uscenti) tale da non assicurare terzietà e indipendenza	3,3	5,0	16,5	5,0	A	Individuazione di Responsabili del procedimento diversi dai soggetti abitualmente utilizzatori (es. personale sanitario)	Responsabile del Piano	DI VOLTA IN VOLTA	Delibera di nomina					4,0	3,0	2,0	MB
		Nomina di responsabili del procedimento privi dei requisiti previsti dal Codice	2,6	2,0	5,2	2,0	MB	Preventiva verifica dei curricula (nel rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza) del responsabile del procedimento				Responsabile del Piano	DI VOLTA IN VOLTA	Acquisizione curricula		4,0	3,0	0,5	B
2	PROGETTAZIONE L'impostazione e della strategia di acquisto è cruciale per assicurare la rispondenza dell'intera - e più ampia - procedura di approvvigionamento al	Effettuazioni di consultazioni preliminari di mercato per la definizione di specifiche tecniche	3,2	2,8	8,8	3,0	M	Attribuzione e impropria dei vantaggi competitivi mediante uso distorto dello strumento delle consultazioni preliminari di mercato	UOC COMPETENTE DELLA PROCEDURA DI ACQUISTO	DI VOLTA IN VOLTA	AVVISO				3,0	2,0	1,0	B	
		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.																	



perseguimento del pubblico interesse, nel rispetto dei principi enunciati dal Codice dei Contratti Pubblici.	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 e in luogo di appalto)	3,5	2,8	9,8	3,0	M	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	RUP	DI VOLTA IN VOLTA	RELAZIONE DI PROGETTO						3,0	2,0	1,0	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	3,2	2,8	8,8	3,0	M	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	UOC COMPETENTE DELLA PROCEDURA DI ACQUISTO	DI VOLTA IN VOLTA	RELAZIONE DI PROGETTO						4,0	3,0	0,5	B



determinazione dell'importo del contratto	Abuso delle disposizioni in materia di determinazioni del valore stimato del contratto al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere	3,2	2,8	8,8	3,0	M	Dettaglio sulla determinazione della base d'asta ed evidenza della determinazione del quadro economico	RUP	DI VOLTA IN VOLTA	scheda CRITE e relativi chiarimenti							4,3	3,3	0,5	B
	Distorta individuazione/quantificazione delle singole voci di costo al fine di favorire determinate ditte	3,2	2,8	8,8	3,0	M	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	RUP	DI VOLTA IN VOLTA	RELAZIONE DI PROGETTO e/o ATTESTAZIONE DEL RUP							3,7	2,7	0,3	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)	3,2	2,8	8,8	3,0	M	Verifica di conformità dei requisiti rispetto alle disposizioni del Codice con particolare riferimento all'art. 83	RESPONSABILE UOC CHE ESPLETA LA GARA	DI VOLTA IN VOLTA	previsione dei requisiti in scheda CRITE						4,0	3,0	0,5	B
	prescrizioni del bando e delle clausole contrattuali finalizzate ad agevolare determinati concorrenti	3,2	2,8	8,8	3,0	M	utilizzo di modulistica in coerenza con le previsioni del Bando tipo ANAC.	RESPONSABILE UOC CHE ESPLETA LA GARA	DI VOLTA IN VOLTA	documentazione di gara prodotta dal gruppo di lavoro						4,0	3,0	0,5	B
	Conflitto di interesse dei soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara	3,2	2,8	8,8	3,0	M	Predisposizione di una modulistica per le dichiarazioni di assenza di conflitti di interesse;	RESPONSABILE UOC CHE ESPLETA LA GARA	DI VOLTA IN VOLTA	dichiarazioni rese dai componenti gruppo di lavoro	RESPONSABILE UOC CHE ESPLETA LA GARA					3,7	2,7	0,3	B



3	<p>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</p>	<p>Pubblicazione del bando e gestione delle informazioni complementari</p>	<p>azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara come l'assenza di pubblicità del bando e dell'ulterior e documentazione rilevante, o elusione dei tempi di pubblicazione</p>	2,5	4,0	10,0	3,0	M	<p>Adozione di indicazioni operative per l'espletamento delle pubblicazioni e utilizzo della check list per le procedure sopra soglia</p>	<p>RESPONSABILI DELLA UOC COMPETENTE DELLA PROCEDURA DI ACQUISTO</p>	<p>di volta in volta</p>	<p>evidenza della singola pubblicazione nel fascicolo di gara</p>					5,0	4,0	0,5	B
---	---	--	--	-----	-----	------	-----	---	---	--	--------------------------	---	--	--	--	--	-----	-----	-----	---



sussistenza di un interesse finanziario, economico o altro interesse personale costituente una minaccia all'imparzialità e indipendenza dell'azione pubblica.	fissazione dei termini per la ricezione delle offerte	Pressioni al dipendente al fine di accettare la documentazione oltre i termini o immotivata concessione e di proroghe rispetto al termine previsto dal bando	2,9	4,0	11,4	4,0	MA	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.	RESPONSABILI DELLA UOC COMPETENTE DELLA PROCEDURA DI ACQUISTO	di volta in volta	Evidenza della motivazione della proroga nel fascicolo di gara						5,0	4,0	0,5	B
	gestione ricezione offerte	Pressioni al dipendente al fine di conoscere informazioni coperte da segreto tecnico, i prezzi degli articoli e le relative scontistiche in anticipo.	1,8	3,2	5,8	2,0	MB	Introduzione di procedure telematiche per le quali il gestore è esterno all'Azienda	gestore del sistema	di volta in volta	log di sistema							5,0	4,0	0,5







