



Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione

2017 – 2019

Revisione 31 Gennaio 2017



Nel rapporto “Corruzione e sprechi in sanità” pubblicato ad aprile 2016, abbiamo stimato in circa 6 miliardi di euro l’anno il costo della corruzione e degli sprechi nei beni e servizi non direttamente legati alla cura dei pazienti. La sanità è un terreno molto battuto da corrotti e corruttori per via dell’ingente mole di risorse pubbliche investite, pari a circa 110 miliardi di euro l’anno.

Per farsi un’idea più precisa del problema, bisogna considerare che in quasi il 40% delle aziende sanitarie si sono verificati episodi di corruzione negli ultimi cinque anni e che non sempre questi, a detta dei dirigenti di ASL intervistati, sono stati affrontati con efficacia e tempestività.

Sempre secondo il nostro sondaggio interno alle aziende sanitarie, il 77% dei dirigenti ritiene che il rischio di episodi di corruzione all’interno della propria struttura sia concreto, in particolare quando si parla di appalti e di assunzioni di personale.

Anche per i non addetti ai lavori la sanità è vista come un settore a forte rischio corruzione, tanto più che nell’ultima edizione del Barometro Globale della Corruzione ben 45 italiani sui 1500 anonimamente intervistati, cioè ben il 3%, hanno ammesso di aver pagato una mazzetta per accedere o sveltire un servizio in questo settore.».

(Ministro Beatrice Lorenzin a “Curiamo la Corruzione”, dicembre 2016)



Indice Generale

1. ABBREVIAZIONI E ACRONIMI.....	4
2. CARATTERISTICHE GENERALI DEL P.T.P.C.....	5
3. ANALISI DEL CONTESTO.....	6
3.1 CONTESTO ESTERNO.....	7
3.2 CONTESTO INTERNO.....	10
3.2.1 Il modello organizzativo.....	11
3.2.2 I soggetti interni.....	11
3.2.3 Procedimento di predisposizione del P.T.P.C. e suo aggiornamento.....	17
3.3 GESTIONE DEL RISCHIO.....	18
3.3.1 Definizione del concetto di “rischio”.....	18
3.3.2 Principi per la gestione del rischio.....	18
3.3.3 Aree di Rischio e Mappatura dei Processi.....	20
4. VALUTAZIONE DEL RISCHIO.....	30
5. TRATTAMENTO DEL RISCHIO.....	46
5.1 IDENTIFICAZIONE DELLE MISURE.....	46
5.2 MONITORAGGIO DEL P.T.P.C. E DELLE MISURE.....	56
6. MISURE OBBLIGATORIE DEL P.N.A.....	59
6.1 INTEGRAZIONE TRA P.T.P.C. E PROGRAMMA PER LA TRASPARENZA.....	60
6.2 ROTAZIONE.....	63
6.3 CONTRASTO AL RICICLAGGIO E FINANZIAMENTO DEL TERRORISMO.....	64
6.4 MISURE DI PREVENZIONE E DOVERI DI COMPORTAMENTO DEI DIPENDENTI.....	64
6.5 TUTELA DEL DIPENDENTE PUBBLICO CHE SEGNALE ILLECITI (whistleblower).....	66
6.6 AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE E RAPPORTO CON LA SOCIETA' CIVILE.....	68
6.7 COORDINAMENTO CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE.....	70
6.8 FORMAZIONE.....	71
6.9 DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI.....	72
6.10 INFORMATIZZAZIONE DEI PROCESSI.....	76
7. OSSERVAZIONI CONCLUSIVE.....	78
Allegato 1 – Programma delle Misure 2017-2019.....	79
Allegato 2 – Sezione Programmazione Trasparenza.....	79
Allegato 3 – Comunicati – Direttive Anac 2016.....	79



1. ABBREVIAZIONI E ACRONIMI

AGENAS: Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali
AgID: Agenzia per l'Italia Digitale
A.N.A.C.: Autorità Nazionale Anti-Corruzione (ex C.i.V.I.T.)
A.O.: Azienda Ospedaliera
A.S.R. Aziende Sanitarie Regionali
A.V.C.P.: Autorità per la Vigilanza dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture
c.a.: corrente anno
C.I.G.: Codice Identificativo di Gara
C.i.V.I.T.: Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche (oggi A.N.A.C.)
D.G.R.: Deliberazione della Giunta Regionale
D.L.: Decreto Legge
D.Lgs.: Decreto Legislativo
D.P.R.: Decreto del Presidente della Repubblica
E.C.M.: Educazione Continua in Medicina
F.A.D.: Formazione a distanza
L.: Legge nazionale
L.R.: Legge regionale
N.C.I.: Nucleo di Controllo Interno
O.I.V.: Organismo Indipendente di Valutazione
P.A.: Pubblica Amministrazione
P.A.C.: Percorso Attuativo della Certificabilità
P.N.A.: Piano Nazionale Anticorruzione
P.T.P.C.: Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione
P.T.T.I.: Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità
R.P.C.T.: Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
R.U.P. : Responsabile unico del procedimento
S.D.O. Scheda di Dimissione Ospedaliera
S.S.N.: Servizio Sanitario Nazionale
S.C.: Struttura Complessa
S.S.: Struttura Semplice
S.S.N.: Servizio Sanitario Nazionale
ss.mm.ii.: successive modificazioni e integrazioni
U.P.D.: Ufficio Procedimenti Disciplinari
U.R.P.: Ufficio Relazioni con il Pubblico
u.s.: ultimo scorso



2. CARATTERISTICHE GENERALI DEL P.T.P.C.

L'A.O. Ordine Mauriziano di Torino, in linea con quanto stabilito dalla Legge n. 190/2012, dal D.Lgs. n. 33/2013 (come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016), dalle Direttive dell'A.N.A.C. e dal DPR n. 62/2013, ha adottato:

- con Deliberazione n. 623 del 19 dicembre 2013, il Codice aziendale di comportamento;
- con Deliberazione n. 648 del 24 dicembre 2013, il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (P.T.T.I.) 2014-2016, che costituisce sezione autonoma e parte integrante del P.T.P.C.;
- con Deliberazione n. 680 dell'11 dicembre 2014, il primo aggiornamento del Codice aziendale di comportamento;
- con Deliberazione n. 55 del 30 gennaio 2014, il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.) 2014-2016 e l'aggiornamento al PTTI 2014-2016;
- con Deliberazione n. 57 del 27 gennaio 2015, l'aggiornamento del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.) 2015-2017 e l'aggiornamento al PTTI 2015-2017;
- con Deliberazione n. 57 del 29 gennaio 2016, l'aggiornamento del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.) 2016-2018 e l'aggiornamento al PTTI 2016-2018.

Sulla base dei suddetti documenti ed in conformità alle succitate disposizioni normative il R.P.C.T. ha predisposto la Relazione semestrale e quella annuale sullo stato di attuazione del P.T.P.C. e del P.T.T.I., volte a verificare lo stato di avanzamento degli adempimenti ovvero gli scostamenti dai programmi originari e le azioni nuovamente programmate per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Il P.T.P.C. 2017-2018 rappresenta un aggiornamento del precedente Piano e viene predisposto nel rispetto del Piano Nazionale Anticorruzione 2016 (P.N.A.) in vigore, adottato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.A.C.) con Deliberazione n. 831 del 3 agosto 2016, in linea con le rilevanti modifiche legislative intervenute recentemente, di cui le amministrazioni devono tener conto nella fase di attuazione del PNA nei loro Piani triennali di prevenzione della corruzione, in particolare a partire dal PTPC per il triennio 2017-2019.

Si fa riferimento, in particolare, al decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97, *«Recante revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche»* (di seguito d.lgs. 97/2016) e al decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 sul Codice dei contratti pubblici.

Il PNA, in quanto atto di indirizzo, contiene indicazioni che impegnano le amministrazioni allo svolgimento di attività di analisi della realtà amministrativa e organizzativa nella quale si svolgono le attività di esercizio di funzioni pubbliche e di attività di pubblico interesse esposte a rischi di corruzione e all'adozione di concrete misure di prevenzione della corruzione. Si tratta di un modello che contempera l'esigenza di uniformità nel perseguimento di effettive misure di prevenzione della corruzione con l'autonomia organizzativa delle amministrazioni nel definire esse stesse i caratteri della propria organizzazione e, all'interno di essa, le misure organizzative necessarie a prevenire i rischi di corruzione rilevati.



Come già affermato nel precedente Piano, il P.T.P.C. è lo strumento attraverso il quale l'Azienda si propone di ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione, di aumentare le capacità di scoprire i casi di corruzione e di creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

Il termine “corruzione” è sempre da intendersi in senso ampio, tale da ricomprendere non solo lo specifico reato di corruzione (di cui agli artt. 318, 319 e 319-ter) e il complesso di reati contro la pubblica amministrazione, ma anche la cosiddetta “*maladministration*”, ossia l'assunzione di decisioni devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari. Rientrano pertanto nel termine “corruzione” anche tutti quegli atti e comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nell'imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse.

Sulla base di quanto stabilito dalla Legge n. 190/2012, dal D.Lgs. n. 33 del 2013 (come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016) e ribadito dalla Determinazione A.N.A.C. n. 28/2015, la più efficace delle misure di prevenzione della corruzione è la trasparenza, intesa come “*accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche*”.

3. ANALISI DEL CONTESTO

L'analisi del contesto (esterno e interno) ha l'obiettivo di evidenziare come le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al suo interno. Ciò in relazione sia al territorio di riferimento, sia a possibili relazioni con portatori di interessi esterni che possono influenzarne l'attività, sia a possibili comportamenti degli operatori interni.

A tal fine risulta necessario chiarire l'ambito di azione dell'AO Mauriziano, in forza delle sue competenze e sulla base di quest'ambito di intervento, individuare i soggetti che interagiscono con l'Azienda.

Con Legge regionale n.39 del 24/12/2004, la Regione Piemonte costituì l'Azienda Ospedaliera "Ordine Mauriziano di Torino" con personalità giuridica pubblica e con autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, con funzioni di assistenza sanitaria specialistica ambulatoriale e di ricovero ospedaliero

I principali soggetti che interagiscono con l'Azienda (a titolo esemplificativo) sono:

- I cittadini, nella duplice veste di pazienti e familiari
- I fornitori e tutti coloro che hanno rapporti “commerciali” con l'Azienda
- I dipendenti
- I consulenti
- I commissari delle Commissioni di gara e di concorso
- Gli informatori farmaceutici
- Le Amministrazioni pubbliche centrali e locali
- Le organizzazioni Sindacali
- Le Associazioni di Volontariato
- La Tesoreria



L'interazione con i soggetti sopra indicati, la frequenza di detta interazione anche in relazione alla numerosità dei soggetti, nonché, da un lato la rilevanza degli interessi sottesi all'azione dell'Azienda e, dall'altro lato, l'incidenza degli interessi e i fini specifici perseguiti, in forma singola o associata, dai soggetti di cui sopra, sono tutti elementi che incidono, sulla base della relazione esistente e del livello di rischio considerato nel presente PTPC., sul "contesto esterno ed interno".

In ordine alla frequenza delle relazioni esterne sopra evidenziate, si forniscono alcuni dati significativi (relativi all'anno 2016) che permettono di capire l'entità del fenomeno:

<i>Attività</i>	Numero ricoveri ordinari	15.640
	Numero DH/DS	6.819
	Numero prestazioni ambulatoriali x esterni	1.098.890
	Numero accessi PS	57.804
<i>Amministrazione</i>	Numero fatture attive	4.099
	Numero fatture passive	23.030
	Numero ordini	21.063
	Numero atti deliberativi\determine	874
<i>Personale</i>	Medico Dirigente	280
	Sanitario non medico Dirigente	26
	Dirigente Tecnico-Professionale-Amministrativo	11
	Ruolo Sanitario	747
	Ruolo Amministrativo	199
	Ruolo Tecnico	440
	Totale dipendenti	1703

3.1 CONTESTO ESTERNO

Nell'analisi del contesto esterno si possono ricavare elementi rilevanti, ai fini di analizzare l'incidenza del fenomeno corruttivo nel contesto della Sanità Piemontese, da alcuni documenti (per es. il primo rapporto trimestrale sulle aree settentrionali, curato dall'Osservatorio sulla Criminalità Organizzata dell'Università degli Studi di Milano per la Presidenza della Commissione parlamentare di inchiesta sul fenomeno mafioso e la relazione sull'attività delle forze di polizia sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica e sulla criminalità organizzata) da cui emerge come la Regione Piemonte abbia esercitato storicamente una forte attrattiva sulla criminalità organizzata, anche a causa dello sviluppo urbanistico degli anni 60. Il Piemonte è stato storicamente caratterizzato da forti infiltrazioni da parte della criminalità organizzata, prevalentemente della 'ndrangheta rispetto alle altre forme di criminalità organizzata.

E' stato anche messo in evidenza il progressivo inserimento della criminalità organizzata sia nel tessuto economico sia nell'area di azione della politica e delle pubbliche amministrazioni; la



connivenza di esponenti di amministrazioni locali ha favorito la crescente presenza delle organizzazioni mafiose nel settore dell'edilizia e dei lavori pubblici.

Tra i principali crimini commessi in Piemonte figurano il riciclaggio, l'usura, l'estorsione, la contraffazione di marchi, l'infiltrazione negli appalti pubblici, il traffico internazionale di sostanze stupefacenti.

Più in generale, diverse ricerche e analisi internazionali descrivono l'Italia come un paese in cui la corruzione è dilagante e sistemica, relegandola, come anche appare dall'Indice di Percezione della Corruzione (CPI) di Transparency International, agli ultimi posti in Europa per integrità pubblica e trasparenza. L'ultima edizione del CPI, pur mostrando un leggero miglioramento rispetto agli anni precedenti, assegna infatti all'Italia un voto di 44 su 100, classificandola al 61° posto nel mondo per livello di corruzione percepita dagli investitori internazionali e dagli uomini d'affari.

Tra i settori maggiormente affetti dal virus della corruzione troviamo senza dubbio quello della sanità, per diversi motivi tra cui, per citare solo alcuni dei più rilevanti, l'ingente spesa pubblica, la forte ingerenza della politica, i rapporti tra pubblico e privato non sempre improntati alla massima trasparenza, le infiltrazioni della criminalità organizzata nelle strutture sanitarie.

La corruzione in sanità ha una triplice ricaduta negativa:

- sui cittadini, che potrebbero aspirare a una maggiore qualità del servizio in alcune regioni o a un servizio della medesima qualità ma meno costoso in altre;
- sulle casse dello stato,
- sul tessuto produttivo italiano che perde in innovazione e competitività.

Nel rapporto "Corruzione e sprechi in sanità" pubblicato da Transparency International Italia ad aprile 2016, si stima in circa 6 miliardi di euro l'anno il costo della corruzione e degli sprechi nei beni e servizi non direttamente legati alla cura dei pazienti.

Secondo il rapporto, la sanità è un terreno molto battuto da corrotti e corruttori per via dell'ingente mole di risorse pubbliche investite, pari a circa 110 miliardi di euro l'anno. Per farsi un'idea più precisa del problema, bisogna considerare che in quasi il 40% delle aziende sanitarie si sono verificati episodi di corruzione negli ultimi cinque anni e che non sempre questi, a detta dei dirigenti di ASL intervistati, sono stati affrontati con efficacia e tempestività. Sempre secondo il sondaggio interno alle aziende sanitarie, il 77% dei dirigenti ritiene che il rischio di episodi di corruzione all'interno della propria struttura sia concreto, in particolare quando si parla di appalti e di assunzioni di personale.

Altri dati emergono dalla Relazione annuale 2015 A.N.A.C. pubblicata il 14 luglio 2016, che ripercorre le sfide affrontate in questi ultimi 14 mesi dall'Authority.

Nella lotta contro la corruzione, particolare rilievo assumono alcuni interventi legislativi; in particolare nell'ambito della Sanità:

➤ I meccanismi di centralizzazione degli acquisti; non solo essi consentono alle amministrazioni di ottenere prezzi più vantaggiosi ma, riducendo il numero dei contratti e concentrandoli presso uffici specializzati, permettono anche di rendere le procedure più corrette e trasparenti.

In ordine a tale profilo è intervenuto il legislatore che ha previsto che gli enti del servizio sanitario nazionale, utilizzino, per l'acquisto di beni e servizi CONSIP o altri soggetti aggregatori, mediante gli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione dalla stessa CONSIP, ovvero, se disponibili, dalle centrali di committenza regionali di riferimento costituite ai sensi dell'articolo 1, comma 455, della legge 27 dicembre 2006, n. 296.



