DELIBERAZIONE N. 167/2017 ADOTTATA IN DATA 26/01/2017

OGGETTO: Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza 2017 – 2018 - 2019.

IL DIRETTORE GENERALE

Premesso che ai sensi dell'art. 1, punti 5 e 8, della l. 6.11.2012 n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", le pubbliche amministrazioni devono adottare entro il 31 gennaio di ogni anno il piano triennale di prevenzione della corruzione;

Ritenuto pertanto di doversi procedere all'approvazione del piano di prevenzione della corruzione per il triennio 2017-2019 e richiamate in proposito:

- la determinazione ANAC n. 12 del 28.10.2015 "Aggiornamento 2015 al Piano nazionale anticorruzione";
- il D.Lgs. 25 maggio 2016 n. 97 del 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 D.Lgs. 14 marzo 2013 n. 33, ai sensi dell'art. 7 della legge 7 agosto 2015 n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche;
- la determinazione ANAC n. 831 del 03.08.2016 di approvazione definitiva del Piano nazionale anticorruzione (PNA) 2016;

Richiamati, altresì i contenuti di massima e i criteri ai quali si deve ispirare il Piano aziendale di prevenzione della corruzione, ex lege n. 190/2012, art. 1, punto 9:

a) individuare le attività, tra le quali quelle di cui al comma 16, *nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, anche raccogliendo le proposte dei dirigenti, elaborate nell'esercizio delle competenze previste dall'articolo 16, comma 1, lettera a-bis), del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165;*

b) prevedere, per le attività individuate ai sensi della lettera a), meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;

c) prevedere, con particolare riguardo alle attività individuate ai sensi della lettera a), obblighi di informazione nei confronti del responsabile, individuato ai sensi del comma 7, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del piano;

d) monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;

e) 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;

f) individuare specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge;

Visto l'allegato 1 pag. 11 del PNA approvato con delibera ANAC (ex CIVIT) n. 72 dell'11.09.2013 *"Il P.T.P.C. (..) è un programma di attività, con indicazione delle aree di rischio e dei rischi specifici, delle misure da implementare per la prevenzione in relazione al livello di pericolosità dei rischi specifici, dei responsabili per l'applicazione di ciascuna misura e dei tempi. Il P.T.P.C non è un documento di studio o di indagine, ma uno strumento per l'individuazione di misure concrete, da realizzare con certezza e da vigilare quanto ad effettiva applicazione e quanto ad efficacia preventiva della corruzione";*

Valutato in particolare il processo di riorganizzazione del sistema sociosanitario lombardo in atto, a seguito dell'entrata in vigore della l.r. 11.08.2015, n. 23, recante "*Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n.33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)*";

Considerato che l'azienda ospedaliera Papa Giovanni XXIII, ora ASST Papa Giovanni XXIII, con deliberazione n. 438 del 23.03.2013 aveva individuato la dr.ssa Nives Rasoli responsabile della prevenzione della corruzione, così come previsto dall'art. 1, punto 7, della legge sopra richiamata;

Considerato, altresì, che la responsabile sopraindicata ha proposto il Piano di prevenzione della corruzione per il triennio 2017-2018-2019, dando atto che il suddetto piano dovrà essere rivisto ed integrato in ragione delle modifiche derivanti dall'evoluzione del servizio sanitario regionale introdotte dalla l.r. n. 23/2015 "*I nuovi soggetti giuridici, nel caso si realizzi la fusione/l'accorpamento tra più aziende preesistenti dovranno procedere alla nuove nomine delle figure di responsabile della prevenzione della corruzione e del responsabile per la trasparenza e l'integrità, e provvedere nei tempi stabiliti dall'ANAC all'aggiornamento dei piani aziendali, ricercando uniformità di azione, per il nuovo soggetto giuridico, nelle misure di prevenzione della corruzione e nelle misure di controllo, rispetto a quanto stabilito nei previgenti piani, in essere presso le preesistenti Asl e A.O"* (D.G.R.L. n. X/4702 del 29.12.2015 sub allegato 5);

Riscontrato in proposito che le indicazioni ANAC, ovvero il PNA, determinazione n. 12 del 28.10.2015 alla voce "*Analisi di tutte le aree di attività e mappatura dei processi***",** consente alle amministrazioni che si trovino in situazioni di particolare difficoltà, di procedere alla mappatura dei processi distribuendola al massimo in due annualità 2016 e 2017;

Evidenziato che:

- la già menzionata l. 6.11.2012, n. 190, ha, tra l'altro, riconosciuto il principio della trasparenza come uno degli assi portanti delle politiche di prevenzione della corruzione;
- l'art. 1, comma 15, della medesima legge ha, in particolare, precisato che la trasparenza costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'articolo 117, comma 2, lettera m), della Costituzione, secondo

quanto previsto all'articolo 11 del d.lgs. n. 150/2009 ed è assicurata mediante la pubblicazione, nei siti web istituzionali delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione;

- il d.lgs 14 marzo 2013 n. 33 di "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni', fissa gli obblighi di trasparenza, pubblicità e diffusione di informazioni, concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni e le modalità per la sua realizzazione, nel testo vigente ha previsto:
  - all'art. 10, comma 1, l'adozione da parte delle pubbliche amministrazioni – entro il 31 gennaio di ciascun anno - del programma triennale per la trasparenza e l'integrità, da aggiornare annualmente, per garantire un adeguato livello di trasparenza, la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità;
  - all'art. 10, comma 2, il collegamento delle misure del programma triennale per la trasparenza e l'integrità con le misure e gli interventi previsti dal piano di prevenzione della corruzione, di cui costituisce, di norma, una sezione;

Viste le delibere emanate dall'ANAC (ex CIVIT), e in particolare:

- la delibera n. 105/2010 "Linee guida per la predisposizione del programma triennale per la trasparenza e l'integrità";
- la delibera n. 2/2012 "Linee guida per il miglioramento della predisposizione e dell'aggiornamento del programma triennale per la trasparenza e l'integrità";
- la delibera n. 50/2013 "Linee guida per l'aggiornamento del programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014 -2016";
- la delibera n. 1310/2016 "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. n. 33/2013, come modificato dal d.lgs. n. 97/2016";

Rilevata la necessità, da parte dell'ASST Papa Giovanni XXIII di adottare il "Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza 2017 – 2018 -2019"

DELIBERA

1. per tutto quanto esplicitato in premessa di approvare il "Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza 2017-2018-2019" dell'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo, nella versione allegata, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di dare atto che per quanto già esplicitato in premessa tale piano dovrà essere integrato con le nuove funzioni/attività;
3. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento nella sezione "Amministrazione trasparente/Altri contenuti" del sito aziendale.

IL DIRETTORE GENERALE
dott. Carlo Nicora

IL DIRETTORE SANITARIO
dott. Fabio Pezzoli

IL DIRETTORE SOCIOSANITARIO
dott.ssa Donatella Vasaturo

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
dr. Vincenzo Petronella

PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
2017-2018-2019
(Legge n. 190 del 6/11/2012)

Indice

1. INTRODUZIONE 3

1.1 PREMESSA 3
1.2 IL NUOVO ASSETTO ORGANIZZATIVO 4
1.3 FINALITÀ GENERALI DEL PIANO 5
1.4 SOGGETTI, RUOLI E RESPONSABILITÀ 6
1.5 REFERENTI DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 7

2. MISURE DI PREVENZIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE 7

2.1 TRASPARENZA 7
2.2 OBBLIGO DI ASTENSIONE IN CASO DI CONFLITTO DI INTERESSI 7
2.3 TUTELA DEL DIPENDENTE CHE SEGNALA ILLECITI 10
2.4 CODICE DI COMPORTAMENTO – DIFFUSIONE BUONE PRATICHE E VALORI 11
2.5 INCARICHI D'UFFICIO/ATTIVITÀ/INCARICHI SVOLGIMENTO EXTRA ISTITUZIONALI 12
2.6 INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ 13
2.7 ATTIVITÀ SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO (PANTOUFLAGE-REVOLVING DOORS) 13
2.8 SELEZIONE E ROTAZIONE DEL PERSONALE ADDETTO ALLE AREE A RISCHIO DI CORRUZIONE 13
2.9 FORMAZIONE DI COMMISSIONI, ASSEGNAZIONI AGLI UFFICI E CONFERIMENTO DI INCARICHI IN CASO DI CONDANNA PENALE PER DELITTI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE 14
2.10 INFORMAZIONE, COMUNICAZIONE, PARTECIPAZIONE E COORDINAMENTO CON IL PIANO DI COMUNICAZIONE AZIENDALE 15
2.11 PATTI DI INTEGRITÀ NEGLI AFFIDAMENTI 15
2.12 FORMAZIONE E COORDINAMENTO CON IL PIANO DI FORMAZIONE AZIENDALE.. 15
2.13 MONITORAGGIO DEI TEMPI PROCEDIMENTALI 16
2.14 COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLE PERFORMANCE 16

3. IL RISCHIO 18

3.1 LA GESTIONE DEL RISCHIO 18
3.2 METODOLOGIA PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO 19
3.3 TRATTAMENTO E PONDERAZIONE DEL RISCHIO 20

4. MISURE ULTERIORI DI PREVENZIONE 20

5. FLUSSI INFORMATIVI 20

6. IL SISTEMA DI MONITORAGGIO 21

7. CRONOPROGRAMMA 21

1. INTRODUZIONE

Il presente aggiornamento per il triennio 2017-2019 del primo Piano Triennale Prevenzione Corruzione dell'ASST Papa Giovanni XXIII, conferma l'approccio metodologico e la struttura del precedente Piano adottato con Delibera n. 140 del 29.01.2016. La metodologia di analisi applicata ai processi aziendali è quella indicata dall'Allegato 5 del Piano Nazionale Anticorruzione, elaborato dal Dipartimento della Funzione Pubblica e approvato con delibera CIVIT n. 72 dell'11 settembre 2013.
Le misure di prevenzione definite nel Piano costituiscono un programma di attività per tutta la neo costituita azienda, con indicazione delle aree di rischio e dei rischi specifici, delle misure da implementare per la prevenzione in relazione al livello di pericolosità degli stessi. Individua i responsabili per l'applicazione di ciascuna misura e dei tempi. Il Piano è quindi uno strumento per l'individuazione di misure concrete, da realizzare con certezza e da vigilare quanto ad effettiva applicazione e quanto ad efficacia preventiva della corruzione.
Nel corso del triennio a venire le misure di prevenzione programmate nel presente Piano, aggiornate ed integrate rispetto al Piano precedente, saranno sviluppate e declinate, nel Piano delle Performance, in obiettivi aziendali per tutte le strutture e per il personale ad esse afferente.
Il lavoro è stato svolto interamente con risorse dell'Azienda, rappresentate dai responsabili delle strutture e dei processi aziendali, con il coordinamento del Responsabile Prevenzione Corruzione.
Nel corso del 2017 si proseguirà con la mappatura di altre aree, si richiama in proposito quanto previsto dalle regole di sistema per l'anno 2017: "Deliberazione X/5954 DEL 5.12.2016: " **Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017" :** "*Il sistema sanitario Regionale sarà impegnato, nell'esercizio 2017, dopo la fase di costituzione delle nuove aziende, a dare piena attuazione al nuovo modello evolutivo delineato dalla legge regionale n. 23/2015 e seguenti, pertanto dopo la fase di avvio attuata nel corso dell'esercizio 2016 è prevista la fase di sviluppo con conseguente definizione delle competenze e delle nuove attività nell'ambito del sistema nell'ottica di integrazione dell'offerta sanitaria e socio sanitaria."*
Inoltre, aspetto sicuramente non trascurabile nell'ambito della prevenzione della corruzione, l'anno 2017 apporterà ulteriori cambiamenti e modifiche all'assetto organizzativo dell'azienda essendo in corso di approvazione il nuovo piano organizzativo aziendale.
Da ultimo si richiamano le indicazioni Anac, ovvero il PNA, determinazione n. 12 del 28 Ottobre 2015 ove alla voce **Analisi di tutte le aree di attività e mappatura dei processi,** consente alle amministrazioni che si trovino in situazioni di particolare difficoltà, quale quella che sta vivendo indubbiamente questa azienda costituita dall'1.1.2016, di procedere alla mappatura dei processi distribuendola al massimo in due annualità 2016 e 2017.

1.1 Premessa

Ai sensi dell'art. 1 commi 5 e 59 della Legge n. 190 del 6/11/2012, tutte le amministrazioni pubbliche indicate all'art. 1 comma 2, del D. Lgs. 165 del 30/3/2001, devono adottare il piano Triennale di Prevenzione della corruzione e dell'illegalità.
L'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo con il presente Piano Triennale di prevenzione della corruzione ha inteso dare seguito ai propri piani, integrandoli con le norme e i provvedimenti che si sono succeduti, nonché con gli adempimenti richiesti dallo stesso piano, con la precisazione che dovrà essere integrato in conformità al nuovo assetto di cui alla L.R. n. 23/2015 e al nuovo Piano di organizzazione aziendale in corso di approvazione.
Il piano fornisce inoltre l'occasione per introdurre nuove misure e/o migliorare quelle esistenti con un'azione coordinata per l'attuazione di efficaci strategie di prevenzione e contrasto della corruzione e, più in generale, dell'illegalità all'interno dell'Azienda.
In attuazione delle più recenti norme relative alla prevenzione della corruzione, l'ASST individua i seguenti obiettivi principali nell'ambito delle strategie di prevenzione:

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

I principali strumenti di prevenzione della corruzione**,** previsti dalla normativa di riferimento, e applicati anche dall'AZIENDA e descritti nel presente PTPC, sono i seguenti:

- *adozione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della sezione per la trasparenza*
- *adozione codice di comportamento aziendale;*
- *applicazione di criteri di selezione e rotazione del personale operante nelle aree a rischio;*
- *obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse;*
- *disciplina specifica in materia di incarichi d'ufficio e attività ed incarichi extraistituzionali e incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione;*
- *disciplina specifica in materia di conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti e di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage –revolving doors);*
- *disciplina specifica in materia di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. whistleblower);*
- *formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche attinenti alla prevenzione della corruzione.*

1.2 Il nuovo assetto organizzativo

L'11 agosto 2015 è stata approvata la legge regionale di evoluzione del servizio socio-sanitario lombardo -n. 23 del 11 agosto 2015-, che è entrata in vigore con la pubblicazione sul supplemento del Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia n. 33 del 14 agosto 2015.
L'art. 2 della predetta legge ha demandato alla Giunta regionale l'approvazione delle deliberazioni costitutive delle ATS (Aziende di tutela della salute) e delle ASST (Aziende socio sanitarie territoriali), regolando contestualmente la fase di transizione, con particolare riguardo alla definizione dei nuovi assetti organizzativi e dei procedimenti in corso, alla nomina degli organi, al subentro nei rapporti giuridici, all'assegnazione anche in via provvisoria di funzioni, di beni e di risorse umane, ai debiti informativi e alle gestioni liquidatorie, in modo che sia garantita la continuità nello svolgimento delle funzioni e nell'erogazione delle prestazioni.
Inoltre:

- l'art. 6 della l.r. n. 33/2009, così come emendato dalla l.r. n. 23/2015 prevede che "*sono istituite le agenzie di tutela della salute, di seguito denominate ATS, come da allegato 1 che costituisce parte integrante della presente legge*". Tali enti "*assicurano, con il concorso di tutti i soggetti erogatori, i LEA ed eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie*";
- l'art. 7 della l.r. n. 33/2009, così come emendato dalla l.r. n. 23/2015 prevede che "*sono istituite le aziende socio sanitarie territoriali, di seguito denominate ASST, come da allegato 1*";
- in conformità al disposto della citata l.r. n. 33/2009, le ATS e le ASST sono enti dotati di "*personalità giuridica di diritto pubblico e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica*";
- in particolare le ASST "*concorrono con tutti gli altri soggetti erogatori del sistema, di diritto pubblico e privato, all'erogazione dei LEA e di eventuali livelli aggiuntivi definiti dalla Regione con risorse proprie, nella logica della presa in carico della persona*".

Premesso quanto sopra, con D.G.R. n. X/4485 del 10.12.2015 è stata costituita, a partire dall'1 gennaio 2016, l'Azienda Socio-Sanitaria Territoriale (ASST) Papa Giovanni XXIII avente autonoma personalità giuridica pubblica e autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, con sede legale in Bergamo Piazza OMS n. 1, come di seguito dettagliata:

Presidio Papa Giovanni XXIII	Bergamo
Centro di riabilitazione specialistica	Mozzo
Laboratorio di ematologia "Paolo Belli"	Bergamo "Matteo Rota"
Ambulatorio Varenna per lo studio e la cura dei disturbi depressivi	Bergamo "Matteo Rota"
CPS e Centro diurno della Psichiatria 2	Bergamo Via Tito Livio
Hospice	Bergamo B.go Palazzo
Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza	Bergamo B.go Palazzo
Centro diurno della Psichiatria 1	Bergamo B.go Palazzo
Medicina dello Sport	Bergamo B.go Palazzo
Servizi del Dipartimento di salute mentale	Boccaleone
Centro di ipovisione	Azzano San Paolo
Ospedale di San Giovanni Bianco	San Giovanni Bianco
Rete dei servizi ospedalieri e territoriali per la salute mentale	Valle Brembana – Zogno
Rete dei servizi ospedalieri e territoriali per la salute mentale	Valle Imagna – Villa d'Almè
Presidio territoriale di Bergamo	Bergamo B.go Palazzo
Sert	Bergamo B.go Palazzo
Sert	Bergamo Via Gleno (carcere)
Presidio territoriale Valle Brembana	Valle Brembana – Zogno
Presidio territoriale Valle Imagna	Valle Imagna – Villa d'Almè
Consultorio familiare	Bergamo B.go Palazzo
Consultorio familiare	Villa 'Almè
Consultorio familiare	Sant'Omobono Terme
Centro per il bambino e la famiglia	Bergamo Via S. Martino d/p
Servizi sanitari e socio sanitari compreso trattamento dipendenze alcool e droga	Bergamo Via Gleno (carcere)

Allo stato attuale è stato definito dall'Azienda il proprio futuro assetto (POAS) con delibera n. 1847 del 28.10.2016 trasmesso alla Giunta regionale, per la relativa approvazione, ai sensi dell'art. 17, comma 4 della l.r. 30 dicembre 2009 n. 33 nel testo modificato dalla l.r 22 Dicembre 2015 n. 41, mediante la piattaforma SMAF (Sistema modulare di accoglienza flussi).

1.3 Finalità generali del piano

Riprendendo quanto scrive il PNA, il P.T.P.C. è lo strumento attraverso il quale l'amministrazione sistematizza e analizza un processo articolato in fasi, finalizzato a formulare una strategia di prevenzione del fenomeno di corruzione e di illegalità.
Nel piano si descrivono una serie di attività che devono condurre alla prevenzione partendo dall'analisi dei processi dell'organizzazione aziendale.
Il piano di prevenzione della corruzione e dell'illegalità è finalizzato a fornire una valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici a rischio di corruzione e di illegalità, mediante l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione.
Il PNA 2016 ha previsto un maggior coinvolgimento degli organi di indirizzo nella formazione e attuazione dei piani, in tale ottica il POAS aziendale, in corso di approvazione ha previsto che il governo efficace ed efficiente dell'Asst si persegua attraverso l'azione unitaria della Direzione strategica che individua obiettivi e destina al loro raggiungimento le risorse umane, economiche e tecniche necessarie. La direzione strategica è costituita dal Direttore Generale, Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Socio Sanitario, compito della direzione strategica è quello di:

- individuare gli obiettivi e i programmi annuali e pluriennali definiti sulla base degli obiettivi istituzionali dell'azienda ed in coerenza con le linee di programmazione ed indirizzo regionale;
- organizzare l'azienda, programmare le attività e realizzare la qualità delle prestazioni;

- pianificare le risorse e gli investimenti;
- gestire le relazioni interne ed esterne;
- garantire la sicurezza e la prevenzione.

1.4 Soggetti, ruoli e responsabilità

I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione sono:

- *la direzione strategica che designa il R.P. (Responsabile della Prevenzione della corruzione) e adotta il piano di prevenzione nonché tutti gli atti generali finalizzati alla prevenzione della corruzione;*
- *il R.P.;*
- *i referenti per la prevenzione (come meglio individuati nel paragrafo che segue);*
- *tutti i dirigenti per l'area di rispettiva competenza;*
- *il Nucleo di valutazione delle Performance (nelle funzioni di O.I.V.);*
- *tutti i dipendenti dell'amministrazione;*
- *i collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione.*

Inoltre, con deliberazione n. 5 del 12.01.2016, questa Asst ha nominato il dr. Enrico Gamba – Direttore del Dipartimento servizi e tecnologie e dell'USC Approvvigionamenti - Responsabile dell'anagrafe unica delle stazioni appaltanti (RASA).

La prevenzione della corruzione deve diventare un modus operandi della P.A, insinuandosi nell'organizzazione con misure idonee che riducano il rischio di corruzione attraverso:

1. misure oggettive che attraverso l'organizzazione siano atte a ridurre gli spazi per gli interessi particolari.
   Tra queste misure può rientrare quanto previsto nel Piano di organizzazione aziendale strategico 2017-2019, al cap.6.2 " **Il sistema dei controlli interni**":
   Il sistema dei controlli interni dell'Asst supporta la direzione strategica nel conseguimento degli obiettivi aziendali nel rispetto dei canoni di legalità, efficacia, efficienza, economicità e trasparenza dell'azione amministrativa. L'applicazione del sistema avviene in Asst tramite l'attivazione di funzioni che possono essere sintetizzate in quattro macro aree:
   Controllo di gestione
   Qualità aziendale e Risk Management
   Internal auditing
   Controllo interno.
   Nondimeno sono da ritenersi misure oggettive tutti i regolamenti che l'azienda sta adottando e aggiornando, si richiamo a titolo esemplificativo:
   Delibera n. 2073 del 30.11.2016: " Nuova graduazione e valutazione degli incarichi dirigenziali: approvazione intesa sottoscritta con le competenti OO.SS. aziendali."
   Regolamenti predisposti dall'Usc Servizi a gestione diretta:
   Uso e gestione dei veicoli aziendali
   Servizio Ristorazione sostitutivo della mensa aziendale per il personale
   Impiego della divisa
   Gestione del fondo economale
   Regolamenti in corso di approvazione:
   Regolamento per l'affidamento dei contratti pubblici di importo inferiori alle soglie di rilevanza comunitaria, relativi a servizi e forniture
   Regolamento per la tenuta dell'inventario dei beni mobili e immateriali.
2. Misure soggettive atte a garantire l'imparzialità del funzionario pubblico che partecipa all'adozione di atti di gestione.
   Queste misure saranno meglio sviluppate nel paragrafo dedicato all'obbligo di astensione in caso conflitto di interessi.

1.5 Referenti del responsabile della prevenzione della corruzione

Per svolgere al meglio la propria attività il R.P. deve essere coadiuvato da tutto il personale aziendale e, in particolare, dai referenti per la prevenzione.
L'azienda assicura quindi al R.P. il supporto delle professionalità operanti negli ambiti a più alto rischio di corruzione e, in generale, di tutte le strutture.
A questi sono affidati poteri di controllo e monitoraggio sulle attività connesse alla fattiva applicazione del piano nel settore di rispettiva competenza, oltre che di vigilanza sui comportamenti dei propri collaboratori. Evidenziano i processi a maggior rischio, attivano misure disciplinari nei confronti dei propri collaboratori che violino norme del codice di comportamento.
Sono parte attiva nel proporre miglioramenti e modifiche del piano.

2. MISURE DI PREVENZIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE

2.1 Trasparenza

La Legge n. 190/2012 introduce nell'ordinamento nuove misure volte alla prevenzione e alla repressione della corruzione e dell'illegalità nella P.A. e individua proprio nella trasparenza uno strumento fondamentale.
Il d.lgs 97/2016 "revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della L. 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" ha rafforzato tali principi che l'azienda ha fatto propri nell'apposita sezione.

2.2 Obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi

Il conflitto di interessi è la situazione in cui un interesse secondario (privato o personale) interferisce, ovvero potrebbe tendenzialmente interferire o appare avere la potenzialità di interferire, con il dovere di una persona ad agire in conformità con un interesse primario, ad esempio, nel caso del funzionario e del dipendente pubblico, in conformità con l'interesse pubblico perseguito mediante l'esercizio della funzione e/o con l'interesse facente capo al destinatario del provvedimento e tutelato dall'ordinamento.
Secondo Dennis F. Thompson, "*Understanding Financial Conflicts of Interest*" - The New England Journal of Medicine 19.08.1993 n. 8, "*A conflict of interest is a set of conditions in which professional judgment concerning a primary interest (such as a patient's welfare or the validity of research) tends to be unduly influenced by a secondary interest (such as financial gain)*", il conflitto di interessi é "*un insieme di condizioni in cui un giudizio professionale concernente un interesse primario (come il benessere di un paziente o la validità di una ricerca) tende ad essere influenzato indebitamente da un interesse secondario (come un vantaggio economico)*".
Il conflitto di interessi non è un evento ma una situazione, un insieme di circostanze che creano o aumentano il rischio che gli interessi primari possano essere compromessi dall'inseguimento di quelli secondari.
La corruzione, dal canto suo, è la degenerazione di un conflitto di interessi, in quanto in ogni fenomeno corruttivo é insito il prevalere di un interesse secondario su uno primario.
Nella consapevolezza che l'eliminazione di situazioni di conflittualità é uno degli strumenti che concorrono alla prevenzione della corruzione, l'articolo 1 comma 41 della L. 190/2012 ha introdotto, con l'articolo 6 bis della L. 241/1990, l'obbligo di astensione, in caso di conflitto di interessi, del responsabile del procedimento e dei titolari degli uffici competenti ad adottare pareri, valutazioni tecniche, atti endoprocedimentali e il provvedimento finale, imponendo a tali soggetti l'obbligo di segnalare ogni situazione di conflitto, anche potenziale.