4	<p>VERIFICA AGGIUDICAZIONE E STIPULA DEL CONTRATTO</p> <p>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 partecipazione in capo all'aggiudicata</p>	<p>la verifica dei requisiti ai fini della stipula del contratto</p>	<p>alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti.</p>	3,6	4,8	17,0	5,0	A	<p>Check list di controllo sul possesso, per ciascuna gara, dei requisiti di ordine generale e speciale (ove previsti) in capo all'operatore economico.</p>	<p>RESPONSABILE DELLA UOC COMPETENTE DELLA PROCEDURA DI ACQUISTO</p>	di volta in volta	<p>Check list di controllo siglata dal Responsabile UOC</p>	5,0	4,0	1,0	B
	<p>l'effettuazione delle comunicazioni riguardanti i mancati inviti, le esclusioni e le aggiudicazioni</p>	<p>la possibile violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di evitare o ritardare la proposizione e di ricorsi da parte di soggetti esclusi o non aggiudicatari.</p>	3,9	1,5	5,9	2,0	MB	<p>Introduzione di apposita procedura interna relativa alle pubblicazioni trasparenza, anticorruzione e codice contratti pubblici con previsione anche delle comunicazioni da inviare.</p>	<p>RESPONSABILE DELLA UOC COMPETENTE DELLA PROCEDURA DI ACQUISTO</p>	di volta in volta	<p>copia delle comunicazioni nel fascicolo di gara.</p>	5,0	4,0	0,5	B	



rio.	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.	3,6	3,2	11,4	4,0	MA	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	RESPONSABILI DELLA UOC COMPETENTE DELLA PROCEDURA DI ACQUISTO	di volta in volta	Dare evidenza nel corso dei monitoraggi del Piano Approvvigionamenti delle motivazioni dell'eventuale scostamento rispetto ai tempi standard.						5,0	4,0	0,5	B
------	---	---	-----	-----	------	-----	----	---	---	-------------------	---	--	--	--	--	--	-----	-----	-----	---



**P082-ATTIVITÀ DI ISPEZIONE DI IGIENE E SANITÀ PUBBLICA**

ATTIVITA' DI ISPEZIONE DI IGIENE E SANITA' PUBBLICA			AREA RISCHI					AREA CONTROLLI / MISURE DI MITIGAZIONE DEI RISCHI												
CO D FA SE	FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	P	I	IR: PxI	RL: Rischio Lordo normalizzato (1-5)	Valuta zione Qualit ativa Rischio Lordo	Descrivere sinteticamente il controllo	SE ATTUALE: descrizione dettaglio			SE FUTURO: piano di attuazione controlli/misure				VC: Valutazi one del Controllo	C: Valore Controllo Normalizz ato (0-4)	RN: Rischio Netto	Valutazi one Qualitati va Rischio Residuo
										Resp. Controllo	Frequenz a	Evidenza	Responsabil ità	Obietti vo (mitiga zione, elimina zione, trasferi mento del rischio)	Scaden za	% REALIZZAZI ONE				
1	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	3,0	2,0	6,0	2,0	MB	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.	Responsabile e Coordinatore	ad evento	Segnalazioni ricevute, programmi di lavoro				3,7	2,7	0,5	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)	2,7	2,0	5,3	2,0	MB	il coordinatore verifica settimanalmente che la programmazione sia coerente con le normative e procedure esistenti (priorità di rischio, periodicità dei sopralluoghi, nuove pratiche aperte).	Coordinatore	settimanale	Programmi di lavoro						3,7	2,7	0,5	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	2,5	2,0	4,9	2,0	MB	Il coordinatore effettua un controllo, al fine di verificare che per tutti i verbali con prescrizioni corrisponda un sopralluogo successivo, mediante apposito scadenziario.	Coordinatore	settimanale	Scadenziario						3,7	2,7	0,5	B
2	Sopralluogo	svolgimento del sopralluogo nell'azienda programmata	Pressioni al funzionario al fine di non effettuare un sopralluogo	2,7	2,0	5,3	2,0	MB	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.	Coordinatore	settimanale	Programma dei sopralluoghi						3,7	2,7	0,5	B



		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	2,7	2,0	5,3	2,0	<b>MB</b>	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.	Coordinatore	settimanale	verbali di sopralluogo					3,7	2,7	0,5	<b>B</b>
3	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	2,7	2,0	5,3	2,0	<b>MB</b>	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.	Coordinatore	mensile	verbali di sopralluogo					3,0	2,0	0,5	<b>B</b>
4	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 e all'autorità giudiziaria	1,7	2,0	3,4	2,0	<b>MB</b>	Il coordinatore e il responsabile controllano l'avvenuta trasmissione all'autorità giudiziaria	Coordinatore	mensile	comunicazione trasmessa					4,0	3,0	0,5	<b>B</b>