Tale indicazione, dettagliata e ampliata dalla legge di Stabilità 2016 e dall'entrata in vigore del Decreto Legislativo n. 50/2016, punta a realizzare un nuovo modello di aggregazione della spesa. In particolare in Piemonte agisce SCR Piemonte S.p.A., società di capitali interamente partecipata dalla Regione Piemonte, istituita con Legge regionale n. 19 del 6 agosto 2007 e con l'obiettivo di razionalizzare la spesa pubblica e di ottimizzare le procedure di scelta degli appaltatori pubblici nelle materie di interesse regionale, in particolare nei settori delle infrastrutture, trasporti, telecomunicazioni e sanità.

SCR Piemonte svolge la sua attività in favore della Regione e dei seguenti soggetti aventi sede nel suo territorio:

- enti locali e enti, aziende e istituti, anche autonomi, istituzioni ed in generale organismi di diritto pubblico dalla stessa costituiti o partecipati e comunque denominati, nonché loro consorzi o associazioni, istituti di istruzione scolastica universitaria e agenzie territoriali per la casa;
- enti regionali, anche autonomi, ed in generale organismi di diritto pubblico dalla stessa costituiti o partecipati nonché loro consorzi o associazioni ed inoltre enti e aziende del servizio sanitario regionale.

Inoltre, la Regione Piemonte, posto che per la funzione acquisti (ed attività connesse, quali l'integrazione delle reti logistiche e l'anagrafica unica dei prodotti) il livello aggregato rappresenta l'ambito strategico ed operativo ottimale in termini di efficienza ed economicità, individua, ai sensi del comma 2, art. 1 della LR 20/2013, le ASR capofila del coordinamento degli acquisti per le Aree interaziendali di coordinamento.

A tal proposito si precisa che l'A.O. Ordine Mauriziano rientra nell'Area interaziendale AIC1 e che esiste una programmazione condivisa e concordata con le Aziende dell'area per l'effettuazione di gare relative a forniture di beni e servizi di importo compreso tra 40.000 e 207.000 euro, come evidente dal Programma biennale degli acquisti di beni e servizi (approvato con Deliberazione 731/2016) e pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito aziendale.

- Con DGR n. 13 – 3370 del 30.5.2016, la Regione Piemonte ha approvato lo schema di protocollo d'intesa con le Organizzazioni Sindacali "Linee Guida in materia di appalti pubblici e concessioni di lavori, forniture e servizi". Il protocollo di intesa sugli appalti nasce dal "*comune obiettivo di migliorare la qualità dei servizi pubblici erogati, garantire l'occupazione, i diritti e le tutele dei lavoratori, favorire la trasparenza nelle procedure di gara e rafforzare il contrasto ai fenomeni di illegalità e di concorrenza sleale a salvaguardia delle imprese che operano nel rispetto dei CCNL e della legge*" e evidenzia il coinvolgimento delle organizzazioni Sindacali in materia di "Legalità e trasparenza" in un settore delicato quale quello degli appalti.
- La realizzazione del programma di lavoro previsto dal "Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC)" dei dati e dei bilanci delle aziende e degli enti del SSN rappresenta un fondamentale strumento di controllo e di riduzione del rischio di frode amministrativo-contabile in sanità. Pertanto è importante la sua completa implementazione, che passa attraverso un processo di "miglioramento" dell'organizzazione e dei sistemi amministrativo-contabili.

La Regione Piemonte con Deliberazione della Giunta Regionale 2 marzo 2015, n. 34-1131 *Aggiornamento del Piano Attuativo di Certificabilità secondo le modalità e le tempistiche previste dall'articolo 3, commi 3 e 4 del decreto del Ministero della Salute del 17 settembre 2012, e*



Sede legale: Via Magellano, 1 - 10128 TORINO - Tel. +39 011.508.1111 - www.mauriziano.it - P.I./Cod. Fisc. 09059340019

indicazioni agli Enti del SSR per la corretta, completa e condivisa attuazione dei PAC" fornisce le indicazioni circa il percorso di certificabilità dei bilanci e stabilisce che le iniziative aziendali relative al Piano Attuativo della Certificabilità dei bilanci dovranno essere preventivamente concertate con il responsabile regionale del coordinamento del PAC e dal responsabile della Gestione sanitaria accentrata.

- L'Atto di intesa Stato – Regioni del 28/10/2010 sul Piano nazionale di governo delle liste d'attesa per il triennio 2010-2012, nel richiamare il fatto che il fenomeno delle liste d'attesa è presente in tutti gli Stati dove insiste un sistema sanitario universalistico e che offra un livello di assistenza avanzato, rimarca la necessità che la gestione della problematica veda l'impegno comune del Governo e delle Regioni, con la consapevolezza che non esistono soluzioni semplici e univoche, ma che vanno poste in essere azioni complesse ed articolate, considerando in particolare la promozione del principio di appropriatezza nelle sue due dimensioni clinica ed organizzativa utili a rispondere in modo adeguato ad una specifica domanda di assistenza. Su questo tema sono da tempo in corso presso l'Assessorato della Regione Piemonte molte azioni che hanno interessato in particolare i principi ed i criteri per l'erogazione delle prestazioni e per la gestione delle liste d'attesa, quelli per il monitoraggio dei valori rilevati e l'informazione all'utenza.

Nello specifico sono state definite le linee guida sull'utilizzo di classi di priorità in base al bisogno clinico e relativi tempi di attesa e l'attenta verifica rispetto alla quantità ed alla tipologia delle prestazioni inserite sui CUP aziendali e/o sul Sovracup, unita ad un monitoraggio puntuale delle sospensioni, dovrebbe garantire una reale trasparenza nella gestione delle liste d'attesa.

In generale, si dà atto che l'A.N.A.C. e l'Agenas stanno pubblicando numerosi e precisi documenti al fine di diffondere la cultura della corretta prevenzione della corruzione.

3.2 CONTESTO INTERNO

L'attuale organizzazione aziendale è stata definita dal nuovo "Atto aziendale, piano di organizzazione e valutazione organica", adottato con Deliberazione n. 611 del 18 settembre 2015. Con Deliberazione n. 656 del 16 ottobre 2015 è stato adottato, conformemente agli esiti del procedimento regionale di verifica condotto nei confronti dei documenti organizzativi aziendali già allegati alla suddetta Deliberazione, il nuovo "Atto di Organizzazione e Funzionamento" dell'A.O. Ordine Mauriziano comprensivo del Piano di Organizzazione e della correlata dotazione organica.

Con DGR 53 – 2487 del 23 novembre 2015, notificata in data 4 dicembre 2015, la Regione Piemonte ha recepito in via definitiva gli Atti Aziendali presentati dalle aziende sanitarie regionali, fra i quali rientra anche quello di questa Azienda, specificando nel contempo che dalla suddetta data di notifica le aziende sanitarie possono dare attuazione agli stessi Atti Aziendali.

Con Deliberazione n. 778 del 22 dicembre 2015, è stato altresì approvato il "Piano Operativo degli Interventi Organizzativi conseguenti all'entrata in vigore del nuovo Atto Aziendale".

Con Deliberazione n. 809 del 29 dicembre 2015, si è proceduto alla nomina dei Direttori dei Dipartimenti.

Nel corso del 2016 l'Azienda A.O. Ordine Mauriziano ha avviato la totale attuazione dell'Atto Aziendale.



3.2.1 Il modello organizzativo

Il modello individuato nel nuovo Atto aziendale è quello dell'organizzazione dipartimentale, all'interno del quale i servizi di *line* sono destinati, in linea di massima, a trovare collocazione.

Per le strutture tecnico – amministrative, non essendo possibile disporre di standard per la strutturazione di un apposito Dipartimento, il coordinamento delle diverse funzioni dirigenziali è assunto direttamente dal Direttore Amministrativo, ferma la separazione tra le funzioni strategiche di supporto alla Direzione Generale e le funzioni gestionali qui configurate da parte dello stesso, e fatta salva comunque la costituzione di uno specifico Gruppo di Progetto.

Per quanto riguarda il Presidio Ospedaliero, esso è organizzato secondo un modello assistenziale che prevede sia l'attività di ricovero (ordinario e diurno), sia l'attività ambulatoriale.

L'attività di ricovero è organizzata per aree di degenza omogenee, superando la logica organizzativa per reparti specialistici.

Inoltre, il modello organizzativo pone particolare attenzione allo sviluppo di cicli assistenziali completi, con l'organizzazione all'interno dei singoli dipartimenti di aree di diversa intensità di cura. In questo modo si punta ad operare mediante un approccio integrato che consente di realizzare un contesto in cui i servizi sanitari si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e mantengono elevati livelli di prestazioni, favorendo l'espressione dell'appropriatezza clinica nel limite delle risorse disponibili.

3.2.2 I soggetti interni

La definizione di una chiara configurazione dei ruoli e delle responsabilità è da ritenersi fondamentale ai fini del buon successo dell'intera politica di prevenzione della corruzione. Essa infatti permette ai soggetti coinvolti nel processo di formazione e attuazione delle misure di cooperare e stabilire degli obiettivi condivisi.

Nel rispetto di quanto stabilito dal P.N.A., la strategia di prevenzione della corruzione dell'A.O. Ordine Mauriziano si attua attraverso la sinergia e la collaborazione dei seguenti soggetti interni:

1) Il **Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza** rappresenta, senza dubbio, uno dei soggetti fondamentali nell'ambito della normativa sulla prevenzione della corruzione e della trasparenza.

La figura del RPC è stata interessata in modo significativo dalle modifiche introdotte dal d.lgs. 97/2016, che ha unificato in capo ad un solo soggetto l'incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e ne ha rafforzato il ruolo, prevedendo che ad esso siano riconosciuti poteri e funzioni idonei a garantire lo svolgimento dell'incarico con autonomia ed effettività, eventualmente anche con modifiche organizzative.

L'intento principale del legislatore, nelle modifiche apportate alla l. 190/2012 (art. 41, co. 1 lett. f) d.lgs. 97/2016), è chiaramente quello di rafforzare e tutelare il ruolo del RPCT. Il decreto, infatti, stabilisce che l'organo di indirizzo disponga eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare che al RPCT siano attribuiti funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività.

Inoltre, il medesimo decreto, da un lato, attribuisce al RPCT il potere di indicare agli uffici della pubblica amministrazione competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza. Dall'altro lato, stabilisce il dovere del RPCT di segnalare all'organo di indirizzo e all'OIV «*le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza*».



L'approfondimento del PNA relativo alla sezione Sanità, contiene inoltre indicazioni sui requisiti soggettivi dei RPCT, prevedendo che *«Fermo restando quanto già indicato nella parte generale, il profilo del professionista al quale attribuire l'incarico di RPC è opportuno abbia specifiche competenze in tema di conoscenza dell'organizzazione e gestione della struttura sanitaria, dei processi e delle relazioni in essa esistenti»*.

In Sanità, gli aspetti che connotano la funzione che deve esercitare tale figura possono essere ricompresi prevalentemente in due ambiti: "preventivo" e di "vigilanza". In riferimento al primo ambito, il RPCT è chiamato ad elaborare il PTPC che costituisce l'espressione delle conoscenze specifiche e contingenti in possesso del RPCT e della sua capacità di utilizzare esperienze e competenze presenti all'interno e all'esterno della struttura in cui opera. In merito al secondo aspetto, quello della vigilanza, il RPCT è chiamato a vigilare sul rispetto di quanto previsto dal Piano, a elaborare nuove misure e strategie preventive e a segnalare criticità e/o specifici fatti corruttivi o di cattiva gestione.

Con Deliberazione n. 13 del 14 gennaio 2014, a decorrere dal 1° febbraio 2014, è stata nominata la dr.ssa Silvia Torrenco Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

A seguito della riorganizzazione strutturale di questa Azienda, conseguente all'approvazione del nuovo Atto Aziendale in vigore da dicembre 2015, il contratto individuale relativo all'incarico dirigenziale della dott.ssa Torrenco quale Direttore della S.C. Sistemi Informativi/ S.C. ICT e Sistemi Informativi è stato riassegnato per due volte alla stessa dott.ssa Torrenco, la prima con contratto stipulato in data 21.04.2015 per il periodo 16.04.2015 – 15.05.2020 e la seconda con contratto stipulato in data 08.06.2016 per il periodo 01.06.2016 – 31.05.2021.

In questo contesto, è sempre stata assicurata la continuità della strategica funzione di Responsabile aziendale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, mantenendone ininterrottamente la titolarità in capo alla Dott.ssa Torrenco per la durata del contratto dirigenziale di Direttore della SC Sistemi Informativi che, a sua volta, non ha avuto interruzioni.

A seguito anche delle sopravvenute indicazioni dell'ANAC (da ultimo contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione 2016) in merito alla durata complessiva dell'incarico prevista fino alla scadenza dell'incarico del contratto individuale dirigenziale attualmente in corso, con Deliberazione n. 54 del 26.1.2017, è stato confermato:

l'incarico di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dell'A.O. Ordine Mauriziano di Torino già conferito, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1 comma 7 della L. 190/2012 e dell'art. 43 comma 1 del D.Lgs. 33/2013, al dirigente del ruolo tecnico Dott.ssa Silvia Torrenco con decorrenza 1° febbraio 2014 e scadenza al 31.05.2021, data di scadenza dell'incarico dirigenziale di Direttore della S.C. ICT e Sistemi Informativi attualmente in corso.

La suddetta è responsabile della Struttura complessa ICT & Sistemi Informativi; dall'esperienza maturata in ambito sanitario dal 1982 ad oggi e dal curriculum della stessa si può affermare che il "profilo di competenza del RPCT" rispetta i requisiti indicati nel PNA, ovvero:

- conoscenza dell'organizzazione sanitaria ospedaliera e dei diversi processi che costituiscono gli elementi fondamentali per la produzione di servizi sanitari;
- conoscenza dei processi amministrativi e gestionali;
- capacità di valutare il contesto in cui opera un'azienda sanitaria e gli snodi importanti di funzionamento della macchina assistenziale ed amministrativa sulla base anche della conoscenza intersettoriale dell'azienda sanitaria e della rete di relazioni interne ed esterne della stessa in ambito locale, regionale ed extra regionale;



- conoscenza degli strumenti di programmazione aziendale e del sistema di valutazione delle performance

I principali compiti assegnati a questa figura dalla vigente normativa in materia sono di seguito riportati:

- propone l'adozione del P.T.P.C.;
- collabora alla definizione di procedure appropriate per la selezione e la formazione dei dipendenti operanti in settori esposti alla corruzione;
- pubblica sul sito *web* istituzionale relazioni periodiche sull'attività svolta;
- verifica l'efficace attuazione del P.T.P.C. e propone eventuali modifiche;
- verifica la rotazione degli incarichi dirigenziali, d'intesa con il dirigente competente;
- collabora all'individuazione del personale da inserire nei programmi di formazione;
- vigila sull'applicazione delle norme in materia di incompatibilità ed inconfiribilità;
- adempie alle funzioni correlate all'adozione del Codice aziendale di comportamento
- controlla sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa;
- è garante della completezza, chiarezza ed aggiornamento delle informazioni pubblicate;
- segnala agli organismi competenti (Direzione, O.I.V./Nucleo di Valutazione, A.N.A.C., ufficio disciplinare) i casi di mancato o ritardo adempimento degli obblighi di pubblicazione;

Risulta in questa sede opportuno specificare che, nello svolgimento delle sue funzioni, il R.P.C.T. non deve essere isolato, ma è necessaria una collaborazione di tutti i soggetti coinvolti, i quali, in attuazione dell'art. 1, co. 9, lett. c) della Legge n. 190/2012, hanno l'obbligo di informazione nei confronti del R.P.T.C. chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'attuazione del Piano.

Sebbene l'aggiornamento al P.N.A. sottolinei l'importanza di una struttura organizzativa a supporto del R.P.C.T., posta effettivamente al servizio dell'operato del Responsabile, attualmente, l'Azienda, a causa delle limitate risorse a disposizione, non si è ancora dotata di un ufficio adeguato, per qualità del personale e per mezzi tecnici, a sostegno del R.P.C.T.

Per quanto riguarda la responsabilità del R.P.C.T., essa è di tipo dirigenziale, disciplinare, per danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione. Il Responsabile non risponde in caso di commissione di reati se dimostra di aver proposto un P.T.P.C. con misure adeguate e di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza dello stesso.

2) Gli **organi di indirizzo** e i **vertici amministrativi** sono costituiti dalla Direzione. Con D.G.R. n. 43-1371 del 27.04.2015, la Regione Piemonte ha nominato Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano il Dr. Silvio Falco. Al Direttore Generale dell'Azienda spetta la nomina dei Direttori Amministrativo e Sanitario, nei termini e con le modalità previste dal D. Lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii. e dagli artt. 18 e 19 della L.R. n. 10/1995 e ss.mm.ii.; a tal fine con Deliberazioni n. 387 e 388 del 4.5.2015 sono stati nominati rispettivamente Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario, la Dr.ssa Isabella Silvia Martinetto e il Dr. Roberto Arione.