Il conflitto può interessare il dipendente o il coniuge, il parente o l'affine, le persone soggette a tutela o curatela, ovvero soggetti con cui abbia frequentazione abituale oppure organizzazioni nelle quali abbia un ruolo di rilievo, e può fare riferimento a rapporti patrimoniali e finanziari, grave inimicizia, liti giudiziarie, indebite pressioni politiche o sindacali, gravi ragioni di convenienza, dubbi sull'imparzialità della Pubblica Amministrazione, lesione anche potenziale all'immagine dell'Azienda.
Divieti specifici sono dettati per attività relative a gestione di risorse finanziarie, appalti, concorsi, affidamento di incarichi, riconoscimento di vantaggi economici e relative commissioni.
Di seguito si fornisce un elenco dei principali obblighi e divieti:

- Obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi (art. 6 bis legge n. 241/90; legge n. 190/2012 art. 3 comma 2, art. 6 comma 2, art. 7 DPR 62/2013).
- Obbligo di segnalazione preventiva e motivata al proprio superiore del conflitto di interessi (art. 6 bis legge n. 241/90, legge n. 190/2012 art. 6 comma 2 e art. 7 DPR n. 62/2013).
- Obbligo di verifica e di istruzioni da parte del superiore al subordinato in caso di rilevazione di conflitto di interessi (art. 7 DPR n. 62/2013).
- Obbligo di vigilanza e controlli sull'assenza di conflitto di interessi da parte dei Dirigenti responsabili, delle posizioni organizzative e dei coordinatori (art. 1 comma 9 legge n. 190/2012).
- Il dipendente non accetta incarichi di collaborazione da soggetti privati che abbiano o abbiano avuto nel biennio precedente, un interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti all'ufficio di appartenenza (art. 4 DPR n. 62/2013)
- Disposizioni specifiche sugli appalti (art. 42 d.lgs. 50/2016)
- Art. 14 D.p.r n. 62/2013
- Obbligo a carico di ciascun dipendente all'atto dell'assegnazione all'ufficio di informare per iscritto il Dirigente dell'ufficio stesso di tutti i rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti privati in qualunque modo retribuiti che lo stesso abbia o abbia avuto negli ultimi tre anni (art. 7 DPR n. 62/2013).
- Obbligo del Dirigente, prima di assumere le sue funzioni, di comunicare all'ufficio personale le partecipazioni azionarie e gli interessi finanziari che possono porro in conflitto di interessi con la funzione pubblica che svolge e dichiarare se ha pareti o affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che esercitano attività politiche, professionali o economiche che li pongano in contatti frequenti con l'ufficio che dovrà dirigere o che siano coinvolti nelle decisioni o nelle attività inerenti all'ufficio (art. 13 DPR n. 62/2013).
- Divieto per coloro che sono stati condannati, anche in via non definitiva, per i reati contro la P.A. del capo I, titolo II, del libro II del Codice Penale (peculato, concussione, corruzione, abuso d'ufficio ecc.) di far parte di commissioni per l'affidamento di appalti o per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi, di essere assegnati agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione dei beni, servizi e forniture, o alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzione di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati, oppure di far parte delle Commissioni per la concessione o per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere (art. 35 bis D. Lgs. n. 165/2001).
- Divieto di far parte di commissioni di concorso per coloro che ricoprono cariche politiche.
- Art. 51 c.p.c.
- Sanzioni disciplinari in caso di mancata osservanza del codice di comportamento, ivi compresi le previsioni sui conflitti di interessi (art. 16 DPR n. 62/2013).

In quest'ottica l'Asst sta implementando una policy aziendale in tema di conflitto di interessi avendo a mente due aspetti fondamentali:

1. Creare consapevolezza dell'obbligo di astensione, mediante la predisposizione di un vademecum da distribuire ai dipendenti,
2. Coadiuvare il Responsabile dell'ufficio che deve decidere sull'astensione, mediante la predisposizione di idonea modulistica:
   - Dichiarazione pubblica di interessi: compensi per partecipazione a progetto sponsorizzato/consulenza scientifica;
   - Dichiarazione insussistenza di cause di incompatibilità e di conflitto di interesse Componenti

tavolo tecnico per la predisposizione del capitolato di gara;
- Insussistenza di cause di incompatibilità e di conflitto di interesse componenti commissioni di gara;
- Insussistenza di cause di incompatibilità e di conflitto di interesse componenti commissioni di concorso.

Fermi restando gli obblighi di Legge previsti per i casi specifici, l'Azienda ha già da tempo disciplinato la procedura di verifica e gestione delle situazioni di conflitto di interesse negli artt. 6 e 7 del Codice di Comportamento aziendale approvato con deliberazioni n. 171 del 30.01.2014 e n. 208 del 06.02.2014:

"1. il dipendente dichiara entro 7 giorni, per iscritto, al Responsabile, i rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti privati in qualunque modo remunerati, in base al disposto dell'articolo 6 del Codice di Comportamento Generale;

2. *inoltre, dovrà darne comunicazione ogni qual volta si dovesse verificare una situazione diversa rispetto a quella comunicata;*
3. *il Responsabile verificherà che il personale non si trovi in una situazione delicata che possa, anche solo astrattamente, privilegiare direttamente o indirettamente i suoi interessi. Sulla base di tale conoscenza, non assegnerà attività, compiti, responsabilità e conseguenti poteri autoritativi, negoziali, di discrezionalità amministrativa, rientranti negli ambiti descritti che potrebbero pregiudicare l'imparzialità della sua azione. Entro 10 giorni dalla comunicazione di cui al comma 1, il responsabile redigerà la Dichiarazione di verifica dell'insussistenza di situazioni di conflitto di interessi in capo al dipendente per il successivo inoltro al Responsabile per la Prevenzione;*
4. *il dipendente si astiene, ai sensi dell'articolo 6, comma 2, e dell'articolo 7 del Codice di Comportamento Generale, comunicando per iscritto al Responsabile la specifica situazione di conflitto;*
5. *nel caso in cui il Responsabile decida sull'astensione del dipendente, l'incarico dovrà essere affidato ad altro dipendente, ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il Responsabile dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento;*
6. *qualora il conflitto riguardi il Responsabile, a valutare le iniziative da assumere sarà il Responsabile della Prevenzione della Corruzione;*
7. *la procedura e il relativi provvedimenti connessi alle astensioni, sono comunicati a cura del Dirigente Responsabile al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e sono custoditi in uno specifico archivio."*

In base al Codice di Comportamento aziendale, il dovere di astensione è obbligo anche per tutti i soggetti che operano, sia pure occasionalmente, in nome e nell'interesse dell'azienda e che si trovano ad avere un interesse attualmente o potenzialmente in conflitto con quello dell'azienda stessa (es. cointeressenze con fornitori o clienti) o che potrebbe interferire con la capacità di assumere decisioni coerenti con gli obiettivi aziendali.

Tali soggetti devono astenersi dal porre in essere ogni atto in merito e segnalare la sussistenza del conflitto al diretto superiore o ad altra funzione aziendale, affinché compiano le opportune valutazioni.

Le violazioni delle norme in tema di conflitto di interessi possono dare luogo, oltre all'invalidità del procedimento e del suo provvedimento conclusivo, a responsabilità di carattere civile, penale, amministrativo, contabile e disciplinare, nonché a conseguenze / sanzioni di carattere pecuniario, in relazione alle fattispecie considerate.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Aree a rischio	Processo	Misure di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Indicatori	Tempistica	Risorse
Tutte	Tutti i processi aziendali	Gestione conflitto di interessi	Direttori e responsabili Strutture e articolazioni aziendali.	Prevenire che la condizione " conflitto di interesse" si trasmuti in un comportamento illecito.	Raccolta delle dichiarazioni, verifica delle astensioni.	All'atto dell'assegnazione all'ufficio compilazione del modello	Tutto il personale.

Con delibera n. 1671 del 29.9.2016 l'azienda ha fatto propri e approvati i moduli predisposti da Agenas "Dichiarazione pubblica di interessi dei professionisti" e ha individuato i professionisti ai quali far compilare il modulo con la logica di rendere concreta l'azione di prevenzione non con una

compilazione massiva ma con il tentativo di una compilazione più mirata. La suddetta delibera è stata pubblicata sul sito aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente" con invito agli stakeholder di individuare altre professionalità a cui far sottoscrivere la modulistica Agenas.

2.3 Tutela del dipendente che segnala illeciti

Il comma 51 dell'art. 1 L. n. 190/2012 ha introdotto, dopo l'articolo 54 del D. Lgs 165/2001, l'articolo 54 bis "*Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti*":

"1. Fuori dei casi di responsabilità a titolo di calunnia o diffamazione, ovvero per lo stesso titolo ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, il pubblico dipendente che denuncia all'autorità giudiziaria o alla Corte dei conti, ovvero riferisce al proprio superiore gerarchico condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia.

2. *Nell'ambito del procedimento disciplinare, l' identità del segnalante non può essere rivelata, senza il suo consenso, sempre che la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione, l'identità può essere rivelata ove la sua conoscenza sia assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato.*
3. *L'adozione di misure discriminatorie è segnalata al Dipartimento della funzione pubblica, per i provvedimenti di competenza, dall'interessato o dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nell'amministrazione nella quale le stesse sono state poste in essere.*
4. *La denuncia è sottratta all'accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni."*

La norma ha sancito la tutela per il fenomeno del cosiddetto "*whistleblowing*", da"*whistleblower*", letteralmente "*colui che soffia il fischietto*", parola che nel mondo americano indica il fischio dell'arbitro che segnala il fallo.

In italiano il vocabolo whistleblower é stato tradotto in vari modi (*talpa, gola profonda, spifferatore, delatore*, *confidente*, *canarino*) *inadatti* a descrivere il concetto perché gli conferiscono una c**onnotazione negativa, indicativa del contesto culturale italiano, affetto, secondo alcuni (***Edward C. Banfield, The Moral Basis of a Backward Society, London, 1967*) dal cosiddetto "*familismo amorale*", cioè quell'ethos tipico che porterebbe gli individui a perseguire l'interesse immediato della propria famiglia nucleare, disinteressandosi dell'interesse della collettività (*tratto da "Un'alternativa al silenzio. Promozione delle segnalazioni nell'interesse pubblico, ottobre 2012 report di Davide Del Monte e Giorgio Fraschini, a cura di Tranparency International Italia*) .

La pratica del whistleblowing é nata e si é diffusa nel mondo anglosassone, ad indicare invece un comportamento positivo di contrasto alla corruzione, attraverso la denuncia, da parte di dipendenti di organizzazioni pubbliche o private, di situazioni interne di cattiva gestione, irregolarità o illiceità in atto.

Secondo la definizione fornita da "*Trasparency International Italia*", il whistleblower o segnalante o "*vedetta civica*" "è "*chi testimonia un illecito o un'irregolarità sul luogo di lavoro, durante lo svolgimento delle proprie mansioni, e decide di segnalarlo a una persona o un'autorità che possa agire efficacemente al riguardo. Pur rischiando personalmente atti di ritorsione a causa della segnalazione, egli svolge un ruolo di interesse pubblico, dando conoscenza, se possibile tempestiva, di problemi o pericoli all'ente di appartenenza o alla comunità*".

Quindi si può sostenere che la segnalazione è espressione di senso civico, in quanto il whistleblower aiuta a prevenire rischi e pregiudizi per l'Azienda e per l'interesse pubblico, prima che i problemi si ingigantiscano con grave danno della collettività e dell'immagine dell'Ente.

In tale ottica, la nuova disciplina dettata dalla L. n. 190/2012, prevede una particolare tutela in favore del pubblico dipendente che denuncia all'Autorità Giudiziaria o alla Corte dei conti, ovvero riferisce al proprio superiore gerarchico condotte illecite di cui abbia saputo in ragione del rapporto di lavoro.

È ribadito che il dipendente non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto a una misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetto sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente ovviamente fuori dai casi di calunnia e/o diffamazione.

La tutela è assicurata mediante il divieto di rivelare il nome del denunciante, mediante la sottrazione

della nota contenente la denuncia all'accesso e mediante il divieto di sanzionare, licenziare e sottoporre a misure discriminatorie il denunciante.
L'identità del denunciante può essere resa nota solo ove ciò sia indispensabile per la difesa dell'incolpato.
L'Azienda ha previsto specificamente, nel proprio Codice di Comportamento, al paragrafo "Prevenzione della Corruzione", la tutela dell'anonimato e il divieto di discriminazione nei confronti del whistleblower.
La tutela dell'anonimato si attua innanzitutto con la sottrazione della denuncia al diritto di accesso, fatta esclusione delle ipotesi eccezionali descritte nel comma 2 del nuovo art. 54 bis D. Lgs. n. 165 del 2001, in caso di necessità di rivelare l'identità del denunciante e nelle ipotesi in cui l'anonimato non è opponibile per Legge, (es. indagini penali, tributarie o amministrative, ispezioni di organi di controllo).
L'azienda nel periodo di vigenza del precedente piano ha diffuso mediante pubblicazione sul proprio sito il modello di segnalazione predisposto dal dipartimento della funzione pubblica.
Nel corso del 2016 l'Asst ha altresì adottato un regolamento disciplinante le misure per la tutela del dipendente che segnala illeciti, delibera n. 852 del 19.5.2016.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Aree a rischio	Processo	Misura di prevenzione	Responsabilità	Obiettivi	Indicatori	Tempistica	Risorse
Tutte	Tutti i processi aziendali	Whistleblowing	Responsabile della prevenzione della corruzione.	Gestione delle segnalazioni	Regolamento	Regolamento adottato con delibera n. 852 del 19.5.2016	Responsabile della prevenzione della corruzione

2.4 Codice di comportamento – diffusione buone pratiche e valori

Nel corso del 2014 è stato approvato il codice di comportamento aziendale, sulla scia della recente adozione del D.P.R. n. 62 del 16 aprile 2013 "Regolamento recante CODICE DI COMPORTAMENTO DEI DIPENDENTI PUBBLICI", a norma dell'articolo 54 del D.Lgs. n. 165/2001.
L'adozione del regolamento nazionale si è resa necessaria dal momento di particolare fragilità economica dell'intero paese, sotto il profilo occupazionale, politico e di certezza dei valori. Invero, il legislatore si è posto l'obiettivo di sensibilizzare tutti i cittadini che lavorano con le pubbliche amministrazioni, quindi alle dirette dipendenze o che intrattengono collaborazioni remunerate a vario titolo, sull'adozione di uno stile di vita e l'assunzione di una condotta, nello svolgimento delle proprie attività, attento all'eticità, al rispetto delle cose comuni, all'esigenza di trasparenza, quale base comportamentale per prevenire e arginare fenomeni di corruzione.
Anche i delicati aspetti deontologici ed etici, connessi con l'attività istituzionale dell'Azienda, impongono al personale sanitario, l'adozione di ogni possibile iniziativa volta a migliorare la qualità delle prestazioni, dei servizi offerti al pubblico.
Per quanto concerne l'aspetto redazionale, gli articoli non ripetono il contenuto delle corrispondenti norme del Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici, approvato con D.P.R. 16.4.2013 n.62, ma integrano e specificano le previsioni normative ivi riportate. In tal modo non si appesantisce il testo del regolamento aziendale, evitando di riprodurre in più fonti, norme comunque cogenti.
Pertanto, una volta perfezionato il Codice dell'Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII, sotto l'aspetto dell'integrazione codicistica, il compendio degli istituti provenienti delle due fonti è assicurato mediante la contemplazione di entrambe in un unico documento, ma in ambiti separati: a sinistra le disposizioni del Codice approvato con D.P.R. n. 62 del 16 aprile 2013 e a destra quelle del Codice Aziendale.
Si profila utile, al riguardo, anche un raccordo continuo tra l'Ufficio Rapporti con il Pubblico e l'UPD, per ricevere segnalazioni da parte dei cittadini, circa le violazioni al codice di comportamento e le proposte di aggiornamento.

Altresì la diffusione capillare, l'interpretazione e la valorizzazione del Codice di Comportamento Generale e di quello Aziendale a tutti i soggetti cui è rivolto, rappresenta un indefettibile impegno per contrastare atteggiamenti troppo spesso dettati da logiche opportunistiche.
Successivamente sarà necessario verificare costantemente l'attuazione del Codice, sotto il profilo del rispetto:

- delle norme, delle prescrizioni, dei precetti, delle raccomandazioni, desumendolo dall'andamento positivo delle relazioni della compagine sociale, dalle relazioni formali degli organismi presenti anche a livello sindacale;
- delle procedure imposte, col coinvolgimento sostanziale di tutti i dirigenti, cui grava l'onere immanente di collaborazione, nel pretendere dai propri collaboratori una condotta irreprensibile, nel segnalare proficuamente le disfunzioni e le anomalie riscontrate, nel contribuire ad accertare inequivocabilmente le condotte riprovevoli;
- del precetto che impone che gli elementi relativi alle violazioni del codice di comportamento sono sanzionabili.

Il Codice di comportamento elaborato dall'Azienda mira ad essere uno strumento utile ed indispensabile per prevenire i fenomeni di corruzione, a tal fine costituisce un elemento essenziale del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione.
Il giusto comportamento chiesto ai propri dipendenti ed ai collaboratori dell'Azienda, è la guida dell'agire in maniera corretta secondo eticità così come fortemente chiesto dalle norme che, in questi ultimi due anni, sono state emanate per prevenire la corruzione. La vigilanza che, sia il DPR 16.04.2012 che il Codice aziendale, pone a carico del Dirigente Responsabile in materia di conflitto di interesse costituisce un binomio ormai ineludibile data la vastità e le specificità delle situazioni in cui si può annidare l'interesse del singolo a scapito dell'interesse pubblico.
Per rafforzare le conoscenze e la consapevolezza in tutti i dipendenti e collaboratori dell'Azienda è stato implementato un corso fad riguardante il codice di comportamento aziendale, nella convinzione che il rafforzamento dell'etica e conseguentemente del comportamento costituisca il fondamento della prevenzione della corruzione.
In data 30.5.2016 con lettera pec prot. n. 28670, il R.P.C. ha invitato tutti i dipendenti confluiti nella ASST a svolgere il corso Fad.
Nel corso del 2016 il R.P.C. ha predisposto un avviso da consegnare a cura dell'USC Politiche e gestione ai neo assunti in relazione all'obbligo di partecipare al corso Fad "Codice di comportamento aziendale", email del 10.6.2016 al Direttore dott. Santo Radici.
Con avviso pubblicato nella newsletter di ottobre 2016 e inviato via email a tutti gli indirizzi aziendali il R.P.C. ha ricordato l'obbligatorietà del corso ed ha invitato tutti i dipendenti, i consulenti, i liberi professionisti ed i titolari di contratti co.co.co., a completarlo entro il 23.12.2016.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Aree a rischio	Processo	Misure di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Indicatori	Tempistica	Risorse
Tutte le strutture dell'AZIENDA	Tutti	Codice di comportamento	U.P.D. e R.P.. Usc Politiche e gestione del personale.	Diffondere un comportamento etico	Effettuazione corso fad codice di comportamento. Diffusione del codice ai neo assunti.	31.12.2014 All'atto dell'assunzione.	Tutto il personale

2.5 Incarichi d'ufficio/attività/incarichi Svolgimento extra istituzionali

La legge n. 190/2012 ha apportato modifiche al D. Lgs. 165/2001 e conseguente necessità di adottare un regolamento che disciplini la materia.
Nel corso del 2014 è stata costituito all'uopo un gruppo di lavoro e a breve sarà adottato il documento che è stato elaborato.
Ai fini del rilascio di autorizzazioni all'esercizio di incarichi ai dipendenti seguendo il disposto dell'art.

53 comma 7 del d. lgs 165/2001, l'azienda valuterà tutti i profili di interesse, compresi quelli potenziali.
Inoltre secondo il disposto dell'art. 53 comma 12 del succitato decreto il dipendete è tenuto a comunicare formalmente all'azienda anche l'attribuzione di incarichi gratuiti.
Inoltre è stata recepita in Asst con delibera n. 1671 del 29.9.2016 la modulistica Agenas per la dichiarazione pubblica di interessi dei professionisti del SSN, prevedendone una introduzione graduale.
La suddetta delibera nonché l'invito agli Stakeholder interni ed esterni a segnalare eventuali integrazioni è pubblicata sul sito amministrazione trasparente http://www.asst-pg23.it/component/trasparenza/69.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Aree a rischio	Processo	Misure di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Indicatori	Tempistica	Risorse
Tutte le strutture dell'A.O	Tutti i processi aziendali	Svolgimento di incarichi d'ufficio - attività ed incarichi extra istituzionali	Direttori/Dirigenti che dovranno valutare in primis il conflitto di interesse potenziale prima di rilasciare l'autorizzazione ad espletare l'attività.	Evitare situazioni di conflitto di interessi	Già costituito gruppo di lavoro per l'adozione del regolamento. Adozione regolamento	Predisposto regolamento da parte dell'usc Politiche del personale, in corso di approvazione.	Tutto il personale

2.6 Inconferibilità e incompatibilità

Con delibera n. 149 del 22 dicembre 2014 l'ANAC ha previsto che le ipotesi di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le ASL e presso le Aziende debbano intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo, direttore sanitario e direttore sociosanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all'art.1 commi 49 e 50 della L. 190/2012 e degli artt. 5,8,10 e 14 del decreto legislativo n. 39/2013.

2.7 Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage-revolving doors)

La L. n. 190/2012 ha valutato un nuovo rischio di possibile situazione di corruzione connesso all'impiego del dipendente in un momento successivo alla cessazione del rapporto di lavoro.
Il rischio valutato dalla norma è che il dipendente si sia precostituito durante l'attività lavorativa situazioni vantaggiose così da sfruttare a proprio vantaggio la sua posizione all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro presso l'impresa o il soggetto privato con cui è entrato in contatto.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Aree a rischio	Processo	Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Indicatori	Tempistica	Risorse
Tutte	Tutti	Pantouflage/revolving door	USC Gestione personale dipendente/USC Approvvigionamenti/ USC Tecnica	Evitare situazioni di conflitto e favoritismi	Comunicazioni ai cessati. Previsione nelle gare	Già attuata. Da implementare e migliorare soprattutto per le verifiche	Tutto il personale

2.8 Selezione e rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione

La misura di prevenzione deve consistere nella rotazione del personale dirigenziale e del personale con funzioni di responsabilità operante nelle aree a più elevato rischio di corruzione.
Tale misura presenta non indifferenti profili di difficoltà: la rotazione si pone in contrasto con il principio della continuità dell'azione amministrativa che necessariamente comporta la valorizzazione della professionalità acquisita dai dipendenti in certi ambiti.
Pertanto almeno in questa prima fase di applicazione della L. 190/2012 l'Azienda si attiverà per adottare una metodologia per consentire la rotazione del personale, dandone informativa alle

organizzazioni sindacali.
Dato atto che è in corso di approvazione il nuovo POAS, una volta approvato il modello, proseguirà nell'applicazione del relativo piano assunzioni, nella definizione degli incarichi di struttura e delle posizioni organizzative e di un più generale riassetto del personale e, nell'applicazione, in un'ottica di utilizzo ottimale delle risorse umane, che tenga conto, ove ne sussistono i presupposti, di un percorso di alternanza, rotazione del personale dirigenziale e non, nelle aree cosiddette a rischio corruzione preservando la garanzia della continuità dell'azione amministrativa e la sua efficienza acquisita negli anni.
Nel frattempo si attuerà, ove possibile, la cosiddetta segregazione di funzioni prevedendo altresì livelli di responsabilità intermedia anche in una logica di lavoro per processi.
In tale logica si dà atto che già allo stato attuale:
i processi in capo alla struttura Gestione del personale dipendente sono presidiati da più Dirigenti: n. 1 direttore della struttura complessa e n. 2 Dirigenti di struttura semplici. Il processo dei concorsi è altresì governato anche da una Posizione Organizzativa;
l'Usc Approvvigionamenti ha a capo un Direttore di Struttura complessa e si articola in una struttura semplice, nel nuovo Poas sono previste due strutture semplici. Il processo si avvale anche e soprattutto della collaborazione e competenza dell' Usc Farmacia, che tra l'altro dal 2016 ha un nuovo Direttore f.f..

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Aree a rischio	Processo	Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Indicatori	Tempistica	Risorse
Tutte quelle individuate nel piano	Tutti	Rotazione Segregazione di funzioni	I Dirigenti delle aree a rischio come individuate	Affidare incarichi delicati a persone differenti o prevedere forme di controllo.	Rotazione Responsabile del procedimento non coincidente con il Dirigente Responsabile.	01.06.2017	Dirigenti posizioni organizzative aree a rischio.

2.9 Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione

In applicazione dell'art. 35 bis del D.Lgs. 165/2001, l'Azienda è tenuta a verificare la sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o a carico dei soggetti cui intendono conferire incarichi.

Pertanto l'Azienda verificherà, a mezzo di dichiarazioni sostitutive di certificazioni la sussistenza di eventuali precedenti penali:

1. All'atto della formazione delle commissioni per l'acquisizione di beni e servizi o di commissioni di concorso per la selezione del personale,
2. All'atto di assegnazione di dirigenti e di titolari di posizione organizzativa agli uffici di cui all'art. 35 bis del D.Lgs.165/2001.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Aree a rischio	Processo	Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Indicatori	Tempistica	Risorse
Usc Gestione del personale; Usc Approvvigionamenti; USC Tecnica; USC Amministrazione Finanza e controllo	Concorsi; gare, bilancio	Verifica precedenti penali	Direttore Usc Gestione del personale; Usc Approvvigionamenti; Usc Tecnica; usc Amministrazione Finanza e controllo; Uss Bilancio e rendicontazione.	Verifica mediante autocertificazione dell'esistenza di precedenti penali	Autocertifica-zione e verifica a campione	Autocertificazione già attuate. Verifiche a campione da implementare .	Dipendenti delle strutture interessate. R.P.

2.10 Informazione, comunicazione, partecipazione e coordinamento con il piano di comunicazione aziendale

L'azienda rende consapevoli gli stakeholder della strategia di prevenzione dei fenomeni corruttivi mediante la pubblicazione del Piano di prevenzione sul sito aziendale Amministrazione trasparente.
Pubblica altresì sullo stesso sito un modello che dipendenti e stakelhoder potranno compilare per eventuali suggerimenti di modifica del piano.
Tale modello dovrà essere inviato all'ufficio protocollo aziendale o direttamente al Responsabile della prevenzione della corruzione.

2.11 Patti di integrità negli affidamenti

Con D.G.R. n. 1299 del 30.1.2014 la regione Lombardia ha approvato il piano di integrità in materia di contratti pubblici.
L'azienda ha provveduto alla pubblicazione dello stesso nella sezione Bandi/Normativa in materia di appalti.
L'azienda ha altresì adottato un proprio codice di comportamento.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Aree a rischio	Processo	Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Indicatori	Tempistica	Risorse
Affidamen-ti e acquisizioni	I processi dell'area interessata.	Patto di integrità approvato dalla Regione Lombardia con D.G.R. n. 1299 de 30.1.2014. Codice di comportamento aziendale	Direttore Usc Approvvigionamenti, Usc Tecnica	Applicazione della misura ai procedimenti de quo	Inserimento del richiamo al documento. Verifica del comportamento	Attuato Campionare	Dipendenti delle Usc interessate. R.P.