5	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	1,9	1,2	2,3	1,0	<b>B</b>	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.	Coordinatore	Ad evento	Sanzioni applicate Evidenze dei pagamenti						3,7	2,7	0,5	<b>B</b>
---	-----------------------------	---	--	-----	-----	-----	-----	----------	--	--------------	-----------	--	--	--	--	--	--	-----	-----	-----	----------



**P083-GESTIONE PARERI URBANISTICA ED EDILIZIA COMPLESSA**

GESTIONE PARERI URBANISTICA ED EDILIZIA COMPLESSI			AREA RISCHI					AREA CONTROLLI / MISURE DI MITIGAZIONE DEI RISCHI												
COD FASE	FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	P	I	IR: Pxl	RL: Rischio Lordo normalizzato (1-5)	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Descrivere sinteticamente il controllo	SE ATTUALE: descrizione dettaglio			SE FUTURO: piano di attuazione controlli/misure				VC: Valutazione del Controllo	C: Valore Controllo Normalizzato (0-4)	RN: Rischio Netto	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
										Resp. Controllo	Frequenza	Evidenza	Responsabilità	Obiettivo (mitigazione, eliminazione, trasferimento del rischio)	Scadenza	% REALIZZAZIONE				
1	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	2,7	2,5	6,6	3,0	M	Il coordinatore verifica tutte le istanze ricevute e già protocollate, successivamente ne dispone l'attivazione dell'istruttoria in collaborazione con il Respons. Il coordinatore verifica che tutte le istanze ricevute siano protocollate ed assegna ad un tecnico l'esecuzione dell'istruttoria concordata con il respons.	coordinatore	ad evento	Notifica del protocollo					4,0	3,0	0,5	B

2	Istruttoria pratica	verifica formale dei documenti	Pressioni al funzionario assegnatari o della pratica per omettere completamente o in parte la verifica dei documenti	2,7	2,5	6,6	3,0	M	Il tecnico assegnatario della pratica verifica i documenti presentati nel rispetto delle linee guida del servizio	tecnico incaricato	ad evento	documentazione di riferimento per l'istruttoria					4,0	3,0	0,5	B
		verifica tecnica di competenza dei contenuti della pratica	Pressioni al funzionario assegnatari o della pratica per svolgere la valutazione tecnica secondo parametri non rispondenti alla normativa	2,7	2,5	6,6	3,0	M	Il tecnico assegnatario della pratica verifica i documenti presentati nel rispetto delle linee guida del servizio e della normativa specifica	tecnico incaricato	ad evento	documentazione di riferimento per l'istruttoria					4,0	3,0	0,5	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	2,7	2,5	6,6	3,0	M	Il responsabile del servizio valuta l'istruttoria della pratica apponendo la firma se risulta che l'istruttoria è stata regolare.	Responsabile	ad evento	Firma del parere					4,0	3,0	0,5	B
3	Diritti sanitari	Verifica incasso diritti sanitari	Pressioni al funzionario al fine di non esigere il pagamento dei diritti sanitari	2,7	2,2	5,8	2,0	MB	In caso di mancato pagamento il coordinatore del servizio e/o la segreteria segnalano al responsabile e viene avviata la procedura di riscossione coattiva.	coordinatore e segreteria	ad evento	da bonifico o bollettino postale					4,0	3,0	0,5	B

P084-GESTIONE DELLE SEGNALAZIONI E DEGLI ESPOSTI (SISP)

ATTIVITA' DI ISPEZIONE DI IGIENE E SANITA' PUBBLICA			AREA RISCHI					AREA CONTROLLI / MISURE DI MITIGAZIONE DEI RISCHI												
CO D FA SE	FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	P	I	IR: PMI	RL: Rischio Lordo normalizzato (1-5)	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Descrivere sinteticamente il controllo	SE ATTUALE: descrizione dettaglio			SE FUTURO: piano di attuazione controlli/misure				VC: Valutazione del Controllo	C: Valore Controllo Normalizzato (0-4)	RN: Rischio Netto	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
										Resp. Controllo	Frequenza	Evidenza	Responsabilità	Obiettivo (mitigazione, eliminazione, trasferimento del rischio)	Scadenza	% REALIZZAZIONE				
1	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	3,0	2,0	6,0	2,0	MB	<p>Il responsabile verifica tutte le segnalazioni ricevute e garantisce che vengano protocollate. Successivamente 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. Le segnalazioni per le quali si è ritenuto di non dar seguito al sopralluogo vengono archiviate siglate dal responsabile.</p>	Responsabile e Coordinatore	ad evento	Segnalazioni ricevute, programmi di lavoro					3,7	2,7	0,5	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)	2,7	2,0	5,3	2,0	MB	Il coordinatore verifica settimanalmente che la programmazione sia coerente con le normative e procedure esistenti (priorità di rischio, periodicità dei sopralluoghi, nuove pratiche aperte).	Coordinatore	settimanale	Programmi di lavoro					3,7	2,7	0,5	B
		programmazione dei controlli ufficiali per le verifiche di adeguamento o alle prescrizioni impartite a seguito di precedenti non conformità	Pressioni al funzionario al fine di non programmare i sopralluoghi per la verifica dell'adeguamento o alle prescrizioni applicate o condizionare l'esito a seconda della visita	2,5	2,0	4,9	2,0	MB	Il coordinatore effettua un controllo, al fine di verificare che per tutti i verbali con prescrizioni corrisponda un sopralluogo successivo, mediante apposito scadenziario.	Coordinatore	settimanale	Scadenziario					3,7	2,7	0,5	B
2	Sopralluogo	svolgimento del sopralluogo nell'azienda programmata	Pressioni al funzionario al fine di non effettuare un sopralluogo	2,7	2,0	5,3	2,0	MB	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.	Coordinatore	settimanale	Programma dei sopralluoghi					3,7	2,7	0,5	B