Alla luce della disciplina vigente, gli organi di indirizzo nelle amministrazioni e negli enti dispongono di competenze rilevanti nel processo di individuazione delle misure di prevenzione della corruzione ovvero la nomina del R.P.C.T. e l'adozione del P.T.P.C.

Nel P.N.A. è stato evidenziato che una ragione della scarsa qualità dei P.T.P.C. e della insufficiente individuazione delle misure di prevenzione è, senza dubbio, il ridotto coinvolgimento dei componenti degli organi di indirizzo in senso ampio.



Diviene, quindi, un obiettivo importante del presente P.T.P.C. suggerire soluzioni che portino alla piena consapevolezza e condivisione degli obiettivi della lotta alla corruzione e delle misure organizzative necessarie da parte della Direzione. Tra i compiti del R.P.C.T. rientra una sensibilizzazione e una continua sollecitazione alla consapevole partecipazione degli organi di indirizzo con la condivisione delle misure, sia nella fase dell'individuazione, sia in quella dell'attuazione.

Altresì, gli organi di indirizzo devono prestare particolare attenzione alla individuazione di obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza (art 1, co 8, come novellato dall'art. 41 del d.lgs. 97/2016), nella logica di una effettiva e consapevole partecipazione alla costruzione del sistema di prevenzione. Tra questi già l'art. 10, co. 3, del d.lgs. 33/2013, come novellato dall'art. 10 del d.lgs. 97/2016, stabilisce che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce obiettivo strategico di ogni amministrazione, che deve tradursi in obiettivi organizzativi e individuali. La mancanza di tali obiettivi può configurare un elemento che rileva ai fini della irrogazione delle sanzioni di cui all'art. 19, co. 5, lett. b) del d.l. 90/2014.

Sempre nell'ottica di un effettivo coinvolgimento degli organi di indirizzo nella impostazione della strategia di prevenzione della corruzione, ad essi spetta anche la decisione in ordine all'introduzione di modifiche organizzative per assicurare al RPCT funzioni e poteri idonei allo svolgimento del ruolo con autonomia ed effettività.

In relazione al coinvolgimenti degli organi di indirizzo, nei termini sopra evidenziati, l'Autorità si riserva di poter chiedere informazioni in merito direttamente agli stessi.

Da sottolineare alcune azioni che vedono la Direzione dell'Azienda coinvolta nel processo di individuazione delle misure di prevenzione della corruzione:

- il Piano di Organizzazione Aziendale, adottato con Deliberazione n. 778 del 22 dicembre 2015, prevede "l'Ufficio del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza", in staff alla Direzione Generale
- gli obiettivi assegnati per gli anni 2015 e 2016 ai Direttori di strutture Amministrative e Tecniche hanno incluso gli adempimenti relativi alla prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
- sono stati attivati stage di 6 mesi per neo-laureati e, assegnati come supporto, per il settore della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza

3) I **Dirigenti** destinatari, per le aree di rispettiva competenza, delle presenti disposizioni sono tutti i Dirigenti di struttura semplice e complessa appartenenti ai ruoli amministrativo, tecnico e professionale, nonché quelli del ruolo sanitario. I compiti a loro assegnati sono i seguenti:

- svolgono attività di controllo e garanzia della regolare attuazione dell'accesso civico;
- svolgono attività informativa nei confronti del R.P.C.T. e dell'autorità giudiziaria (art. 16 D.Lgs 165/2001, art. 20 D.P.R. 3/1957, art. 1, co. 3 Legge 20/1994, art. 331 c.p.p.);
- partecipano al processo di gestione del rischio, secondo le indicazioni del R.P.C.T.;
- propongono le misure di prevenzione (art. 16 D.Lgs. 165/2001);
- assicurano l'osservanza del Codice di comportamento (generale ed aziendale) e verificano le ipotesi di violazione;
- adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari (secondo quanto previsto dai Codici disciplinari aziendali), la sospensione e la rotazione del personale (artt. 16 e 55 bis D.L.gs. 165/2001);
- osservano le misure contenute nel P.T.P.C. (art. 1, co. 14, Legge n. 190/2012);



- inviano al R.P.C.T. relazioni periodiche sullo stato di avanzamento delle misure adottate e previste nel P.T.P.C. e dei dati pubblicati in coerenza con gli adempimenti della Trasparenza

Nelle modifiche apportate dal d.lgs. 97/2016 risulta evidente l'intento di rafforzare i poteri di interlocuzione e di controllo del RPCT nei confronti di tutta la struttura. Emerge più chiaramente che il RPCT deve avere la possibilità di incidere effettivamente all'interno dell'amministrazione o dell'ente e che alla responsabilità del RPCT si affiancano con maggiore decisione quelle dei soggetti che, in base alla programmazione del PTPC, sono responsabili dell'attuazione delle misure di prevenzione. Lo stesso d.lgs. 165/2001 all'art. 16, co. 1 lett. l-bis) l-ter) e l-quater), prevede, d'altra parte, tra i compiti dei dirigenti di uffici dirigenziali generali quello di concorrere alla definizione di misure idonee a prevenire e a contrastare i fenomeni di corruzione fornendo anche informazioni necessarie per l'individuazione delle attività nelle quali è più elevato il rischio corruttivo e provvedendo al loro monitoraggio.

4) Il coinvolgimento di tutti i **dipendenti**, diversi dai Dirigenti di cui sopra, viene assicurato attraverso lo svolgimento dei seguenti compiti: partecipano al processo di autoanalisi organizzativa e di mappatura dei processi, secondo le indicazioni dei propri dirigenti responsabili (art. 1, co. 14 Legge 190/2012);

- osservano le misure contenute nel P.T.P.C (art. 1, co. 14, Legge n. 190/2012);
- segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'U.P.D. (art. 54 bis D.Lgs. 165/2001, Codice di comportamento aziendale); segnalano casi di personale conflitto d'interessi (art. 6 bis Legge 241/1990, Codice generale e aziendale di comportamento).

5) Il ruolo dell'**Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)** è fondamentale ai fini della verifica della coerenza tra gli obiettivi di *performance* organizzativa e individuale e l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione. L'O.I.V. partecipa al processo di gestione del rischio fornendo supporto e pareri in merito all'attività di mappatura dei processi di valutazione dei rischi inerenti la prevenzione della corruzione.

Gli OIV sono tenuti a:

- verificare la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nel piano della performance, utilizzando altresì i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della valutazione delle performance (art. 44 del d.lgs 33/2013).
- effettuare un'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, a seguito delle segnalazioni del RPCT di casi di mancato o ritardato adempimento (art. 43 del d.lgs 33/2013).
- compilare le attestazioni relative all'assolvimento degli obblighi di trasparenza, previsto dal d.lgs. 150/2009.
- esprimere parere obbligatorio sul codice di comportamento che ogni amministrazione adotta ai sensi dell'art. 54, co. 5, d.lgs. 165/2001.
- verificare che i PTPC siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e, altresì, che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza
- verificare i contenuti della relazione recante i risultati dell'attività svolta che il RPCT predispose e trasmette all'OIV. Nell'ambito di tale verifica l'OIV ha la possibilità di chiedere al RPCT informazioni e documenti che ritiene necessari ed effettuare audizioni di dipendenti



(art. 1, co. 8-bis, l. 190/2012).

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

6) L'**Ufficio dei Procedimenti Disciplinari (U.P.D.)** fornisce al R.P.T.C., secondo le indicazioni operative dallo stesso stabilite, dati e informazioni circa la situazione dei procedimenti disciplinari, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali. Inoltre:

- svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art. 55 bis D.Lgs. 165/2001);
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 D.P.R. 3/1957, art. 1, co. 3 Legge 20/1994, art. 331 c.p.p.);
- propone l'aggiornamento del Codice aziendale di comportamento.

7) **RASA**

Al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA istituita ai sensi dell'art. 33-ter del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221), è stata sollecitata l'individuazione del soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati, in quanto l'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione. L'Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano, con deliberazione del Direttore Generale n. 637 del 3 ottobre 2016, ha nominato quale Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante la Dr.ssa Carmelina SIANI (Direttore della S.C. Provveditorato), incaricata pertanto di svolgere tutti gli adempimenti necessari per l'iscrizione dell'Azienda, ed il suo mantenimento, nell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti.

Occorre considerare, infatti, che ogni stazione appaltante è tenuta a nominare il soggetto responsabile (RASA) dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante stessa. Si evidenzia, al riguardo, che tale obbligo informativo - consistente nella implementazione della BDNCP presso l'ANAC dei dati relativi all'anagrafica della s.a., della classificazione della stessa e dell'articolazione in centri di costo - sussiste fino alla data di entrata in vigore del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti previsto dall'art. 38 del nuovo Codice dei contratti pubblici (cfr. la disciplina transitoria di cui all'art. 216, co. 10, del d.lgs. 50/2016).

8) **Referenti**

Fermo restando il regime delle responsabilità in capo al R.P.C.T., i **referenti** possono svolgere attività informativa nei confronti del responsabile, affinché questi abbia elementi e riscontri per la formazione e il monitoraggio del P.T.P.C. e sull'attuazione delle misure. Per il triennio 2016-2018, il R.P.C.T., a seguito dell'aggiornamento del PNA che inserisce l'approfondimento sulla Sanità e individua precise aree di rischio, ha richiesto la nomina di uno o più referenti nell'Area sanitaria.

Nel mese di febbraio 2016, si è proceduto alla nomina, trasmessa dalla Direzione Sanitaria d'Azienda, di quattro Referenti sanitari per la Trasparenza e l'Anticorruzione, individuati per il Dipartimento Medico, il Dipartimento dei Servizi, il Dipartimento Chirurgico e la S.C. Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero.



I Referenti sanitari e i Responsabili delle Strutture amministrative e tecniche sono stati coinvolti in consultazioni, incontri, scambi di opinioni, in riferimento alla predisposizione della tabella di valutazione dei Rischi con calcolo del peso, allegate al P.T.P.C. 2016-2018.

In generale, ai fini di una concreta implementazione e diffusione della cultura della legalità, trasparenza ed integrità all'interno dell'amministrazione e a tutti i livelli, risulta dunque opportuno accrescere la consapevolezza e la partecipazione di tutti i soggetti dell'organizzazione, con l'obiettivo di coinvolgere i vertici, i titolari degli uffici di diretta collaborazione e i titolari di incarichi amministrativi di vertice, i quali dovrebbero svolgere un ruolo chiave nell'elaborazione del P.T.P.C. e nell'emanazione di politiche di prevenzione della corruzione. A tal proposito, il R.P.C.T. invia regolarmente tutte le comunicazioni relative agli adempimenti in materia di anticorruzione e trasparenza all'interno dell'Azienda e le comunicazioni pubblicate sul sito A.N.A.C.

3.2.3 Procedimento di predisposizione del P.T.P.C. e suo aggiornamento

Il P.T.P.C. viene predisposto/aggiornato dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e adottato, entro il 31 gennaio di ogni anno, dall'organo di indirizzo politico.

Si precisa, che a seguito dell'aggiornamento del PNA adottato dall'A.N.A.C. con Deliberazione n. 12 del 28 ottobre 2015, questa Azienda ha provveduto ad aggiornare il proprio PTPC 2016-2018 in modo sostanziale, variando le Aree di rischio e conseguentemente i rischi associati ai processi, le misure attivate/da attivare e gli indicatori associati.

L'attuale aggiornamento pertanto tiene conto di tutte le precedenti modifiche e di alcuni successivi interventi, di seguito richiamati sinteticamente:

- eventuali normative sopravvenute che impongono ulteriori e/o diversi adempimenti, in particolare il decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97, «*Recante revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche*» e il decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 sul Codice dei contratti pubblici;
- nuovi indirizzi dell'A.N.A.C. contenuti nel P.N.A. 2016 o in Direttive (in allegato i comunicati/direttive più importanti del 2016 che coinvolgono la Sanità pubblica);
- emersione di rischi non considerati in fase di predisposizione del precedente P.T.P.C.;
- modifiche organizzative dell'articolazione dell'Azienda;
- adempimenti già adottati nel corso del 2016.

Il R.P.C.T. ha pertanto predisposto la bozza dell'aggiornamento del P.T.T.I. 2017-2018 e, lo ha trasmesso alla Direzione Generale, a tutti i Dirigenti, alle organizzazioni sindacali, all'O.I.V. e al Collegio Sindacale per i pareri di competenza.

A tal fine:

- a partire dal mese di novembre 2016 il R.P.C.T. ha direttamente elaborato una prima e provvisoria versione del P.T.P.C.
- ha coinvolto, di volta in volta e in base agli argomenti specifici di competenza, i Dirigenti aziendali maggiormente interessati nella preliminare fase di verifica e/o modifica e/o integrazione



- ha inviato (il 10.1.2017) una prima bozza del P.T.P.C., come oggetto di una fase di consultazione pubblica in cui sono coinvolti tutti i Dirigenti, i referenti e la Direzione, inerente la valutazione dei rischi proposti e delle correlate misure preventive, per acquisire eventuali osservazioni e/o richieste di modifiche e integrazioni.
- ha organizzato una riunione con tutte le figure coinvolte il giorno 16.1.2017 per analizzare eventuali modifiche proposte
- ha inviato il P.T.P.C. alla Direzione Generale per la Delibera di approvazione, affinché sia possibile la pubblicazione entro il 31 gennaio.

La pubblicazione del P.T.P.C. sul sito internet dell'azienda, potrà inoltre consentire l'acquisizione di eventuali osservazioni da parte degli utenti e dei cittadini.

3.3 GESTIONE DEL RISCHIO

Il processo di gestione del rischio, ossia l'insieme delle attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo l'azienda con riferimento al rischio di "corruzione" è stato condotto in osservanza della tempistica e osservando la metodologia generale indicata dal P.N.A.

L'obiettivo è analizzare tutta l'attività svolta, in particolare attraverso la mappatura dei processi organizzativi, al fine di identificare aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultano potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

La mappatura dei processi è un modo "razionale" di individuare e rappresentare tutte le attività dell'Azienda e assume carattere strumentale a fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi e per la formulazione di adeguate misure di prevenzione.

Nella paragrafo 3.3.3 sono indicati tutti i processi analizzati, già suddivisi nelle aree di rischio previste e con informazioni più di dettaglio (fasi, vincoli, risorse e strutture organizzative responsabili).

3.3.1 Definizione del concetto di "rischio"

In generale, nel P.N.A. il concetto di "rischio" indica *"l'alta probabilità che si verificano fenomeni di corruzione"*, quest'ultima intesa nel senso ampio del termine.

Tuttavia, come specifica l'aggiornamento al P.N.A., in ambito sanitario, il concetto di "rischio", nell'accezione tecnica del termine, è prevalentemente correlato agli effetti prodotti da errori che si manifestano nel processo clinico assistenziale. In questo senso, *"la sicurezza del paziente consiste nella riduzione dei rischi e dei potenziali danni riconducibili all'assistenza sanitaria a uno standard minimo accettabile"*. Così inteso, il concetto di rischio sanitario è strettamente connesso al concetto di *"risk management"* quale processo che, attraverso la conoscenza e l'analisi dell'errore conduce all'individuazione e alla correlazione delle cause di errore fino al monitoraggio delle misure atte alla prevenzione dello stesso e all'implementazione e al sostegno attivo delle relative soluzioni.

Non è escluso tuttavia, che possa sussistere una correlazione tra rischio in ambito sanitario e rischio di corruzione, ove il primo sia un effetto del secondo, ovvero ogni qualvolta il rischio in ambito sanitario sia la risultante di comportamenti di *maladministration*.

3.3.2 Principi per la gestione del rischio

Per far sì che la gestione del rischio sia efficace, un'organizzazione dovrebbe, a tutti i livelli, seguire i principi contenuti nel P.N.A. e di seguito riportati:

a) *La gestione del rischio crea e protegge valore.*



La gestione del rischio contribuisce in maniera dimostrabile al raggiungimento degli obiettivi ed al miglioramento della prestazione, per esempio in termini di salute e sicurezza delle persone, security, rispetto dei requisiti cogenti, consenso presso l'opinione pubblica, protezione dell'ambiente, qualità del prodotto gestione dei progetti, efficienza nelle operazioni, governance e reputazione.

b) La gestione del rischio è parte integrante di tutti i processi dell'organizzazione.

La gestione del rischio non è un'attività indipendente, separata dalle attività e dai processi principali dell'organizzazione. La gestione del rischio fa parte delle responsabilità della direzione ed è parte integrante di tutti i processi dell'organizzazione, inclusi la pianificazione strategica e tutti i processi di gestione dei progetti e del cambiamento.

c) La gestione del rischio è parte del processo decisionale.

La gestione del rischio aiuta i responsabili delle decisioni ad effettuare scelte consapevoli, determinare la scala di priorità delle azioni e distinguere tra linee di azione alternative.

d) La gestione del rischio tratta esplicitamente l'incertezza.