2.12 Formazione e coordinamento con il piano di formazione aziendale

La formazione del personale costituisce uno degli strumenti fondamentali per la messa a punto di una efficace strategia di prevenzione della corruzione.
Una formazione adeguata consente di fornire al personale la necessaria conoscenza delle leggi e soprattutto degli strumenti di prevenzione della corruzione e delle modalità per riconoscere i segnali d'allarme, quali ad esempio situazioni in cui sussiste il conflitto di interessi.
Dal 2014 il piano di formazione ha previsto un percorso di formazione generale rivolto a tutto il personale dell'Asst sul tema dell'etica e dell'integrità, diffondendo l'effettiva conoscenza del proprio codice di comportamento attraverso un corso fad, formazione che continua.
E' stata altresì effettuata una formazione specifica per gli appartenenti al Dipartimento Servizi & Tecnologie, estesa anche ai dirigenti amministrativi dell'azienda con particolare riferimento alla disciplina degli acquisti dei beni e servizi anche il relazione all'entrata in vigore del nuovo codice degli appalti.
Allo stato attuale nel piano di formazione aziendale residenziale per l'anno 2017 in corso di approvazione sono stati previsti i seguenti eventi:
Corso fad sul codice di comportamento
Convegno: Consapevolezza della prevenzione della corruzione: come prevenirla e con quali strategie.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Aree a rischio	Processo	Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Indicatori	Tempistica	Risorse
Tutte	Tutti	Formazione	Direttori di Usc. R.P.	Diffondere conoscenza dell'etica e della prevenzione della corruzione. Nella specifica area di appartenenza.	Corsi di formazione	2017 2018 2019	Dipendenti aree a rischio.

2.13 Monitoraggio dei tempi procedimentali

I dirigenti provvedono al monitoraggio del rispetto dei termini dei procedimenti amministrativi di competenza della propria struttura.
Nel caso di mancato rispetto dei termini il dirigente deve indicare al R.P.C le motivazioni che giustificano il ritardo e le misure adottate o programmate per eliminare l'anomalia.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Aree a rischio	Processo	Misure di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Indicatori	Tempistica	Risorse
Tutte	Tutti	Monitoraggio dei tempi	I Direttori di Usc	Valutare la tempistica dei procedimenti	Segnalazioni dei Direttori di Usc	All'atto del verificarsi dell'evento.	Direttori di Usc

2.14 Collegamento con il piano delle performance

In conformità al D. Lgs. 150/2009, l'amministrazione adotta il ciclo di gestione delle Performance ed i relativi strumenti di programmazione, monitoraggio e controllo della performance organizzativa ed individuale che consente di ricondurre l'intero sistema delle decisioni e della gestione nella corretta direzione del soddisfacimento dei bisogni pubblici in un quadro di efficienza, efficacia ed economicità dell'azione amministrativa.
Il coordinamento e l'integrazione fra gli ambiti relativi alla performance, alla qualità, alla trasparenza, all'integrità, all'anticorruzione, sono stati indicati dalla CIVIT come priorità alle amministrazioni (delibera n. 6/2013).
Si richiama in proposito quanto previsto dalla Regione Lombardia con deliberazione n. x/1185 del 20.12.2013: "*Come previsto dal Piano Nazionale di Prevenzione della corruzione, approvato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione e per la valutazione e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche (A.N.A.C.), con delibera n. 72 dell'11.9.2013, le attività svolte dalle aziende per l'implementazione e l'attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione vengono inserite in forma di obiettivi nel piano delle Performance, anche in funzione della performance individuale.*"
Si richiama altresì quanto previsto dal PNA 2015, det. ANAC 12 del 28/10/2015, che prevede la traduzione delle misure di prevenzione in obiettivi organizzativi ed individuali assegnati agli uffici ed ai loro dirigenti, nel corso del 2016 sono stati assegnati obiettivi specifici in materia di prevenzione della corruzione ai dirigenti come di seguito riportati:

CDR_2016	DIP	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	PUNTI	MODALITA' DI VALUTAZIONE
USC Accoglienza e Front-Office	DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	1) Gestione corretta prenotazione, erogazione e pagamento delle prestazioni ambulatoriali con il SSN e **Libera Professione**. Redazione e pubblicazione della procedura specifica "Gestione amministrativa del processo ambulatoriale Attività Servizio Sanitario Nazionale".	1)Entro il 15/09/2016 redazione della procedura e invio alla pubblicazione. 2) Entro il 30/09/2016 diffusione agli operatori della USC. 3) Entro il 15/12/2016 campionamento di n. 5 prenotazioni per ogni operatore di front office (circa 100 persone) e produzione report di verifica.	15	a) Obiettivo pienamente raggiunto, (100% dei punti assegnati), se tutti e tre gli indicatori sono svolti b) Obiettivo parzialmente raggiunto, (70% dei punti assegnati), se svolto 2 indicatori su 3. c) Obiettivo parzialmente raggiunto, (30% dei punti assegnati), se svolto 1 indicatore su 3.
USC Affari Generali	DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	1) Adozione e/o aggiornamento di specifica procedura per la gestione diretta del rischio connessa alla r.c. sanitaria (medical malpractice).	1) Approvazione e/o aggiornamento della procedura entro il 15/12/2016.	12	1) Procedura approvata e/o aggiornata.
USC Amministrazione, Finanza e Controllo	DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	Corretta applicazione principi contabili, in particolare il principio della competenza economica: ridurre le rilevazioni manuali di poste di competenza dell'esercizio e la rilevazione di sopravvenienze negli esercizi successivi.	1) In relazione alle voci leasing, noleggi, servizi sanitari e servizi non sanitari definire report contratti/autorizzazioni di spesa in Oliamm. 2) Verifica copertura economica dei contratti inseriti in Oliamm delle voci di costo di cui al punto 1).	10	1) Report definito in Oliamm entro il 31/10/2016 (5 punti). 2) Monitoraggio contratti/autorizzazioni di spesa a decorrere dal 01/11/2016 (5 punti).
USC Politiche e Gestione del Personale	DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO	1) Proposta di regolamentazione modalità conferimento incarichi extraistituzionali ai dipendenti ex.art.53 dec. Leg.vo 165/2001. 2) Analisi critica dell'operatività del divieto pantouflage o revolving doors. Implicazioni operative in ambito aziendale. Adozione procedura. 3) Correttezza cedolini stipendiali.	1) Predisposizione Regolamento Aziendale per Autorizzazioni attività extraistituzionali ai dipendenti da sottoporre all'approvazione della Direzione aziendale entro . Il regolamento dovrà essere approvato dalla Direzione entro il 30/09/2016. 2) Campionamento significativo: 5% cessazioni dal servizio entro il 15/12/2016. 3) Verifica a campione dell'1% dei cedolini entro il 15/12/2016.	10	1) Obiettivo pienamente raggiunto, (100% dei punti assegnati), se i tre indicatori sono svolti; 2) Obiettivo parzialmente raggiunto, (50% dei punti assegnati), se svolto il secondo e il terzo indicatore; 3) Obiettivo parzialmente raggiunto, (50% dei punti assegnati), se svolto solo il primo indicatore.

CDR_2016	CDR_COD	DIP	RISULTATO ATTESO	INDICATORE	PUNTI	MODALITA' DI VALUTAZIONE
USC Approvvigionamenti	77	DIPARTIMENTO SERVIZI E TECNOLOGIE	1) Pianificazione e programmazione degli acquisti al fine di prevenire il rischio di mancata concorrenza e trasparenza. 2) Verifica a campione del divieto pantouflage o revolving doors.	1a) Implementare le misure di contrasto e di controllo nel processo affidamenti di forniture e acquisti in economia. 1b) Confronto con le altre Aziende sui beni acquistati in esclusiva, di valore annuo superiore ad euro 40.000 iva esclusa. 2) Verrà definito in accordo alla USS Legale interno e audit.	15	1a) Riduzione del valore, almeno del 5%, degli acquisti in economia rispetto all'anno 2015, oggetto di delibera di ratifica trimestrale. 1b) Valore affidamenti di beni infungibili/esclusivi (di valore annuo superiore ad euro 40.000 iva esclusa) sul totale acquistato (< rispetto al valore del 2015) e Implementazione di una procedura che attesti l'avvenuto confronto con le altre aziende. 2) Verrà definito in accordo alla USS Legale interno e audit.
USC Informatica e Telecomunicazioni	TC	DIPARTIMENTO SERVIZI E TECNOLOGIE	Sicurezza e riservatezza dei dati informatici.	Aumentare gli accessi ai P.C. con carta elettronica personale.	5	Riduzione di n° 100 postazioni di lavoro con accesso 'libero' senza smartcard personale
USC Servizi a gestione diretta	75	DIPARTIMENTO SERVIZI E TECNOLOGIE	Controllo dell'attività in outsourcing del Magazzino esterno	Controllo mensile a campione del contenuto delle navette in partenza dal Magazzino e in arrivo all'Interporto e ai reparti PG23	15	Verbale di esito della verifica di corrispondenza fra bolla e contenuto del carrello
USC Ufficio Tecnico	81	DIPARTIMENTO SERVIZI E TECNOLOGIE	1) Controllo in relazione all'esecuzione della quota lavori che l'appaltatore dovrebbe eseguire direttamente e che invece viene scomposta ed affidata attraverso contratti non qualificati come subappalti, ma alla stregua di forniture 2) Verifica a campione del divieto pantouflage o revolving doors	1) Controlli a campione in cantiere 2) Verrà definito in accordo alla USS Legale interno e audit.	10	1) Effettuazione di almeno n. 5 verifiche in cantiere 2) Verrà definito in accordo alla USS Legale interno e audit.

CDR BUDGET 2016	Cod US	DIP	RISULTATO ATTESO	PUNTI DIRIGENZA (SU 100 COMPL)	PUNTI COMPARTO (SU 100 COMPL.)	MODALITA' DI VALUTAZIONE
USC Farmacia	52	STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA	Devono essere ottemperate le due seguenti attività: 1) Verifica dell'esclusività per l'acquisto della protesica e dei dispositivi medici. Necessaria la presenza di un verbale di attestazione verifica dell'esclusiva. È richiesta, entro fine anno, l'implementazione di una procedura affinché i prodotti in esclusiva siano accompagnati dall'attestazione di esclusività. 2) Confronto con le altre aziende per i prodotti in esclusiva per il materiale di consumo dei laboratori. È richiesta la presenza di verbali di confronto. È richiesta, entro fine anno, l'implementazione di una procedura che attesti l'avvenuto confronto con le altre aziende.	10	10	Tutte le attività descritte devono essere correttamente effettuate. a) Le procedure sono emesse e diffuse entro la tempistica indicata: obiettivo raggiunto al 100% b) Le procedure sono emesse e diffuse con un ritardo massimo di un mese rispetto alla tempistica indicata: obiettivo raggiunto al 70% c) Le procedure sono emesse e diffuse con un ritardo massimo compreso tra uno e due mesi rispetto alla tempistica indicata: obiettivo raggiunto al 50% d) Le procedure sono emesse e diffuse con un ritardo superiore a due mesi rispetto alla tempistica indicata: obiettivo NON raggiunto
USC Direzione Medica Presidio Ospedaliero	73	STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA	Corretta gestione delle liste d'attesa in Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e libera professione (LP) attraverso il confronto dei tempi di attesa tra SSN e LP. Dovranno essere effettuati controlli a campione, con un minimo due rilevazioni nel corso dell'anno.	10	10	a) Evidenza documentale delle due rilevazioni effettuate: obiettivo raggiunto al 100% b) È presente l'evidenza documentale di una sola rilevazione: obiettivo raggiunto al 50% c) Nessuna rilevazione è stata effettuata: obiettivo NON raggiunto
USC Direzione Professioni Sanitarie	76x	STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA	entro il 31 dicembre viene verificata la corretta applicazione della procedura in almeno 10 casi	3	3	a) Entro 31/12 verifica dell'aderenza del personale coinvolto alle indicazioni fornite dalla procedura con nessuna irregolarità rilevata: conseguimento di tutti i punti b) Entro 31/12 verifica dell'aderenza del personale coinvolto alle indicazioni con segnalazione di 1-2 irregolarità: conseguimento del 50%V dei punti c) Entro 31/12 verifica dell'aderenza del personale coinvolto alle indicazioni fornite dalla procedura con segnalazione di più di 2 irregolarità: conseguimento di 0 punti
USC Formazione, Marketing e Libera Professione	FM	STAFF DELLA DIREZIONE SANITARIA	Redazione regolamento, policy aziendale, relativo alla gestione del conflitto di interesse nelle attività finanziate da soggetti privati esterni in condivisione con le strutture aziendali interessate in condivisione con la DMP, gli Affari Generali, il Legale Interno e Audit e gli Approvvigionamenti	10	10	Evidenza documentale del regolamento

Anche nell'anno 2017 saranno previsti ulteriori obiettivi in materia di prevenzione della corruzione che saranno oggetto di contrattazione nei primi mesi dell'anno, in linea con le azioni di miglioramento descritte nelle schede allegate.

3. IL RISCHIO

3.1 La gestione del rischio

Con riferimento alla gestione del rischio il Piano aziendale di prevenzione della corruzione precisava all'art. 3 che, nella prima fase venivano considerate come aree a rischio quelle già individuate in Azienda dal modello organizzativo, ex D. Lgs 231/01, giusta delibera n. 25 del 10/1/2013 e che successivamente sarebbero state mappate nuove aree/processi.
L'individuazione delle aree a rischio ha la finalità di consentire l'emersione di aree che debbono essere presidiate più di altre mediante l'implementazione di misure di prevenzione. Rispetto a tali aree il P.T.P.C. identifica gli strumenti per prevenire il rischio stabilendo le priorità di trattazione.
L'individuazione delle aree di rischio è il risultato di un processo complesso che presuppone la valutazione del rischio da realizzarsi attraverso la verifica sul campo dell'impatto del fenomeno corruttivo sui singoli processi svolti dall'Azienda.
Le aree di rischio variano a seconda della tipologia dell'Azienda e dei contesti interni e/o esterni, tuttavia vi sono aree di rischio comuni a tutte le amministrazioni.
Queste aree sono elencate nell'art.1 comma 16 della L. 190/2012:

a) autorizzazione o concessione;
b) scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla

modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al D.Lgs. 163/2006;

c) concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici o privati;
d) concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'art. 24 del D.Lgs. 150/2009.

Considerate anche le specifiche indicazioni per l'ambito sanitario contenute nel PNA 2015 che suggeriscono particolare attenzione per le seguenti aree potenzialmente esposte a rischi corruttivi:

- attività libero professionale e liste d'attesa;
- rapporti contrattuali con privati accreditati;
- farmaceutica, dispositivi ed altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- attività conseguenti al decesso in ambito intra ospedaliero.

Nell'anno 2016 è stata avviata o estesa la mappatura dei processi e la ponderazione dei rischi ed, inoltre, sono stati rivisti alcuni processi già mappati. Nel 2016 sono stati rivisti tutti i processi e i relativi rischi, in sede di monitoraggio del piano.

3.2 Metodologia per la valutazione del rischio

La metodologia seguita per la mappatura delle aree/processi nonché per la valutazione del rischio è quella proposta dall'all. 5 del PNA.
Sono stati costituiti per aree dei gruppi di lavoro, coordinati dal Responsabile della prevenzione della corruzione, presieduti dal Direttore della Usc e con la partecipazioni di Dirigente/Responsabili dallo stesso individuati.
Sono stati analizzati e catalogati i processi e i relativi rischi (come da schede allegate) redatte dai singoli Responsabili secondo le proprie competenze e responsabilità come previsto dall'art. 16 del D.Lgs. 165/2001.
Sono stati applicati a ciascun processo individuato i criteri indicati nella Tabella allegato 5 del P.N.A.: "*la valutazione del livello di rischio*", strutturata in valutazione della **Probabilità** che l'evento si possa verificare e importanza dell'**Impatto** che può derivare dal verificarsi dell'evento delittuoso.
Il rischio è calcolato moltiplicando la media dei due fattori:
Rischio=media probabilità x media impatto
L'analisi del rischio così condotta, consistente nella valutazione della probabilità che il rischio si realizzi e delle conseguenze che il rischio produce (probabilità e impatto), ha consentito di giungere alla determinazione del Livello di rischio, determinato moltiplicando il valore medio della Probabilità per il valore medio dell'impatto, rappresentato da un valore numerico nella scala 1-25.
Si è ritenuta coerente la seguente ponderazione del rischio:
fino a 8,5 rischio accettabile; da 8,5 a 16,4 rischio rilevante; dal 16,5 a 25 rischio critico.
Rischio accettabile: le azioni già messe in atto sono sufficienti a rendere il rischio accettabile. Il rischio è cioè già stato ridotto ad un livello che può essere sostenuto dall'organizzazione in riferimento agli obblighi di legge e alla politica adottata non richiede interventi nel breve periodo ma interventi tesi a convalidare le procedure in essere ed ad elevare nel tempo le condizioni di sicurezza.
Rischio rilevante: richiede un miglioramento delle misure di controllo, diminuzione della discrezionalità, aumento dei livelli di controllo.
Rischio critico: richiede interventi immediati mirati a migliorare i controlli, ad eliminare per quanto possibile la discrezionalità e a prevedere la formazione del personale.
Nel 2016 si è confermata la metodologia soprarichiamata e sono stati mappati nuovi processi e rivalutati quelli già a catalogo. In particolare, richiamate le indicazioni del PNA di invito alla prudenza al fine di sottoporre al trattamento rischio un ampio numero di processi, si è ritenuto di modificare la ponderazione del rischio, con i seguenti nuovi punteggi:

	fino a 5,9 rischio accettabile
	da 6 a 15,4 rischio rilevante
	da 15,5 a 25 rischio critico

* **L'allegato al presente piano costituisce il catalogo dei processi e il registro dei rischi mappati in azienda.**

3.3 Trattamento e ponderazione del rischio

I processi mappati rientrano per lo più in una classe di rischio accettabile, confermato anche dal confronto con l'analisi dei rischi effettuati in azienda secondo il modello previsto dal D.Lgs. 231/01 e vigilati dall'Organismo di vigilanza del codice etico comportamentale sino al 2015.
Si ritiene comunque come precisato sopra di applicare a tutti i processi gli strumenti preventivi obbligatori previsti dalla L. 190/2012 e dal P.N.A.
Si rimanda inoltre a quanto previsto proprio nei processi mappati con il modello del D.Lgs. 231/01 ove sono state richieste azioni di miglioramento/controllo che contribuiscono a rendere il rischio in termini di accettabilità.
Nel corso del 2016 tali azioni di controllo sono state essere vigilate e controllate dal R.P.C. coadiuvato dai referenti.

TABELLA DI APPLICAZIONE DELLA MISURA

Aree a rischio	Processo	Misure di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Indicatori	Tempistica	Risorse
Tutte	Tutti	Analisi del rischio	I Direttori delle USC	Contenere il rischio	Vigilare che si attuate le misure di controllo.	Dal 2016 al 2018	R.P. e Direttori di Usc

4. MISURE ULTERIORI DI PREVENZIONE

L'Azienda si avvale di ulteriori misure trasversali della prevenzione della corruzione che benché strutturate per altri fini, ben si adattano allo scopo preventivo, es:

- Il sistema qualità
- Il controllo di gestione
- L'informatizzazione diffusa dei processi aziendali
- Il Collegio sindacale, quale organo aziendale nell'ambito della sfera di competenza
- Il nucleo di valutazione che verifica il sistema adottato di valutazione delle performance (organizzative e individuali) e vigila sulla correttezza dei Processi di misurazione e valutazione del personale dell'Azienda.

5. FLUSSI INFORMATIVI

I Referenti identificati nei dirigenti responsabili di struttura devono relazionare periodicamente con il R.P. al fine di aggiornarlo sullo stato di attuazione del piano e sull'adeguatezza dello stesso nonché sulle attività di monitoraggio svolte.

Pertanto i flussi informativi dovranno contenere:

- stato di avanzamento delle misure di prevenzione;
- eventuali modifiche dei processi mappati;
- eventuali modifiche del rischio;
- segnalazioni indirizzate alla direzione da parte di soggetti interni o esterni inerenti ipotesi di reato: il R.P. accerta che chi segnala al superiore gerarchico o ai soggetti apicali dell'Azienda condotte illecite, non subisca ingiuste ripercussioni;
- informazioni su procedimenti disciplinari e segnalazioni di violazioni del Codice di comportamento (da parte dell'UPD);
- indicatori di rischio quali: gare deserte, assegnazioni a fornitore unico e/o in emergenza (da parte del RUP);
- verifiche e controlli sulle cause di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi;
- esiti di verifiche del rispetto dei termini dei procedimenti;
- report di sintesi elaborati dal nucleo di valutazione;
- informazioni sulla gestione del personale con riferimento al conflitto di interesse potenziale o effettivo nei rapporti con soggetti esterni che hanno relazioni con l'azienda.

6. Il SISTEMA DI MONITORAGGIO

La determinazione ANAC n. 12 del 28.10.2015 nonché la determinazione di approvazione definitiva del piano, n. 831 del 30 Agosto 2016, ha fatto emergere che il sistema di monitoraggio sull'implementazione del PTPC continua ad essere una variabile particolarmente critica, auspicandone un miglioramento al fine di assicurare l'efficacia del sistema di prevenzione della corruzione. In tale ottica in corso d'anno:

- con note del 10.3.2016 sono state ricordate ai singoli dirigenti le misure di prevenzione generali e specifiche riguardanti la propria area in virtù dei poteri controllo e monitoraggio loro spettanti ai sensi dell'art. 16 c. 1 lett. L bis. Ter, quater del D.lgs 165/2001;
- con note del 12.8.2016 è stato comunicato loro l'avvio delle attività di audit con l'allegazione della check list degli adempimenti previsti nel piano;
- nei mesi di ottobre e novembre sono stati svolti gli audit in relazione agli adempimenti e al monitoraggio delle misure di contrasto previste nel Piano, i cui verbali e atti sono conservati presso il Responsabile della prevenzione della corruzione.
  In tali sedi gli auditati sono stati invitati anche a rivedere i loro processi/rischi che trovano riscontro nelle schede allegate al presente piano.

7. CRONOPROGRAMMA

La tempistica delle misure di attuazione del piano è già stata dettagliata nelle tabelle di applicazione delle misure. Inoltre le ulteriori attività che si intendono intraprendere dal 2017 saranno indirizzate ad una più incisiva attività di controllo. I primi anni di applicazione della norma hanno comportato un lavoro di studio ed elaborazione del piano, che come più volte detto è da intendersi come strumento in continuo divenire e implementazione, dal 2017 data anche la conoscenza acquisita ci si prefigge un'intensificazione dei controlli. Il Responsabile della prevenzione dovrà essere coadiuvato da dei referenti. Saranno mappate nuove aree: 1) nuovo patrimonio aziendale; 2) le apparecchiature e l'appalto global service; 3) la gestione della protesica, stante che dall'1.1.2017 questa Asst gestirà l'attività di erogazione per tutta la provincia di Bergamo.

PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA' 2017 – 2019

(sezione del Piano triennale della prevenzione della corruzione 2017 – 2019)

INDICE

1 INTRODUZIONE 3
2 PROCEDIMENTO DI ELABORAZIONE ED ADOZIONE DEL PROGRAMMA 4
2.1 OBIETTIVI STRATEGICI DEL PROGRAMMA 5
2.2 ATTI AZIENDALI DI DETERMINAZIONE DEGLI OBIETTIVI ANNUALI DI ATTIVITÀ 5
2.3 STRUTTURE E DIRIGENTI COINVOLTI 6
2.4 COINVOLGIMENTO DEGLI STAKEHOLDER 6
2.5 TERMINI E MODALITÀ DI ADOZIONE DEL PROGRAMMA 6
3. INIZIATIVE DI COMUNICAZIONE DELLA TRASPARENZA 7
4. PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA TRIENNALE DELLA TRASPARENZA 7
4.1 SOGGETTI RESPONSABILI DELLA TRASMISSIONE, PUBBLICAZIONE ED AGGIORNAMENTO DEI DATI E MODALITÀ DI COORDINAMENTO CON IL RESPONSABILE PER LA TRASPARENZA .. 7
4.2 MISURE ORGANIZZATIVE VOLTE AD ASSICURARE REGOLARITÀ E TEMPESTIVITÀ DEI FLUSSI INFORMATIVI 7
4.3 MISURE DI MONITORAGGIO E VIGILANZA SULL'ATTUAZIONE DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA 8
4.4 RILEVAMENTO DELL'EFFETTIVO UTILIZZO DEI DATI DA PARTE DEGLI UTENTI 8
4.5 MISURE PER ASSICURARE L'EFFICACIA DELL'ACCESSO CIVICO 8
5. DATI ULTERIORI 8

1. Introduzione

Come precisato nell'introduzione al "Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2016 - 2018", l'Azienda socio – sanitaria territoriale (ASST) Papa Giovanni XXIII è stata costituita dal 1 gennaio 2016 con deliberazione di Giunta regionale n. X/4487 del 10 dicembre 2015, in attuazione della l.r. 11 agosto 2015 n. 23 e s.m.i..

Da tale data, l'ASST ha incorporato le strutture già facenti capo alla cessata azienda ospedaliera Papa Giovanni XXIII, nonché le strutture, con attività connesse (presidi, ambulatori, centri riabilitativi di salute mentale) della ex azienda ospedaliera Treviglio Caravaggio di Treviglio, seppure limitatamente a quelle ubicate sul territorio della Valle Brembana e Valle Imagna.

Dalla stessa data, l'ASST ha altresì acquisito strutture e funzioni precedentemente erogate dalla cessata ex ASL della provincia di Bergamo presso gli ex distretti di Bergamo e di Valle Imagna Valle Brembana, così come disposto dai provvedimenti attuativi della l.r. n. 23/2015 emanati in corso d'anno.

Per garantire l'erogazione delle prestazioni già in capo alle cessate aziende, l'ASST è subentrata nei rapporti giuridici attivi e passivi in essere, in attesa della puntuale ricognizione delle esigenze e delle necessità dell'utenza alla luce delle modifiche normative su richiamate.

Il citato PTTI 2016 – 2018 è stato quindi adottato in un logica di continuità delle azioni già intraprese per dare piena attuazione al principio di trasparenza nell'accezione prevista dalle disposizioni vigenti e richiamate nei precedenti PTTI - ai quali si rinvia - pur nella consapevolezza della necessità di tenere in debita considerazione le importanti modifiche all'assetto organizzativo e alla nuova mission aziendale, caratterizzata dalla necessità di garantire la "presa in carico della persona nel proprio contesto di vita, anche attraverso articolazioni organizzative a rete e modelli integrati tra ospedale e territorio".

Nonostante sia trascorso un anno dalla costituzione dell'ASST, non può certamente considerarsi conclusa la fase di transizione al nuovo modello organizzativo regionale, attese le prevedibili difficoltà derivanti dall'attuazione di una legge complessa e articolata; quanto sopra nonostante l'impegno profuso dagli operatori sanitari e amministrativi, che a parità di condizioni, hanno dovuto affrontare temi e problematiche del tutto nuove.