		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	2,7	2,0	5,3	2,0	<b>MB</b>	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.	Coordinatore	settimanale	verbali di sopralluogo					3,7	2,7	0,5	<b>B</b>
3	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	2,7	2,0	5,3	2,0	<b>MB</b>	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.	Coordinatore	mensile	verbali di sopralluogo					3,0	2,0	0,5	<b>B</b>



4	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	1,7	2,0	3,4	2,0	<b>MB</b>	Il coordinatore e il responsabile controllano l'avvenuta trasmissione all'autorità giudiziaria	Coordinatore	mensile	comunicazione trasmessa					4,0	3,0	0,5	<b>B</b>
5	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	1,9	1,2	2,3	1,0	<b>B</b>	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.	Coordinatore	Ad evento	Sanzioni applicate Evidenze dei pagamenti					3,7	2,7	0,5	<b>B</b>

P085-ATTIVITA' SPECIALISTICHE

ATTIVITA' SPECIALISTICHE		AREA RISCHI					AREA CONTROLLI / MISURE DI MITIGAZIONE DEI RISCHI												
COD FASE	FASI	RISCHIO	P	I	IR: Pxl	RL: Rischio Lordo normalizzato (1-5)	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Descrivere sinteticamente il controllo	SE ATTUALE: descrizione dettaglio			SE FUTURO: piano di attuazione controlli/misure				VC: Valutazione del Controllo	C: Valore Controllo Normalizzato (0-4)	RN: Rischio Netto	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
									Resp. Controllo	Frequenza	Evidenza	Responsabilità	Obiettivo (mitigazione, eliminazione, trasferimento del rischio)	Scadenza	% REALIZZAZIONE				
1	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	3,6	2,8	9,9	3,0	M	Adozione di uno strumento per categorizzare l'erogato e il prenotato e stimare la domanda potenziale				Paolo Patelli	mitigazione del rischio	31/12/2020		0	0	3,0	M
2	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	3,7	2,0	7,4	3,0	M	Definizione di criteri oggettivi di selezione degli erogatori				Paolo Patelli	mitigazione del rischio	31/12/2020		0	0	3,0	M
3	NEGOZIAZIONI 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	2,9	1,4	4,0	2,0	MB	Adozione di uno strumento per categorizzare l'erogato e il prenotato e stimare la domanda potenziale				Paolo Patelli	mitigazione del rischio	31/12/2020		0	0	2,0	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	3,1	2,2	6,7	3,0	M							0	0	3,0	M	
4	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	2,5	2,0	4,9	2,0	MB	Definizione di criteri oggettivi di selezione degli erogatori				Paolo Patelli	mitigazione del rischio	31/12/2020	0	0	2,0	MB
5	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	4,3	2,6	11,1	4,0	MA	Condivisione criteri di priorità e procedura aziendale				Paolo Patelli	mitigazione del rischio	31/12/2020	0	0	4,0	MA
6	PRESA IN CARICO DELLE PRENOTAZIONI FUORI SOGLIA O LISTE GALLEGGIANTE	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	3,6	2,6	9,2	3,0	M	Informatizzazione delle richieste				Paolo Patelli	mitigazione del rischio	31/12/2020	0	0	3,0	M

**N.B.: Il processo in questione è in una fase di riorganizzazione delle attività perciò la sovrascritta tabella sarà ultimata nel corso del 2020**



**P088-GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO (SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI)**

GESTIONE PERSONALE CONVENZIONATO: SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI				AREA RISCHI				AREA CONTROLLI / MISURE DI MITIGAZIONE DEI RISCHI												
COD FASE	FASI	ATTIVITA'	RISCHIO	P	I	IR: Pxl	RL: Rischio Lordo normalizzato (1-5)	Valutazione Qualitativa Rischio Lordo	Descrivere sinteticamente il controllo	SE ATTUALE: descrizione dettaglio			SE FUTURO: piano di attuazione controlli/misure				VC: Valutazione del Controllo	C: Valore Controllo Normalizzato (0-4)	RN: Rischio Netto	Valutazione Qualitativa Rischio Residuo
										Resp. Controllo	Frequenza	Evidenza	Responsabilità	Obiettivo (mitigazione, eliminazione, trasferimento del rischio)	Scadenza	% REALIZZAZIONE				
1	Verifica della necessità di pubblicazioni incarichi	Analisi fabbisogni	Mancata pubblicazione incarichi	2,3	1,5	3,4	2,0	MB	Il Servizio Personale Convenzionato trimestralmente, verifica l'esigenza di pubblicazione degli incarichi rispetto alle necessità assistenziali, tenuto altresì conto della dotazione organica del personale	Servizio Personale Convenzionato	Trimestrale	> Nota di richiesta / provvedimento per l'attivazione di nuovi incarichi					5,0	4,0	0,5	B
		Monitoraggio tetto spesa/ore	Pubblicazioni incarichi oltre il tetto di spesa/orario autorizzato dalla Regione	1,6	1,2	1,9	1,0	B	Il Servizio Personale Convenzionato trimestralmente, prima della pubblicazione dei nuovi incarichi, verifica il rispetto del tetto di spesa/ore annuali autorizzato dalla Regione	Servizio Personale Convenzionato	Trimestrale	> Monitoraggio trimestrale regionale					5,0	4,0	0,5	B