La gestione del rischio tiene conto esplicitamente dell'incertezza, della natura di tale incertezza e di come può essere affrontata.

e) La gestione del rischio è sistematica, strutturata e tempestiva.

Un approccio sistematico, tempestivo e strutturato alla gestione del rischio contribuisce all'efficienza ed a risultati coerenti, confrontabili ed affidabili.

f) La gestione del rischio si basa sulle migliori informazioni disponibili.

Gli elementi in ingresso al processo per gestire il rischio si basano su fonti di informazione quali dati storici, esperienza, informazioni di ritorno dai portatori d'interesse, osservazioni, previsioni e parere di specialisti. Tuttavia, i responsabili delle decisioni dovrebbero informarsi, e tenerne conto, di qualsiasi limitazione dei dati o del modello utilizzati o delle possibilità di divergenza di opinione tra gli specialisti.

g) La gestione del rischio è "su misura".

La gestione del rischio è in linea con il contesto esterno ed interno e con il profilo di rischio dell'organizzazione.

h) La gestione del rischio tiene conto dei fattori umani e culturali.

Nell'ambito della gestione del rischio individua capacità, percezioni e aspettative delle persone esterne ed interne che possono facilitare o impedire il raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione.

i) La gestione del rischio è trasparente e inclusiva.

Il coinvolgimento appropriato e tempestivo dei portatori d'interesse e, in particolare, dei responsabili delle decisioni, a tutti i livelli dell'organizzazione, assicura che la gestione del rischio rimanga pertinente ed aggiornata. Il coinvolgimento, inoltre, permette che i portatori d'interesse siano opportunamente rappresentati e che i loro punti di vista siano presi in considerazione nel definire i criteri di rischio.

j) La gestione del rischio è dinamica.

La gestione del rischio è sensibile e risponde al cambiamento continuamente. Ogni qual volta accadono eventi esterni ed interni, cambiano il contesto e la conoscenza, si attuano il monitoraggio ed il riesame, emergono nuovi rischi, alcuni rischi si modificano ed altri scompaiono.

k) La gestione del rischio favorisce il miglioramento continuo dell'organizzazione.

Le organizzazioni dovrebbero sviluppare ed attuare strategie per migliorare la maturità della propria gestione del rischio insieme a tutti gli altri aspetti della propria organizzazione.



3.3.3 Aree di Rischio e Mappatura dei Processi

Nel PTPC 2017-2019 sono mantenute le aree di rischio previste nel precedente piano, in quanto già modificate, in modo sostanziale, nel PTPC 2016-2018, alla luce dell'esperienza maturata e con l'intento di semplificare lo schema del programma di misure.

Elenco Aree di rischio:

- Area 1. Contratti pubblici
- Area 2. Incarichi e nomine, acquisizione e progressione del personale
- Area 3. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
- Area 4. Controlli, verifiche, contenzioso
- Area 5. Attività libero professionale e liste di attesa
- Area 6. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni
- Area 7. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero
- Area 8. Gestione Risorse Umane

Area 1. Contratti pubblici

Questa Area si riferisce ai contratti pubblici di lavori, servizi e forniture con una visione completa, comprendendo sia le fasi relative all'affidamento che quelle relative all'esecuzione dei contratti.

I procedimenti sotto riportati riguardano ogni tipologia di gara prevista nel Codice degli Appalti (affidamenti diretti, cottimi fiduciari, procedure negoziate con e senza previa pubblicazione del bando di gara, procedure aperte, ecc). Di norma le procedure aperte e ristrette (ai sensi dell'art. 60 e 61 del Codice degli Appalti) sono effettuate esclusivamente dalla S.C. Provveditorato e dalla S.C. Tecnico. Le strutture S.C. Ingegneria Clinica, I.C.T. e Sistemi Informativi e S.C. Farmacia Ospedaliera effettuano soltanto acquisti con procedure negoziate (art. 63 del Codice degli Appalti) e affidamenti diretti/in economia sotto soglia (art. 36 del Codice degli Appalti).

a) Programmazione.

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Struttura Competente</i>
Analisi e definizione dei fabbisogni	Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero ¹ , S.C. DiPSa e Strutture Amministrative ²
Redazione ed aggiornamento del Programma Triennale per gli Appalti di Lavori	S.C. Tecnico
Programmazione annuale anche per acquisti di servizi e forniture	Strutture Amministrative

b) Progettazione della gara.

¹ Per Direzione Sanitaria s'intendono tutte le strutture sanitarie competenti della fornitura.

² Per strutture amministrative s'intendono tutte le strutture che effettuano procedimenti amministrativi correlati con gli acquisti ovvero: S.C. Provveditorato, I.C.T. e Sistemi Informativi, S.S. Ingegneria Clinica, S.C. Tecnico e S.C. Farmacia Ospedaliera.



<i>Processi rilevanti</i>	<i>Struttura Competente</i>
Effettuazione delle consultazioni preliminari di mercato per la definizione delle specifiche tecniche	Strutture amministrative
Nomina del responsabile del procedimento	
Individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento	
Individuazione degli elementi essenziali del contratto	
Determinazione dell'importo del contratto	
Scelta della procedura di aggiudicazione	
Predisposizione di atti e documenti di gara incluso il capitolato	Strutture amministrative e Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero
Definizione dei criteri di partecipazione, del criterio di aggiudicazione e dei criteri di attribuzione del punteggio	Strutture amministrative

c) Selezione del contraente.

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Struttura Competente</i>
Pubblicazione del bando e gestione delle informazioni complementari	Strutture Amministrative
Fissazione dei termini per la ricezione delle offerte	
Trattamento e custodia della documentazione di gara	
Nomina della commissione di gara; gestione delle sedute di gara	
Verifica dei requisiti di partecipazione	
Valutazione delle offerte e verifica di anomalie delle offerte	
Aggiudicazione provvisoria	
Annullamento della gara	
Gestione di elenchi o albi di operatori economici	S.C. Provveditorato

d) Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto.

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Struttura Competente</i>
Verifica dei requisiti ai fini della stipula del contratto	Strutture Amministrative
Effettuazione delle comunicazioni riguardanti le esclusioni e le aggiudicazioni	
Formalizzazione dell'aggiudicazione definitiva	
Stipula del contratto	

e) Esecuzione del contratto .



Processi rilevanti	Struttura Competente
Approvazione delle modifiche del contratto originario	Strutture Amministrative
Autorizzazione al subappalto	S.C. Provveditorato, S.C. I.C.T. e Sistemi Informativi, S.S. Ingegneria Clinica e S.C. Tecnico.
Ammissione delle varianti	S.C. Tecnico
Verifiche in corso di esecuzione	Strutture Amministrative e Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero
Verifica delle disposizioni in materia di sicurezza	S.S. Prevenzione e Protezione dai Rischi
Gestione delle controversie	S.S. Affari Generali, Legali e Assicurazioni

f) Rendicontazione del contratto.

Processi rilevanti	Struttura Competente
Nomina del collaudatore (o della Commissione di collaudo)	S.C. Tecnico
Verifica della corretta esecuzione	Strutture Amministrative e Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero
Rilascio del certificato di collaudo e/o attestato di regolare esecuzione	Strutture Amministrative e S.C. DSPO (strutture sanitarie in cui è utilizzato il bene)
Rendicontazione dei lavori in economia da parte del responsabile del procedimento	Strutture Amministrative

Area 2. Incarichi e nomine, Acquisizione e progressione del personale

L'Area riguarda il conferimento di incarichi dirigenziali di livello intermedio, con particolare riguardo a quelli di struttura complessa, e di incarichi a professionisti esterni. L'A.O. Ordine Mauriziano ha compreso in questa Area anche i processi e i relativi rischi legati al reclutamento del personale, conferimento di incarichi, ecc...

a) Selezione dei Direttori di Struttura Complessa (area sanitaria)

Processi rilevanti	Struttura Competente
Definizione del fabbisogno	S.C. Gestione e Organizzazione delle Risorse Umane
Definizione dei criteri di valutazione dei candidati	
Avvio della procedura selettiva	
Costituzione della Commissione esaminatrice	
Svolgimento della selezione	
Comunicazione e pubblicazione dei risultati	

b) Conferimento di altri incarichi dirigenziali



<i>Processi rilevanti</i>	<i>Struttura Competente</i>
Proposte di conferimento	S.C. Gestione e Organizzazione delle Risorse Umane
Attribuzione incarico	

c) Conferimento di incarichi esterni individuali (collaborazioni / prestazioni d'opera)

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Struttura Competente</i>
Avvio della procedura selettiva	S.C. Gestione e Organizzazione delle Risorse Umane
Svolgimento della selezione	
Comunicazione e pubblicazione dei risultati	

d) Reclutamento del personale per concorso pubblico

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Struttura Competente</i>
Indizione del concorso	S.C. Gestione e Organizzazione delle Risorse Umane
Ammissione candidati e nomina Commissione esaminatrice	
Svolgimento del concorso	
Comunicazione e pubblicazione dei risultati	

e) Reclutamento del personale attraverso collocamento

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Struttura Competente</i>
Selezione Personale	S.C. Gestione e Organizzazione delle Risorse Umane

f) Reclutamento del personale per avviso pubblico (tempo determinato)

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Struttura Competente</i>
Indizione dell'avviso	S.C. Gestione e Organizzazione delle Risorse Umane
Svolgimento della selezione	

g) Reclutamento del personale per mobilità (avviso pubblico)

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Struttura Competente</i>
Indizione dell'avviso	S.C. Gestione e Organizzazione delle Risorse Umane
Svolgimento della selezione	



h) Progressioni di carriera

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Struttura Competente</i>
Fasce retributive	S.C. Gestione e Organizzazione delle Risorse Umane
Concorsi interni	
Posizioni organizzative	

i) Conferimento di incarichi di collaborazione

<i>Processi rilevanti</i>	
Convenzioni passive per consulenze a favore dell'Azienda	S.C. Gestione e Organizzazione delle Risorse Umane
Consulenze	S.S. Affari Generali, Legali e Assicurazioni e S.C. Tecnico
Borse di studio	S.C. Gestione e Organizzazione delle Risorse Umane
Stage extracurriculari	
Docenze	S.C. GORU (Formazione)

Area 3. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio

Sono comprese in questa Area tutte le attività connesse ai pagamenti, per cui è necessario mettere in atto misure che garantiscano la piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari. Molti dei processi rilevati in questa Area sono i medesimi monitorati nel Percorso attuativo di Certificabilità (PAC).

a) Bilancio

<i>Processi rilevanti</i>	
Redazione del bilancio (conto economico, stato patrimoniale e nota integrativa) e dei monitoraggi trimestrali	S.S. Contabilità Generale e Bilancio
Scritture contabili di competenza (retribuzioni e contributi, risultanze degli inventari di magazzino, ammortamenti e relativi fondi)	
Gestione delle anagrafiche dei fornitori e dei partitari	
Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC)	S.S. Contabilità Generale e Bilancio e S.S. Contabilità Analitica e Controllo di Gestione e tutte le Strutture Amministrative e Tecniche per quanto di competenza
Rapporti con la Tesoreria	S.S. Contabilità Generale e Bilancio

b) Ciclo attivo



Processi rilevanti	
Registrazione prestazioni effettuate per altri enti pubblici e privati, comprese le convenzioni	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero
Registrazione delle fatture attive ed emissione delle reversali d'incasso	S.S. Contabilità Generale e Bilancio S.S. Contabilità Analitica e Controllo di Gestione e S.C. I.C.T. e Sistemi Informativi
Gestione dello scadenziario clienti e delle procedure di conciliazione delle posizioni creditorie; S.S. Contabilità Generale e Bilancio e S.S. Contabilità Analitica e Controllo di Gestione	
Gestione e contabilizzazione dei contributi regionali e di soggetti esterni	
Attività di recupero del credito	

c) Ciclo passivo

Processi rilevanti	
Richiesta CIG	Tutte le strutture che effettuano forniture di beni/servizi/lavori
Registrazione delle fatture passive	S.S. Contabilità Generale e Bilancio
Liquidazione Fatture	Tutte le strutture che effettuano forniture di beni/servizi/lavori
Emissione dei mandati di pagamento	S.S. Contabilità Generale e Bilancio
Elaborazione delle situazioni periodiche Fornitori	
Gestione procedure di conciliazione periodica posizioni debitorie	

d) Gestione cassa

Processi rilevanti	
Aggiornamento e controllo delle situazioni e delle previsioni finanziarie (disponibilità di cassa);	S.S. Contabilità Generale e Bilancio
Gestione della cassa economale	S.C. Provveditorato
Riconciliazioni di cassa.	S.S. Contabilità Generale e Bilancio

e) Gestione fiscalità aziendale

Processi rilevanti	
Gestione degli adempimenti fiscali (tenuta dei libri fiscali obbligatori, liquidazione dei tributi ecc.);	S.S. Contabilità Generale e Bilancio

f) Gestione del patrimonio



<i>Processi rilevanti</i>	<i>Struttura Competente</i>
Inventario beni mobili	S.S. Ingegneria Clinica e S.S. Contabilità Generale e Bilancio
Locazioni di immobili	

Area 4. Controlli, verifiche, autorizzazioni, contenzioso

L'A.O. Ordine Mauriziano, essendo un'Azienda Ospedaliera, non svolge attività di vigilanza, controllo e ispezione propri delle aziende territoriali. Per questo motivo, questa Area, è intesa nel senso più ampio di controlli e verifiche nell'ambito della Sicurezza del lavoro e del contenzioso in generale.

a) Sicurezza sul lavoro

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Struttura Competente</i>
Redazione o aggiornamento dei Documenti di Valutazione dei Rischi (DVR)	S.S. Prevenzione e Protezione dai Rischi
Individuazione e valutazione del rischio	S.S. Prevenzione e Protezione dai Rischi e Medico Competente
Individuazione delle misure di sicurezza per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori	
Aggiornamento Piani di Emergenza Interno e di Evacuazione	S.S. Prevenzione e Protezione dai Rischi
Programmazione ed effettuazione della sorveglianza sanitaria attraverso protocolli sanitari	Medico Competente
Aggiornamento cartella sanitaria e di rischio per ogni lavoratore sottoposto a sorveglianza sanitaria	
Aggiornamento del registro dei lavoratori esposti a rischi cancerogeni	

b) Contenzioso

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Struttura Competente</i>
Gestione Procedure di reclamo utenti	S.S. Affari Generali, Legali e Assicurazioni e Servizio URP
Gestione del contenzioso in materia di responsabilità professionale	S.S. Affari Generali, Legali e Assicurazioni e Direzione Sanitaria
Gestione dei sinistri	
Gestione diritto di accesso e rilascio di informazioni sullo stato dei procedimenti	S.S. Affari Generali, Legali e Assicurazioni
Attività e adempimenti connessi alla notifica di sanzioni amministrative	Direzione Generale e Uffici Competenti
Applicazioni Penali	Tutti i servizi

c) Controlli



Attività ispettiva nei reparti sui medicinali e i dispositivi medici	S.C. Farmacia Ospedaliera
Verifica esecuzione compiti previsti dal PAC	Ufficio Controllo Interno per attuazione PAC
Procedimenti disciplinari	S.C. Gestione e Organizzazione delle Risorse Umane

Area 5. Attività libero-professionale e liste di attesa

Questa Area riguarda tutte le attività legate alla Libera Professione, alle liste di attesa e più in generale ai processi connessi con l'erogazione di prestazioni sanitarie.

a) Libera Professione.

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Struttura Competente</i>
Autorizzazione allo svolgimento di attività libero-professionale	S.C. DSPO, Direzione Amministrativa, Ufficio Libera Professione, S.C. ICT e Sistemi Informativi e S.S. Contabilità Generale e Bilancio
Negoziazione dei volumi di attività in ALPI	
Prenotazione – Erogazione – Fatturazione delle prestazioni di Libera Professione	
Verifica attività svolta in regime di Libera Professione	Ufficio Libera Professione, S.C. DSPO e S.C. Gestione e Organizzazione delle Risorse Umane
Invio dati di pagamento per il modello 730	S.S. Contabilità Analitica e Controllo di Gestione

b) Liste di Attesa.

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Struttura Competente</i>
Gestione agende CUP/Sovracup	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero
Gestione delle prenotazioni attraverso CUP/Sovracup	
Identificazione dei livelli di priorità delle prestazioni	
Pubblicazione tempi di attesa	
Gestione delle liste attese	

c) Altri Processi Sanitari connessi alle prestazioni.