Organizzazione e funzioni

Alla data di adozione del presente PTTI 2017 – 2019, l'assetto organizzativo dell'ASST è quello illustrato nell'apposita sezione "Amministrazione trasparente" del sito aziendale, che riproduce la previsione della l.r. n.- 23/2015 e s.m.i., con particolare riguardo all'art. 7, e dei successivi provvedimenti attuativi.

L'organigramma rappresentato non può che ritenersi appena esaustivo, atteso che – come previsto dal citato art. 7 - le ASST sono articolate in due settori definiti "polo ospedaliero" e "rete territoriale", la cui specifica e puntuale organizzazione interna è demandata ai piani di organizzazione aziendali strategici (POAS), in modo da garantire il raggiungimento delle finalità della legge di evoluzione del sistema sociosanitario lombardo (SSL).

Al riguardo, occorre evidenziare che con deliberazione di Giunta regionale n. X/5513 del 2 agosto 2016, sono state approvate nella loro versione definitiva le "Linee guida regionali per l'adozione dei piani di organizzazione aziendale strategici delle Agenzie di tutela della salute

(ATS), delle Aziende socio sanitarie territoriali (ASST), degli IRCCS di diritto pubblico della Regione Lombardia e di AREU".

Con provvedimento n. 1847 del 28 ottobre 2016 l'ASST ha quindi adottato il "Piano di organizzazione aziendale strategico 2017 – 2019", consistente in un documento descrittivo corredato da diversi allegati, tra i quali si annoverano una relazione di sintesi, una tabella comparativa tra l'assetto organizzativo vigente e quello proposto, l'organigramma vigente, l'organigramma relativo alla proposta del nuovo POAS, il cronoprogramma di attuazione e il funzionigramma.

L'atto è stato trasmesso alla Giunta regionale per la relativa approvazione.

Tale POAS - nell'intento di coniugare l'esigenza dell'integrazione tra ospedale e territorio nella logica della presa in carico globale del paziente anche attraverso la gestione per processi, e la necessità di garantire la miglior efficienza produttiva, concorrendo al progressivo e graduale contenimento della spesa del SSL - contiene elementi di originalità.

Se dovesse essere approvato nella sua interezza, la sua compiuta attuazione richiederà i tempi tecnici previsti dal relativo cronoprogramma.

Il PTTI potrà dare evidenza del nuovo modello organizzativo provvedendo alla pubblicazione del POAS nella sua interezza non appena approvato dalla Giunta regionale e man mano saranno adottati gli atti aziendali conseguenti.

2. Procedimento di elaborazione e adozione del programma

Il presente PTTI 2017 – 2019 è redatto dal responsabile per la trasparenza, tenendo conto dei principi contenuti nelle linee guida emanate dal 2010 con delibere della Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche (CIVIT) ora Autorità nazionale anti corruzione e per la valutazione e la trasparenza delle pubbliche amministrazioni (ANAC), già richiamate in precedenza, e dalla determinazione ANAC n. 1310 del 28 dicembre 2016.

Come già accennato nell'introduzione, il presente PTTI costituisce l'aggiornamento annuale - a scorrimento - del primo programma adottato dall'ASST Papa Giovanni XXIII, seppure di fatto già il PTTI 2016 – 2018 si poneva in una logica di continuità con quelli adottati precedentemente dalla cessata azienda ospedaliera Papa Giovanni XXIII.

Per tale ragione, il PTTI non può prescindere dal contenuto dei precedenti programmi e dall'esito delle azioni poste in essere per la loro attuazione; in quest'ottica, non può essere sottaciuto il fatto che l'impegno richiesto per adempiere puntualmente ad un obbligo normativo – con il rischio di incorrere, nel caso di mancata ottemperanza, in pesanti sanzioni – pare essere del tutto spropositato rispetto al riscontro da parte dei cittadini, misurato sia attraverso il numero degli accessi al sito, sia attraverso l'utilizzo della casella di posta dedicata alla trasparenza, monitorata bisettimanalmente.

L'indagine non ha però portato contributi o apporti significativi per la stesura del presente piano. Ciò che è emerso dal questionario è principalmente la necessità di adoperarsi per colmare una distanza rispetto alla tematica trattata.

Il PTTI approvato unitamente al Piano triennale per la prevenzione della corruzione - quale sezione di questo – con atto formale, sarà pubblicato entro il 31 gennaio nell'apposita sezione "Amministrazione trasparente", accessibile dalla home page del portale aziendale.

2.1. Obiettivi strategici del PTTI

L'ASST Papa Giovanni XXIII, quale soggetto del nuovo SSL, opera per garantire le finalità della l.r. n. 23/2015 e – a medio termine – per il conseguimento degli obiettivi del Piano sociosanitario integrato lombardo, quale strumento di programmazione coordinata dei servizi del SSL.

La propria azione è altresì improntata al rispetto delle cosiddette "Regole", cioè a quelle determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario, che annualmente vengono emanate dalla Giunta regionale.

Coerentemente con il nuovo modello gestionale previsto dal POAS e in linea con il Piano delle performance e il Piano della comunicazione, il PTTI vuole contribuire a rendere palesi le risorse impiegate per la definizione, la formalizzazione e l'ottimizzazione dei processi primari clinico-assistenziali e dei processi sanitari e amministrativi di supporto rispetto ai risultati conseguiti in termini di output di processo e di outcome di salute, consentendo così ai cittadini di esercitare un controllo diffuso sull'operato dell'ASST.

L'ASST intende curare con particolare attenzione l'aggiornamento e l'inserimento delle informazioni e dei dati relativi all'organizzazione, alle attività, alle funzioni e alle responsabilità nella sezione "Amministrazione trasparente".

A tale scopo, ha opportunamente aggiornato la tabella che individua per ogni obbligo informativo i responsabili della pubblicazione dei dati relativi, tenendo conto delle modifiche legislative e del nuovo assetto organizzativo.

Secondariamente intende rendere disponibili – laddove si ravvisi la necessità – brevi note esplicative dei dati pubblicati.

2.2. Atti aziendali di determinazione degli obiettivi annuali di attività

Come già esplicitato nel Piano delle performance - documento programmatico triennale, che definisce gli indicatori per la misurazione e la valutazione delle prestazioni dell'ASST, nonché gli obiettivi e gli indicatori relativi al personale – tenuto conto anche dei criteri per la promozione e il coordinamento delle attività di valutazione e misurazione della performance delle amministrazione pubbliche da parte del Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri, contenuti nel DPR 9 maggio 2016 n. 105 - l'ASST intende impegnarsi per raccordare e integrare le diverse funzioni impegnate nelle molteplici attività di misurazione, valutazione, controllo, gestione dei rischi, al fine di assicurare - attraverso la condivisione e la diffusione dei risultati emersi dalle diverse analisi - l'avvio di iniziative utili all'effettivo e complessivo miglioramento dell'organizzazione, nell'esclusivo e prioritario interesse dei cittadini.

In tal modo può essere evitata una improduttiva dispersione di energie sia da parte dei valutatori e dei valutati e una duplicazione/sovrapposizione di attività che contrastano con l'obbligo da parte delle pubbliche amministrazioni dell'uso efficiente delle risorse.

Il conseguimento di tale risultato può essere assicurato assegnando alle diverse strutture aziendali – in sede di contrattazione di budget – obiettivi coerenti con i principi sopra enunciati e con l'obiettivo di integrazione organizzativa che sta alla base della gestione per processi sancita dal POAS.

2.3. Strutture e dirigenti coinvolti

La proposta di aggiornamento del PTTI è predisposta dal responsabile della trasparenza – dr.ssa Mariagiulia Vitalini (nominata con deliberazione n. 1251 del 12 settembre 2013) – con il supporto dei dirigenti e dei referenti delle unità strutturali, in capo ai quali è posta la responsabilità di garantire la pubblicazione delle informazioni, dei dati e dei documenti di competenza, come riassunte nella tabella allegata, aggiornata e rielaborata in relazione agli obblighi di pubblicità introdotti dal d.lgs. n. 97/2016.

Il responsabile si avvale anche dall'USS Staff ufficio stampa e comunicazione quale suo interlocutore privilegiato attesa la stretta connessione tra le funzioni proprie di questa struttura e le finalità di un programma che ha alla base la diffusione e la conoscenza dell'organizzazione dell'ASST, delle sue attività, dei suoi procedimenti, delle diverse responsabilità, dell'utilizzo delle risorse pubbliche in un ottica di prevenzione di fenomeni corruttivi e di controllo diffuso.

2.4. Coinvolgimento degli stakeholder

Sul sito "Amministrazione trasparente" nella sezione "Disposizioni generali/Programma per la trasparenza e l'integrità" - raggiungibile dalla home page del portale aziendale – è pubblicato un preciso invito a tutti gli stakeholder aziendali (cittadini/utenti, sindacati, fornitori, enti e istituzioni, associazioni del terzo settore, professionisti) a contribuire alla redazione del PTTI con la trasmissione all'indirizzo di posta elettronica dedicato (trasparenza@asst-pg23.it) proposte e suggerimenti per garantire una sempre più ampia conoscenza e visibilità dell'ASST.

La mancata partecipazione degli stakeholder a tale processo – forse prevedibile se si tiene conto dell'esiguo numero di accessi sul sito dedicato all'"Amministrazione trasparente", ma certamente inaspettato vista la facilità con la quale sarebbe stato possibile trasmettere suggerimenti, consigli, idee, obiezioni, critiche, rilievi – fa ritenere indispensabile pensare a modalità più dirette di coinvolgimento degli stakeholder, anche se possono sembrare "superate" in un'epoca caratterizzata dalla diffusione, tra l'altro, di social network.

La competenza in materia dell'USS Staff ufficio stampa e comunicazione può indicare gli strumenti e le modalità idonei per coinvolgere e stimolare sul tema gli stakeholder aziendali, pur nella consapevolezza di una tendenza generalizzata all'individualismo e al disinteresse generale per tutto ciò che riguarda la collettività.

Di ciò sarà data evidenza nel Piano di comunicazione aziendale.

Tenuto conto delle osservazioni, delle richieste e dei suggerimenti pervenuti in corso d'anno da parte di alcuni dipendenti – in particolare da parte di appartenenti a organizzazioni sindacali - sarà prestata ancor più attenzione agli aspetti collegati alla fruibilità delle informazioni, senza dimenticare l'obbligo normativo in tema di privacy; anche in tale ottica va interpretata la decisione dell'ASST di organizzare autonomamente la sezione del sito aziendale dedicata all'"Amministrazione trasparente" senza ricorrere allo strumento messo a disposizione da Gazzetta amministrativa.

2.5 Termini e modalità di adozione del programma

Il PTTI è adottato con deliberazione del direttore generale unitamente al Piano triennale di prevenzione della corruzione 2017 - 2019 (di cui costituisce una sezione) e pubblicato sul sito web aziendale nell'apposita sezione "Amministrazione trasparente/Disposizioni generali" e aggiornato annualmente.

3. Iniziative di comunicazione della trasparenza

Al riguardo, si conferma quanto già esposto nel precedente PTTI e cioè la necessità di una attiva partecipazione, per una efficace campagna informativa sul tema della trasparenza, dell'USS Staff Ufficio stampa e comunicazione, per garantire il raggiungimento degli obiettivi di prevenzione di fenomeni corruttivi e di promozione dell'integrità, per consentire a quanti siano interessati di ampliare la conoscenza sui servizi erogati dall'ASST, sulle loro performance e sulle modalità con le quali tali performance siano state raggiunte, per consentire il controllo diffuso da parte dei cittadini, consentendo loro nel contempo di contribuire, con i loro suggerimenti, al miglioramento complessivo delle performance aziendali.

Con la riorganizzazione del sito aziendale, sarà dato maggior rilievo alla sezione "Amministrazione trasparente" e alla casella di posta elettronica dedicata, attrezzandosi per garantire una risposta tempestiva, completa e rapida alle comunicazioni che saranno inviate, pubblicandole sullo stesso sito.

L'ASST cercherà di condividere le iniziative di comunicazione della trasparenza che intende promuovere con altre aziende del territorio, per ottimizzare e razionalizzare le risorse necessarie alla loro realizzazione e non disperderle in programmi/progetti sovrapponibili, laddove la presenza di realtà omogenee lo consentiranno.

4. Processo di attuazione del programma triennale della trasparenza

4.1 Soggetti responsabili della trasmissione, pubblicazione e aggiornamento dei dati e modalità di coordinamento con il responsabile della trasparenza

Come più sopra accennato, qualora venisse approvato dalla competente Giunta regionale il POAS adottato dall'ASST, l'assetto organizzativo interno sarà modificato.

Qualora ciò dovesse comportare una ridistribuzione delle responsabilità in capo ai direttori delle strutture interessate dall'obbligo di pubblicazione di dati ai sensi delle disposizioni vigenti, ognuno di essi sarà comunque debitamente informato dal responsabile della trasparenza in merito alla sua piena ed esclusiva responsabilità circa il corretto assolvimento degli obblighi, con particolare riguardo al contenuto, alla qualità e alla validità del dato pubblicato nonché alla trasmissione all'ufficio competente e/o alla pubblicazione diretta nella sezione del sito "Amministrazione trasparente", nel pieno rispetto delle disposizioni in materia di tutela della riservatezza dei dati sensibili.

L'attuazione delle attività connesse al PTTI sono in capo al responsabile della trasparenza, in collaborazione con l'Ufficio relazioni con il pubblico (URP), l'USS Staff Ufficio stampa e comunicazione, l'USC Informatica e telecomunicazioni, ciascuno per gli aspetti di relativa competenza come meglio dettagliati nel PTTI 2016 – 2018, al quale si rinvia.

4.2 Misure organizzative volte ad assicurare regolarità e tempestività dei flussi informativi

L'aggiornamento e la rielaborazione della tabella che riassume gli obblighi di pubblicità con l'individuazione nominativa del responsabile della struttura è la misura minima indispensabile per garantire la regolarità e la tempestività dei flussi informativi.

Viene ribadita la necessità di poter disporre di idonei software che consentano di ridurre al minimo la redazione manuale di tabelle riassuntive di dati da pubblicare, sia per ridurre la possibilità di errori sia per ragioni di economicità ed efficienza, obiettivi imprescindibili per una pubblica amministrazione.

4.3 Misure di monitoraggio e vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza

Il monitoraggio e la vigilanza sull'attuazione delle disposizioni in materia di pubblicazione dei dati è in capo ai direttori/responsabili degli uffici, al responsabile per la trasparenza e al Nucleo di valutazione delle prestazioni, ciascuno per quanto di competenza, così come previsto dalla vigente normativa e come meglio esplicitato nel PTTI 2016 – 2018, al quale si rinvia per i dettagli.

4.4 Rilevamento dell'effettivo utilizzo dei dati da parte degli utenti

Come più sopra fatto cenno, l'ASST ha effettuato la rilevazione del numero di accessi da parte degli utenti alla sezione "Amministrazione trasparente".

Tale rilevazione era stata precedentemente effettuata dalla cessata azienda ospedaliera Papa Giovanni XXIII.

Non è stato possibile – causa l'impostazione della sezione - disporre di una rilevazione delle singole sotto-sezioni che consenta di monitorare l'interesse dei visitatori del sito e implementare – di conseguenza – misure di miglioramento e iniziative di comunicazione pertinenti.

4.5 Misure per assicurare l'efficacia dell'accesso civico e dell'accesso generalizzato

Per assicurare l'esercizio del diritto di accesso nella sezione "Amministrazione trasparente" sotto la voce "Altri contenuti/Accesso civico" sono pubblicate le necessarie modalità di esercizio del diritto, le informazioni relative al responsabile al quale può essere presentata la richiesta, nonché il nome del titolare del potere sostitutivo, in caso di inerzia, con i relativi riferimenti.

La sezione è stata aggiornata con la pubblicazione delle modalità di esercizio del diritto di accesso civico generalizzato introdotto dall'art. 6 del d.lgs n. 97/2016 e esercitabile relativamente ai dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni ulteriori rispetto a quelli oggetto di obbligo di pubblicazione, ai sensi del d.lgs n. 33/2013, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'art. 5 bis del d.lgs n. 33/2013.

Il "Regolamento aziendale in materia di diritto di acceso ai documenti amministrativi e sull'esercizio del diritto di accesso civico dell'azienda, approvato con deliberazione n. 2331 del 30 dicembre 2016 è stato pubblicato in "Amministrazione trasparente/Disposizioni generali/Atti generali",

5. Dati ulteriori

Qualunque suggerimento, proposta, richiesta di pubblicazione sul sito di dati ulteriori rispetto alle previsioni di legge proveniente da soggetti esterni e/o da soggetti interni o che dovessero emergere nel corso di iniziative di comunicazione, saranno opportunamente valutate.

1.1 Area: fornitura beni e servizi

	Processi	Rischio specifico del processo	Valutazione complessiva del rischio	Valutazione complessiva rischio	Misure di contrasto*
1	Definizione dell'oggetto della fornitura	1) Restrizione del mercato nella definizione delle specifiche tecniche, attraverso l'indicazione nel disciplinare di tipologie di prodotti/servizi, che favoriscano una determinata impresa.	5	***rischio accettabile***	Effettuare un sistematico controllo: -della documentazione di gara, con riferimento ai requisiti di partecipazione richiesti anche supportato dall'acquisizione di parere tecnico; - a cascata, delle diverse fasi del processo in conformità alle procedure aziendali. Esiste una procedura di qualità PG1MQ7 che descrive il percorso da seguire
2	Individuazione della procedura per l'acquisizione della fornitura di beni o servizi	1) Individuazione di tipologia di procedura, che favorisca la scelta di un determinato fornitore, anche mediante l'elusione delle soglie comunitarie, ricorrendo ad artificioso frazionamento della fornitura.	4	***rischio accettabile***	Applicare le "Regole di gestione del Servizio sociosanitario regionale approvate annualmente da Regione Lombardia che prevedono necessariamente le modalità di effettuazione degli approvvigionamenti , con la residualità delle gare in autonomia.
3	Requisiti di qualificazione	1) Favorire un'impresa mediante l'indicazione nel bando di requisiti tecnici ed economici calibrati sulle sue capacità.	5	***rischio accettabile***	Effettuare un sistematico controllo: -della documentazione di gara, con riferimento ai requisiti di partecipazione richiesti anche supportato dall'acquisizione di parere tecnico; - a cascata, delle diverse fasi del processo in conformità alle procedure aziendali. Esiste una procedura di qualità PG1MQ7 che descrive il percorso da seguire
4	Requisiti di aggiudicazione	1) Uso distorto del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, finalizzato a favorire un'impresa. Possibili esempi: A) inesatta o inadeguata individuazione dei criteri che la Commissione giudicatrice utilizzerà per decidere i punteggi da assegnare alle offerte presentate; B) mancato rispetto dei criteri fissati dalla legge o dalla giurisprudenza nella nomina della Commissione giudicatrice.	5	***rischio accettabile***	I criteri di aggiudicazione, i punteggi ed i parametri motivazionali per l'attribuzione degli stessi sono esplicitati nella lettera d'invito/regolamento. Anche in questo caso, viene attuato sistematicamente un controllo preventivo, nella fase preparatoria della documentazione di gara. Per quanto concerne la nomina della Commissione giudicatrice, il nuovo Codice riduce drasticamente la discrezionalità della Stazione Appaltante riguardo all'individuazione dei relativi Componenti.
5	Valutazione delle offerte / Partecipazione a commissioni di gara	1) Mancato rispetto dei criteri indicati nel disciplinare di gara, cui la Commissione giudicatrice deve attenersi per decidere i punteggi da assegnare all'offerta.	5	***rischio accettabile***	L'USC Approvvigionamenti svolge attività di prevenzione, fornendo alla Commissione giudicatrice, sia prospetto excel per l'attribuzione corretta dei punteggi, secondo le modalità riportate nella lettera d'invito/regolamento, sia fac- simile di verbale delle relative sedute.
6	Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte	1) Mancato rispetto dei criteri di individuazione e di verifica delle offerte anormalmente basse, anche sotto il profilo procedurale.	4	***rischio accettabile***	Nel verbale dell'apposita seduta di gara, recepito dalla delibera di esito della procedura, sono evidenziati i presupposti documentali della dichiarata congruità dell'offerta.
7	Procedure negoziate	1) Utilizzo della procedura negoziata al di fuori dei casi previsti dalla legge ovvero suo impiego nelle ipotesi individuate dalla legge, pur non sussistendone effettivamente i presupposti.	5	***rischio accettabile***	L'attuale sistema di programmazione delle gare a livello regionale (Programmazione - Modulo Budget) induce ad un necessario confronto con le altre aziende (prioritariamente del Consorzio di appartenenza), in relazione al medesimo fabbisogno di servizi/forniture. E stato implememtato un "avviso di trasparenza" per le aggiudicazioni superiori ad € 40.000,00 + I.V.A..
8	Revoca del bando	1) Adozione di un provvedimento di revoca del bando strumentale all'annullamento di una gara, al fine di evitare l'aggiudicazione in favore di un soggetto diverso da quello atteso, ovvero al fine di creare i presupposti per concedere un indennizzo all'aggiudicatario.	5	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere, in quanto negli ultimi dieci anni sono intervenute solo n. 2 revoche di cui uno in autotutela ed una a seguito di pronunica del TAR.
9	Redazione del cronoprogramma	1) Dilatazione dei tempi della procedura di gara per favorire l'attuale contraente.	5	***rischio accettabile***	Le proroghe in essere sono l'esito delle direttive impartite dalle Regole di sistema 2016 ed, in genere, sono state disposte "in attesa di espletamento di procedura ARCA o gara aggregata". Esiste una reportistica sulle proroghe in favore della Regione che verrà estesa anche al RPC.
10	Varianti in corso di esecuzione del contratto	1) Ammissione di varianti durante la fase esecutiva del contratto, al fine di consentire all'appaltatore di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire guadagni ulteriori addebitabili in particolar modo alla sospensione dell'esecuzione del servizio.	5	***rischio accettabile***	Le varianti sono ammesse nei casi e con le modalità indicate art. 106,del D.Lgs. 50/2016 e all'art. 161 del D.P.R. 207/2010, al fine di evitare l'illegittimo ricorso al criterio dell'aumento di 1/5 del valore del contratto.
11	Autorizzazione al subappalto	1) Mancato controllo, da parte della Stazione Appaltante, circa la sussistenza dei presupposti, di fatto e di diritto, per concedere (nella percentuale di legge) l'autorizzazione al subappalto della fornitura di beni o servizi, oggetto del contratto.	5	***rischio accettabile***	Rispettare quanto disposto daGLI artt.118 de D.Lgs. 163/06 ed 105 del D.Lgs. 50/2016 e dall'art. 170 del D.P.R. 207/2010.
12	Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto / transazioni, mediazioni, arbitrati	1) Condizionamenti nelle decisioni assunte all'esito delle procedure di accordo bonario, derivabili dalla presenza della parte privata all'interno della Commissione.	5	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere. A tutt'oggi non sono state attivate procedure di accordo bonario.
13	Affidamenti di forniture e acquisti in economia	1) Mancato rispetto della normativa vigente in materia (Codice dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture e Regolamento aziendale per l'acquisizione in economia di beni e servizi); 2) Mancato rispetto del principio di rotazione dei fornitori, volto ad alterare la concorrenza; 3) Abuso del ricorso all'affidamento diretto, al di fuori dei casi previsti dalla normativa vigente, al fine di favorire un'impresa; 4) Abuso del ricorso all'affidamento diretto, mediante artificioso frazionamento del valore economico relativo alla procedura.	6	***rischio rilevante***	Gli acquisti in economia per l'anno 2016 sono sensibilmente diminuiti, anche se è necessario continuare un'attenta e puntuale verifica delle procedure.
14	Autorizzazione al pagamento	1) Autorizzazione con pagamento anticipato, in assenza dei presupposti previsti dal contratto (es.: collaudo).	5	***rischio accettabile***	L'autorizzazione al pagamento è emessa dalla struttura interessata. L'USC provvede all'emissione degli ordini di acquisto con puntuale individuazione del DEC.
15	Inventario	1) Omettere/ritardare o effettuare in modo non conforme al Regolamento aziendale per la tenuta dell'inventario delle immobilizzazioni immateriali e materiali l'inventariazione di beni, procurando un danno all'Azienda stessa.	3	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere, come da Regolamento aziendale.