2	Individuazione SAI (effettuata dall'Azienda sede del Comitato Consultivo Zonale)	Individuazione specialista	Individuazione dello specialista non avente titolo	2,3	1,5	3,4	2,0	<b>MB</b>	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 ACN	Azienda sede del Comitato Consultivo Zonale	Ad evento	> Ordine di individuazione degli specialisti					5,0	4,0	0,5	<b>B</b>
3	Conferimento incarico	Verifiche istruttorie	Conferimento di un incarico ad uno specialista che si trovi in una situazione di incompatibilità o con titoli non idonei	2,3	1,2	2,7	1,0	<b>B</b>	Il Servizio Personale Convenzionato, prima del conferimento dell'incarico verifica: - 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.	Servizio Personale Convenzionato	Ad evento	> Risposte Università / enti diversi					5,0	4,0	0,5	<b>B</b>



4	Gestione anagrafica  (es. dati anagrafici, dati pagamento, inquadramento professionale, sede, orari, ecc)	Inserimento anagrafica	Errato inserimento dell'anagrafica dello specialista nei diversi gestionali (Sigma HR, Sogei-TS)	1,6	1,0	1,6	1,0	B	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 (es. documentazione conferimento incarico, documenti presentati dallo specialista, ecc).	Servizio Personale Convenzionato	Ad evento	> Delibere del DG di conferimenti o incarichi > Documenti dello specialista > Anagrafiche inserite					5,0	4,0	0,5	B
		Inserimento anagrafica	Mancato inserimento delle anagrafiche nei diversi gestionali (Sigma HR, Areas, Sogei-TS)	1,4	1,0	1,4	1,0	B	Un soggetto diverso da quello preposto all'inserimento delle anagrafiche verifica, in occasione della prima elaborazione stipendiale, l'effettivo inserimento delle anagrafiche rispetto agli incarichi conferiti con deliberazione del Direttore Generale	Servizio Personale Convenzionato	Ad evento	> Delibere del DG di conferimenti o incarichi > Elenco anagrafiche inserite					5,0	4,0	0,5	B



5	Gestione giuridica e delle presenze, assenze (es. permessi retribuiti e non retribuiti)	Verifica presenze	Mancato svolgimento da parte dello specialista delle ore di lavoro	2,0	1,0	2,0	1,0	B	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	Servizio Personale Convenzionato	Mensile	> Foglio di rilevazione presenze > Stampe di controllo					5,0	4,0	0,5	B
		Verifica presenze	Mancato o errato inserimento delle assenze (permessi retribuiti e non retribuiti)	2,0	1,0	2,0	1,0	B	Un soggetto diverso da quello che ha inserito le assenze degli specialisti a sistema, ne verifica a campione l'avvenuto e corretto inserimento rispetto ai giustificativi di assenza autorizzati dal Responsabile dello specialista.	Servizio Personale Convenzionato	Ad evento	> Foglio di rilevazione presenze > Stampe di controllo					5,0	4,0	0,5	B



		Verifica presenze	Inserimento delle assenze oltre il limite massimo previsto (permessi retribuiti e non retribuiti)	2,0	1,0	2,0	1,0	B	Il sistema informatico blocca l'inserimento di giorni/ore di ferie/permessi superiori al limite massimo previsto da normativa.	Sistema informatico	Ad evento	> Videata di sistema					5,0	4,0	0,5	B
		Verifica variazioni	Modifiche giuridiche dello specialista in assenza dei requisiti (es. legge 104/92, gravidanza, congedo matrimoniale, ecc)	1,8	1,0	1,8	1,0	B	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.	Servizio Personale Convenzionato	Ad evento	> Richiesta dello specialista > Documenti a supporto della richiesta					5,0	4,0	0,5	B
6	Gestione economica (es. ore svolte, rimborso chilometrico, prestazioni libero professionali, premi raggiungimento obiettivi aziendali, ecc)	Elaborazione stipendiale	Caricamento di voci stipendiali non dovute (libera professione)	1,6	1,0	1,6	1,0	B	Un sistema informatico ripartisce automaticamente e 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.	Servizio Personale Convenzionato	Ad evento	> Stampe prometeo in corso di implementazione					5,0	4,0	0,5	B





7	Gestione delle variazioni	Verifica variazioni	Mancate / errate variazioni anagrafiche, giuridiche ed economiche	1,8	1,0	1,8	1,0	B	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).	Servizio Personale Convenzionato	Ad evento	> Elenco delle variazioni a sistema > Documenti dello specialista e aziendali					5,0	4,0	0,5	B
		Verifica variazioni	Variazioni anagrafiche, giuridiche ed economiche non autorizzate o richieste	1,8	1,0	1,8	1,0	B	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.	Servizio Personale Convenzionato	Mensile	> Elenco delle variazioni a sistema > Documenti dello specialista e aziendali					5,0	4,0	0,5	B