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Struttura Competente</i>
Gestione ticket/Esenzioni	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero, S.S. Contabilità Generale e Bilancio e S.S. Contabilità Analitica e Controllo di Gestione
Erogazione delle prestazioni sanitarie	Tutte le strutture dell'ospedale



<i>Processi rilevanti</i>	<i>Struttura Competente</i>
Identificazione del paziente	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero e Contabilità Analitica e Controllo di Gestione
Invio dati di pagamento per il modello 730	S.S. Contabilità Analitica e Controllo di Gestione
Flussi regionali	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero e S.S. Contabilità Analitica e Controllo di Gestione

Area 6. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni

L'Area comprende le attività relative al settore dei farmaci, dei dispositivi e di altre tecnologie, nonché le attività di ricerca, di sperimentazione clinica e le correlate sponsorizzazioni, in quanto ambiti particolarmente esposti al rischio di fenomeni corruttivi e di conflitto di interessi.

Con riferimento al processo di acquisizione dei farmaci, valgono i medesimi principi generali, i potenziali rischi e le relative misure di prevenzione della corruzione relativi al ciclo degli approvvigionamenti degli altri beni sanitari e pertanto si rimanda all'Area di rischio 1.

a) Ciclo farmaco

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Struttura Competente</i>
Preparazione	S.C. Farmacia Ospedaliera Il personale infermieristico
Prescrizione	I medici di reparto
Somministrazione	Gli infermieri di reparto
Distribuzione Diretta dei medicinali all'utenza	S.C. Farmacia Ospedaliera
Smaltimento	

b) Beni sanitari (dispositivi e altre tecnologie)

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Struttura Competente</i>
Gestione dei dispositivi e altre tecnologie	S.C. Farmacia Ospedaliera, S.S. Ingegneria Clinica e S.C. Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero

c) Gestione Magazzini/Scorte

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Struttura Competente</i>
Gestione Magazzini Farmaci/Dispositivi	S.C. Farmacia Ospedaliera
Gestione Magazzini di Reparto	Tutti i Reparti e S.C. Farmacia Ospedaliera
Gestione Conto Deposito	S.C. Farmacia Ospedaliera Reparti di degenza
Gestione Inventari fisici di Magazzino	



d) Sperimentazioni-Sponsorizzazioni-Donazioni

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Struttura Competente</i>
Gestione Sperimentazioni	Direzione Sanitaria d'Azienda, S.C. Farmacia Ospedaliera e tutte le strutture dell'ospedale.
Contratti di sponsorizzazione	S.S. Contabilità Generale e Bilancio e S.S. Affari Generali, Legali e Assicurazioni
Donazioni	S.S. Ingegneria Clinica

Area 7. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

Questa Area è inserita per monitorare l'attività delle strutture mortuarie, che nel caso dell'Azienda Ordine Mauriziano è gestita internamente con personale proprio.

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Struttura Competente</i>
Gestione utilizzo camere mortuarie	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero
Rapporti con le imprese funebri	
Trattamento della salma in reparto, Trattamento della salme presso le camere mortuarie, Rapporti con i parenti	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero e le strutture sanitarie in cui decede il paziente

Area 8. Gestione Risorse Umane

Questa Area è stata inserita dall'Azienda in quanto, sulla base dell'analisi dell'attività svolta e dalla mappatura dei processi, potrebbe essere "potenzialmente" esposta a rischio di corruzione.

a) Applicazione degli istituti contrattuali relativi la gestione del rapporto di lavoro

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Struttura Competente</i>
Attestazione presenze, permessi, ferie, Lavoro straordinario, Part-time	S.C. Gestione e Organizzazione delle Risorse Umane
Pratiche previdenziali	

b) Formazione

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Struttura Competente</i>
Progettazione attività Formative	S.C. Gestione e Organizzazione delle Risorse Umane
Realizzazione attività Formative	

c) Autorizzazioni per il personale dipendente

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Struttura Competente</i>
---------------------------	-----------------------------



Incarichi esterni	S.C. Gestione e Organizzazione delle Risorse Umane
Partecipazione a convegni ed eventi formativi esterni con oneri aziendali	S.C. GORU (Formazione)
Partecipazione di professionisti sanitari a convegni ed eventi formativi esterni sponsorizzati	

d) Concessione ed erogazione di vantaggi economici a persone fisiche

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Struttura Competente</i>
Elaborazione stipendi	S.C. Gestione e Organizzazione delle Risorse Umane
Rimborsi spese	

4. VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Alla prima fase di mappatura dei processi aziendali, segue quella di valutazione dei relativi rischi, a sua volta articolata in identificazione, analisi e ponderazione dei rischi: la prima identificazione dei rischi viene operata direttamente dal R.P.C.T.; successivamente le varie strutture aziendali interessate (direttamente coinvolte dal R.P.C.T. nelle figure dei rispettivi Dirigenti e Responsabili) provvedono a:

- verificare ed eventualmente proporre modifiche e/o integrazioni rispetto sia ai processi che ai rischi rilevati dal R.P.C.T.;
- analizzare i rischi rilevati, in applicazione della metodologia predefinita;
- verificare e proporre le relative misure

In carenza, totale o parziale, variamente motivata, da parte dei Dirigenti delle operazioni di cui alle precedenti lettere b) e c), provvede direttamente il R.P.C.T.

Al fine della valutazione dei rischi, per ogni evento rischioso indicato all'interno della tabella di valutazione dei rischi, è stato inserito, da ogni Struttura, un punteggio rispetto ai parametri indicati dal PNA, in riferimento alle rispettive aree di competenze.

Nella Tabella di Valutazione dei Rischi, a fronte di ogni rischio, con riferimento ad aree e processi organizzativi, è stato indicato un punteggio (con relativo giudizio: basso, medio-basso, medio, medio-alto, alto) ricavato come media del valore "indice di impatto * indice di probabilità" espresso da ogni Struttura competente. Agli atti sono conservati i risultati espressi da ogni singola Struttura.

Si è inoltre ritenuto di indicare il livello di rischio con un valore descrittivo, in termini cioè di Basso, Medio o Alto rischio partendo dai valori di rischio rivisti e calcolati nel corso del 2016.

La scelta di prevedere un'articolazione descrittiva del livello di rischio è stata operata innanzitutto per favorire la comprensibilità della rilevazione, sia nei confronti degli stessi Dirigenti aziendali, sia soprattutto rispetto agli utenti ed alla cittadinanza.

Tale descrizione inoltre rende più evidenti le valutazioni relative alle priorità di trattamento dei rischi effettuate dal R.P.C.T. (decisioni sulle priorità di trattamento che in pratica hanno comportato la previsione di tempistiche diverse per l'attuazione delle diverse misure di prevenzione).



Le fasce di descrizione del livello di rischio, e la loro specifica riconduzione a valori numerici teoricamente considerabili, sono così riassumibili:

FASCIA (crescente)	LIVELLO DI RISCHIO	DESCRIZIONE	PUNTEGGI CONSIDERATI	VALORE NUMERICO MINIMO	VALORE NUMERICO MASSIMO
1	BASSO	Rischio improbabile o poco probabile; impatto marginale o minore	0 - 1 - 2	0,88	3,50
2	MEDIO	Rischio probabile; impatto soglia	2 - 3 - 4	4,33	16
3	ALTO	Rischio molto o altamente probabile; impatto serio o superiore	4 - 5	17,71	25

Nella tabella sottostante, con l'obiettivo di porre all'attenzione un quadro generale alla luce dei dati ricavati, sono riportate le aree di rischio e la loro specifica riconduzione a valori numerici. È opportuno evidenziare che il livello di Rischio più alto che risulta interessare l'Azienda è il livello "Medio" (Rischio probabile, impatto soglia).

In riferimento a tale livello di Rischio, alla luce dei dati espressi da ogni Struttura competente, l'area "Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie" risulta essere interessata da un maggior numero di possibili eventi rischiosi (9).

Area di Rischio	Giudizio				
	Basso (0,88-3,50)	Medio-Basso (3,51-4,32)	Medio (4,33-16)	Medio-Alto (16,01-17,70)	Alto (17,71-25)
1) Contratti pubblici	15	31	7	0	0
2) Incarichi e nomine, Acquisizione e progressioni del personale	13	9	5	0	0
3) Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	10	4	8	0	0
4) Controlli, verifiche, contenzioso	12	3	1	0	0
5) Attività libero-professionale e liste Attesa	26	0	0	0	0
6) Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie	1	2	9	0	0
7) Attività conseguenti al decesso	2	3	0	0	0
8) Gestione Risorse Umane	8	0	2	0	0
TOTALE	87	52	32	0	0

a) Programmazione

Processi rilevanti	Possibili eventi rischiosi	Punteggio	Livello
--------------------	----------------------------	-----------	---------



Analisi e definizione dei fabbisogni	Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari	3,44	Basso
	Orientare la quantità e tipologia di materiale richiesto, essendo i clinici proponenti l'acquisto anche coloro che utilizzano i beni nella pratica clinica	4,00	Medio-Basso
Redazione ed aggiornamento del Programma Triennale per gli Appalti di Lavori	Dare priorità alle opere pubbliche/forniture destinate ad essere realizzate da un determinato operatore economico	2,50	Basso
Programmazione annuale anche per acquisti di servizi e forniture.	Eccessivo ricorso a procedure di urgenza o a proroghe contrattuali	4,30	Medio-Basso
	Reiterazione di piccoli affidamenti aventi il medesimo oggetto ovvero la reiterazione dell'inserimento di specifici interventi, negli atti di programmazione (frazionamento degli affidamenti)	3,24	Basso

b) Progettazione della gara

Processi rilevanti	Possibili eventi rischiosi	Punteggio	Livello
Effettuazione delle consultazioni preliminari di mercato per la definizione delle specifiche tecniche	Fuga di notizie circa le procedure di gara ancora non pubblicate, che anticipino solo ad alcuni operatori economici la volontà di bandire determinate gare o i contenuti della documentazione di gara	4,23	Medio-Basso
	Mancanza di trasparenza nelle modalità di dialogo con gli operatori consultati	4,04	Medio-Basso
Nomina del responsabile del procedimento	Nomina di responsabili del procedimento in rapporto di contiguità con imprese concorrenti o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza	3,29	Basso
	Non corretta alternanza nel ruolo di responsabile del procedimento	3,34	Basso
	Il RP viene spesso supportato dai medesimi tecnici esterni	3,72	Medio-Basso
Individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento	Elusione delle regole di affidamento degli appalti, mediante l'improprio utilizzo di sistemi di affidamento, di tipologie contrattuali o di procedure negoziate e affidamenti diretti per favorire un operatore	4,57	Medio
Individuazione degli elementi essenziali del contratto	Predisposizione di clausole contrattuali dal contenuto vago o vessatorio per disincentivare la partecipazione alla gara o per consentire modifiche in fase di esecuzione	4,31	Medio-Basso
	Definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici dei concorrenti al fine di favorire un'impresa	4,29	Medio-Basso
	Prescrizioni del bando e delle clausole contrattuali	4,51	Medio



Processi rilevanti	Possibili eventi rischiosi	Punteggio	Livello
	finalizzate ad agevolare determinati concorrenti		
Determinazione dell'importo del contratto	Abuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato del contratto al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere	4,21	Medio-Basso
	Insufficiente stima del valore dell'appalto senza tener conto della conclusione di contratti analoghi nel periodo rilevante in base all'art. 29 del Codice	4,21	Medio-Basso
Scelta della procedura di aggiudicazione	Eccessivo ricorso a forme di selezione dei contraenti non competitive	4,72	Medio
Predisposizione di atti e documenti di gara incluso il capitolato	Mancanza o incompletezza della determina a contrarre ovvero la carente esplicitazione degli elementi essenziali del contratto	3,64	Medio-Basso
	Mancato rispetto dell'obbligo di pubblicazione	3,43	Basso
	Mancanza di conformità ai bandi tipo redatti dall'A.N.A.C.	4,07	Medio-Basso
Definizione dei criteri di partecipazione, del criterio di aggiudicazione e dei criteri di attribuzione del punteggio.	Formulazione di criteri di valutazione e di attribuzione dei punteggi (tecnici ed economici) che possono avvantaggiare/favorire determinati operatori economici.	4,16	Medio-Basso

c) Selezione del contraente

Processi rilevanti	Possibili eventi rischiosi	Punteggio	Livello
Pubblicazione del bando e gestione delle informazioni complementari	Comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara	4,05	Medio-Basso
	Assenza di pubblicità del bando e dell'ulteriore documentazione rilevante	4,01	Medio-Basso
Fissazione dei termini per la ricezione delle offerte	Immotivata concessione di proroghe rispetto al termine previsto dal bando	4,46	Medio
Trattamento e custodia della documentazione di gara	Alterazione o sottrazione della documentazione di gara	2,71	Basso
Nomina della commissione di gara; gestione delle sedute di gara	Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti	3,74	Medio-Basso
	Nomina di commissari esterni senza previa adeguata verifica dell'assenza di professionalità interne	3,77	Medio-Basso
	Omessa verifica dell'assenza di cause di conflitto di interessi o incompatibilità	3,65	Medio-Basso



Processi rilevanti	Possibili eventi rischiosi	Punteggio	Livello
Verifica dei requisiti di partecipazione	Manipolazione da parte dei vari attori coinvolti delle disposizioni che governano i processi sopra elencati al fine di pilotare l'aggiudicazione della gara	3,80	Medio-Basso
	Alto numero di concorrenti esclusi	3,91	Medio-Basso
	Presenza di reclami o ricorsi da parte di offerenti esclusi	3,80	Medio-Basso
Valutazione delle offerte e verifica di anomalie nelle offerte	Applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esito	4,10	Medio-Basso
	Valutazione dell'offerta non chiara /trasparente /giustificata /anormalmente bassa	3,69	Medio-Basso
	Assenza di adeguata motivazione sulla non congruità dell'offerta	3,75	Medio-Basso
Aggiudicazione provvisoria	Presenza di gare aggiudicate con frequenza agli stessi operatori	3,91	Medio-Basso
	Gare con un ristretto numero di partecipanti o con un'unica offerta valida	3,75	Medio-Basso
	Ricorrenza delle aggiudicazioni ai medesimi operatori	4,11	Medio-Basso

d) Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto

Processi rilevanti	Possibili eventi rischiosi	Punteggio	Livello
Verifica dei requisiti ai fini della stipula del contratto	Alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti	3,49	Basso
	Alterazione dei contenuti delle verifiche per escludere l'aggiudicatario e favorire gli operatori economici che seguono nella graduatoria	3,75	Medio-Basso
Effettuazione delle comunicazioni riguardanti le esclusioni e le aggiudicazioni	Violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di evitare o ritardare la proposizione di ricorsi da parte di soggetti esclusi o non aggiudicatari	3,36	Basso
Formalizzazione dell'aggiudicazione definitiva	Ritardo nella formalizzazione del provvedimento di aggiudicazione definitiva, che può indurre l'aggiudicatario a sciogliersi da ogni vincolo o recedere dal contratto	3,34	Basso
Stipula del contratto	Ritardo nella stipula del contratto, che può indurre l'aggiudicatario a recedere dal contratto	3,20	Basso

e) Esecuzione del contratto

Processi rilevanti	Possibili eventi rischiosi	Punteggio	Livello
---------------------------	-----------------------------------	------------------	----------------



Approvazione delle modifiche del contratto originario	Approvazione di modifiche sostanziali degli elementi del contratto definiti nel bando di gara o nel capitolato d'oneri, introducendo elementi che, se previsti fin dall'inizio, avrebbero consentito un confronto concorrenziale più ampio	4,02	Medio-Basso
Autorizzazione al subappalto	Mancata effettuazione delle verifiche obbligatorie sul subappaltatore	2,74	Basso
Ammissione delle varianti	Abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore (ad esempio, per consentirgli di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire extra guadagni o di dover partecipare ad una nuova gara)	4,48	Medio
	Mancato assolvimento degli obblighi di comunicazione all'ANAC delle varianti	3,23	Basso
Verifiche in corso di esecuzione	Mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto	3,90	Medio-Basso

f) Rendicontazione del contratto

Processi rilevanti	Possibili eventi rischiosi	Punteggio	Livello
Nomina del collaudatore (o della commissione di collaudo)	Attribuzione dell'incarico di collaudo a soggetti compiacenti per ottenere il certificato di collaudo pur in assenza dei requisiti	4,64	Medio
Verifica della corretta esecuzione	Alterazioni o omissioni di attività di controllo, al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante	3,11	Basso
Rilascio del certificato di collaudo e/o attestato di regolare esecuzione	Rilascio del certificato di regolare esecuzione in cambio di vantaggi economici	4,20	Medio-Basso
	Mancata denuncia di difformità e vizi dell'opera	4,29	Medio-Basso
Rendicontazione dei lavori in economia da parte del responsabile del procedimento	Mancato invio di informazioni al RP (verbali di visita; informazioni in merito alle cause del protrarsi dei tempi previsti per il collaudo)	3,44	Basso

Area 2. Incarichi e nomine, Acquisizione e progressioni del personale

a) Selezione dei Direttori di Struttura Complessa (area sanitaria)