1.2 Area: affidamento di lavori

	Processi	Rischio specifico del processo	Valutazione complessiva del rischio	Valutazione complessiva rischio	Misure di contrasto*
1	Definizione dell'oggetto dell'affidamento	1) Restrizione del mercato nella definizione delle specifiche tecniche, attraverso l'indicazione nel disciplinare di prodotti che favoriscono un determinta impresa.	5	***rischio accettabile***	I capitolati interni vengono stilati dal personale della struttura sulla base del proprio bagaglio professionale. Nello specifico per i capitolati di lavoro interni al progetto definitivo/esecutivo redatti da professionisti esterni vengono verificato in fase di validazione del progetto.
2	Individuazione dello strumento / istituto per l'affidamento	1) Elusione delle regole di evidenza pubblica, mediante l'improprio utilizzo del modello procedurale dell'affidamento diretto mediante concessione, laddove invece ricorrano i presuposti di una tradizionale gara di appalto.	4	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
3	Requisiti di qualificazione	1) Negli affidamenti di lavori favoreggiamento di un'impresa mediante l'indicazione nel bando di requisiti tecnici ed economici calibrati sulle sue capacità.	5	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
4	Requisiti di aggiudicazione	1) Uso distorto del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, finalizzato a favorire un'impresa. Possibili esempi: A) scelta condizionata dai requisiti di qualificazione attinenti all'esperienza e alla struttura tecnica di cui l'appaltatore si avvarrà mper redigere il progetto esecutivo; B) inesatta o inadeguata individuazione dei criteri che la commissione giudicatrice utlizzerà per decidere i punteggi da assegnare; C) inesatta o inadeguata individuazione dei criteri che la commissione giudicatrice utilizzerà per decidere i punteggi da assegnare all'offerta tecnica; D) mancato rispetto dei criteri fissati dalla legge o dalla giurusprudenza nella nomina della commissione giudicatrice.	5	***rischio accettabile***	Fino ad oggi si è preferito il criterio del prezzo più basso. Il nuovo codice sta privilegiando l'OEPV.
5	Valutazione delle offerte / Partecipazione a commissioni di gara	1) Mancato rispetto dei criteri indicati nel disciplinare di gara cui la commissione giudicatrice deve attenersi per decidere i punteggi da assegnare all'offerta, con particolare riferimento alla valutazione degli elaborati progettuali.	4	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
6	Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte	1) Mancato rispetto dei criteri di individuazione e di verifica delle offerte anormalmente basse, anche sotto il profilo procedurale.	4	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
7	Procedure negoziate	1) Utilizzo della procedura negoziata al di fuori dei casi previsti dalla legge ovvero suo impiego nelle ipotesi individuate dalla legge, pur non sussistendone effettivamente i presupposti.	3	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere. Si richiede: 1) campionamento delle procedure; 2) l'implementazione di sun sistema di valutazione del conflitto di interesse.
8	Affidamento lavori	1) Elusione delle regole minime di concorrenza stabilite dalla Legge per gli affidamenti di importo fino ad un milione di euro (art. 122, comma 7 Codice). Abuso nel ricorso agli affidamenti in economia ed ai cottimi fiduciari al di fuori delle ipotei legislativamente previste.	5	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere. Si richiede: 1) campionamento delle procedure; 2) l'implementazione di sun sistema di valutazione del conflitto di interesse.
9	Revoca del bando	1) Adozione di un provvedimento di revoca del bando strumentale all'annullamento di una gara, al fine di evitare l'aggiudicazione in favore di un soggetto diverso da quello atteso, ovvero al fine di creare i presupposti per concedere un indennizzo all'aggiudicatario.	5	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere, infatti a tutt'oggi nessun bando è stato revocato.
10	Redazione del cronoprogramma	1) Mancanza di sufficiente precisione nella pianificazione nelle tempistiche di esecuzione dei lavori, che consenta all'impresa di non essere eccessivamente vincolata ad una organizzazione precisa dell'avanzamento dell'opera, creando in tal modo i presupposti per la richiesta di eventuali extraguadagni da parte dell'esecutore.	5	***rischio accettabile***	Il cronoprogramma viene verificato in sede di validazione del progetto. Le proposte di modifica del cronoprogramma da parte DL vengono verificate sulla base delle motivazioni apportate.
		2) Pressioni dell'appaltatore sulla direzione dei lavori, affinchè possa essere rimodulato il cronoprogramma in funzione dell'andamento reale della realizzazione dell'opera	5	***rischio accettabile***	
11	Varianti in corso di esecuzione del contratto	1) Ammissione di varianti durante la fase esecutiva del contratto, al fine di consentire all'appaltatore di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire guadagni ulteriori addebitabili in particolar modo alla sospensione dell'esecuzione del lavoro o del servizio duranti i tempi di attesa dovuti alla redazione della perizia di variante.	5	***rischio accettabile***	Le proposte di modifica delle varianti da parte del DL vengono verificate sulla base delle motivazioni apportate, con relazione del RUP.
12	Subappalto	1) Mancato controllo della stazione appaltante nell'esecuzione della quota-lavori che appaltatore dovrebbe eseguire direttamente e che invece viene scomposta ed affidata attraverso contratti non qualificati come subappalto, ma alla stregue di forniture.	6	***rischio rilevante***	La procedura prevede più passaggi con almeno 2 verifiche documentali. inoltre si attua il "patto di integrita'" a determinati affidamenti. si continuera' l'attivita' iniziata nel 2016 dei controlli a campione, controlli in cantiere sulla base dell'entita' dei lavori e della durata.
13	Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto / Transazioni, mediazioni, arbitrati	1) Condizionamenti nelle decisioni assunte all'esito delle procedure di accordo bonario, derivabili dalla presenza della parte privata all'interno della commissione.	4	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere, infatti a tutt'ogg non risultano casi di risoluzione stragiudiziale delle controversie.
14	Affidamenti di lavori diretti e acquisti in economia	1) Mancato rispetto del principio di rotazione volto ad alterare la concorrenza 2) Abuso del ricorso all'affidamento diretto al di fuori dei casi previsti dalla normativa vigente al fine di favorire un'impresa 3) Abuso del ricorso all'affidamento diretto mediante artificioso frazionamento del valore economico relativo alla procedura	5	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere, si richiede: 1) un monitoraggio a campione delle procedure effettuate; 2) l'implementazione di sun sistema di valutazione del conflitto di interesse.
15	Autorizzazione al pagamento	1) Alterazione dell'ordine di acquisto al fine di ottenere un guadagno 2) Favorire una ditta con pagamenti anticipati o palesemente sproporzionati	4	***rischio accettabile***	La liquidazione delle fatture vengono effettuate previo: a) arrivo fattura da ragioneria; b) verifica corrispondenza con ordine; c) parere (visto) del tecnico (DEC) che ha seguito i lavori; d) liquidazione del RUP; e) attraverso la procedura informatica avviene l'effettiva liquidazione.

16	Servizi di ingegneria/architettura e consulenza tecnica	Mancato rispetto dei principi previsti dal codice degli appalti per l'affidamento dei servizi, al fine di favorire un professionista	5	***rischio accettabile***	Si applica rotazione.

1.3 Area: concessioni

	Processi	Rischio specifico del processo	Valutazione complessiva del rischio	Valutazione complessiva rischio	Misure di contrasto *
1	Attività di monitoraggio e gestione concessioni	1) Omesso controllo per garantire a sé o altri un ingiusto profitto ovvero altra utilità.	6	***rischio rilevante***	Impegna congiuntamente e contemporaneamente più strutture.
		2) Falsa attestazione di assolvimento degli impegni contrattuali del concessionario.	6	***rischio rilevante***	Impegna congiuntamente e contemporaneamente più strutture.
		3) Mancata applicazione di segnalazioni o penali.	6	***rischio rilevante***	Impegna congiuntamente e contemporaneamente più strutture.

2.0 Area: economico-finanziaria

	Processi	Rischio specifico del processo	Valutazione complessiva del rischio	Valutazione complessiva rischio	Misure di contrasto *
1	Ciclo attivo: emissione fatture, gestione dei crediti, emissione ordianativi di riscossione (es. ticket, ecc.)	1) Mancato accertamento dei ticket dovuti al fine di garantire a sé o altri un ingiusto guadagno o altra utilità.	4	***rischio accettabile***	Presenza di procedure che disciplinano: 1) il ciclo attivo; 2) verifica di cassa; 3) circolarizzazione dei clienti.
		2) Non garantire il corretto abbinamento tra incassi e rispettive quietanze di pagamento per garantire un ingiusto profitto per sé o altri.	5	***rischio accettabile***	
		3) Non emettere documenti contabili per garantire per sè o altri un ingiusto beneficio.	5	***rischio accettabile***	
2	Ciclo passivo: emissione ordinativi di pagamento, certificazione dei crediti, verifica estratti conto e saldi (fatturazione passiva)	1) Inserimento nelle registrazioni passive di una scrittura fittizia per poi appropriarsi del relativo corrispettivo.	5	***rischio accettabile***	Presenza di procedure e direttive che disciplinano: 1) il ciclo passivo; 2) linee guida per registrazione documenti passivi 3) circolarizzazione dei fornitori.
		2) Liquidazione fatture senza adeguata verifica prestazione.	5	***rischio accettabile***	
		3) Permettere pagamenti senza rispettare la cronologia della presentazione delle fatture.	5	***rischio accettabile***	
		4) Ritardare l'erogazione di compensi dovuti rispetto ai tempi contrattualmente previsti	5	***rischio accettabile***	
3	Bilancio: gestione bilancio aziendale, rendicontazione periodica, scritture contabili ed adempimenti connessi. Verifica contabile e redazione del bilancio di esercizio	1) Inottemperanza ai principi contabili (annualità, unità, universalità, integrità, veridicità, congruità, prudenza, coerenza, imparzialità, pubblicità, ecc.) per il perseguimento di interessi diversi.	6	***rischio rilevante***	Presenza di procedure e direttive che disciplinano: 1) la gestione del bilancio nelle sue fasi; 2) il raccordo tra la contabilità aziendale e prospetti di bilancio; 3) redazione del bilancio (fonte regione lombardia). Misure ulteriori a contrasto rischio rilevante: automatismi contabili e percorso attuativo della certificabilità dei bilanci.
		2) Mancato rispetto dei vincoli di bilancio.	6	***rischio rilevante***	
		3) Esposizione di fatti materiali non rispondenti al vero al fine di ricevere per sè o un terzo denaro o altra utilità non dovuta.	6	***rischio rilevante***	
		4) Comunicazioni alle autorità di vigilanza previste dalla legge, di fatti materiali non rispondenti al vero, e omettendo in tutto o in parte, fatti che avrebbero dovuto essere comunicati, riguardanti la situazione economica, patrimoniale o finanziaria dell'Azienda.	6	***rischio rilevante***	
		5) Redazione di un parere scritto da parte del responsabile della revisione contabile eseguita falsificando o nascondendo informazioni sulla situazione economica patrimoniale o finanziaria dell'Azienda.	6	***rischio rilevante***	
4	Debito informativo e gestione dei flussi informativi da e verso Pubblica amministrazione	1) Esposizione di fatti materiali non rispondenti al vero.	4	***rischio accettabile***	Presenza di un'istruzione operativa, linee guida regionali e verifiche preliminari prima dell'invio del dato.
		2) Comunicazioni alle autorità di vigilanza previste dalla legge, di fatti materiali non rispondenti al vero, omissione di fatti riguardanti la situazione economica, patrimoniale o finanziaria dell'Azienda che avrebbero dovuto essere comunicati.	4	***rischio accettabile***	
5	Ciclo finanziario: rapporti col tesoriere, gestione di flussi di cassa, ecc.	1) Accordo col tesoriere o sodalizio con personale dipendente del tesoriere per garantire a sé o altri indebiti introiti.	5	***rischio accettabile***	Procedure di verifiche di cassa e reportistica periodiche. Procedura di gestione dei pagamenti e degli incassi.

3.0 a) Area: personale - gestione assenze presenze

	Processi	Rischio specifico del processo	Valutazione complessiva del rischio	Valutazione complessiva rischio	Misure di contrasto*

1	Accesso ad istituti vari afferenti la sfera personale dei dipendenti (es. L.104/1992, D.Lgs. 151/2001, D.l. 278/2000, CCNL, diritto allo studio, ecc.)	1) Riconoscimento di diritti inesistenti o insufficientemente attestati.	2	***rischio accettabile***	Mantenere il sistema dei controlli in merito alle dichiarazioni di autocertificazioni prodotte dai dipendenti.
2	Controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio.	1) Omesso controllo sulle autocertificazioni al fine di favorire un terzo.	2	***rischio accettabile***	
3	Elaborazione cartellini, rilevazione presenze, inserimento assenze/presenze, mancate timbrature, inserimento voci con riflessi stipendiali e non	1) Inserimento di timbrature o istituti contrattuali nel cedolino al fine di favorire se stesso o altri.	3	***rischio accettabile***	Mantenere il sistema dei controlli in merito alle dichiarazioni di autocertificazioni prodotte dai dipendenti.
4	Gestione malattie, infortuni e visite fiscali	1) Mancato controllo sulle malattie per favorire il malato.	2	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
5	Gestione dei flussi informativi sanitari ed amministrativi da e verso Pubblica Amministrazione	1) Elaborazione ed invio di dati inveritieri al fine di garantire a sé o altri un ingiusto profitto o utilità.	2	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
6	Rimborsi spese	1) Pagamento di spese non dovute o debitamente documentate al fine di favorire un terzo.	1	***rischio accettabile***	Mantenere il sistema dei controlli.

3.0 b) Area: personale - gestione economico-previdenziale

	Processi	Rischio specifico del processo	Valutazione complessiva del rischio	Valutazione complessiva rischio	Misure di contrasto*
7	Controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio.	1) Omesso controllo sulle autocertificazioni al fine di favorire un terzo.	2	***rischio accettabile***	Mantenere il sistema dei controlli.
8	Elaborazione stipendi.	1) In sede di elaborazione dello stipendio aggiunta di voci non dovute.	3	***rischio accettabile***	Mantenere il sistema dei controlli.
9	Cessione del quinto dello stipendio	1) Certificazioni stipendiali inveritiere.	2	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.

3.0 c) Area: personale - concorsi

	Processi	Rischio specifico del processo	Valutazione complessiva del rischio	Valutazione complessiva rischio	Misure di contrasto*
10	Reclutamento: concorsi e procedure selettive per assunzioni e partecipazione a commissioni di concorso	1) Irregolare composizione della commissione di concorso finalizzata al reclutamento di candidati particolari.	2	***rischio accettabile***	Verifica a campione degli atti di nomina delle commissioni concorsuali e delle segnalazioni di anomalie. Dichiarazione di assenza di conflitti di interesse e di incompatibilità.
		2) Inosservanza delle regole procedurali a garanzia imparzialità e trasparenza.	2	***rischio accettabile***	
		3) Accettazione di richieste di mobilità in cambio di denaro o altra utilità.	2	***rischio accettabile***	
11	Progressioni di carriera	1) Progressioni economiche o di carriera accordate illegittimamente allo scopo di agevolare dipendenti/candidati particolari.	3	***rischio accettabile***	Pubblicazione e trasparenza delle procedure
		2) Non garantire adeguata pubblicità per favorire un numero ristretto di dipendenti.	2	***rischio accettabile***	
12	Analisi dei fabbisogni del personale, bandi e gestione graduatorie concorsuali	1) Previsione di requisiti di accesso "personalizzati".	4	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
		2) Abuso dei processi di stabilizzazione finalizzato al reclutamento di candidati particolari.	3	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere, in particolare coerenza ed adeguatezza dei requisiti previsti dal bando rispetto alla posizione da ricoprire.
		3) Fabbisogno di personale ridondante sulla scorta di specifiche promesse da parte dei possibili assumendi dietro illecito compenso o altra utilità.	4	***rischio accettabile***	
13	Gestione giuridica personale, certificazione dati giuridici e stato di servizio	1) Attestazione stati giuridici inveritieri.	2	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
		2) Apposizioni di clausole contrattuali a sfavore dell'Azienda.	3	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
16	Autorizzazione incarichi extraistituzionali ai dipendenti (es. consulenze D.Lgs. 165/2001)	1) Controllo sulle richieste di autorizzazioni non puntuale al fine di favorire un terzo.	3	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
17	Gestione dei flussi informativi sanitari ed amministrativi da e verso Pubblica Amministrazione	1) Elaborazione ed invio di dati inveritieri al fine di garantire a sé o altri un ingiusto profitto o utilità.	3	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.

3.0 d) Area: personale - collaborazioni professionali

	Processi	Rischio specifico del processo	Valutazione complessiva del rischio	Valutazione complessiva rischio	Misure di contrasto*
19	Affidamento di incarichi di qualsiasi natura, anche dirigenziali, tra cui collaborazione coordinata e continuativa e borse di studio	1) Motivazione generica e pretestuosa per il conferimento di incarichi al fine di agevolare soggetti particolari.	3	***rischio accettabile***	Continuare a gestire secondo quanto previsto dal Regolamento aziendale approvato.
20	Controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio.	1) Omesso controllo sulle autocertificazioni al fine di favorire un terzo.	3	***rischio accettabile***	Intensificazione dei controlli in merito alle dichiarazioni di autocertificazioni.

3.0 e) Area: personale - personale convenzionato

	Processi	Rischio specifico del processo	Valutazione complessiva del rischio	Valutazione complessiva rischio	Misure di contrasto*
21	Reclutamento: concorsi e procedure selettive per assunzioni e partecipazione a commissioni di concorso	1) Insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire allo scopo di reclutare candidati particolari.	3	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
		2) Inosservanza delle regole procedurali a garanzia imparzialità e trasparenza.	2	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
22	Gestione giuridica personale, certificazione dati giuridici e stato di servizio	1) Attestazione stati giuridici inveritieri.	3	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
23	Accesso ad istituti vari afferenti la sfera personale dei dipendenti(es.L.104/1992,D.Lgs151/2001,D.L.278/2000,ACN.	1) Riconoscimento di diritti inesistenti o insufficientemente attestati.	2	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
24	Controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio.	1) Omesso controllo sulle autocertificazioni al fine di favorire un terzo.	3	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
25	Elaborazione cartellini, rilevazione presenze, inserimento assenze/presenze, mancate timbrature, inserimento voci con riflessi stipendiali e non	1) Inserimento di timbrature o istituti contrattuali nel cedolino al fine di favorire se stesso o altri.	2	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
26	Elaborazione stipendi.	1) In sede di elaborazione dello stipendio aggiunta di voci non dovute.	2	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
27	Gestione malattie, infortuni e visite fiscali	1) Mancato controllo sulle malattie per favorire il malato.	4	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
28	Trattamento di quiescenza lavorativa ed atti connessi	1) Attestazioni di servizio inveritiere al fine di agevolare l'accesso al trattamento pensionistico.	3	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
29	Rimborsi spese	1) Pagamento di spese non dovute o debitamente documentate al fine di favorire un terzo.	3	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.

4.1 Area: sanitaria e clinica - gestione ambulatoriale

	Processi	Rischio specifico del processo	Valutazione complessiva del rischio	Valutazione complessiva rischio	Misure di contrasto*
1	Richiesta di prestazione ambulatoriale	1) Richiesta o offerta di pagamento per la prescrizione e/o per l'indicazione di priorità non giustificata al fine di indurre l'utente a dare/promettere denaro o altra utilità o al fine di ricevere per sè o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta ovvero anche solo la promessa	2	***rischio accettabile***	1) Estrazione delle prestazioni registrate come accettazioni dirette, verifica a campione delle prestazioni erogate per valutare l'urgenza 2) Verifica sulle prestazioni generate in corso di libera professione non registrate come solvenza (incorcio pap test prescritti da speicialista rispetto alle visite SSN)
2	Valutazione amministrativa della richiesta e prenotazione	1) Invertire l'ordine di prenotazione senza giustificazioni di priorità clinica al fine di indurre l'utente a dare/promettere denaro o altra utilità o al fine di ricevere per se' o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta ovvero anche solo la promessa	2	***rischio accettabile***	Differenziaizone delle agende per classi di priorità
		2) Indirizza la richiesta a struttura privata/libero professionista al fine di procurarsi un ingiusto profitto a danno dell'Azienda.	3	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
3	Visita/prestazione diagnostica terapeutica	1) Acconsentire a richiesta inappropriata, registrare prestazioni non eseguite, fare eseguire esami impropri al fine di procurare a sè o ad altri ingiusto profitto con altrui danno	2	***rischio accettabile***	Controlli a campione sulla congruenza delle prestazioni ambulatoriali: controlli interni ed esterni eseguiti di norma dall'ATS
		2) Nell'ambito dell'attività ambulatoriale l'operatore attua pressioni, anche psicologiche, (es. prospettando, in caso d'urgenza, liste d'attesa molto lunghe) sull'utenza col fine di indirizzarla verso attività libero professionale o presso altra struttura.	3	***rischio accettabile***	Controlli a campione sulla congruenza delle prestazioni ambulatoriali.
		3) L'operatore indirizza l'utenza verso determinate terapie col fine precipuo di favorire una casa farmaceutica o fornitore, garantendosi un tornaconto diretto o indiretto.	3	***rischio accettabile***	Controlli a campione sulla congruenza delle prestazioni ambulatoriali.
		4) L'operatore effettua prestazioni non registrate al fine di percepire indebitamente compensi o altre utilità non dovute.	2	***rischio accettabile***	Controlli a campione sulla congruenza delle prestazioni ambulatoriali.
4	Chiusura prestazione	1) Avvio del paziente al ricovero o ad altra prestazione impropria presso l'Azienda o presso Struttura di altro Ente al fine di procurare a sè o ad altri ingiusto profitto con altrui danno	2	***rischio accettabile***	Si fa riferimento al percorso del ricovero e ai controlli attiviti per la Lista d'Attesa informatizzata dei Ricoveri (LAR)
5	Rendicontazione, validazione e invio flussi	1) Alterazione da parte di persona non avente diritto, dei dati delle prestazioni erogate in fase di rendicontazione al fine di avere un contributo maggiore di quello spettante per procurare a sè o ad altri ingiusto profitto con altrui danno	3	***rischio accettabile***	Ricetta elettronica
		2) Alterazione da parte di persona non avente diritto dei dati inseriti nei flussi informativi di attività prima del loro invio in Regione al fine di avere un contributo maggiore di quello spettante per procurare a sè o ad altri ingiusto profitto con altrui danno.	3	***rischio accettabile***	
6	Gestione liste d'attesa	1) Favorire liste d'attesa medio/lunghe del SSN al fine di instradare l'utenza verso attività libero professionale o altra struttura.	2	***rischio accettabile***	Esiste una procedura aziendale in via di pubblicazione. La verifica dei tempi di attesa è stata eseguita attraverso il monitoraggio previsto dalla

6	Gestione liste d'attesa	2) Manipolare le liste d'attesa per favorire un terzo, senza giustificazione, e garantendosi un ingiusto profitto o altra ulilità.	2	***rischio accettabile***	tempi di attesa è stata eseguita attraverso il monitoraggio previsto dalla Regione Lombardia.

4.2 Area: sanitaria e clinica - gestione prericovero e ricovero

	Processi	Rischio specifico del processo	Valutazione complessiva del rischio	Valutazione complessiva rischio	Misure di contrasto*
1	Richiesta di ricovero	1) Favorire in modo improprio il ricovero del richiedente e non rispettare la lista di attesa al fine di ricevere per sé o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta o anche solo promessa.	4	***rischio accettabile***	Definite procedure scritte di gestione ricoveri e cartella clinica. I ricoveri programmati sono inseriti in una lista informatizzata (LAR). Ogni pratica non urgente presenta la data di prenotazione e la classe di priorità del ricovero. I ricoveri urgenti provengono dal PS o trasferiti da altre strutture. Mensilmente viene effettuata una rilevazione ex-ante dei tempi di attesa delle prestazioni di ricovero su prestazioni selezionate secondo le indicazioni di RL.
		2) L'operatore attua pressioni, anche psicologiche, (es. prospettando, in caso d'urgenza, liste d'attesa molto lunghe) sull'utenza col fine di indirizzarla verso attività libero professionale o presso altra struttura.	4	***rischio accettabile***	Regolamento L.P. Monitoraggio TdA ricoveri LP
2	Visita medica e valutazione ricovero	1) Mancato rispetto della procedura di somministrazione del consenso informato.	4	***rischio accettabile***	Definita procedura PSp1PG3MQ7. Monitoraggio nell'ambito dei controlli a campione della cartella clinica sulla completezza
		2) Sistemazione alberghiera riservata senza regolare formalizzazione al fine di ricevere per sé o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta o anche solo promessa.	4	***rischio accettabile***	Procedure informatizzate di gestione del posto letto.
	Valutazione quotidiana pazienti. Gestione piano diagnostico terapeutico assistenziale	1) Favorire l'esecuzione di indagini presso Struttura esterna.	4	***rischio accettabile***	Gestione informatizzata richieste per Laboratori Diagnostica.
		2) Utilizzo improprio di prodotti farmaceutici al fine di ricevere per sé o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta o anche solo promessa.	4	***rischio accettabile***	Procedura di prescrizione e somministrazione informatizzata dei farmaci - controlli USC Farmacia.
		3) Alterazione artificiosa dei contenuti della documentazione clinica ai fini assicurativi al fine di procurare a sé o ad altri ingiusto profitto con danno altrui.	4	***rischio accettabile***	Definite procedure scritte di gestione ricoveri e cartella clinica. Controlli a campione mirati sulla congruenza e completezza delle prestazioni di ricovero: controlli interni ed esterni eseguiti di norma dall'ATS
4	Dimissione	1) Indirizzare il trasferimento presso un'altra struttura al fine di procurare a sé o ad altri ingiusto profitto con danno altrui	4	***rischio accettabile***	Definite procedure scritte di gestione ricoveri e cartella clinica. Registrazione informatica dimissioni e invio lettera dimissione al SISS. Informazione e formazione ai dirigenti medici referenti SDO. Controlli a campione sulla congruenza e completezza delle prestazioni di ricovero : controlli interni e controlli esterni eseguiti di norma dalla ATS.
		2) Codifica SDO con indicazione diagnosi o procedure complicanti il ricovero, omissione codifica procedura al fine di procurare a sé o ad altri ingiusto profitto con danno altrui.	4	***rischio accettabile***	
		3) Il Responsabile altera i dati delle codifiche ICD9-CM inseriti nella codifica SDO al fine di avere un contributo maggiore di quello spettante.	4	***rischio accettabile***	
5	Validazione e invio flussi	1) Alterazione dei dati inseriti nei flussi informativi di attività prima del loro invio in Regione al fine di avere un contributo maggiore di quello spettante e procurare a sé o ad altri ingiusto profitto con altrui danni.	4	***rischio accettabile***	Controlli formali dei flussi informativi da parte del SIO e controlli a campione sulla congruenza e completezza delle prestazioni di ricovero: controlli interni ed esterni eseguiti di norma dalla ATS. Informazione e formazione ai dirigenti medici referenti SDO.
6	Gestione liste d'attesa	1) Favorire liste d'attesa medio/lunghe del SSN al fine di instradare l'utenza verso attività libero professionale o altra struttura.	4	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
		2) Manipolare le liste d'attesa per favorire un terzo, senza giustificazione, e garantendosi un ingiusto profitto o altra ulilità.	4	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.