8	Elaborazione stipendi e versamenti contributivi, previdenziali e fiscali	Elaborazione stipendiale	Errata elaborazione degli stipendi e dei versamenti contributivi, previdenziali e fiscali	2,0	2,0	3,9	2,0	MB	Il Servizio Personale Convenzionato mensilmente verifica la corretta elaborazione dei cedolini degli specialisti inseriti nel mese (incaricati, provvisori, sostituti).	Servizio Personale Convenzionato	Mensile	> Cedolini verificati					5,0	4,0	0,5	B
		Elaborazione stipendiale	Errata elaborazione degli stipendi e dei versamenti contributivi, previdenziali e fiscali	2,0	2,0	3,9	2,0	MB	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".	Servizio Personale Convenzionato	Mensile	> Elenco dei cedolini con netto a pagare superiore a Euro 5.000 > Risposta di Equitalia					5,0	4,0	0,5	B
		Elaborazione stipendiale	Errata elaborazione degli stipendi e dei versamenti contributivi, previdenziali e fiscali	2,0	2,0	3,9	2,0	MB	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.	Servizio Personale Convenzionato	Mensile	> Elenco dei cedolini negativi					5,0	4,0	0,5	B



		Elaborazione stipendiale	Errata elaborazione degli stipendi e dei versamenti contributivi, previdenziali e fiscali	2,0	2,0	3,9	2,0	MB	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).	Servizio Personale Convenzionato	Mensile	> Elenco dei conguagli					5,0	4,0	0,5	B
		Elaborazione stipendiale	Errata elaborazione degli stipendi e dei versamenti contributivi, previdenziali e fiscali	2,0	2,0	3,9	2,0	MB	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.	Operatore del Servizio Personale	Ad evento	> Stampe elaborazioni e dei dati dei versamenti contributivi, previdenziali e fiscali					5,0	4,0	0,5	B
		Elaborazione stipendiale	Errata elaborazione degli stipendi e dei versamenti contributivi, previdenziali e fiscali	2,0	2,0	3,9	2,0	MB	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.	Servizio Personale Convenzionato	Mensile	> Cedolini campionati > Documentazione a supporto					5,0	4,0	0,5	B



		Elaborazione stipendiale	Errata elaborazione degli stipendi e dei versamenti contributivi, previdenziali e fiscali	2,0	2,0	3,9	2,0	MB	Il Servizio Personale Convenzionato mensilmente monitora la stampa dei cedolini elaborati a specialisti cessati e ne analizza le motivazioni (es. pagamento arretrati, ecc).	Servizio Personale Convenzionato	Mensile	> Stampa dei cedolini elaborati a specialisti cessati					5,0	4,0	0,5	B
9	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	1,4	2,0	2,8	1,0	B	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.	Servizio Personale Convenzionato	Mensile	> Rapporto di invio conforme con data e ora					5,0	4,0	0,5	B
	Gestione delle cessazioni		Mancato o errato censimento della cessazione dello specialista nei diversi gestionali	1,6	1,0	1,6	1,0	B	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.	Servizio Personale Convenzionato	Ad evento	> Delibere del DG di cessazione incarichi > Elenco cessati					5,0	4,0	0,5	B



## **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 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
Disposizioni generali	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 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) ( <a href="#">link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione</a> )	Responsabile Prevenzione Corruzione Trasparenza	Annuale
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi <i>link</i> alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" 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)
			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)
		Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	UOC Affari Generali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	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
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenario obblighi amministrativi	Scadenario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	Non di pertinenza	Tempestivo
		Art. 34, d.lgs. n. 33/2013	Oneri informativi per cittadini e imprese	Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato per regolare l'esercizio di poteri autorizzatori, concessori o certificatori, nonché l'accesso ai servizi pubblici ovvero la concessione di benefici con allegato elenco di tutti gli oneri informativi gravanti sui cittadini e sulle imprese introdotti o eliminati con i medesimi atti		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016
		Burocrazia zero	Art. 37, c. 3, d.l. n. 69/2013	Burocrazia zero	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato	
	Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013		Attività soggette a controllo	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)		

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
Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	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	Titolari di incarichi politici di cui all'art. 14, co. 1, del dlgs n. 33/2013  (da pubblicare in tabelle)	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		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]	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).
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		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)	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	3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	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	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	Annuale	
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs 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)
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	UOC Affari Generali	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	Obbligo sospeso (Delibera Anac 382/2017)	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	Obbligo sospeso (Delibera Anac 382/2017)	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	UOC Affari Generali		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	UOC Affari Generali		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	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]	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).		