Processi rilevanti	Possibili eventi rischiosi	Punteggio	Livello
Definizione del fabbisogno	Condizionamento delle scelte organizzative per definire fabbisogno/profilo particolari al fine di favorire interessi privati	2,25	Basso
Definizione dei criteri di	Determinazione imparziale dei criteri di valutazione dei	2,09	Basso



valutazione dei candidati	titoli allo scopo di beneficiare candidati particolari		
Avvio della procedura selettiva	Incentivazione/disincentivazione a presentare la domanda		
Costituzione della Commissione esaminatrice	Irregolare composizione della Commissione esaminatrice finalizzata al reclutamento di candidati particolari	3,50	Basso
Svolgimento della selezione	Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, quali, a titolo esemplificativo, la predeterminazione dei criteri di valutazione dei titoli allo scopo di beneficiare candidati particolari	4,67	Medio
Comunicazione e pubblicazione dei dati	Mancata o non corretta pubblicazione dei risultati	2,29	Basso

b) Conferimento di altri incarichi dirigenziali

Processi rilevanti	Possibili eventi rischiosi	Punteggio	Livello
Proposte di Conferimento	Adozione di procedure non trasparenti nell'attribuzione di posizioni organizzative o incarichi dirigenziali	4,12	Medio-Basso
Attribuzione Incarico	Utilizzo non corretto dello strumento di reclutamento al fine di aggirare i vincoli in materia di assunzione di personale dipendente	4,12	Medio-Basso

c) Conferimento di incarichi esterni individuali (collaborazioni / prestazioni d'opera)

Processi rilevanti	Possibili eventi rischiosi	Punteggio	Livello
Avvio della procedura selettiva	Utilizzo non corretto dello strumento di reclutamento al fine di aggirare i vincoli in materia di assunzione di personale dipendente	2,75	Basso
Svolgimento della selezione	Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, quali, a titolo esemplificativo, la predeterminazione dei criteri di valutazione dei titoli allo scopo di beneficiare candidati particolari	6,01	Medio

d) Reclutamento del personale per concorso pubblico

Processi rilevanti	Possibili eventi rischiosi	Punteggio	Livello
Indizione del concorso	Condizionamento delle scelte organizzative per l'attribuzione di incarichi o la copertura di posti per favorire conoscenti o parenti	3,00	Basso
Ammissione candidati e nomina Commissione esaminatrice	Irregolare composizione della Commissione esaminatrice finalizzata al reclutamento di candidati particolari	3,66	Medio-basso



Svolgimento del concorso	Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, quali, a titolo esemplificativo, la predeterminazione dei criteri di valutazione dei titoli allo scopo di beneficiare candidati particolari	4,01	Medio-basso
--------------------------	---	------	-------------

e) Reclutamento del personale attraverso collocamento

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Possibili eventi rischiosi</i>	<i>Punteggio</i>	<i>Livello</i>
Selezione Personale	Esercizio di pressioni indebite facendo leva su posizioni di potere politico o economico sui direttori di struttura o sulle direzioni generali per favorire l'assunzione di un professionista od operatore	2,91	Basso

f) Reclutamento del personale per avviso pubblico (tempo determinato)

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Possibili eventi rischiosi</i>	<i>Punteggio</i>	<i>Livello</i>
Indizione dell'avviso	Favorire, chiedendo un favore a componente della Commissione esaminatrice, conoscente o parente in concorso	3,20	Basso
Svolgimento della selezione	Assenza di criteri predeterminati e inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione	3,54	Medio-basso

g) Reclutamento del personale per mobilità (avviso pubblico)

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Possibili eventi rischiosi</i>	<i>Punteggio</i>	<i>Livello</i>
Indizione dell'avviso	Favorire, chiedendo un favore a componente della Commissione esaminatrice, conoscente o parente in concorso	3,20	Basso
Svolgimento della selezione	Assenza di criteri predeterminati e inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione	3,54	Medio-basso

h) Progressioni di carriera

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Possibili eventi rischiosi</i>	<i>Punteggio</i>	<i>Livello</i>
Fasce retributive	Esercizio di pressioni indebite facendo leva su posizioni di potere politico o economico sui direttori di struttura o sulle direzioni generali per favorire la progressione di carriera di particolari dipendenti	4,12	Medio-basso
Concorsi interni	Irregolare composizione della commissione esaminatrice finalizzata al reclutamento di candidati particolari	6,41	Medio



Posizioni organizzative	Adozione di procedure non trasparenti nell'attribuzione di posizioni organizzative	4,88	Medio
-------------------------	--	------	-------

i) Conferimento di incarichi di collaborazione

Processi rilevanti	Possibili eventi rischiosi	Punteggio	Livello
Convenzioni passive per consulenze a favore dell'Azienda e/o Consulenze	Utilizzo non corretto dello strumento di reclutamento al fine di aggirare i vincoli in materia di assunzione di personale dipendente	3,26	Basso
	Assenza di criteri predeterminati per la scelta dei consulenti allo scopo di agevolare, di volta in volta, candidati particolari	7,50	Medio
Borse di studio	Previsione di requisiti di accesso "personalizzati" ed insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione all'incarico da assegnare allo scopo di reclutare candidati particolari	3,54	Medio-basso
Stage extracurricolari - Docenze	Utilizzo non corretto dello strumento di reclutamento al fine di aggirare i vincoli in materia di assunzione di personale dipendente (stage)	3,34	Basso
	Previsione di requisiti di accesso "personalizzati" ed insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione all'incarico da assegnare allo scopo di reclutare candidati particolari	3,75	Medio-basso

Area 3. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio

a) Bilancio

Processi rilevanti	Possibili eventi rischiosi	Punteggio	Livello
Redazione del bilancio (conto economico, Stato patrimoniale e Nota integrativa) e dei monitoraggi trimestrali	Violazione delle norme in materia di redazione degli atti di bilancio (falso in bilancio)	6,42	Medio
Scritture contabili di competenza (retribuzioni e contributi, risultanze degli inventari di magazzino, ammortamenti e relativi fondi)	Effettuare registrazioni di bilancio e rilevazioni non corrette	4,58	Medio
Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC)	Mancata/errata attuazione delle misure previste nel PAC e non applicazione dei controlli ivi previsti	3,00	Basso



<i>Processi rilevanti</i>	<i>Possibili eventi rischiosi</i>	<i>Punteggio</i>	<i>Livello</i>
Rapporti con la Tesoreria	Mancato controllo della funzione di Tesoreria	5,75	Medio

b) Ciclo attivo

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Possibili eventi rischiosi</i>	<i>Punteggio</i>	<i>Livello</i>
Registrazione prestazioni effettuate per altri enti pubblici e privati	Mancata/errata registrazione delle prestazioni	2,90	Basso
Registrazione delle fatture attive ed emissione delle reversali d'incasso	Sovrafatturare o fatturare prestazioni non svolte	3,67	Medio-basso
	Non emettere fatturazione delle prestazioni	2,52	Basso
Gestione dello scadenziario clienti e delle procedure di conciliazione delle posizioni creditorie	Mancanza di controlli e solleciti di pagamento	3,69	Medio-basso
Gestione e contabilizzazione dei contributi regionali e di soggetti esterni	Mancata-errata registrazione	2,46	Basso
Attività di recupero del credito	Riconoscimento indebito dell'esenzione dal pagamento di ticket sanitari al fine di agevolare determinati soggetti	3,74	Medio-basso

c) Ciclo passivo

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Possibili eventi rischiosi</i>	<i>Punteggio</i>	<i>Livello</i>
Richiesta C.I.G.	Elusione degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari con la mancata acquisizione del C.I.G. o dello Smart C.I.G.	2,99	Basso
Registrazione delle fatture passive	Ritardo nella registrazione delle fatture ai fini I.V.A.	4,38	Medio
Liquidazione Fatture	Liquidare fatture senza adeguata verifica della prestazione	3,83	Medio-basso
Emissione dei mandati di pagamento	Ritardare/anticipare l'erogazione di compensi dovuti rispetto ai tempi contrattualmente previsti	5,50	Medio
Gestione procedure di conciliazione periodica posizioni debitorie	Permettere pagamenti senza rispettare la cronologia nella presentazione delle fatture, provocando in tal modo favoritismi e disparità di trattamento tra i creditori dell'ente		

d) Gestione cassa economale



<i>Processi rilevanti</i>	<i>Possibili eventi rischiosi</i>	<i>Punteggio</i>	<i>Livello</i>
Aggiornamento e controllo delle situazioni e delle previsioni finanziarie (disponibilità di cassa)	Gestione non trasparente	2,54	Basso
Gestione della cassa economale	Gestione della cassa economale in maniera non trasparente e verificabile	2,54	Basso
Riconciliazioni di cassa			

e) Gestione fiscalità aziendale

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Possibili eventi rischiosi</i>	<i>Punteggio</i>	<i>Livello</i>
Gestione degli adempimenti fiscali (tenuta dei libri fiscali obbligatori, liquidazione dei tributi ecc.)	Non trasparente gestione fiscale	5,00	Medio

f) Gestione del Patrimonio

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Possibili eventi rischiosi</i>	<i>Punteggio</i>	<i>Livello</i>
Inventario beni mobili	Gestione dell'inventario in maniera non trasparente e verificabile	2,13	Basso
	Danneggiamento/perdita del bene a causa della scarsa attenzione dei relativi consegnatari	2,00	Basso
Locazioni di immobili	Condizioni locazione che facciano prevalere l'interesse della controparte	5,00	Medio

Area 4. Controlli, verifiche, contenzioso

a) Sicurezza sul lavoro

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Possibili eventi rischiosi</i>	<i>Punteggio</i>	<i>Livello</i>
Redazione o aggiornamento dei Documenti di Valutazione dei Rischi (DVR)	Mancato aggiornamento del DVR	1,88	Basso
Individuazione e valutazione del rischio e delle misure di sicurezza per la tutela della salute	Condizionamento delle procedure di rilevazione del rischio da parte di soggetti interni ed esterni	2,25	Basso



<i>Processi rilevanti</i>	<i>Possibili eventi rischiosi</i>	<i>Punteggio</i>	<i>Livello</i>
e della integrità psico-fisica dei lavoratori			
Aggiornamento dei Piani di Emergenza Interna e di Evacuazione	Mancato aggiornamento dei Piani di Emergenza Interni e di Evacuazione	2,25	Basso
Programmazione ed effettuazione della sorveglianza sanitaria attraverso protocolli sanitari	Certificazioni e dichiarazioni false o non conformi alla realtà dei fatti	1,88	Basso
Aggiornamento cartella sanitaria e di rischio per ogni lavoratore sottoposto a sorveglianza sanitaria	Mancato/errato aggiornamento della cartella sanitaria e di rischio per ogni lavoratore esposto a sorveglianza sanitaria	2,00	Basso
Aggiornamento del registro dei lavoratori esposti a rischi cancerogeni	Mancato/errato aggiornamento del registro dei lavoratori esposti a rischi cancerogeni	2,00	Basso

b) Contenzioso

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Possibili eventi rischiosi</i>	<i>Punteggio</i>	<i>Livello</i>
Gestione Procedure di reclamo utenti	Mancata attenzione verso i reclami degli utenti e mancanza di provvedimenti successivi per inefficienze o compiacenze	3,74	Medio-basso
Gestione del contenzioso in materia di responsabilità professionale	Scelta di professionisti senza preventiva valutazione dei requisiti di professionalità specifica e di assenza di conflitti d'interesse.	2,56	Basso
	Omissione delle segnalazioni di contenzioso	2,67	Basso
Gestione dei sinistri	Mancata aderenza al Regolamento aziendale e non trasparenza nelle segnalazioni	3,50	Basso
Gestione diritto di accesso e rilascio di informazioni sullo stato dei procedimenti	Mancato rilascio di informazioni o rilascio non completo	2,50	Basso
Attività e adempimenti connessi alla notifica di sanzioni amministrative	Valutazioni non corrette e/o precise sulle responsabilità segnalate nella sanzione	4,05	Medio-basso
Applicazioni Penali	Mancata applicazione delle penali previste nel contratto	4,14	Medio-basso

c) Controlli



<i>Processi rilevanti</i>	<i>Possibili eventi rischiosi</i>	<i>Punteggio</i>	<i>Livello</i>
Attività ispettiva nei reparti sui medicinali e i dispositivi medici	Omissioni e/o irregolarità nell'attività di vigilanza e controllo quali-quantitativo delle prescrizioni	4,38	Medio
Verifica esecuzione compiti previsti dal PAC	Omessa verifica	1,88	Basso
Procedimenti disciplinari	Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati	3,38	Basso

Area 5. Attività libero-professionale e liste di attesa

a) Libera Professione

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Possibili eventi rischiosi</i>	<i>Punteggio</i>	<i>Livello</i>
Autorizzazione allo svolgimento di attività libera professionale	False dichiarazioni prodotte ai fini del rilascio dell'autorizzazione	2,71	Basso
Negoziante dei volumi di attività in ALPI	Violazione del limite dei volumi di attività previsti nell'autorizzazione	2,39	Basso
Prenotazione - Erogazione - Fatturazione delle prestazioni di Libera Professione	Errata indicazione al paziente delle modalità e dei tempi di accesso alle prestazioni in regime assistenziale	3,19	Basso
	Mancata prenotazione tramite il servizio aziendale	2,82	Basso
	Trattamento più favorevole dei pazienti trattati in libera professione	2,71	Basso
	Violazione degli obblighi di fatturazione	1,97	Basso
Verifica attività svolta in regime di libera professione	Svolgimento della libera professione in orario di servizio	1,14	Basso
	Inadeguata verifica dell'attività svolta in regime di <i>intramoenia</i> allargata	2,17	Basso
	Dirottamento del paziente dalle liste di attesa istituzionali all'ALPI	1,87	Basso
Invio dati di pagamento per il modello 730	Mancato invio e/o non rilevazione dell'opposizione	2,33	Basso

b) Liste di Attesa

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Possibili eventi rischiosi</i>	<i>Punteggio</i>	<i>Livello</i>
Gestione agende CUP/Sovracup	Mancato utilizzo delle Agende	3,42	Basso
Gestione delle prenotazioni attraverso CUP/Sovracup	Mancata prenotazione tramite il servizio aziendale	3,50	Basso



<i>Processi rilevanti</i>	<i>Possibili eventi rischiosi</i>	<i>Punteggio</i>	<i>Livello</i>
Identificazione dei livelli di priorità delle prestazioni	Inserimento del paziente nelle liste di attesa istituzionali a prescindere dal livello di gravità ed urgenza clinica	3,42	Basso
Pubblicazione tempi di attesa	Mancata e/o errata pubblicazione dei tempi di attesa	3,25	Basso
Gestione delle liste di attesa	Mancata e/o errata gestione delle liste di attesa	2,86	Basso
	Condizioni di accesso alle prestazioni sanitarie al fine di agevolare particolari soggetti, sia esterni che interni (es: inserimento in cima ad una lista di attesa)	3,02	Basso

c) Altri Processi Sanitari connessi alle prestazioni

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Possibili eventi rischiosi</i>	<i>Punteggio</i>	<i>Livello</i>
Gestione ticket/Esenzioni	Mancata registrazione dell'Esenzione/registrazione di un'esenzione non valida	3,30	Basso
Erogazione delle prestazioni sanitarie	Concessioni di favori su durata del ricovero e luogo post-ricovero a parenti, amici, conoscenti	3,39	Basso
	Priorità di accesso per ricovero o altra prestazione al paziente conosciuto invece che al più urgente	2,90	Basso
	False certificazioni e dichiarazioni	2,68	Basso
	Richiesta ai pazienti di pagamenti supplementari informali per ricevere prestazioni sanitarie	2,58	Basso
Identificazione del paziente	Registrazione errata dei dati di identificazione di un paziente	2,36	Basso
Invio dati di pagamento ticket per il modello 730	Mancato invio e/o non rilevazione dell'opposizione	2,17	Basso
Flussi regionali	Codifiche errate	2,77	Basso
	Mancate registrazioni di prestazioni	2,22	Basso
	Registrazioni di prestazioni non effettuate	2,42	Basso

Area 6. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni

a) Ciclo farmaco

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Possibili eventi rischiosi</i>	<i>Punteggio</i>	<i>Livello</i>
Prescrizione	Abuso dell'autonomia professionale da parte del medico all'atto della prescrizione al fine di favorire la diffusione di un particolare farmaco	7,50	Medio
Somministrazione	Condizionamento dei comportamenti prescrittivi di singoli professionisti o di singole equipe da parte di aziende farmaceutiche in cambio di benefit per la	6,25	Medio
Distribuzione Diretta dei medicinali all'utenza			



Smaltimento	propria equipe (borse di studio, comodati d'uso, donazioni) o benefit personali (costi di partecipazione a		
-------------	--	--	--

b) Beni sanitari (dispositivi e altre tecnologie)