4.3 Area: sanitaria e clinica - gestione rifiuti sanitari

	Processi	Rischio specifico del processo	Valutazione complessiva del rischio	Valutazione complessiva rischio	Misure di contrasto*
1	Modalità di conferimento, confezionamento e smaltimento dei rifiuti	1) Effettuazione di attività non consentite di miscelazione di rifiuti al fine di garantire a sè o altri un ingiusto profitto/utilità.	2	***rischio accettabile***	Sopralluogo di verifica della effettiva applicazione delle indicazioni contenute nella Procedura Generale
		2) Fornire, nella compilazione dei formulari, false indicazioni sulla natura, sulla composizione e sulle caratteristiche chimico-fisiche dei rifiuti al fine di garantire a sè o altri un ingiusto profitto/utilità.	3	***rischio accettabile***	Verifica continua sui formulari prestampati e compilati dal fornitore
2	Ritiro rifiuti dalle unità di produzione e trasporto interno dei rifiuti	1) Effettuazione di attività non consentite di miscelazione di rifiuti al fine di garantire a sè o altri un ingiusto profitto/utilità.	2	***rischio accettabile***	Verifica della regolare attività di ritiro attraverso il controllo delle schede predisposte dalla Concessione collocate nei depositi delle UUSS

3	Gestione deposito temporaneo/area ecologica	1) Effettuazione di attività non consentite di miscelazione di rifiuti al fine di garantire a sè o altri un ingiusto profitto/utilità.	2	***rischio accettabile***	Sopralluoghi di valutazione della aderenza degli operatori alle disposizioni in materia. Trasmissione di Non Conformità al produttore del rifiuto con richiesta di predisposizioni di azioni correttive
4	Gestione documentazione	1) Omettere la tenuta o tenere in modo incompleto il registro di carico e scarico su cui devono essere annotate le informazioni sulle caratteristiche qualitative e quantitative dei rifiuti al fine di garantire a sè o altri un ingiusto profitto/utilità.	4	***rischio accettabile***	Verifica della corretta compilazione e della avvenuta trasmissione della documentazione nei termini e tempi previsti.
5	Trasporto esterno	1) Trasporto dei rifiuti senza formulario oppure indicazione nel formulario di dati inesatti o incompleti, al fine di garantire a sé o altri un ingiusto profitto/utilità.	3	***rischio accettabile***	Verifica della corretta modalità e tempistica di allontanamento dei rifiuti sanitari pericolosi e non pericolosi nonché della relativa documentazione di trasporto
		2) Violazione dell'obbligo di aderire al sistema di controllo della tracciabilità dei rifiuti.	3	***rischio accettabile***	
		3) L'abbandono e depositare in modo incontrollato i rifiuti.	4	***rischio accettabile***	

4.4 Area: sanitaria e clinica - varie (sperimentazioni)

	Processi	Rischio specifico del processo	Valutazione complessiva del rischio	Valutazione complessiva rischio	Misure di contrasto*
1	Sperimentazioni cliniche	1) Attivazione sperimentazione contro Legge.	4	***rischio accettabile***	Valutazione a campione che studi attivati abbiano parere CE/AIFA e delibera aziendale
		2) Sfalsamento dei dati raccolti dalla sperimentazione al fine di trarre per sé o altri un ingiusto profitto o altra utilità.	8	***rischio rilevante***	I clinici interessati, sottoscrivono dichiarazioni in merito all'assenza di cause di conflitto di interesse (art. 49 del good clinical practies).
		3) Sviamento della sperimentazione al fine di testare farmaci o ausili, dietro compenso ingiusto o altra utilità.	4	***rischio accettabile***	L'autorizzazione di uno studio viene verificata dal Comitato Etico.
		4) Attivazione di una sperimentazione di facciata col fine di garantirsi un ingiusto compenso o altra utilità.	5	***rischio accettabile***	

5.1 Area: singole attività - front office

	Processi	Rischio specifico del processo	Valutazione complessiva del rischio	Valutazione complessiva rischio	Misure di contrasto*
1	Prenotazione di prestazioni ambulatoriali su agende informatizzate (Servizio Sanitario Nazionale e Libera Professione)	1) Assegnazione di appuntamento in agenda informatizzata con classe di priorità più alta di quella prevista dall'impegnativa (SSN)	3	***rischio accettabile***	Implemetazione della ricetta elettronica, che non consentirà all'opertaore di intervenire manualmente.
		2) Indirizzo dell'utenza verso l'attività libero-professionale esercitata da uno Specialista aziendale	4	***rischio accettabile***	E' in atto in Azienda, la distinzione dei percorsi di prenotazione.
2	Accettazione, registrazione e incasso ticket pratiche ambulatoriali	1) Registrazione di prestazioni diverse da quelle prescritte sull'impegnativa al fine di diminuire il valore del ticket da corrispondere, a favore proprio o di terzi	2	***rischio accettabile***	Implemetazione della ricetta elettronica, che non consentirà all'opertaore di intervenire manualmente.
		2) Manipolazione di impegnativa con apposizione di esenzione non posseduta al fine di non corrispondere il ticket, a favore proprio o di terzi	2	***rischio accettabile***	
		3) Effettuazione di uno storno di cassa, per prestazione erogata e già pagata dall'utente, con appropriazione della somma risultante dall'operazione	1	***rischio accettabile***	Si confermano procedure in essere, tra l'altro sono state diffuse indicazioni comportamentali ai dipendenti con note del 17.10.2016 P.G. 49390 e 49391.
		4) Riscossione della somma dovuta senza registrazione nell'applicativo di cassa, con rilascio di ricevuta fittizia e appropriazione della somma riscossa	2	***rischio accettabile***	Si confermano procedure in essere, tra l'altro sono state diffuse indicazioni comportamentali ai dipendenti con note del 17.10.2016 P.G. 49390 e 49391.
		5) Mancata richiesta di pagamento della prestazione in via anticipata rispetto alla fruizione, con conseguente e differito inserimento nel flusso del recupero crediti, a favore proprio o di terzi	2	***rischio accettabile***	Si confermano procedure in essere, tra l'altro sono state diffuse indicazioni comportamentali ai dipendenti con note del 17.10.2016 P.G. 49390 e 49391.
		6) Dichiarazione di ammanco di cassa con appropriazione della somma riscossa	2	***rischio accettabile***	Si confermano procedure in essere, tra l'altro sono state diffuse indicazioni comportamentali ai dipendenti con note del 17.10.2016 P.G. 49390 e 49391.
		7) Prelievo di denaro per uso personale dal fondo cassa della cassetta portavalori in gestione	2	***rischio accettabile***	Si confermano procedure in essere, tra l'altro sono state diffuse indicazioni comportamentali ai dipendenti con note del 17.10.2016 P.G. 49390 e 49391.
3	Accessi al Pronto Soccorso	1) Fornire informazioni ad Agenzie di Assicurazione ed Antinfortunistiche	3	***rischio accettabile***	Si confermano procedure in essere, tra l'altro sono state diffuse indicazioni comportamentali ai dipendenti con note del 17.10.2016 P.G. 49390 e 49391.
		2) Fornire informazioni ad Agenzie di Stampa	2	***rischio accettabile***	Si confermano procedure in essere, tra l'altro sono state diffuse indicazioni comportamentali ai dipendenti con note del 17.10.2016 P.G. 49390 e 49391.
4	Accesso ai servizi amministrativo/sanitari erogati in Azienda	1) Compravendita di dati semisensibili, sensibili o supersensibili.	5	***rischio accettabile***	Si confermano procedure in essere, tra l'altro sono state diffuse indicazioni comportamentali ai dipendenti con note del 17.10.2016 P.G. 49390 e 49391.

5	Rilascio Ricettari N.A.R.	1) Emissione di ricettario contenente impegnative del SSN con registrazione a carico di un Medico per utilizzo personale o per cessione a terzi	2	***rischio accettabile***	Si confermano procedure in essere, tra l'altro sono state diffuse indicazioni comportamentali ai dipendenti con note del 17.10.2016 P.G. 49390 e 49391.
6	Attività informativa/di propaganda	1) Esposizione e/o divulgazione presso la sede lavorativa di materiale pubblicitario a favore di Società Commerciali	5	***rischio accettabile***	Si confermano procedure in essere, tra l'altro sono state diffuse indicazioni comportamentali ai dipendenti con note del 17.10.2016 P.G. 49390 e 49391.

5.2 Area: affari generali

	Processi	Rischio specifico del processo	Valutazione complessiva del rischio	Valutazione complessiva rischio	Misure di contrasto *
1	Attività propedeutiche all'adozione delle deliberazioni	1) Non rispetto della procedura deliberativa per garantire il proprio o altrui interesse.	2	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere. I casi di urgenza devono essere motivati dal Responsabile della Struttura.
2	Attività connesse al Collegio sindacale	1) Azionare strategie per ostacolare l'attività del Collegio sindacale.	3	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
3	Gestione del protocollo	1) Falso materiale o ideologico della protocollazione.	1	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
4	Rapporti con le università	1) Agevolare alcune Università garantendosi un ingiusto profitto per sé o altri	2	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
5	Convenzioni	1) Favorire l'attivazione di convenzioni garantedosi un ingiusto profitto per sé o altri	5	***rischio accettabile***	Prevedere il divieto di pantounflage e revolving doors.
6	Rapporti con associazioni di volontariato	1) Agevolare associazioni garantedo un ingiusto profitto o altra utilità per sé o altri.	2	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
7	Contratti di comodato d'uso	1) Stipulazione di contratti sfavorevoli all'Azienda.	1	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
8	Collaborazioni scientifiche	1) Stipula di collaborazioni garantendo un ingiusto profitto o altra utilità per sé o altri.	4	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
9	Eredità, lasciti e donazioni.	1) Appropriarsi di beni o denaro.	2	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
10	Contratti assicurativi	1) Pagamento di premi per garantirsi un ingiusto profitto o altra utilità.	3	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
11	Gestione sinistri	1) Gestione del sinistro agevolando terzi.	5	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.

5.3 a) Area: rifiuti radioattivi

	Processi	Rischio specifico del processo	Valutazione complessiva del rischio	Valutazione complessiva rischio	Misure di contrasto*
1	Modalità di smaltimento, confezionamento e conferimento dei rifiuti generici e radioattivi	1) Effettuazione di attività non consentite di miscelazione di rifiuti al fine di garantire a sè o altri un ingiusto profitto/utilità.	2	***rischio accettabile***	Continuare a gestire secondo le procedure.Il processo di smaltimento è tracciato dall'entrata in azienda del bene radioattivo al suo smaltimento. Attualmente i rifiuti generati dai reparti sono soggetti a decadimento della radioattività e conferibili come rifiuto generico.
		2) Fornire, nella compilazione dei formulari, false indicazioni sulla natura, sulla composizione e sulle caratteristiche chimico-fisiche dei rifiuti al fine di garantire a sè o altri un ingiusto profitto/utilità.	4	***rischio accettabile***	
		3) Omesso/parziale controllo sulle attività del concessionario nella gestione dell'intero ciclo dei rifiuti aziendali dietro compenso o altra utilità.	5	***rischio accettabile***	
2	Ritiro rifiuti dalle unità di produzione e trasporto interno dei rifiuti generici e radiologici	1) Effettuazione di attività non consentite di miscelazione di rifiuti al fine di garantire a sè o altri un ingiusto profitto/utilità.	2	***rischio accettabile***	
		2) Individuazione di rifiuti pericolosi in altro tipo non pericoloso al fine di garantire a sè o altri un ingiusto profitto/utilità.	3	***rischio accettabile***	
3	Gestione deposito temporaneo/area ecologica	1) Effettuazione di attività non consentite di miscelazione di rifiuti al fine di garantire a sè o altri un ingiusto profitto/utilità.	2	***rischio accettabile***	
		2) Individuazione di rifiuti pericolosi in altro tipo non pericoloso al fine di garantire a sè o altri un ingiusto profitto/utilità.	5	***rischio accettabile***	
		3) Smaltimento di rifiuti non generati in azienda dietro compenso o altra utilità	5	***rischio accettabile***	
4	Gestione documentazione	1) Omettere la tenuta o tenere in modo incompleto il registro di carico e scarico su cui devono essere annotate le informazioni sulle caratteristiche qualitative e quantitative dei rifiuti al fine di garantire a sè o altri un ingiusto profitto/utilità.	5	***rischio accettabile***	
5	Trasporto esterno	1) Trasporto dei rifiuti senza formulario oppure indicazione nel formulario di dati inesatti o incompleti, al fine di garantire a sé o altri un ingiusto profitto/utilità.	5	***rischio accettabile***	
		2) Violazione dell'obbligo di aderire al sistema di controllo della tracciabilità dei rifiuti.	5	***rischio accettabile***	
		3) L'abbandono e depositare in modo incontrollato i rifiuti.	2	***rischio accettabile***	
		4) Smaltimento di rifiuti pericolosi in modo non idoneo al fine di garantire a sè o altri un ingiusto profitto/utilità.	3	***rischio accettabile***	

5.4 b) Area: rifiuti generici

	Processi	Rischio specifico del processo	Valutazione complessiva del rischio	Valutazione complessiva rischio	Misure di contrasto*
1	Modalità di smaltimento, confezionamento e conferimento dei rifiuti generici e radioattivi	1) Effettuazione di attività non consentite di miscelazione di rifiuti al fine di garantire a sè o altri un ingiusto profitto/utilità.	5	***rischio accettabile***	Verifiche effettuate in piattaforma ecologica e nelle sedi esterne.
		2) Fornire, nella compilazione dei formulari, false indicazioni sulla natura, sulla composizione e sulle caratteristiche chimico-fisiche dei rifiuti al fine di garantire a sè o altri un ingiusto profitto/utilità.	3	***rischio accettabile***	Sui rifiuti considerati potenzialmente pericolisi (es. carico di toner) si fa un campionamento per stabilirne la qualità, attraverso analisi di laboratorio semestrali.
		3) Omesso/parziale controllo sulle attività del concessionario nella gestione dell'intero ciclo dei rifiuti aziendali dietro compenso o altra utilità.	3	***rischio accettabile***	Verifiche sul campo e sulle modalità di conferimento non programmate
2	Ritiro rifiuti dalle unità di produzione e trasporto interno dei rifiuti generici.	1) Effettuazione di attività non consentite di miscelazione di rifiuti al fine di garantire a sè o altri un ingiusto profitto/utilità.	3	***rischio accettabile***	A campione si verifica che l'afferimento avvenga correttamente nella piattaforma ecologica. Nel 2017 si attiverà un monitoraggio sul quantitativo di rifiuti smaltiti.
3	Gestione deposito temporaneo/area ecologica	1) Effettuazione di attività non consentite di miscelazione di rifiuti al fine di garantire a sè o altri un ingiusto profitto/utilità.	3	***rischio accettabile***	Nell'ambito delle verifiche a campione viene accertato l'adeguata miscelazione del rifiuto e verbalizzato su specifico modulo.
4	Gestione documentazione	1) Omettere la tenuta o tenere in modo incompleto il registro di carico e scarico su cui devono essere annotate le informazioni sulle caratteristiche qualitative e quantitative dei rifiuti al fine di garantire a sè o altri un ingiusto profitto/utilità.	3	***rischio accettabile***	Viene effettuato mensilmente un raffronto sulla documentazione del concessionario con i formulari FIR obbligatori dell'Azienda.
5	Trasporto esterno	1) Trasporto dei rifiuti senza formulario oppure indicazione nel formulario di dati inesatti o incompleti, al fine di garantire a sé o altri un ingiusto profitto/utilità.	3	***rischio accettabile***	Viene effettuato mensilmente un raffronto sulla documentazione del concessionario con i formulari FIR obbligatori dell'Azienda.
		2) Violazione dell'obbligo di aderire al sistema di controllo della tracciabilità dei rifiuti.	3	***rischio accettabile***	
		3) L'abbandono e depositare in modo incontrollato i rifiuti.	4	***rischio accettabile***	Viene effettuato mensilmente un raffronto sulla documentazione del concessionario con i formulari FIR obbligatori dell'Azienda.
		4) Smaltimento di rifiuti pericolosi in modo non idoneo al fine di garantire a sè o altri un ingiusto profitto/utilità.	4	***rischio accettabile***	

5.5 Area: singole attività - farmaceutica

	Processi	Rischio specifico del processo	Valutazione complessiva del rischio	Valutazione complessiva rischio	Misure di contrasto*
1	Approvvigionamento farmaci	1) Dichiarazione consapevole di falsa necessità per ottenere un finanziamento pubblico ed appropriarsi indebitamente di fondi.	5	***rischio accettabile***	Centri autorizzati da regione lombardia alla prescrizione. piani terapeutici.
		2) Aumento artificioso delle richieste per appropriarsi della parte in eccedenza.	5	***rischio accettabile***	Processo di informatizzazione (mediante software Farmasafe) per la prescrizione, preparazione e somministrazione dei farmaci in n. 52 reparti di degenza ed implementazione nelle terapie intensive. Introduzione e gestione farmaci in dose unitaria presso tutte le degenze dell'Azienda
		3) Inserimento prodotti, attraverso false dichiarazioni di esclusività, fra quelli necessari ed imprescindibili allo svolgimento di un'attività. Indirizzamento della richiesta a favore di un preciso fornitore.	5	***rischio accettabile***	Indicazioni nazionali e regionali.
		4) Sottrazione di beni aziendali (furto).	5	***rischio accettabile***	Monodose ed armadi robotici.
2	Stoccaggio farmaci	1) Omettere di rilevare inadempienze, incongruenze e attestare regolarità a fronte di un sostanziale inadempimento.	3	***rischio accettabile***	Controllo merce in entrata; verifica delle bolle; inserimento OLIAMM, corretto stoccaggio dei farmaci (ad es. temperatura) Personale amministrativo, gestione non conformità (Farmacia) Gestione amministrativo contabili degli ordini (Provveditorato) controllo delle fatture (Ragioneria) vigilano sulle modalità di conservazione dei farmaci e gestiscono le quantità di reparto In caso di consegna errata contattano la farmacia (Reparti). Linee guida PTO audit giacenze di reparto e inventari 2 volte all'anno Farmacia/DAZ DPS Verifica della corretta applicazione della normativa in tema di stupefacenti, infiammabili e farmaci sperimentali. (farmacia AUDIT)
		2) Falsificazione della bolla di consegna, riducendo le quantità effettivamente ricevute.	3	***rischio accettabile***	
		3) Sottrazione di beni aziendali (furto).	5	***rischio accettabile***	Sono state installate apparecchiature di videosorveglianza collegate con la centrale allarmi aziendale
3	Distribuzione farmaci	1) Omettere di rilevare inadempienze, incongruenze e attestare regolarità a fronte di un sostanziale inadempimento.	3	***rischio accettabile***	Verifica della congruità della richiesta in base al consumato report (Farmacie e CDG e Budget) Controllo amministrativo/magazzinale e del farmacista Reparto: verifica la congruità tra il materiale consegnato e quello richiesto. In caso di incongruenze viene contattato il personale della farmacia. Verifica ad hoc sulle modalità di distribuzione
		2) Decremento artificioso delle richieste per appropriarsi della parte in eccedenza.	3	***rischio accettabile***	
		3) Sottrazione di beni aziendali (furto).	5	***rischio accettabile***	Lettura informatica della somministrazione
		1) Messa in commercio o distribuiti farmaci scaduti o revocati per garantire un ingiusto guadagno o utilità per sé o altri.	3	***rischio accettabile***	

4	Gestione scadenze, revoche e resi/ritiri farmaci	2) Omisssione nei controlli delle scadenze.	3	***rischio accettabile***	Azioni di controllo verifica del lotto e della data di scadenza dei prodotti presenti. Reparto: verifica la scadenza dei prodotti a scadenza ravvicinata per smistarla tra i reparti ed eventualmente contatta la ditta per il ritiro. Farmacia: audit giacenze di reparto, inventari 2 volte all'anno, verifica report scadenze. invio di Report di consumi (farmacia/CdG) Amministrativi: controllo delle Non-conformità e dei ritiri. AUDIT reparto Materiale che ritorna al magazzino. Verifica a campione delle modalità di applicazione delle procedure di revoca e di ritiro durante le ispezioni di reparto.
5	Protesica e dispositivi medici	1) Inserimento di un prodotto, attraverso false dichiarazioni di esclusività, fra quelli necessari ed imprescindibili allo svolgimento di un'attività. Indirizzamento della richiesta a favore di un preciso fornitore.	6	***rischio rilevante***	Implementazione gruppo di lavoro per la verifica delle esclusività
6	Materiale di consumo laboratorio	1) Inserimento di un prodotto, attraverso false dichiarazioni di esclusività, fra quelli necessari ed imprescindibili allo svolgimento di un'attività. Indirizzamento della richiesta a favore di un preciso fornitore	6	***rischio rilevante***	Confronto con le altre aziende per i prodotti in esclusiva
7	Attività di informazione scientifica presso l'A.S.S.T. - Premi, vantaggi pecuniari o in natura e campioni gratuiti	1) Informazione inappropriata sull'uso dei farmaci al fine di garantire a sé o altri denaro, premi, vantaggi pecuniari o campioni gratuiti.	5	***rischio accettabile***	Direttive Regionali.
8	Attività di informazione scientifica presso USC Farmacia	1) Informazione inappropriata sull'uso dei farmaci al fine di garantire a sé o altri denaro, premi, vantaggi pecuniari o campioni gratuiti.	5	***rischio accettabile***	Garantendo la trasparenza venogno invitate le Aziende a tavoli aperti per esporre sui propri prodotti.
9	Farmacia esterna	1) Sottrazione di beni aziendali (furto).	4	***rischio accettabile***	Nel dicembre 2016 è stata aperta nuova Farmacia per utenti esterni presso la sede dell'A.S.S.T.. Da mappare nell'anno 2017.
		2) Commercio di farmaci o altri beni, contro Legge, per garantirsi un ingiusto profitto o altra utilità.	4	***rischio accettabile***	
		3) Attuazione di pratiche/strategie commerciali contro Legge.	4	***rischio accettabile***	
		4) Manipolazione libri registri contabili.	4	***rischio accettabile***	

5.6 Area: singole attività - marketing e formazione

	Processi	Rischio specifico del processo	Valutazione complessiva del rischio	Valutazione complessiva rischio	Misure di contrasto *
1	Conferimento incarichi per docenze a professionisti interni ed esterni	1) Conferimento incarico di docenza a persona senza requisiti, favorendo professionisti, garantendo un ingiusto profitto o utilità per sé o altri.	3	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
2	Sponsorizzazioni progetti aziendali	1)Elargizione di sponsorizzazioni da parte di privati col fine di assecondare finalità diverse da quelle ufficiali (es. garantire una remunerazione in modo celato).	2	***rischio accettabile***	Attenzione nella stesura del contratto(prevedendo tutte le parti essenziali). Individuare il responsabile del contratto. Verrà adottata una modulistica sulla dichiarazione pubblica d'interesse. I contributi derivanti da sponsorizzazioni sono risultanti da contratti sottoscritti dai rispettivi rappresentanti legali (AO, Sponsor); le entrate e le uscite sono autorizzate dall'Azienda, che è titolare del contratto.
3	Libera professione intramoenia	1)Svolgimento di attività intramoenia (eludendo i meccanismi amministrativi e/o di registrazione e/o pagamento), singolarmente o in collusione, col fine di garantirsi un ingiusto profitto o altra utilità.	3	***rischio accettabile***	Esiste un Regolamento aziendale.
		2) Verifica che l'attività libero professionale sia svolta fuori dalle attivtà ordinarie.	1	***rischio accettabile***	
4	Consulenza	1) attività in contrasto con le finalità ed i compiti istituzionali	4	***rischio accettabile***	La dichiarazione di interesse è stata implementata.
		2) attività in concorrenza con altre analoghe attività svolte dall'Azienda	4	***rischio accettabile***	
		3)conflitti di interessi dell'azienda	4	***rischio accettabile***	
		4) conflitto di interessi del consulente	4	***rischio accettabile***	
5	Attività formativa facoltativa, obbligatoria e comandi finalizzati	1) Omettere, comprimere o gestire arbitrariamente la vigilanza sulle procedure concernenti la formazione facoltativa o obbligatoria aziendale, col fine di garantire a sé o altri un ingiusto profitto o altra utilità.	2	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
		2) Implementazione di eventi formativi col fine di celare un ingiusto guadagno o altra utilità per sé o altri.	2	***rischio accettabile***	
6	Validazione sperimentazioni				Verra' mappato nell'anno 2017 perche' in corso dell'anno 2016 e' stato assegnato all'usc formazione, marketing e libera professione.

5.7 Area: singole attività - gestione diretta

	Processi	Rischio specifico del processo	Valutazione complessiva del rischio	Valutazione complessiva rischio	Misure di contrasto*

1	Gestione Accessi con veicoli	1) Consentire o favorire ingressi e soste, all'interno dell'Azienda, impropri al fine di ricevere per sè o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta o anche solo la promessa; indurre l'utente a dare/promettere denaro o altra utilità;	2	***rischio accettabile***	Verifica a campione sulle auto parcheggiate del pass di autorizzazione nell'elenco autorizzati da parte del Servizio di Vigilanza. Continuare a gestire secondo le procedure. Predisposizione di nuovo Regolamento per l'accesso, pubblico passaggio e stazionamento nelle Sedi dell'A.O. Papa Giovanni XXIII.
		2) Accesso ad aree dell'Azienda con restrizioni o inibite al fine di ricevere per sè o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta o anche solo la promessa; indurre l'utente a dare/promettere denaro o altra utilità;	2	***rischio accettabile***	
2	Gestione informazioni front-office e telefoniche	1) Favorire la scelta di un servizio esterno al fine di ricevere per sè o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta o anche solo la promessa.	3	***rischio accettabile***	Le fonti di informazioni sono definite ed aggiornate con riferimento ai Servizi offerti dall'Azienda Ospedaliera. Continuare a gestire secondo le procedure. Intensificare l'interazione con le Unità Strutturali per il continuo aggiornamento delle fonti di informazione
		2) Carente tutela della riservatezza.	2	***rischio accettabile***	La fonte di informazione software Galileo fornisce solo elenco ricoverati consenzienti. Continuare a gestire secondo le procedure. Richiesta modifica strutturale al fine di garantire maggiormente il rispetto della privacy relativamente al servizio GASS
3	Veicoli aziendali	1) Utilizzo dei veicoli aziendali per scopi non istituzionali.	1	***rischio accettabile***	Compilazione del libretto di viaggio in tutti i campi atti a dimostrare l'utilizzo dell'auto aziendale per motivo di servizio. Predisposizione di nuovo Regolamento sull'uso e gestione dei veicoli aziendali. I viaggi effettuati dagli operatori del servizio autisti sono registrati nel software MAP Proveco.
4	Gestione posta e trasporto documentazione amministrativa e sanitaria	1) Apertura della corrispondenza.	1	***rischio accettabile***	Il commesso inserisce la posta nella casella del Servizio chiuso a chiave all'interno di Cassaforte dedicata firmando l'apposito modulo. Il personale del Reparto ritira la corrispondenza con la chiave in suo possesso, firmando l'apposito modulo. Ove non vi è cassaforte la posta è consegnata in apposita vaschetta interna al reparto in luogo protetto.
		2) Occultamento o manomissione della corrispondenza col fine di ricevere per sè o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta o anche solo la promessa.	1	***rischio accettabile***	
5	Gestione delle informative	1) Esporre/non esporre per favorire qualcuno al fine di ricevere per sé o per un terzo denaro o altra attività non dovuta ovvero anche solo promessa; di indurre l'utente a dare/promettere denaro o altra utilità	1	***rischio accettabile***	Il materiale esposto è solo quello strettamente autorizzato dalla Direzione Aziendale, con indicazione da parte della stessa Direzione del punto di esposizione. Nelle sedi esterne presenti apposite bacheche.
		2) Occultamento o manomissione della corrispondenza col fine di ricevere per sè o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta o anche solo la promessa.	1	***rischio accettabile***	
6	Movimentazione cartelle cliniche	1) Lettura e/o fotocopiatura impropria dei dati al fine di procurare a sè o ad altri un'utilità.	1	***rischio accettabile***	Le Cartelle Cliniche vengono consegnate al Commesso dall'Unità emittente e inserite dallo stesso in buste, borse o carrelli chiusi, accompagnate da un modulo che riporta il numero della cartella clinica da movimentare. Il Commesso è incaricato formalmente per il trattamento dei dati. Procedura aziendale "Istruzione Operativa Movimentazione delle cartelle cliniche da parte dei Commessi".
		2) Occultamento o manomissione della corrispondenza col fine di ricevere per sè o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta o anche solo la promessa.	1	***rischio accettabile***	
7	Trasporto materiale biologico	1) Lettura e/o fotocopiatura impropria dei dati al fine di procurare a sé o ad altri un'utilità.	1	***rischio accettabile***	Nel modulo non compaiono i dati anagrafici/sensibili del paziente che sono chiusi in documento inserito nel contenitore specifico per il trasporto. Continuare a gestire secondo le procedure.. Procedura aziendale del 01/03/2011 – "Istruzione Operativa per il trasporto di Materiale Biologico"
8	Trasporto personale	1) Trasporto di persone non a fini istituzionali, al fine di ricevere per se' o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta ovvero anche solo la promessa.	1	***rischio accettabile***	Il personale interno è autorizzato ad usufruire del Servizio Autisti qualora la destinazione del viaggio corrisponda a quella programmato dal Servizio Autisti. Nel caso in cui il viaggio richiesto non corrisponda al programma del Servizio Autisti il richiedente compila il modello per l'autorizzazione al Direttore Amministrativo
9	Gestione autoparco aziendale	1) Comunicazione artificiosa o occultamento dei dati che vengono sovrastimati al fine di procurare a sè o ad altri ingiusto profitto con altrui danno.	1	***rischio accettabile***	Progressivamente il Parco auto si compone di veicoli a noleggio, dove i costi della gestione ordinaria e straordinaria sono a carico della compagnia di noleggio. Per il carburante, ogni autovettura è fornita di tessera per il rifornimento. Gli scontrini rilasciati devono essere consegnati al Servizio Autisti per la registrazione tramite software Map. L'ammontare dei litri ogni mese deve corrispondere al totale della fattura dell'USC Amministrazione Finanza e Controllo.
10	Servizio di sorveglianza, vigilanza antintrusione, antincendio, gestione chiavi.	1) Consentire o favorire ingressi impropri al fine di ricevere per sè o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta o anche solo la promessa; indurre l'utente a dare/promettere denaro o altra utilità.	3	***rischio accettabile***	Il servizio viene svolto sempre da due guardie al fine di prevenire eventuali reati di concussione/corruzione. Il servizio viene effettuato prevedendo la rotazione e l'alternanza delle coppie di guardie
		2) Consentire o favorire azioni dolose al fine di ricevere per sè o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta o anche solo la promessa; indurre l'utente a dare/promettere denaro o altra utilità.	3	***rischio accettabile***	Il servizio viene svolto sempre da due guardie al fine di prevenire eventuali reati di concussione/corruzione. Ulteriore verifica sulla veridicità dell'intervento può essere eventualmente fornito dal personale della squadra antincendio. Ulteriore garanzia è l'apposizione della firma sul tabulato "Ritiro Chiavi" da parte della Guardia e dell'Utente che ritira.
11	Custodia documenti e/o oggetti smarriti all'interno dell'A.s.s.t.	1) Sottrazione di beni altrui o lettura/fotocopiatura impropria dei dati ai fini procurare a se o ad altri un'utilità.	3	***rischio accettabile***	Il servizio viene svolto sempre da due guardie al fine di prevenire eventuali reati di appropriazione indebita e violazione della privacy. Ulteriore garanzia è la compilazione del verbale di ritiro oggetti smarriti