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. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		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)	Entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico	
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 3, l. n. 441/1982	Titolari di incarichi di amministrazione, di direzione o di governo di cui all'art. 14, co. 1-bis, del dlgs n. 33/2013	3) dichiarazione concernente le spese sostenute e le obbligazioni assunte per la propaganda elettorale ovvero attestazione di essersi avvalsi esclusivamente di materiali e di mezzi propagandistici predisposti e messi a disposizione dal partito o dalla formazione politica della cui lista il soggetto ha fatto parte, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» (con allegate copie delle dichiarazioni relative a finanziamenti e contributi per un importo che nell'anno superi 5.000 €)	Obbligo sospeso (Delibera Anac 382/2017)	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		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)	Annuale	
		Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Cessati dall'incarico (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina, con l'indicazione della durata dell'incarico	UOC Affari Generali	Nessuno	
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	UOC Affari Generali	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 Affari Generali	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	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		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. 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).		
			Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	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	Tempestivo (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	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Atti degli organi di controllo			Atti e relazioni degli organi di controllo	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	URP	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	
	Articolazione degli uffici	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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificate dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	URP	Tempestivo (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	Consulenti e collaboratori  (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	UOC che gestiscono incarichi di collaborazione e consulenze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
				Per ciascun titolare di incarico:			
		Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	UOC che gestiscono incarichi di collaborazione e consulenze	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		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	Tempestivo (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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	UOC che gestiscono incarichi di collaborazione e consulenze	Tempestivo				
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Incarichi amministrativi di vertice (da pubblicare in tabelle)	Per ciascun titolare di incarico:			
				Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	UOC Affari Generali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	UOC Affari Generali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 14, c. 1, lett. c) 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)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Obbligo sospeso (Delibera Anac 382/2017)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 14, c. 1, lett. d) 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 Affari Generali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
		Art. 14, c. 1, lett. e) 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 Affari Generali	Tempestivo (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 1, l. n. 441/1982		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]	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) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		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)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico	

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. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		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 inconferibilità dell'incarico	UOC Affari Generali	Tempestivo (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 Affari Generali	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		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 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	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 individuati 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	Tempestivo (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	Tempestivo (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)	Tempestivo (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)	Tempestivo (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 1, l. n. 441/1982		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo (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		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		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]	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. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		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: 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)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		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. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)
		Art. 15, c. 5, d.lgs. n. 33/2013		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. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	UOC Gestione risorse umane	Annuale (non oltre il 30 marzo)
	Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016		
	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo	
	Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	UOC Gestione risorse umane	Annuale	
	Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	UOC Gestione risorse umane	Nessuno	
	Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae	UOC Gestione risorse umane	Nessuno	
	Art. 14, c. 1, lett. e), 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. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Obbligo sospeso (Delibera Anac 382/2017)	Nessuno	
	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti		UOC Gestione risorse umane	Nessuno		
	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti		UOC Gestione risorse umane	Nessuno		
	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 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. 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).
Personale	<b>Sanzioni per mancata comunicazione dei dati</b>	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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Posizioni organizzative</b>	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 posizione organizzativa	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Dotazione organica</b>	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)
	<b>Personale non a tempo indeterminato</b>	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)
	<b>Tassi di assenza</b>	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)
	<b>Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)</b>	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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Contrattazione collettiva</b>	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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Contrattazione integrativa</b>	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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	UOC Gestione risorse umane	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)
	<b>OIV</b>	Art. 10, c. 8, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	UOC Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	UOC Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Par. 14.2, delib. CIVIT n. 12/2013		Compensi		UOC Controllo di Gestione	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
<b>Bandi di concorso</b>		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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
<b>Performance</b>	<b>Sistema di misurazione e valutazione della Performance</b>	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	Tempestivo
	<b>Piano della Performance</b>	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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Relazione sulla Performance</b>		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	UOC Controllo di Gestione	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Ammontare complessivo dei premi</b>	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi  (da pubblicare in tabelle)	Ammontare complessivo dei premi stanziati	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Dati relativi ai premi</b>	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi  (da pubblicare in tabelle)	Criteria definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	UOC Gestione risorse umane	Tempestivo (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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti				UOC Gestione risorse umane	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
<b>Benessere organizzativo</b>	Art. 20, c. 3, d.lgs. N. 33/2013	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo		Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016	
<b>Enti controllati</b>	<b>Enti pubblici vigilati</b>	Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati  (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	UOC Affari Generali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				Per ciascuno degli enti:		
		Art. 22, c. 2, 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 (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	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)
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	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 inconfiribilità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	UOC Affari Generali	Tempestivo (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 ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	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 degli enti pubblici vigilati	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)		
		Art. 22, c. 2, 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	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)		
				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 ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	UOC Affari Generali	Tempestivo (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 ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	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	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 razionalizzazione periodica 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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
						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	Tempestivo (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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016		Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016						

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
Enti controllati	Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati  (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	UOC Affari Generali	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
				Per ciascuno degli enti:		
		Art. 22, c. 2, 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	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)
				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 inconferibilità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	UOC Affari Generali	Tempestivo (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 ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	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 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)	

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			
	<b>Dati aggregati attività amministrativa</b>	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			
Attività e procedimenti	<b>Tipologie di procedimento</b>		Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	<b>Per ciascuna tipologia di procedimento:</b>					
		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. c), 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. c), d.lgs. n. 33/2013		4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	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)			
		Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			
		Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		9) <i>link</i> 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. l), d.lgs. n. 33/2013		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	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)			
						<b>Per i procedimenti ad istanza di parte:</b>			
				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	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (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	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)	
	<b>Monitoraggio tempi procedurali</b>	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 dlgs 97/2016			
	<b>Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati</b>	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	UOC Affari Generali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)			