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Possibili eventi rischiosi</i>	<i>Punteggio</i>	<i>Livello</i>
Gestione dei dispositivi e di altre tecnologie	Condizionamento dei comportamenti di singoli professionisti o di singole equipe da parte di aziende produttrici di beni sanitari in cambio di benefit per la propria equipe (borse di studio, comodati d'uso, donazioni) o benefit personali (costi di partecipazione a convegni e congressi, consulenze per formazione e ricerca, quote sul fatturato ovvero comparaggio)	5,33	Medio

c) Gestione Magazzini/Scorte

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Possibili eventi rischiosi</i>	<i>Punteggio</i>	<i>Livello</i>
Gestione Magazzini Farmaci/Dispositivi	Errata movimentazione delle scorte	2,92	Basso
	Sottrazione di materiali	10,89	Medio
Gestione Magazzini di Reparto	Sottrazione di materiali	10,89	Medio
Gestione Conto Deposito	Ordini di materiale non necessario	6,00	Medio
Gestione e Inventari fisici di Magazzino	Errata contabilizzazione delle scorte	4,38	Medio

d) Sperimentazioni-Sponsorizzazioni-Donazioni

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Possibili eventi rischiosi</i>	<i>Punteggio</i>	<i>Livello</i>
Gestione Sperimentazioni	Relazioni e/o interessi che coinvolgono i professionisti di area sanitaria e amministrativa nell'espletamento di attività inerenti ricerca, sponsorizzazioni, sperimentazioni	6,25	Medio
	Inserimento dei pazienti in studi farmacologici sponsorizzati dall'industria	5,61	Medio
Contratti di Sponsorizzazione	Relazioni e/o interessi che coinvolgono i professionisti di area sanitaria e amministrativa nell'espletamento di attività inerenti ricerca, sponsorizzazioni, sperimentazioni	3,92	Medio-basso
	Condizionamenti da parte della ditta/impresa sponsorizzatrice al fine di ottenere indebiti vantaggi	5,06	Medio
Donazioni	Esistenza di conflitti di interesse e non conformità con	3,63	Medio-



	il regolamento aziendale		basso
--	--------------------------	--	-------

Area 7. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Possibili eventi rischiosi</i>	<i>Punteggio</i>	<i>Livello</i>
Gestione utilizzo camere mortuarie	Comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri	3,88	Medio-basso
Rapporti con le imprese funebri	Mantenimento per molti anni di un'assegnazione di servizio alle camere mortuarie dell'ospedale	2,11	Basso
	Comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri	3,54	Medio-basso
Trattamento della salma in reparto	Segnalazione ai parenti, da parte degli addetti alle camere mortuarie e/o dei reparti, di una specifica impresa di onoranze funebri	4,25	Medio-basso
Trattamento della salma presso le camere mortuarie Rapporti con i parenti	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)	2,66	Basso

Area 8. Gestione Risorse Umane

a) Applicazione degli istituti contrattuali relativi la gestione del rapporto di lavoro

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Possibili eventi rischiosi</i>	<i>Punteggio</i>	<i>Livello</i>
Attestazione presenze, permessi, ferie, Lavoro straordinario, Part-time	Corresponsione di tangenti o altri benefici per ottenere omissioni di controllo e "corsie preferenziali" nella trattazione delle proprie pratiche	2,75	Basso
Pratiche previdenziali			

b) Formazione

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Possibili eventi rischiosi</i>	<i>Punteggio</i>	<i>Livello</i>
Progettazione attività Formative	Condizionamento da parte di società e ditte private per l'adozione di modalità organizzative di eventi formativi che favoriscano la promozione di specifici prodotti sanitari/farmaceutici	3,17	Basso
Realizzazione attività Formative	Esistenza di dichiarazioni di conflitto di interesse	4,76	Medio

c) Autorizzazioni per il personale dipendente



<i>Processi rilevanti</i>	<i>Possibili eventi rischiosi</i>	<i>Punteggio</i>	<i>Livello</i>
Incarichi esterni	Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati	2,92	Basso
	Condizionamento dei comportamenti prescrittivi di singoli professionisti o di singole equipe da parte di aziende produttrici di beni sanitari (farmaci, dispositivi medici, strumenti) a fronte del conferimento di compensi per consulenza su progetti o per svolgere attività di formazione esterna con finalità promozionali specifiche	2,92	Basso
Partecipazione a convegni ed eventi formativi esterni con oneri aziendali	Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati	2,50	Basso
Partecipazione di professionisti sanitari a convegni ed eventi formativi esterni sponsorizzati	Condizionamento dei comportamenti prescrittivi di singoli professionisti o di singole equipe da parte di aziende produttrici di beni sanitari (farmaci, dispositivi medici, strumenti) a fronte del pagamento dei costi di partecipazione a convegni e congressi	4,76	Medio

d) Concessione ed erogazione di vantaggi economici a persone fisiche

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Possibili eventi rischiosi</i>	<i>Punteggio</i>	<i>Livello</i>
Elaborazione stipendi	Concessione di benefici economici sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire particolari dipendenti	3,33	Basso
Rimborsi spese	Concessione di rimborsi sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire particolari dipendenti	3,33	Basso

5. TRATTAMENTO DEL RISCHIO

5.1 IDENTIFICAZIONE DELLE MISURE

Nella definizione delle Misure si è tenuto conto sia del P.N.A. 2016, sia del precedente piano P.T.P.C. 2016-2018. Nel seguito sono riportate le principali misure ritenute necessarie alla Prevenzione della corruzione suddivise per Area di rischio e Procedimento.

Nell'Allegato 1 sono evidenziate le misure per Area di rischio, Procedimento, Processo, specificando la Misura ritenuta necessaria, la/e misure già adottate nel periodo 2014-2015-2016 e le misure che dovranno essere adottate nel corso del 2017-2018-2019, riportando gli Indicatori utili per la fase di esame.

Si precisa che alcune misure rimangono invariate rispetto agli anni precedenti, anche se sono state effettuate, in quanto riguardano controlli e verifiche che si ritiene debbano essere effettuati costantemente oppure riguardano azioni (pubblicazione dati/documenti) che devono essere periodicamente aggiornati.



L'individuazione delle misure di prevenzione non può essere un elemento indipendente dalle caratteristiche organizzative dell'amministrazione e il P.T.P.C. 2017-2019 contiene 149 misure, personalizzate sulla base delle caratteristiche di questa azienda.

Per completezza nella tabella "programma delle Misure 2017-2019" sono inserite anche le Misure Obbligatorie, di cui al successivo punto 6.

Area 1. Contratti pubblici

a) Programmazione

- Obbligo di adeguata motivazione in fase di programmazione in relazione a natura, quantità e tempistica della prestazione, sulla base di esigenze effettive e documentate emerse da apposita rilevazione nei confronti degli uffici richiedenti;
- Audit interni su fabbisogno e adozione di procedure interne per rilevazione e comunicazione dei fabbisogni in vista della programmazione, accorpando quelli omogenei; nel 2017 è prevista la predisposizione di una procedura interna per la rilevazione e comunicazione dei fabbisogni
- Formalizzazione dell'avvenuto coinvolgimento delle strutture richiedenti nella fase di programmazione, in modo da assicurare una maggiore trasparenza e tracciabilità dell'avvenuta condivisione delle scelte di approvvigionamento;
- Programmazione annuale per appalti di lavori, acquisti di servizi e forniture;
- Per servizi e forniture standardizzabili, nonché lavori di manutenzione ordinaria, adeguata valutazione della possibilità di ricorrere ad accordi quadro e verifica delle convenzioni/accordi quadro già in essere;
- Predisposizione di report periodici in cui siano rendicontati i contratti prorogati e i contratti affidati in via d'urgenza e relative motivazioni;
- Analisi del valore degli appalti affidati tramite procedure non concorrenziali (affidamenti diretti, cottimi fiduciari, procedure negoziate con e senza previa pubblicazione del bando di gara) riferiti alle stesse classi merceologiche di prodotti/servizi in un determinato arco temporale;

b) Progettazione della gara

- Effettuazione di consultazioni collettive e/o incrociate di più operatori e adeguata verbalizzazione/registrazione delle stesse;
- Misure di trasparenza volte a garantire la nomina dei Responsabili del Procedimento (R.P.) a soggetti in possesso dei requisiti di professionalità necessari;
- Previsione di procedure interne che individuino criteri di rotazione nella nomina del R.P. e atte a rilevare l'assenza di conflitto di interesse in capo allo stesso; nel 2017 è prevista la predisposizione di una procedura interna che descriva le modalità di nomina dei R.P.
- Aggiornamento del Regolamento relativo agli acquisti di beni e servizi, a seguito delle Linee ANAC e verifica sull'applicazione delle "Direttive/linee guida" interne
- Previsione in tutti i bandi, gli avvisi, le lettere di invito o nei contratti adottati di una clausola risolutiva del contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità;
- Verifica del rispetto del principio di rotazione degli operatori economici presenti negli elenchi della stazione appaltante;



- Adozione di direttive interne/linee guida che introducano criteri stringenti ai quali attenersi nella determinazione del valore stimato del contratto avendo riguardo alle norme pertinenti e all'oggetto complessivo del contratto;
- Obbligo di motivazione nella determina a contrarre in ordine sia alla scelta della procedura sia alla scelta del sistema di affidamento adottato ovvero della tipologia contrattuale (ad esempio appalto vs. concessione);
- Verifica che i documenti relativi alla gara siano pubblicati ai massimi livelli di trasparenza, anche con riguardo alla pubblicità delle sedute di gara e alla pubblicazione della determina a contrarre ai sensi dell'art. 37 del d.lgs. n. 33/2013;
- Sottoscrizione da parte dei soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara di dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di interessi personali in relazione allo specifico oggetto della gara;
- Audit su bandi e capitolati per verificarne la conformità ai bandi tipo redatti dall'A.N.A.C. e il rispetto della normativa anticorruzione.

c) Selezione del contraente

- Obbligo di preventiva pubblicazione on-line dei bandi e del calendario delle sedute di gara;
- Pubblicazione del nominativo dei soggetti cui ricorrere in caso di ingiustificato ritardo o diniego dell'accesso ai documenti di gara;
- Ottimizzazione delle procedure informatiche per la pubblicazione sul sito dei documenti di gara
- Rispetto della Programmazione annuale e dei termini da rispettare per la presentazione delle Delibere di indizione della gara;
- Obbligo di menzione nei verbali di gara delle specifiche cautele adottate a tutela dell'integrità e della conservazione delle buste contenenti l'offerta;
- Direttive/linee guida interne per la corretta conservazione della documentazione di gara per un tempo congruo al fine di consentire verifiche successive, per la menzione nei verbali di gara delle specifiche cautele adottate a tutela dell'integrità e della conservazione delle buste contenenti l'offerta ed individuazione di appositi archivi (fisici e/o informatici);
- Obblighi di trasparenza/pubblicità delle nomine dei componenti delle commissioni e eventuali consulenti;
- Tenuta di albi ed elenchi di possibili componenti delle commissioni di gara suddivisi per professionalità;
- Scelta dei componenti delle commissioni, tra i soggetti in possesso dei necessari requisiti, mediante estrazione a sorte in un'ampia rosa di candidati;
- Sistemi di controllo incrociato sui provvedimenti di nomina di commissari e consulenti (in particolare per contratti di importo rilevante), atti a far emergere l'eventuale frequente ricorrenza dei medesimi nominativi o di reclami/segnalazioni sulle nomine effettuate;
- Rilascio da parte dei commissari di idonee dichiarazioni;
- Per le gare di importo più rilevante, conservazione agli atti di una specifica dichiarazione, sottoscritta da ciascun componente della commissione giudicatrice, attestante l'insussistenza di cause di incompatibilità con l'impresa aggiudicataria della gara e con l'impresa seconda classificata, avendo riguardo anche a possibili collegamenti soggettivi e/o di parentela con i componenti dei relativi organi amministrativi e societari, con riferimento agli ultimi 5 anni;
- Pubblicazione delle modalità di scelta, dei nominativi e della qualifica professionale dei componenti delle commissioni di gara;



- Verifica dei requisiti dei partecipanti e monitoraggio del n. dei partecipanti esclusi/ammessi alla gara;
- Introduzione di una procedura atta a documentare il procedimento di valutazione delle offerte anormalmente basse e di verifica della congruità dell'anomalia, specificando espressamente le motivazioni nel caso in cui, all'esito del procedimento di verifica, la stazione appaltante non abbia proceduto all'esclusione;
- Monitoraggio di gare in cui sia presentata un'unica offerta valida/credibile;
- Pubblicazione sul sito internet dell'amministrazione, per estratto, dei punteggi attribuiti agli offerenti all'esito dell'aggiudicazione definitiva.

d) Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto

- Procedure interne che assicurino la collegialità nella verifica dei requisiti dell'aggiudicatario;
- Monitoraggio dei termini di pubblicazione dei risultati della procedura di aggiudicazione e della stipula del contratto.

e) Esecuzione del contratto

- Monitoraggio sulla legittimità della variante/modifiche dell'appalto (in particolare, con riguardo alla congruità dei costi e tempi di esecuzione aggiuntivi, delle modifiche delle condizioni contrattuali, tempestività del processo di redazione ed approvazione della variante);
- Definizione di un adeguato flusso di comunicazioni (procedura interna) in merito all'osservanza degli adempimenti in materia di subappalto con l'obbligo di effettuare adeguate verifiche per identificare il titolare effettivo dell'impresa subappaltatrice in sede di autorizzazione del subappalto;
- Pubblicazione, contestualmente alla loro adozione e almeno per tutta la durata del contratto, dei provvedimenti di adozione delle varianti;
- Verifica del corretto assolvimento dell'obbligo di trasmissione all'A.N.A.C. delle varianti;
- Controllo sull'applicazione di eventuali penali per il ritardo;
- Per opere di importo rilevante, verifiche dell'andamento del contratto rispetto a tempi, costi e modalità preventivate in modo da favorire la più ampia informazione possibile;
- Monitoraggio dei contratti con presenza di disposizioni in termini di sicurezza.

f) Rendicontazione del contratto

- Evidenza delle modalità di scelta, dei nominativi e della qualifica professionale dei componenti delle commissioni di collaudo e predisposizione di sistemi di controlli sui provvedimenti di nomina dei collaudatori per verificare le competenze e la rotazione;
- Effettuazione di un report periodico relativo alle procedure di gara espletate, con evidenza degli elementi di maggiore rilievo (quali importo, tipologia di procedura, numero di partecipanti ammessi e esclusi, durata della procedura, ricorrenza dei medesimi aggiudicatari, ecc...) in modo che sia facilmente intellegibile il tipo di procedura adottata, le commissioni di gara deliberanti, le modalità di aggiudicazione, i pagamenti effettuati e le date degli stessi, le eventuali riserve riconosciute nonché tutti gli altri parametri utili per individuare l'iter procedurale seguito;
- Predisposizioni di controlli periodici sull'assenza di certificati di collaudo/regolare esecuzione;

Area 2. Incarichi e nomine, Acquisizione e progressioni del personale



a) Selezione dei Direttori di Struttura Complessa (area sanitaria)

- Verifica del rispetto delle disposizioni normative di dettaglio (nazionali e regionali) in merito alle modalità di indizione e svolgimento delle selezioni pubbliche per Direttori di struttura complessa del ruolo sanitario;
- Adozione di linee guida aziendali in merito all'adozione dei criteri di valutazione nell'ambito delle selezioni per Direttore di Struttura Complessa;
- Adozione di razionali ed efficaci forme di pubblicazione di tutti gli atti relativi alle selezioni per Direttore di struttura complessa.

b) Conferimento di altri incarichi dirigenziali

- Verifiche sul rispetto dei principi di trasparenza, rotazione ed imparzialità, conformemente alle disposizioni legislative e contrattuali di riferimento e in conformità al Regolamento adottato con Deliberazione n. 154 del 8.3.2016;
- Adozione di nuove modalità di selezione per gli incarichi di Direzione di struttura complessa per l'Area non sanitaria.

c) Conferimento di incarichi esterni individuali (collaborazioni / prestazioni d'opera)

- Incarichi esterni di prestazione d'opera: Pubblicazione e monitoraggio dei dati, in conformità alla Procedura interna approvata con Deliberazione n. 15 del 12.1.2016.

d) Reclutamento del personale per concorso pubblico

- Monitoraggio annuale relativo a tutte le tipologie di assunzione effettuate nel corso dell'anno, evidenziando eventuali contestazioni;
- Pubblicazione dei provvedimenti di nomina della Commissione esaminatrice;

e) Reclutamento del personale attraverso collocamento

- Monitoraggio del Reclutamento per collocamento, con attenzione alla regolamentazione degli aspetti più discrezionali (graduatorie, commissione, ecc.).

f) Reclutamento del personale per avviso pubblico (tempo determinato)

- Monitoraggio del Reclutamento per avviso pubblico, con attenzione alla regolamentazione degli aspetti più discrezionali (graduatorie, commissione, ecc.), in conformità alla Procedura approvata con Deliberazione n. 238 del 9/04/2014.

g) Reclutamento del personale per mobilità (avviso pubblico)

- Monitoraggio del Reclutamento per mobilità, con attenzione alla regolamentazione degli aspetti più discrezionali (graduatorie, prove, ecc.), in conformità alla Procedura approvata con Deliberazione n. 165 del 28/2/2014 (Revisione 1 della Procedura -deliberazione 670 del 5/12/2014).

h) Progressioni di carriera

- Regolamentazione della materia a livello aziendale rispettosa dei principi di trasparenza, nel rispetto delle disposizioni contrattuali di riferimento;
- Regolamentazione della materia a livello aziendale rispettosa dei principi di trasparenza, nel rispetto delle disposizioni contrattuali di riferimento;
- Monitoraggio posizioni organizzative



i) Conferimento di incarichi di collaborazione

- Monitoraggio annuale dei rapporti convenzionali per l'utilizzo di personale a favore dell'azienda;
- Applicazione del Regolamento per l'affidamento di incarichi professionali, approvato con Deliberazione n. 596/2016 e monitoraggio degli incarichi affidati nel corso dell'anno
- Applicazione della procedura aziendale in materia di conferimento di Borse di Studio, approvata con Deliberazione n. 615 del 4.11.2014;
- Monitoraggio conferimento incarichi di collaborazione con borse di studio, relativo a: dati quantitativi; tipologie di requisiti richiesti e Progetti proposti; n° di candidati che hanno presentato domanda;
- Applicazione della Procedura aziendale in materia di assegnazione di Stage extracurricolari retribuiti approvata con Deliberaione n. 615 del 4.11.2014 ;
- Monitoraggio annuale degli stage extracurricolari, relativo a: dati quantitativi; tipologie di requisiti richiesti e Progetti proposti; Relazioni/giudizi finali dei Tutor aziendali;
- Applicazione della Procedura aziendale per il conferimento di incarichi di docenza sugli eventi formativi, approvata con Deliberazione n. 719 del 29.12.2014;
- Monitoraggio annuale relativo agli incarichi di docenza interna ed esterna.