12	Ritiro incassi, trasporto valori	1) Sottrazione di denaro o concorso alla sottrazione.	2	***rischio accettabile***	Il servizio viene svolto sempre da due guardie al fine di prevenire eventuali reati di appropriazione indebita. Successivamente le buste vengono trasportate e consegnate al cassiere del Cup Centrale. E' previsto un verbale "ritiro versamenti CUP" contenente il N° delle buste consegnate dai punti di riscossione, le firme degli operatori e delle g.p.g..
13	Gestione dell'attività di controllo sul servizio in outsourcing dell'area ristorazione	Segnalazioni inveritiere a fini estorsivi.	1	***rischio accettabile***	Le anomalie del servizio sono gestite con indici di gravità definiti da 1 a 4, in base agli articoli che compongono il disciplinare di gara elaborato
14	Produzione e distribuzione pasti per degenti	1) Modifica dei dati inseriti con artificio al fine di procurare a sé o ad altri ingiusto profitto con altrui danno.	1	***rischio accettabile***	Incrocio fra numero di degenti ricoverati e prenotazione pasti effettuate. Il gruppo Controllo Appalto, prima di autorizzare l'erogazione del pasto, verifica che il pasto richiesto non sia già presente nel programma informatico o che possa essere sostituito con il pasto aggiuntivo che
		2) Sottrazione di alimenti o beni connessi.	1	***rischio accettabile***	
		3) Mancata vigilanza per procurare a sè o altri ingiusto profitto.	1	***rischio accettabile***	
15	Gestione dell'attività di controllo sul servizio in outsourcing dell'area tessuto	1) Mancata restituzione al lavaggio dei capi di biancheria pulita ricevuti al fine di procurare a sé o ad altri ingiusto profitto con altrui denaro.	1	***rischio accettabile***	Rintracciabilità della biancheria e delle divise mediante microchippatura che consente di risalire al soggetto consegnatario.
16	Centralino	1) Uso illecito del centralino per conseguire un indebito guadagno o utilità.	1	***rischio accettabile***	Gli operatori del Servizio, per evitare il favoreggiamento di altre Strutture Sanitarie o determinati medici per ricavare guadagno o altra ultilità (favori), si attengono scrupolosamente alla fonti informative divulgate dalle Unità Strutturali dall'ASST PG23. Le informazioni fornite all'utenza vengono mantenute costantemente aggiornate e sono contenute in un faldone ad uso degli operatori del Servizio. Ogni aggiornamento viene stampato ed affisso per una settimana nella bacheca presente nei locali del Centralino e divulgata verbalmente al personale con limitazioni visive. Nel caso di richiesta specifica di Medici in Libera Professione, l'operatore del servizio invita l'utente a visitare il sito WEB aziendale nella sezione dedicata alla Libera Professione.

5.8 Area: sistemi informativi

	Processi	Rischio specifico del processo	Valutazione complessiva del rischio	Valutazione complessiva rischio	Misure di contrasto *
1	Verifica e controllo dei servizi manutentivi HW e SW	1) Omettere la rilevazione di inadempienze, incogruenze ovvero attestare il rispetto delle SLA del contratto a fronte di sostanziale inadempimento.	3	***rischio accettabile***	Definizione documento per applicazione difformità, con definizione puntuale del campo di applicazione delle penali.
		2) Autorizzare il pagamento di fatture anche in caso di mancato rispetto delle SLA del contratto	4	***rischio accettabile***	
		3) Orientare la valutazione a favore di un preciso consulente esterno al fine di indurre il fornitore a promettere denaro o altra utilità	3	***rischio accettabile***	
2	Processo di acquisizione HW	1) Orientare l'acquisto del materiale a favore di un preciso fornitore al fine di indurlo a dare/promettere denaro o altra utilità ovvero al fine di ricevere per sé o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta ovvero anche solo la promessa.	5	***rischio accettabile***	Fornire dettagliata motivazione delle scelte dei beni/servizi sia con riferimento alle caratteristiche tecniche prescelte che alle quantità richieste. Giustificare la richiesta di acquisto in termini di rispondenza della medesima alle necessità oggettive dell'azienda (piani evolutivi, obblighi normativi, progetti in essere, obsolescenza, messa a norma di sistemi, etc). La RdA viene sottoposta al vaglio/verifica della USC Approvvigionamenti cui compete l'individuazione della modalità di acquisto pertinente alla luce delle disposizioni legislative in materia.
		2) Aumento artificioso delle necessità al fine dell'appropriazione indebita della parte in eccedenza.	5	***rischio accettabile***	
3	Processo di acquisizione SW	1) Orientare l'acquisto del software a favore di un preciso fornitore al fine di indurlo a dare/promettere denaro o altra utilità ovvero al fine di ricevere per sé o per un terzo denaro o altra utilità non dovuta ovvero anche solo la promessa.	5	***rischio accettabile***	Fornire dettagliata motivazione delle scelte dei beni/servizi sia con riferimento alle caratteristiche tecniche prescelte che alle quantità richieste. Giustificare la richiesta di acquisto in termini di rispondenza della medesima alle necessità oggettive dell'azienda (piani evolutivi, obblighi normativi, progetti in essere, obsolescenza, messa a norma di sistemi, etc). La RdA viene sottoposta al vaglio/verifica della USC Approvvigionamenti cui compete l'individuazione della modalità di acquisto pertinente alla luce delle disposizioni legislative in materia.
4	Gestione della sicurezza e riservatezza dei dati informatici	1) Accesso abusivo ad un sistema informatico protetto da misure di sicurezza	5	***rischio accettabile***	La gestione degli accessi all'interno dell'azienda è effettuata tramite SSO con strong autenthication (carta personale con pin) o comunque con utente e password personali. All'interno di ciascun applicativo vengono tracciate e registrate, con memorizzazione di utente, le operazioni ritenute più importanti. L'accesso a server e DB viene tracciato dal sistema SMARTLOG. In generale il sistema aziendale è protetto da firewall contro eventuali attacchi esterni.
		2) Diffusione abusiva dei codici di accesso a sistemi informativi	6	***rischio rilevante***	Aumentare P.C. con accesso carta elettronica personale
		3) Deterioramento, alterazione o soppressione di dati, informazioni o programmi.	4	***rischio accettabile***	La gestione degli accessi all'interno dell'azienda è effettuata tramite SSO con strong autenthication (carta personale con pin) o comunque con utente e password personali. All'interno di ciascun applicativo vengono tracciate e registrate, con memorizzazione di utente, le operazioni ritenute più importanti. L'accesso a server e DB viene tracciato dal sistema SMARTLOG. In generale il sistema aziendale è protetto da firewall contro eventuali attacchi esterni.

		4) Accesso e modifica non autorizzata dei dati archiviati elettronicamente	5	***rischio accettabile***	I documenti vengono firmati digitalmente dall'utente responsabile con carta operatore (pin firma). Eventuale modifica o annullamento di un documento firmato digitalmente può essere effettuata solo dal firmatario sempre con carta operatore. Tutte le operazioni di firma, annullamento, modifica etc vengono tracciate nei DB del software di riferimento. Tutti i documenti vengono a loro volta salvati in volumi e firmati da operatore delegato dalla DAZ (con carta operatore certificata) ai fini della conservazione sostitutiva.
5	Processo gestione di flussi informativi	La persona non avente diritto altera i dati inseriti nei flussi informativi di attività prima del loro invio Regione al fine di avere un contributo maggiore di quello spettante o altro vantaggio.	4	***rischio accettabile***	Mensilmente RL restituisce un file con le incongruenze rilevate nei dati di attività. Periodicamente la DMP, ufficio NOCE, controlla a campione e confronta la ricetta cartacea con il dato inserito nel SW e quindi inviato. Periodicamente l'ufficio NOCE della ATS effettua il medesimo controllo di cui sopra. Il CDG interno alla ASST invia il dato mensile di attività ai reparti per controlli.
6	Processo Attribuzione Consulenza	1) Relazione positiva su attività svolta solo parzialmente	5	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
		2) Continuazione di attività a medesimo soggetto	5	***rischio accettabile***	Attualmente non vi sono più incarichi attivi.

5.9 Area: singole attività - urp

	Processi	Rischio specifico del processo	Valutazione complessiva del rischio	Valutazione complessiva rischio	Misure di contrasto*
1	Gestione delle segnalazioni all'interno dell'Azienda Ospedaliera	1) Manipolazione o occultamento reclami al fine di garantire a sé o altri un ingiusto profitto o altra utilità	4	***rischio accettabile***	Database informatizzato di tutte le segnalazioni pervenute scritte e non.
		2) Indirizzamento utenza in modo non in linea con gli interessi del sistema sanitario regionale	3	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
		3) Proposte alla propria amministrazione sugli aspetti organizzativi e logistici del rapporto con l'utenza, prediligendo secondi fini.	2	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.

5.10 a) Area: DPS - pianificazione

	Processo Primario DPS - PP1 Pianificazione-	Rischio specifico del processo	Valutazione complessiva del rischio	Valutazione complessiva rischio	Misure di contrasto*
1	Analisi del fabbisogno del personale e definizione delle linee strategiche nella gestione risorse umane.	Sovrastima di fabbisogno per favorire gli appartenenti ai profili individuati.	3	***rischio accettabile***	Analisi del fabbisogno congiunta con Ufficio del personale, definizione dello stesso attraverso rilevazione dei carichi di lavoro e dei bisogni assistenziali annuale. Esiste motivazione e traccia di eventuali modifiche del profilo e del fabbisogno organico legate ai bisogni assistenziali ed organizzativi modificati
2	Definizione degli obiettivi di qualità	Rischio di privilegiare singole aree di obiettivi o singole realtà assistenziali	5	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
3	Definizione degli obiettivi di ricerca di afferenza della DPS e valutazione delle ricadute organizzative	Rischio di mancata coerenza tra gli obiettivi aziendali e gli obiettivi di ricerca a favore di terzi	3	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
4	Definizione delle aree degli obiettivi individuali del personale di afferenza	Rischio di sovrastima o sottostima per favorire i singoli operatori	4	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
5	Elaborazione e diffusione di protocolli/Procedure /Istruzioni Operative da diffondere con una metodologia condivisa	Rischio di privilegiare le richieste di una singola realtà o privilegiare l'utilizzo di singoli dispositivi sanitari	3	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
6	Definizione e aggiornamento di parametri e di caratteristiche relative alle Unità Assistenziali/Lavoro (orari di lavoro, turni di servizio,configurazione SW aziendali, programmazione e aggiornamento degli specchietti)	Rischio di favorire singole unità/operatori	2	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
7	Definizione protocolli da elaborare e diffondere con una metodologia condivisa	Rischio di privilegiare le richieste di una singola realtà o privilegiare l'utilizzo di singoli dispositivi sanitari	2	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
8	Consolidamento dell'utilizzo della documentazione clinica di natura assistenziale infermieristica, ostetrica, riabilitativa e tecnica all'interno del progetto Dossier Aziendale Sanitario Elettronico (D@SE)	Rischio di privilegiare le richieste documentali di singole realtà o professioni	4	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.

5.10 b) Area: DPS - organizzazione

	Processo Primario DPS - PP2 Organizzazione-	Rischio specifico del processo	Valutazione complessiva del rischio	Valutazione complessiva rischio	Misure di contrasto*
1	Definizione del modello organizzativo e delle relazioni gerarchico-funzionali	Rischio di influenza esterna	2	***rischio accettabile***	Si eseguono le linee di indirizzo della Direzione aziendale.
2	Definizione del fabbisogno quali-quantitativo di personale Infermieristico, Tecnico-Sanitario, della Riabilitazione, Ostetrico e del personale di supporto	Sovrastima di fabbisogno per favorire gli appartenenti ai profili individuati.	2	***rischio accettabile***	Esiste motivazione e traccia di eventuali modifiche del profilo e del fabbisogno organico legate ai bisogni assistenziali ed organizzativi modificati
3	Definizione Budget ore straordinarie per area	Rischio di favorire le singole strutture	2	***rischio accettabile***	Esistono procedure aziendali ed accordi sindacali.
4	Selezione del personale	Motivazione generica e pretestuosa per il conferimento di incarichi al fine di agevolare soggetti particolari.	3	***rischio accettabile***	
5	Valutazione curriculum del personale reclutato e allocazione conforme alle necessità organizzative e alle competenze	Rischio di sovrastima o sottostima per favorire i singoli operatori	3	***rischio accettabile***	

6	Ricollocazione dopo assenza per aspettativa	Rischio di favorire singoli o strutture	3	***rischio accettabile***	Esiste motivazione e traccia delle assunzioni legate alle competenze espresse ed al fabbisogno organico.
7	Modifica contratti	Motivazione generica e pretestuosa per il conferimento di rapporti di lavoro a Part time	1	***rischio accettabile***	Esiste motivazione e traccia della modifica su bas dii necessità, organizzative ed in base alle esigenze personali.
8	Gestione idoneità fisiche	Rischio di favorire i singoli operatori	2	***rischio accettabile***	
9	Dimissioni	Rischio di favorire i singoli operatori	1	***rischio accettabile***	
10	Gestione dell'Anagrafica dei coordinatori	Rischio di favorire singole unità/operatori	2	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
11	Gestione dei profili personali per l'accesso ai SW SIGMA.	Rischio di favorire singole unità/operatori	2	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
12	Gestione degli elementi necessari per il funzionamento del programma informatico degli specchietti (assegnazione di matricole, orari di lavoro, turni, fasce di PD, calcolo dei presenti in servizio).	Rischio di favorire singole unità/operatori	3	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
13	Gestione delle modalità, manuali o automatiche, di applicazione degli istituti contrattuali (es. indennità, debito orario, ferie)	Rischio di favorire singole unità/operatori	2	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
14	Gestione del turno assegnato a ciascuna matricola.	Rischio di favorire singole unità/operatori	2	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
15	Stampa e archiviazione centralizzata di tutti gli specchietti a programmazione emessa.	Rischio di favorire singole unità/operatori	2	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.

5.10 c) Area: DPS - direzione

	Processo Primario DPS - PP3 Direzione-	Rischio specifico del processo	Valutazione complessiva del rischio	Valutazione complessiva rischio	Misure di contrasto*
1	Coordinamento risorse umane secondo modello organizzativo (deleghe, autorità)	Interpretazione personale nell'applicazione delle regole per favorire i singoli	2	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
2	Redazione per le parti di competenza delle schede di Budget delle USC	Rischio di favorire le singole strutture	2	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
3	Coordinamento progetti di ricerca di afferenza della DPS	Rischio di condurre i progetti di ricerca privilegiando interessi di terzi	5	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
4	Consolidamento dell'utilizzo della documentazione clinica di natura assistenziale infermieristica, ostetrica, riabilitativa e tecnica all'interno del progetto Dossier Aziendale Sanitario Elettronico (D@SE)	Rischio di privilegiare le richieste documentali di singole realtà o di singole professioni	3	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
5	Elaborazione e diffusione di protocolli/Procedure /Istruzioni Operative da diffondere con una metodologia condivisa	Rischio di privilegiare le richieste di una singola realtà o privilegiare l'utilizzo di singoli dispositivi sanitari	3	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
6	Implementazione programmi di miglioramento	Rischio di privilegiare le richieste di una singola realtà	3	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
7	Riqualificazione e formazione operatori	Progressioni economiche o di carriera accordate illegittimamente allo scopo di agevolare dipendenti/candidati particolari.	2	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
8	Trasferimenti interni	Rischio di favorire i singoli operatori	2	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
9	Gestione riorganizzazioni aziendali	Rischio di favorire le singole strutture	3	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
10	Gestione delle ore straordinarie	Rischio di favorire i singoli operatori	2	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
					Si confermano le misure già in essere.
					Si confermano le misure già in essere.
					Si confermano le misure già in essere.
					Si confermano le misure già in essere.

5.10 d) Area: DPS - controllo

	Processo Primario DPS - PP4 Controllo-	Rischio specifico del processo	Valutazione complessiva del rischio	Valutazione complessiva rischio	
1	Monitoraggio e verifica raggiungimento degli obiettivi aziendali personale afferente alla DPS	Privilegiare contesti o operatori che non hanno pienamente raggiunto gli obiettivi	3	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
2	Monitoraggio dei progetti di ricerca afferenti alla DPS	Rischio di alterazione dei dati a favore di terzi	3	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
3	Monitoraggio e verifica raggiungimento degli indicatori di processo	Rischio di favorire le singole strutture o i singoli operatori	2	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
4	Valutazione del personale neo assunto	Motivazione generica e pretestuosa per sovrastimare la vautazione di soggetti particolari.	2	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
5	Controllo presenze assenze e verifica anomalie: ore ordinarie ore ordinarie eccedenti il debito orario settimanale ore causalizzate (F1 F2) ore straordinarie ore di pronta disponibilità ore recuperate ore di formazione assenze per malattia ore di attività particolari ore di tirocinio	Rischio di favorire i singoli operatori Rischio di omettere dati	2	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
7	Consulenza e/o verifica di protocolli, procedure, istruzioni operative e altri documenti elaborati da gruppi di operatori	Rischio di privilegiare singole realtà o l'utilizzo di singoli dispositivi	2	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
8	Verifica applicazione protocolli, IO, PSP e disposizioni aziendali	Rischio di omissione di dati inerenti la mancata applicazione	5	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.

5.10 e) Area: DPS - formazione

	Processo Primario DPS - PP5 Formazione -	Rischio specifico del processo	Valutazione complessiva del rischio	Valutazione complessiva rischio	Misure di contrasto*
1	Rilevazione del fabbisogno formativo e definizione degli indirizzi e delle priorità	Rischio di privilegiare singole aree di docenza o singoli argomenti	3	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
2	Formulazione proposta Piano di formazione DPS e verifica congruità con fabbisogno formativo	Rischio di privilegiare singole aree di docenza o singoli argomenti	3	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
3	Collaborazione alla formulazione proposta Piani di formazione Dipartimentali	Rischio di privilegiare singole aree di docenza o singoli argomenti	3	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
4	Partecipazione alla valutazione contenuti proposta Piano di Formazione Aziendale	Rischio di privilegiare singole aree di docenza o singoli argomenti	3	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
5	Verifica pre attivazione eventi formativi del personale di afferenza DPS approvati nel Piano di Formazione Aziendale	Rischio di privilegiare singole aree di docenza o singoli argomenti	2	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
6	Supporto all'organizzazione degli eventi formativi previsti nel Piano di Formazione DPS e Dipartimentali	Rischio di privilegiare singole aree di docenza o singoli argomenti	2	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
7	Pianifica la partecipazione del personale di afferenza agli eventi formativi programmati	Rischio di privilegiare singoli o gruppi di operatori	2	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
8	Valutazione delle ricadute organizzative degli eventi formativi effettuati	Rischio di privilegiare singole aree di docenza o singoli argomenti	3	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
9	Promuove attività formativa in relazione ai progetti di ricerca di afferenza alla DPS e collabora alla formazione di progetti di ricerca aziendali	Rischio di privilegiare singole aree di docenza o singoli argomenti	3	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
10	Orientamento/ addestramento personale neo inserito	Rischio di favorire singoli	2	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.
11	Gestione della formazione e dell'addestramento dei coordinatori all'uso dei programmi SIGMA	Rischio di favorire singoli	2	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere.

5.11 Area: sanitaria e clinica - varie (camera mortuaria)

	Processi	Rischio specifico del processo	Valutazione complessiva del rischio	Valutazione complessiva rischio	Misure di contrasto *
1	Camera mortuaria / necroscopia	1) Divulgazioni di dati all'esterno inerenti ai decessi, per trarre un igiusto compenso o utilità per sè o altri.	5	***rischio accettabile***	Avviso all'utenza esposto in Camera Mortuaria
		2) Segnalazione/pubblicizzare ai parenti, da parte degli addetti alle camere mortuarie e/o dei reparti, una specifica impresa di onoranze funebri, per trarre un igiusto compenso o utilità per sè o altri.	5	***rischio accettabile***	Procedura PSpANP.QM01 punto 6,1 PSpDirSan02 punto 6 Avviso all'utenza esposto in Camera Mortuaria
		3) Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti (es. per la vestizione della salma da parte di un operatore sanitario).	5	***rischio accettabile***	Avviso all'utenza esposto in Camera Mortuaria
		4) Sottrazione di beni dalle salme per trarre un igiusto compenso o utilità per sè o altri.	5	***rischio accettabile***	Procedura IODPS/DMP02 punto 6,6 Mod01IODPS/DMP02

6.0 g) Area: nuove afferenze - dipartimento dipendenze

	Processi	Rischio specifico del processo	Valutazione complessiva del rischio		Misure di contrasto *
1	Esecuzione esami tossicologici a valenza medico-legale per rilascio patenti di guida, porto d'armi e per il distretto militare.	1) Concussione da parte dell'incaricato di pubblico servizio verso l'utente che si sottopone ad indagine tossicologica ai fini del rilascio della patente di guida o del porto d'armi o per il distretto militare onde ottenere l'alterazione o la sostituzione dei campioni biologici da analizzare.	2	***rischio accettabile***	Addestramento sui rischi corruttivi del personale coinvolto. Monitoraggio, da parte del coordinatore infermieristico e del responsabile di U.O. della modalità esecuzione della raccolta dei campioni, del pagamento degli stessi e della consegna dei referti laboratoristici. Rotazione del personale impiegato.
		2) Corruzione per l'esercizio della funzione dell'incaricato di pubblico servizio da parte di un utente che si presenta ai servizi per una indagine tossicologica finalizzata al rilascio della patente di guida o del porto d'armi o per il distretto militare per l'alterazione o la sostituzione dei campioni biologici da analizzare.	2	***rischio accettabile***	
		3) Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio dell'incaricato di pubblico servizio da parte di un utente da sottoporre ad indagine tossicologica per il rilascio della patente o del porto d'armi o per il distretto militare per ottenere l'alterazione o la sostituzione dei campioni biologici da analizzare.Induzione indebita a dare o promettere utilità da parte dell'incaricato di pubblico servizio per modificare la valutazione tossicologica per rilascio della patente di guida o del porto d'armi o per il distretto militare.	2	***rischio accettabile***	