**ALLEGATO 6 DEL TPCT: 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
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 ( <i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Ciascun 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: autoirizzazione 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 ( <i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Ciascun Responsabile di UOC	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
	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: autoirizzazione 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
Controlli sulle imprese		Art. 25, c. 1, lett. a), d.lgs. N. 33/2013	Tipologie di controllo	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento		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 ottemperare alle disposizioni normative		
Bandi di gara e contratti	Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	Art. 4 delib. Anac 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 pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016)	Codice Identificativo Gara (CIG)	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo
		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		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	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo
		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		Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG), struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	Ciascun Responsabile di UOC	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)
	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	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
		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 dlgs n. 50/2016	Per ciascuna procedura:		
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avvisi di preinformazione - Avvisi di preinformazione (art. 70, c. 1, 2 e 3, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi di preinformazioni (art. 141, dlgs n. 50/2016)	UOC Servizi tecnici e patrimoniali UOC Provveditorato	Tempestivo
		Delibera a contrarre o atto equivalente (per tutte le procedure)	Ciascun Responsabile di UOC	Tempestivo		

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	
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	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	<b>Avvisi e bandi</b> - Avviso (art. 19, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Avviso di formazione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1, e 4, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 127, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso relativo all'esito della procedura; Pubblicazione a livello nazionale di bandi e avvisi; Bando di concorso (art. 153, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di aggiudicazione (art. 153, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concessione, invito a presentare offerta, documenti di gara (art. 171, c. 1 e 5, dlgs n. 50/2016); Avviso in merito alla modifica dell'ordine di importanza dei criteri, Bando di concessione (art. 173, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 183, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso costituzione del privilegio (art. 186, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 188, c. 3, dlgs 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		<b>Avviso sui risultati della procedura di affidamento</b> - Avviso sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concorso e avviso sui risultati del concorso (art. 141, dlgs n. 50/2016); Avvisi relativi l'esito della procedura, possono essere raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3, dlgs n. 50/2016); Elenchi dei verbali delle commissioni di gara	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		<b>Avvisi sistema di qualificazione</b> - 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, dlgs 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		<b>Affidamenti</b> 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, dlgs 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, dlgs 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		<b>Informazioni ulteriori</b> - 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, dlgs n. 50/2016); Informazioni ulteriori, complementari o aggiuntive rispetto a quelle previste dal Codice; Elenco ufficiali operatori economici (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)	UOC Servizi tecnici e patrimoniali	Tempestivo	
		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 uoi 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

**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	Criteria e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteria 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)
	Atti di concessione	Art. 26, c. 2, 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)	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:		
		Art. 27, c. 1, lett. a), 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	Tempestivo (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	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. c), 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	Tempestivo (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	Tempestivo (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	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) link al progetto selezionato	UOC Servizi sociali e socio sanitari - UOC direzione amministrativa territoriale - UOC Direzione amministrativa ospedale	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	UOC Servizi sociali e socio sanitari - UOC direzione amministrativa territoriale - UOC Direzione amministrativa ospedale	Tempestivo (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
<b>Bilanci</b>	<b>Bilancio preventivo e consuntivo</b>	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	Tempestivo (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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		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	Tempestivo (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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio</b>	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs 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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
<b>Beni immobili e gestione patrimonio</b>	<b>Patrimonio immobiliare</b>	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	UOC Servizi tecnici e patrimoniali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Canoni di locazione o affitto</b>	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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
<b>Controlli e rilievi sull'amministrazione</b>	<b>Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe</b>	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Atti degli 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.AC.
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. C), d.lgs. N. 150/2009	UOC Controllo di Gestione	Tempestivo
				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	Tempestivo
				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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Organi di revisione amministrativa e contabile</b>		Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	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	UOC Contabilità e bilancio	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	<b>Corte dei conti</b>		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	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
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	URP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009 Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009 Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio 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	Tempestivo
				Sentenza di definizione del giudizio	UOC Affari Generali	Tempestivo
				Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	UOC Affari Generali	Tempestivo
	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	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	Tempestivo (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	Tempestivo	
Pagamenti dell'amministrazione	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)
	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	UOC Contabilità e bilancio	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	UOC Contabilità e bilancio	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
Opere pubbliche	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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	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	Tempestivo (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.  (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 tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	UOC Servizi tecnici e patrimoniali	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	UOC Servizi tecnici e patrimoniali	Tempestivo (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	Pianificazione e governo del territorio  (da pubblicare in tabelle)	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	Tempestivo (art. 39, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 39, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		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 vigente nonché delle 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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Informazioni ambientali		Art. 40, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od 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	Tempestivo (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	Tempestivo (ex art. 8, 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	Tempestivo (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	Tempestivo (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	Tempestivo (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	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
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	Direzione amministrativa territoriale	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)
				Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Direzione amministrativa territoriale	Annuale (art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013)
Interventi straordinari e di emergenza		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	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		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	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (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	Non di pertinenza Aziende Sanitarie	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	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
		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	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 delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	UOC Affari Generali	Tempestivo
Altri contenuti	Accesso civico	Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	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

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
Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	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, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati <a href="http://www.dati.gov.it">www.dati.gov.it</a> e <a href="http://basidati.agid.gov.it/catalogo">http://basidati.agid.gov.it/catalogo</a> gestiti da AGID	UOSD Sistemi informativi	Tempestivo
		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	Annuale
		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	Ciascun Responsabile di UOC	....