		4)Abuso d'ufficio da parte dell'incaricato di pubblico servizio per modificare la valutazione tossicologica per il rilascio della patente di guida o del porto d'armi o per il distretto militare.	2	***rischio accettabile***	
2	Segnalazioni per violazione art. 75 DPR 309/90. Valutazione diagnostica multidimensionale Progetto terapeutico condiviso Valutazione e comunicazione esiti	1) Induzione indebita a dare o promettere utilità da parte di un pubblico ufficiale o di un incaricato di pubblico servizio verso un soggetto segnalato per modificare i criteri di valutazione ai sensi dell'art. 75 ai fini di ottenere un giudizio positivo ed evitare o limitare le sanzioni prefettizie.	6	***rischio rilevante***	Valutazione multidisciplinare e valutazione ai sensi dell'art. 75 DPR 309/90 assegnato ai componenti di tutta l'équipe in modo da implementare la condivisione del caso e dei correlati controlli. Condivisione della comunicazione alla Prefettura di riferimento dell'esito degli stessi. Rotazione ed assegnazione sulle agende cieche.
		2) Abuso d'ufficio da parte dei un pubblico ufficiale o di un incaricato di pubblico servizio verso un soggetto segnalato onde modificare i criteri di valutazione ai sensi dell'art. 75 per ottenere un giudizio positivo ed evitare o limitare le sanzioni prefettizie.	6	***rischio rilevante***	
3	Valutazione e certificazione di assenza uso di sostanze per lavoratori di categorie a rischio	1) Concussione da parte del pubblico ufficiale o di un incaricato di pubblico servizio verso il paziente da sottoporre a valutazione ai sensi della normativa relativa al controllo dei lavoratori a rischio per ottenere una certificazione favorevole o per l'alterazione o sostituzione dei campioni biologici da analizzare.	4	***rischio accettabile***	Addestramento rischi corruttivi personale coinvolto. Monitoraggio da parte dei Responsabili di U.O. e del Coordinatore infermieristico delle modalità dei controlli tossicologici e del conseguente rilascio delle correlate certificazioni. Rotazione del personale adibito alla gestione dei pazienti in valutazione per controllo lavoratori appartenenti alle categorie a rischio, per quanto riguarda la valutazione medica e le prestazioni infermieristiche. Attivare rotazione nel 2017.
		2) Corruzione per l'esercizio della funzione del pubblico ufficiale da parte o di un incaricato di pubblico servizio di un paziente da sottoporre a valutazione ai sensi della normativa relativa al controllo dei lavoratori a rischio per ottenere una certificazione favorevole o per l'alterazione o sostituzione dei campioni biologici da analizzare.	4	***rischio accettabile***	
		3) Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio del pubblico ufficiale o di un incaricato di pubblico servizio da parte di un paziente da sottoporre a valutazione ai sensi della normativa relativa al controllo lavoratori a rischio per ottenere una certificazione favorevole o per l'alterazione o sostituzione dei campioni da analizzare.	4	***rischio accettabile***	
		4) Induzione indebita a dare o promettere utilità da parte del pubblico ufficiale o di un incaricato di pubblico servizio per modificare la valutazione e la certificazione di idoneità per il paziente da sottoporre a valutazione ai sensi della normativa relativa al controllo lavoratori a rischio.	4	***rischio accettabile***	
		5) Abuso d'ufficio da parte del pubblico ufficiale o di un incaricato di pubblico servizio per modificare la valutazione e la certificazione di idoneità per il paziente da sottoporre valutazione ai sensi della normativa relativa al controllo lavoratori a rischio.	4	***rischio accettabile***	
4	Valutazione, monitoraggio e certificazione relativa ai pazienti in attesa di trapianto di fegato.	1) Concussione da parte del pubblico ufficiale o di un incaricato di pubblico servizio verso il paziente da sottoporre a valutazione per trapianto d'organo per ottenere una certificazione favorevole o per l'alterazione o sostituzione dei campioni biologici da analizzare.	5	***rischio accettabile***	Addestramento rischi corruttivi personale coinvolto. Monitoraggio da parte del responsabile Sert. e del coordinatore infermieristico delle modalità di effettuazione dei controlli tossicologici e degli esami ematici oltre che delle correlate certificazioni da produrre alla U.O. Gastroenterologia del Presisio Papa Giovanni XXIII. Valutazione periodica del protocollo di intesa con la suddetta U.O. di Gastroenterologia anche per una verifica reciproca dei pazienti inviati. Rotazione del personale adibito alla gestione dei pazienti in valutazione per trapianto di fegato, per quanto riguarda la valutazione medica e le prestazioni infermieristiche.
		2) Corruzione per l'esercizio della funzione del pubblico ufficiale o dell'incaricato di pubblico servizio da parte di un paziente da sottoporre a valutazione per trapianto d'organo per ottenere una certificazione favorevole o per l'alterazione o sostituzione dei campioni biologici da analizzare.	6	***rischio rilevante***	
		3) Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio del pubblico ufficiale do dell'incaricato di pubblico servizio da parte di un paziente da sottoporre a valutazione per trapianto d'organo per ottenere una certificazione favorevole o per l'alterazione o sostituzione dei campioni biologici da analizzare.	6	***rischio rilevante***	
		4) Induzione indebita a dare o promettere utilità da parte del pubblico ufficiale o dell'incaricato di pubblico servizio per modificare la valutazione e la certificazione di idoneità per il paziente da sottoporre a trapianto d'organo.	6	***rischio rilevante***	
		5) Abuso d'ufficio da parte del pubblico ufficiale o dell'incaricato di pubblico servizio per modificare la valutazione e la certificazione di idoneità per il paziente da sottoporre a trapianto d'organo.	6	***rischio rilevante***	
5	Valutazione e certificazione. Certificazione ad interesse personale di assenza di utilizzo di sostanze stupefacenti ed alcol.	1) Concussione da parte del pubblico ufficiale o dell'incaricato di pubblico servizio verso il paziente da sottoporre a valutazione per ottenere una certificazione favorevole o per l'alterazione o sostituzione dei campioni biologici da analizzare.	5	***rischio accettabile***	Addestramento rischi corruttivi personale coinvolto. Monitoraggio da parte del responsabile Sert e del coordinatore infermieristico delle modalità di effettuazione dei controlli tossicologici e degli esami ematici oltre che delle correlate certificazioni da produrre. Rotazione del personale adibito alla valutazione dei soggetti richiedenti, per quanto riguarda la valutazione medica e le prestazioni infermieristiche.
		2) Corruzione per l'esercizio della funzione del pubblico ufficiale o dell'incaricato di pubblico servizio da parte di un paziente da sottoporre a valutazione per ottenere una certificazione favorevole o per l'alterazione o sostituzione dei campioni biologici da analizzare.	5	***rischio accettabile***	
		3) Corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio del pubblico ufficiale o dell'incaricato di pubblico servizio da parte di un paziente da sottoporre a valutazione per ottenere una certificazione favorevole o per l'alterazione o sostituzione dei campioni biologici da analizzare.	5	***rischio accettabile***	
		4) Induzione indebita a dare o promettere utilità da parte del pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio per modificare la valutazione e la certificazione di assenza di utilizzo di sostanze od alcol.	5	***rischio accettabile***	
		5) Abuso d'ufficio da parte del pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio per modificare la valutazione e la certificazione di idoneità per il paziente da sottoporre a valutazione per assenza di utilizzo di sostanze od alcol.	5	***rischio accettabile***	
6	Gestione somministrazione e giacenza farmaci, tra cui oppioidi e sostanze destinate alla cura delle dipendenze.	1) Peculato (sottrazione) delle sostanze, anche attraverso artifizi.	3	***rischio accettabile***	Si confermano le misure già in essere
		2) Spaccio di cui all'art. 73 del DPR n 309/1990 o comunque sottrazione della sostanza, anche attraverso artifizi, per trarne profitto. Anche per interposta persona (tramite cessione della sostanza).	3	***rischio accettabile***	

6.0 g) Area: Nuove afferenze - medicina legale

	Processi	Rischio specifico del processo	Valutazione complessiva del rischio	Valutazione complessiva rischio	Misure di contrasto*
1	Invalidità civile, 104/92, cecità civile, sordi,. Accertamento sanitario della commissione e giudizio sanitario	Formulare giudizi favorevoli senza requisiti.	5	***rischio accettabile***	Revisione Procedure. Inserire sul verbale finale una frase relativa al conflitto di interessi dei componenti la commissione.
2	Invalidita' civile; l. 104/1992; cecita' civile sordi. Formazione delibere relative alla composizione delle commissioni.	Favorire inserimento nominativi di componenti le commissioni.	5	***rischio accettabile***	Predisporre con il supporto degli uffici competenti i disciplinari d'incarico per ogni membro inserito nell'elenco dei componenti le commissioni.
3	Invalidita' civile; l. 104/1992; cecita' civile sordi. Gestione amministrativa istanze.	Agevolare e/o ostacolare i richiedenti nella istruttoria delle pratiche per la convocazione in commissione.	4	***rischio accettabile***	Tracciare gli accessi agli applicativi; personalizzare le modalità di accesso: lettura/scrittura
4	Invalidita' civile; l. 104/1992; cecita' civile sordi. Rendicontazioni economiche.	Falsificare il numero di sedute e la tipologia di accertamenti a favore dei componenti esterni ritardare la trasmissione dei prospetti di rendicontazione.	4	***rischio accettabile***	Doppio controllo tra timbrature dei componenti esterni e prospetti di liquidazione estrapolati dall'applicativo
5	Invalidita' civile; l. 104/1992; cecita' civile sordi. Autorizzazioni visite domiciliari.	Autorizzare una visita domiciliare priva dei requisiti.	3	***rischio accettabile***	Verificare a campione le pratiche. Riproporre i protocolli operativi.
6	L. 210/1992. Istruttoria pratiche.	Istruire una pratica in assenza dei necessari requisiti. Diffondere informazioni riservate.	4	***rischio accettabile***	Controlli a campione sulle pratiche.

7	L. 210/1992. Comunicazione esito processo(notifica).	Alterare il giudizio. Diffondere informazioni riservate.	4	***rischio accettabile***	Controlli a campione sulle pratiche.
8	L. 210/1992. Calcolo per erogazione, predisposizione delibere liquidazione.	Alterare i dati per favorire i richiedenti o terzi.	4	***rischio accettabile***	Controlli a campione sulle pratiche.
9	Commissione medica locale patenti. Prenotazione	1) Istruire una pratica in modo favorevole (es omettere patologie). Alterare lo storico ed i documenti prodotti. Non rispettare la cronologia delle prenotazioni. 2) Diffondere informazioni riservate.	4	***rischio accettabile***	Tracciare gli accessi agli applicativi; personalizzare le modalità di accesso: lettura/scrittura; Verifiche a campione sulle pratiche incrociando i dati di altri applicativi (NAR-Butterfly); incontri formativi con il personale amministrativo.
10	Commissione medica locale patenti. Visita medica.	1) Esprimere giudizi compiacenti. 2) Utilizzare informazioni riservate.	4	***rischio accettabile***	Inserire sul verbale finale una frase relativa al conflitto di interessi dei componenti-Predisporre con il supporto degli uffici competenti i disciplinari d'incarico per ogni componente della CML.
11	Commissione medica locale patenti. Gestione fase amministrativa post-seduta.	1) Ritardare /omettere/falsificare/eliminare atti. 2) Diffondere informazioni riservate.	4	***rischio accettabile***	Controlli a campione sulle pratiche.
12	Commissione medica locale patenti. Contabilita' e pagamenti.	Omettere il recupero di importi non versati dall'utente; accreditare a componenti somme non dovute.	2	***rischio accettabile***	Effettuare doppio controllo in sede di liquidazione.
13	Commissione medica locale patenti. Prove psicotecniche.	Alterare i test in maniera favorevole per l'utente.	2	***rischio accettabile***	Dare indicazioni al personale dedicato che il test è ripetibile solo una volta.
14	Certificazioni medico-legali. Istruttoria della pratica.	Agevolare i richiedenti, istruire le pratiche in modo favorevole in assenza di requisiti. Omissione azioni di verifica.	3	***rischio accettabile***	Controlli a campione sulle pratiche.
15	Certificazioni medico-legali. Rilascio certificato.	1) Rilasciare certificazione in assenza dei necessari requisiti. 2) Diffondere informazioni riservate.	4	***rischio accettabile***	Controlli a campione sulle pratiche.
16	Visite fiscali	Eventuale abuso d'ufficio.	4	***rischio accettabile***	Corsi di formazione e convegni dedicati ai medici fiscali. Rivedere i protocolli.
17	Collegi idoneita'/inabilita'. Visita medico-collegiale.	Esprimere giudizi compiacenti. Utilizzare dati riservati. Falsificare verbali e documenti.	5	***rischio accettabile***	Controlli a campione sulle pratiche.
18	Risk management. Gestione contenzioso e lamentele su attivita' servizio.	Alterare giudizi in senso favorevole alla lamentela in assenza di requisiti tecnici.	3	***rischio accettabile***	Controlli a campione sulle pratiche.
19	Risk management. Partecipazione a ctu come ctp aziendale.	Accordarsi su risultati a favore di una delle parti tenendo condotte infedeli. Diffondere informazioni riservate.	3	***rischio accettabile***	Controlli a campione sulle pratiche.
20	Risk management. Partecipazione cvs.	Diffondere notizie riservate.	3	***rischio accettabile***	Controlli a campione sulle pratiche.
21	Commissione porto armi/caccia. Prenotazione visita- fase amministrativa requisiti.	1) Istruire una pratica in modo favorevole priva dei requisiti. 2) Alterare documenti ridurre i tempi di attesa utilizzare o diffondere informazioni riservate.	3	***rischio accettabile***	Controlli a campione sulle pratiche.
22	Commissione porto armi/caccia. Visita medica collegiale (giudizio di idoneita'/sospensione/ridefinizione pratica con idoneita' porto d'armi)	Esprimere giudizi compiacenti. Utilizzare o diffondere informazioni riservate falsificare verbali di visita falsificare, alterare o distruggere documentazione.	4	***rischio accettabile***	Controlli a campione sulle pratiche.
23	Commissione porto armi/caccia. Gestione fase amministrativa post-seduta	Ritardare /omettere/falsificare la comunicazione degli esiti.	2	***rischio accettabile***	Controlli a campione sulle pratiche.
24	Commissione porto armi/caccia. Gestione lamentele/reclami.	Ridurre i tempi di attesa concedere riconoscimenti medico-legali di favore modificare esiti/accertamenti.	4	***rischio accettabile***	Controlli a campione sulle pratiche.
25	Presentazioni tbc	Istruire una pratica in modo favorevole in assenza dei requisiti; diffondere informazioni riservate.	4	***rischio accettabile***	Controlli a campione sulle pratiche.

Denominazione sotto-sezione 1 livello	Denominazione sotto-sezione 2 livello	Contenuti (riferimento al d.lgs. 33/2013)	Struttura competente alla produzione e pubblicazione su web	Soggetti responsabili	Modalità di pubblicazione	Tempistica adozione / pubblicazione aggiornamento
Disposizioni generali	**Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza**	Art. 10, c. 8, lett. a)	USS Legale interno e audit USC Affari generali	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza dr.ssa Rasoli dr.ssa Vitalini	pubblicazione previa adozione del documento da parte del Direttore generale con specifica deliberazione	31-gen
	Atti generali	Art. 12, c. 1 e 2	USC Affari generali	dr.ssa Vitalini	pubblicazione diretta	a ogni variazione/aggiornamento
		Art. 12, c. 1 Art. 55, c. 2 d.lgs n. 165/2001	USC Legale interno e audit USC Politiche e gestione del personale	dr.ssa Rasoli dr. Radici	pubblicazione previa adozione del documento da parte del Direttore generale con specifica deliberazione	a ogni variazione/aggiornamento
	Scadenziario obblighi amministrativi	Art. 12, c. 1-bis Art. 29, c. 3 d.l. n. 69/2013 convertito con l. n. 98/2013	USC Affari generali	dr.ssa Vitalini	pubblicazione diretta	a ogni variazione/aggiornamento
Organizzazione	**Organi di indirizzo politico-amministrativo**	Art. 13, c. 1, lett. a)	USC Affari generali	dr.ssa Vitalini	pubblicazione previa adozione del documento da parte della Direzione strategica/pubblicazione diretta	a ogni variazione/aggiornamento
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47	Responsabile della trasparenza	dr.ssa Vitalini	pubblicazione diretta	a ogni variazione/aggiornamento
	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), c)	USC Politiche e gestione del personale USC Affari generali	dr. Radici dr.ssa Vitalini	pubblicazione diretta e mediante tabella	a ogni variazione/aggiornamento
	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d)	USC Affari generali	dr.ssa Vitalini	pubblicazione diretta nella sezione trasparenza / pubblicazione mediante tabella	a ogni variazione/aggiornamento
Consulenti e collaboratori		Art. 15, c. 1, 2 Art. 53, c. 14 d.lgs. n. 165/2001	USC Politiche e gestione del personale USC Affari generali USC Legale interno e audit	dr. Radici dr.ssa Vitalini dr.ssa Rasoli	pubblicazione mediante tabella	a ogni variazione/aggiornamento
Personale	**Incarichi amministrativi di vertice**	Art. 14, c. 1	USC Affari generali USC Politiche e gestione del personale	dr.ssa Vitalini dr. Radici	pubblicazione diretta	ad ogni variazione/aggiornamento
		Art. 41, c. 2, 3	USC Affari generali USC Politiche e gestione del personale	dr.ssa Vitalini dr. Radici	pubblicazione mediante tabella	a ogni variazione/aggiornamento
	Dirigenti	Art. 14, c. 1	USC Politiche e gestione del personale	dr. Radici	pubblicazione diretta	a ogni variazione/aggiornamento
		Art. 41, c. 2, 3	USC Politiche e gestione del personale	dr. Radici	pubblicazione diretta	a ogni variazione/aggiornamento
	Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies	USC Politiche e gestione del personale	dr. Radici	pubblicazione diretta	a ogni variazione/aggiornamento
	Dotazione organica e costo del personale a tempo indeterminato	Art. 16, c. 1, 2	USC Politiche e gestione del personale	dr. Radici	pubblicazione diretta	annuale
	Personale non a tempo	Art. 17, c. 1	USC Politiche e gestione del personale	dr. Radici	pubblicazione mediante tabella	annuale

	indeterminato	Art. 17, c. 2	USC Politiche e gestione del personale	dr. Radici	pubblicazione mediante tabella	trimestrale
	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3	USC Politiche e gestione del personale	dr. Radici	pubblicazione mediante tabella	trimestrale
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti	Art. 18, c. 1 Art. 53, c. 14 d.lgs. n. 165/2001	USC Politiche e gestione del personale	dr. Radici	pubblicazione mediante tabella	mensile
	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1	USC Politiche e gestione del personale	dr. Radici	link	a ogni variazione/aggiornamento
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2	USC Politiche e gestione del personale	dr. Radici	pubblicazione diretta	a ogni variazione/aggiornamento
	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c) Par. 14.2 delibera CiVIT n. 12/2013	USSD Valutazione risorse umane e obiettivi di mandato	dr.ssa Trapletti	pubblicazione mediante tabella	a ogni variazione/aggiornamento

Denominazione sotto-sezione 1 livello	Denominazione sotto-sezione 2 livello	Contenuti (riferimento al d.lgs. 33/2013)	Struttura competente alla produzione e pubblicazione su web	Soggetti responsabili	Modalità di pubblicazione	Tempistica adozione / pubblicazione aggiornamento
Bandi di concorso		Art. 19	USC Politiche e gestione del personale	dr. Radici	pubblicazione mediante tabella	a ogni variazione/aggiornamento
Performance	**Sistema di misurazione e valutazione della performance**	Par. 1 delibera CiVIT n. 104/2010	USSD Valutazione risorse umane e obiettivi di mandato	dr.ssa Trapletti	pubblicazione diretta	a ogni variazione/aggiornamento
	Piano della performance	Art. 10, c. 8, lett. b)	USSD Valutazione risorse umane e obiettivi di mandato	dr.ssa Trapletti	pubblicazione diretta	a ogni variazione/aggiornamento
	Relazione sulla performance	Art. 10, c. 8, lett. b)	USSD Valutazione risorse umane e obiettivi di mandato	dr.ssa Trapletti	pubblicazione diretta	a ogni variazione/aggiornamento
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1	USC Politiche e gestione del personale	dr. Radici	pubblicazione mediante tabella	tempestivo
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2	USC Politiche e gestione del personale	dr. Radici	pubblicazione mediante tabella	tempestivo
Enti controllati	**Enti pubblici vigilati**	Art. 22, c. 1, lett. a)	Non di pertinenza dell'ASST	//	//	//
		Art. 22, c. 2, 3	Non di pertinenza dell'ASST	//	//	//
	Società partecipate	Art. 22, c. 1, lett. b)	USC Amministrazione finanza e controllo USC Affari generali	dr.ssa Coccoli dr.ssa Vitalini	pubblicazione mediante tabella	annuale
	Società partecipate	Art. 22, c. 2, 3	USC Amministrazione finanza e controllo USC Affari generali	dr.ssa Coccoli dr.ssa Vitalini	pubblicazione mediante tabella	annuale
	Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 1, lett. c)	USC Amministrazione finanza e controllo USC Affari generali	dr.ssa Coccoli dr.ssa Vitalini	pubblicazione mediante tabella	annuale
		Art. 22, c. 2, 3	Non di pertinenza dell'ASST	//	//	//
	Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d)	USC Amministrazione finanza e controllo USC Affari generali	dr.ssa Coccoli dr.ssa Vitalini	grafico	annuale

Denominazione sotto-sezione 1 livello	Denominazione sotto-sezione 2 livello	Contenuti (riferimento al d.lgs. 33/2013)	Struttura competente alla produzione e pubblicazione su web	Soggetti responsabili	Modalità di pubblicazione	Tempistica adozione / pubblicazione aggiornamento
Attività e procedimenti	**Tipologie di procedimento**	Art. 35, c. 1, 2	Tutti gli uffici per il tramite dell'USC Affari generali	dr.ssa Vitalini	pubblicazione mediante tabella	a ogni variazione/aggiornamento
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3	Tutti gli uffici per il tramite dell'USC Affari generali	dr.ssa Vitalini	pubblicazione mediante tabella	a ogni variazione/aggiornamento
Provvedimenti	**Provvedimenti organi indirizzo politico**	Art. 23 Art. 1, c. 16 l. n. 190/2012	Non di pertinenza dell'ASST	//	//	//
	Provvedimenti dirigenti	Art. 23 Art. 1, c. 16 l. n. 190/2012	USC Affari generali	dr.ssa Vitalini	pubblicazione mediante tabella	semestrale
Bandi di gara e contratti	**Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare**	Art. 1, c. 32 l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) Art. 4 delibera ANAC n. 39/2016	USC Approvvigionamenti USC Ufficio tecnico	dr. Gamba ing. Casati	pubblicazione mediante tabella	tempestivo
		Art. 1, c. 32 l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) Art. 4 delibera ANAC n. 39/2016	USC Approvvigionamenti	dr. Gamba	pubblicazione mediante tabella (indicato nella delibera ANAC n. 39/2016)	annuale
	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Art. 37, c. 1, lett. b) Art. 21, c. 7, e art. 29, c. 1 d.lgs. n. 50/2016 Atti relative alla programmazione di lavori, opera, servizi e forniture	USC Approvvigionamenti USC Ufficio tecnico	dr. Gamba ing. Casati	pubblicazione diretta	tempestivo
		Art. 37, c. 1, lett. b) Art. 29, c. 1 d.lgs. n. 50/2016	USC Approvvigionamenti USC Ufficio tecnico	dr. Gamba ing. Casati	pubblicazione diretta	tempestivo
		Art. 1, c. 505 l. n. 208/2015 disposizione speciale rispetto all'art. 21 d.lgs. n. 50/2016 (contratti)	USC Approvvigionamenti	dr. Gamba	pubblicazione diretta	tempestivo
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	**Criteri e modalità**	Art. 26, c. 1	USC Affari generali	dr.ssa Vitalini	pubblicazione diretta	a ogni variazione/aggiornamento
	Atti di concessione	Art. 26, c. 2	USC Affari generali	dr.ssa Vitalini	pubblicazione diretta	a ogni variazione/aggiornamento
		Art. 27, c. 1	USC Affari generali	dr.ssa Vitalini	pubblicazione diretta	a ogni variazione/aggiornamento
		Art. 27, c. 2	USC Affari generali	dr.ssa Vitalini	pubblicazione mediante tabella	annuale

Bilanci	**Bilancio preventivo e consuntivo**	Art. 29, c. 1 e 1–bis Art. 5, c. 1 DPCM 26.4.2011 DPCM 29.4.2016	USC Amministrazione finanza e controllo	dr.ssa Coccoli	pubblicazione diretta	tempestivo
Beni immobili e gestione patrimonio	**Patrimonio immobiliare**	Art. 30	USC Ufficio tecnico	ing. Casati	pubblicazione mediante tabella	a ogni variazione/aggiornamento
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30	USC Ufficio tecnico	ing. Casati	pubblicazione mediante tabella	a ogni variazione/aggiornamento

Denominazione sotto-sezione 1 livello	Denominazione sotto-sezione 2 livello	Contenuti (riferimento al d.lgs. 33/2013)	Struttura competente alla produzione e pubblicazione su web	Soggetti responsabili	Modalità di pubblicazione	Tempistica adozione / pubblicazione aggiornamento
Controlli e rilievi sull'amministrazione	**Nuclei di valutazione,**	Art. 31 Art.14, c. 4, lett. a) e lett. c) d.lgs. n. 150/2009	USSD Valutazione risorse umane e obiettivi di mandato	dr.ssa Trapletti	pubblicazione diretta	tempestivo
	Organi di revisione amministrativa e contabile	Art. 31	USC Affari generali	dr.ssa Vitalini	pubblicazione diretta	tempestivo
	Corte dei conti	Art. 31	USC Affari generali	dr.ssa Vitalini	pubblicazione diretta	tempestivo
Servizi erogati	**Carta dei servizi e standard di qualità**	Art. 32, c. 1	URP	dr.ssa Iamele	pubblicazione diretta	a ogni variazione/aggiornamento
	Class action	Art. 1, c. 2 Art. 4, c. 2 e Art. 6 d.lgs. n. 198/2009	USS Legale interno e audit	dr.ssa Rasoli	pubblicazione diretta	tempestivo
	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a)	USS Controllo di gestione	dr.ssa Coccoli	pubblicazione mediante tabella	annuale
		Art. 10, c. 5	USS Controllo di gestione	dr.ssa Coccoli	pubblicazione mediante tabella	annuale
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6	USC Direzione medica presidio ospedaliero	dott.ssa Cacciabue	pubblicazione mediante tabella	mensile
	Servizi in rete	Art. 7, c. 3 d.lgs n. 82/2005	USS Staff Ufficio stampa e comunicazione	dr.ssa Toninelli	pubblicazione diretta	a ogni variazione/aggiornamento
Pagamenti dell'amministrazione	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis	USC Amministrazione finanza e controllo	dr.ssa Coccoli	pubblicazione mediante tabella	trimestrale
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33	USC Amministrazione finanza e controllo	dr.ssa Coccoli	pubblicazione mediante tabella	trimestrale
	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36	USC Amministrazione finanza e controllo	dr.ssa Coccoli	pubblicazione diretta	a ogni variazione/aggiornamento
Opere pubbliche		Art. 38	USC Ufficio tecnico	ing. Casati	pubblicazione mediante tabella	annuale
Altri contenuti	Prevenzione della corruzione	Art. 10, c. 8, lett. a)	Responsabile della prevenzione della corruzione Responsabile della trasparenza	dr.ssa Rasoli dr.ssa Vitalini	pubblicazione diretta	annuale
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012 Art. 43, c. 1	Responsabile della trasparenza	dr.ssa Vitalini	pubblicazione diretta	a ogni variazione/aggiornamento
		Art. 1, c. 14 l. n. 190/2012	Responsabile della prevenzione della corruzione	dr.ssa Rasoli	pubblicazione diretta	annuale
	Accesso civico	Art. 5, c. 1 e 2 Art. 2, c. 9 – bis l. n. 241/1990	Responsabile della trasparenza	dr.ssa Vitalini	pubblicazione diretta	a ogni variazione/aggiornamento

		Linee guida ANAC FOIA (del. 1309/2016)	Responsabile della trasparenza	dr.ssa Vitalini	pubblicazione diretta	semestrale

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Pubblicata all'albo pretorio on-line
dell'azienda socio sanitaria territoriale
"Papa Giovanni XXIII" Bergamo

per 15 giorni