Area 3. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio

a) Bilancio

- Realizzazione del programma di lavoro previsto dal “Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC)” dei dati e dei bilanci delle aziende e degli enti del S.S.N.
- Dare evidenza, attraverso il sito web istituzionale, attraverso la pubblicazione del Manuale delle Procedure, del percorso di certificabilità dei bilanci e della specifica fase del processo in corso di realizzazione, per dare atto dello stato di avanzamento del percorso
- Piena tracciabilità e trasparenza dei flussi contabili e finanziari e che, quindi, agevolino la verifica e il controllo sulla correttezza dei pagamenti effettuati e, più in generale, sulla gestione contabile-patrimoniale delle risorse
- Redazione di una procedura che definisca controlli periodici dalla funzione di Tesoreria (Da effettuare Misura PAC G3.2).
- Applicazione di procedure di controllo interno di conformità a leggi e regolamenti che abbiano impatto a bilancio

b) Ciclo attivo

- Verifica delle registrazioni delle prestazioni effettuate per altri Enti Pubblici e privati e verifica di congruità con il flusso regionale;
- Monitoraggio delle fatture emesse e archiviazione sostitutiva delle stesse.

c) Ciclo passivo

- Registrazione sulla procedura interna A.V.C.P. e monitoraggio scadenziario dei pagamenti;
- Applicazione e verifica di procedure amministrativo-contabili per tutti i cicli contabili: ciclo passivo, ciclo attivo, ciclo di predisposizione del bilancio e dei modelli CE e SP, ciclo finanziario (Applicazione Misura PAC A3.6 aggiornata al 31.12.2014);



- Aggiornamento di procedure e meccanismi di riconciliazione tra il Bilancio di esercizio, modelli CE e SP, contabilità generale (Bilancio di verifica) e contabilità sezionali. (Da effettuare Misura PAC A3.12)
- Predisposizione di procedure di carattere amministrativo e contabile che siano in grado di garantire il regolare flusso dei pagamenti (Da effettuare Misura PAC I6.4) e procedure interne per regolare la richiesta di CIG da parte degli operatori;
- Monitoraggio dell'applicazione dei protocolli previsti per il recupero crediti e verifica degli stessi;
- Monitoraggio sulla correttezza del flusso dalla predisposizione del contratto alla liquidazione fatture e all'archiviazione sostitutiva dei documenti firmati digitalmente (ordini, fatture)

d) Gestione cassa economale

- Monitoraggio periodico, con particolare riferimento alle modalità di gestione utilizzate ed alle procedure di verifica/controllo, in conformità del Regolamento approvato con Deliberazione n. 744 del 1 dicembre 2015 e aggiornato a seguito del Dlvo 50/2016.

e) Gestione fiscalità aziendale

- Redazione delle dichiarazioni fiscali di competenza dell'azienda ospedaliera.

f) Gestione del Patrimonio

- Monitoraggio delle richieste di "fuori uso/alienazione" dei beni;
- Monitoraggio periodico della corretta individuazione e relativa contabilizzazione dei cespiti acquisiti in base alle diverse tipologie di acquisto (Misura PAC D5.1 aggiornata al 31.10.2014) e in conformità al Regolamento approvato con Deliberazione n. 9 del 10/01/2013;
- Monitoraggio delle locazioni e pubblicazione report.

Area 4. Controlli, verifiche, contenzioso

a) Sicurezza sul lavoro

- Verifiche aggiornamento DVR;
- Monitoraggio e verifiche periodiche delle situazioni inerenti la sicurezza dei lavoratori sul luogo del lavoro;
- Monitoraggio sistematico dell'attività di refertazione giudizi di idoneità.
- Applicazione delle Procedure effettuate in applicazione del SGSL e verifica della loro attuazione
- Aggiornamento e pubblicazione delle Deleghe di funzione e verifica dell'attività effettuata dai Dirigenti e preposti /relazione annuale)

b) Contenzioso

- Monitoraggio dei reclami utenti e verifica motivazioni, in conformità alla Procedura "Gestione delle segnalazioni, dei reclami e delle proposte", approvata con Deliberazione n. 133 del 1.31.2016
- Monitoraggio dei contenziosi avviati nel corso dell'anno;
- Monitoraggio delle richieste di accesso agli atti e accesso civico, in conformità del nuovo Regolamento approvato con Deliberazione n. 699 del 16.11.2016
- Monitoraggio Sinistri e danni, in conformità alla Procedura di gestione richieste danni per presunta responsabilità professionale approvata con Deliberazione n. 759 del 10/12/2015;



- Monitoraggio delle penali richieste dalle Strutture amministrative-tecniche.

c) Controlli e verifiche

- Perfezionare gli strumenti di controllo e verifica, con: l'utilizzo di modelli standard di verbali con *check list*, la rotazione del personale che effettua i controlli, l'introduzione nei codici di comportamento di disposizioni dedicate al personale deputato ai controlli
- Predisporre una procedura interna che evidenzia i controlli da effettuare
- Monitoraggio adempimenti PAC e verifica sull'esecuzione;
- Monitoraggio su numero, tipologie ed esiti dei procedimenti disciplinari avviati nei confronti del personale dipendente.

Area 5. Attività libero professionale e liste di attesa

a) Libera Professione

- Monitoraggio delle autorizzazioni allo svolgimento dell'attività di Libera Professione;
- Aggiornamento del regolamento aziendale che disciplina il regime di libera professione. Regolamento ALPI approvato con Deliberazione n. 643/2011;
- Monitoraggio volumi prestazioni e tempi di attesa della Libera Professione;
- Verifica periodica del rispetto dei volumi concordati in sede di autorizzazione;
- A seguito dell'adozione di un sistema di gestione informatica dell'ALPI extramoenia, effettuare i controlli sulle fasi di prenotazione, erogazione della prestazione, fatturazione, incasso
- Predisposizione report periodici sull'attività svolta in regime di Libera Professione;
- Applicare i controlli sulla aderenza alla procedura per la trasmissione dei pagamenti di libera professione all'Agenzia delle Entrate e verificare il flusso.

b) Liste di Attesa

- Obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale o sovraziendale con gestione delle agende dei professionisti. Risulta già informatizzato il CUP/SovraCup;
- Monitoraggio delle Liste di attesa ambulatoriali. Verifica delle Agende non in SovraCup;
- Monitoraggio delle Liste di attesa per i Ricoveri: verifica e pulizia delle liste di attesa;
- A seguito dell'informatizzazione delle liste di attesa e della procedura interna approvata con Deliberazione n. 453 del 12.7.2016, attivare gli opportuni controlli per la verifica della correttezza dei "percorsi"

c) Altri Processi Sanitari connessi alle prestazioni

- Evasione Ticket: Monitorare i pazienti morosi e attivare controlli interni per migliorare la situazione;
- Controllo Esenzioni: Monitorare il numero di prestazioni con esenzione non "certificata" AURA ed attivare controlli interni per migliorare la situazione;
- Predisposizione di una procedura aziendale che raccolga tutte le criticità organizzative ed operative del ticket. Attivazione dei controlli e predisposizione report.
- Monitoraggio pazienti residenti nella Regione Piemonte inseriti senza certificazione AURA. Risulta già collegato il software aziendale ad AURA;
- Monitoraggio degli errori dei flussi regionali.



- Monitoraggio dell'aderenza e della correttezza del flusso della Ricetta Dematerializzata nelle fasi di prescrizione (medici), presa in carico (personale amministrativo del CUP/segreterie ambulatoriali), erogazione (medici)
- Proseguire nell'adozione della firma digitale dei referti e documenti sanitari in linea con la Procedura di applicazione della firma digitale dei documenti sanitari, approvata con Deliberazione n. 701 del 16.11.2016

Area 6. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni

a) Ciclo farmaco

- Proseguire nell'informatizzare il processo di gestione delle terapie in reparto dalla prescrizione, alla preparazione fino alla somministrazione al paziente. Dall'adozione della SUT informatizzata sono attesi, in primo luogo, risultati in termini di risk management, intesi sia come miglioramento della sicurezza del paziente sottoposto a terapie farmacologiche, sia come contenimento dei costi legati alla gestione del rischio clinico e una maggior trasparenza.
- Implementazione di una reportistica utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive anche con riferimento all'associazione farmaco-prescrittore e farmaco-paziente;
- Introduzione e compilazione con cadenza annuale di dichiarazioni dei possibili conflitti di interessi/conflitti nell'espletamento di attività inerenti alle funzioni che implicino responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci.

b) Beni sanitari (dispositivi e altre tecnologie)

- Aggiornamento del Regolamento sulle attività degli informatori approvato con Deliberazione n. 369 del 9/05/2007, con evidenziazione dei doveri di comportamento che il personale deve osservare nei rapporti con gli informatori.
- Applicazione ed aggiornamento procedure di gestione ed utilizzo Dispositivi Medici e Tecnologie Sanitarie, sulla base del Regolamento HTA, approvato con Deliberazione n. 234 del 27 marzo 2015 e del Regolamento sulla gestione di Dispositivi Medici e Tecnologie Sanitarie approvato con Deliberazione n. 234 del 27/03/2015;
- Introduzione e compilazione con cadenza annuale di dichiarazione dei possibili interessi/conflitti, nell'espletamento di attività inerenti alle funzioni che implicino responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione.

c) Gestione Magazzini/scorte

- Applicazione e verifica di conformità della procedura formalizzata relativa a carichi e scarichi da magazzino (Misura PAC E2.1 aggiornata al 31.10.2016 dalle SC Provveditorato e SC Farmacia);
- Monitoraggio delle risultanze delle verifiche e dei controlli periodici;
- Applicazione della procedura per la realizzazione di inventari fisici periodici (Misura PAC E1.1 aggiornata al 31.10.2016 dalle SC Provveditorato e SC Farmacia) che definisca tempi, modi e responsabilità.

d) Sperimentazioni-Sponsorizzazioni-Donazioni

- Aggiornamento del Regolamento sperimentazioni cliniche approvato con Deliberazione n. 230 del 6/05/2013, in cui sia previsto una valutazione multidisciplinare dello studio proposto



compreso la valutazione di impatto economico, la sostenibilità e il monitoraggio rispetto al protocollo di studio.

- Attivare la compilazione di una dichiarazione di assenza di conflittualità tra sperimentatore e sponsor, in conformità al Regolamento sulle Sponsorizzazioni approvato con Deliberazione n. 251 del 21/05/2013
- Monitoraggio delle sperimentazioni e pubblicazione sul sito
- Monitoraggio contratti di sponsorizzazione e verifica di assenza di conflittualità e pubblicazione sul sito
- Monitoraggio delle Donazioni e pubblicazione sul sito, sia che riguardino beni e servizi che denaro, evidenziando la verifica dell'assenza di conflittualità tra Donatore e Unità operativa ricevente, la presenza di motivazioni e/o progetto agli atti e la verifica della Commissione HTA nel caso di attrezzature, in conformità al Regolamento approvato con Delibera n. 567 del 31/7/2015.
- Monitoraggio dei comodati d'uso e delle "prove dimostrative" e pubblicazione sul sito

Area 7. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

- Monitoraggio del registro decessi;
- Aggiornamento Regolamento Medicina necropsia aziendale approvato con Deliberazione n. 486/2011;
- Attivare, se possibile, una rotazione del personale direttamente interessato;
- Verifica delle ditte che svolgono attività funebri presso l'ospedale;
- Adottare specifiche regole di condotta all'interno dei codici di comportamento, come ad esempio, obblighi di riservatezza relativi all'evento del decesso cui devono attenersi gli operatori addetti al servizio;
- Rafforzare gli strumenti di controllo nei confronti degli operatori coinvolti (interni ed esterni) in ordine alla correttezza, legalità ed eticità nella gestione del servizio.

Area 8. Gestione risorse Umane

a) Applicazione degli istituti contrattuali relativi la gestione del rapporto di lavoro

- Applicazione/verifica della procedura aziendale in materia di gestione delle assenze del personale dipendente, in conformità alla procedura aziendale in materia di gestione delle assenze del personale dipendente approvata con delibera n. 9 dell'11/1/2016
- Monitoraggio straordinario;
- Monitoraggio situazione aziendale part-time (domande presentate);
- Applicazione/verifica del Regolamento aziendale per collocamento a riposo unilaterale adottato con deliberazione n. 634 del 14/11/2014
- Regolamentazione aziendale per il collocamento a riposo di ufficio;
- Monitoraggio annuale dei casi di collocamento a riposo unilaterale, su disposizione aziendale.

b) Formazione

- Applicazione/verifica della procedura aziendale in materia di progettazione degli eventi formativi, conformemente alla regolamentazione regionale del Sistema ECM, approvata con deliberazione n.17 del 15.1.2013
- Verifiche sulla progettazione formativa secondo le modalità interne del Sistema regionale ECM;



- Monitoraggio annuale delle autocertificazioni dei docenti degli eventi formativi aziendali o sponsorizzati.

c) Autorizzazioni per il personale dipendente

- Applicazione/verifica della Regolamentazione aziendale (Procedura sulle attività formative esterne approvata con deliberazione n. 671 del 5/12/2014) sul conferimento di incarichi esterni extraistituzionali, in accordo ai principi di legalità e trasparenza e conformemente alla vigente legislazione;
- Predisposizione di modulistica specifica per dichiarare l'assenza di conflitto di interessi in caso di incarico esterno extraistituzionale;
- Monitoraggio annuale degli incarichi extraistituzionali conferiti dall'azienda;
- Applicazione/verifica della Procedura Partecipazione a convegni ed eventi formativi esterni con oneri aziendali, approvata con deliberazione n. 16 del 12/01/2016;
- Monitoraggio annuale delle sponsorizzazioni individuali per la partecipazione ad eventi formativi esterni attraverso oneri aziendali
- Applicazione/verifica della Procedura Partecipazione a convegni ed eventi formativi esterni sponsorizzati, approvata con deliberazione n. 720 del 29/12/2014, ivi compresa la modulistica per la dichiarazione di assenza di conflitto d'interesse,
- Monitoraggio annuale delle sponsorizzazioni individuali per la partecipazione ad eventi formativi esterni sponsorizzati.

d) Concessione ed erogazione di vantaggi economici a persone fisiche

- Applicazione della procedura amministrativo-contabile che formalizzi i flussi informativi relativi al trattamento economico del personale (Misura PAC I5.1);
- Monitoraggio periodico al fine di verificare l'applicazione del corretto trattamento economico del personale dipendente, personale assimilato a dipendente, secondo la regolazione giuslavorista e previdenziale;
- Monitoraggio rimborsi spese (non per eventi formativi);
- Applicazione della procedura per rimborsi spese al personale dipendente (non per eventi formativi) approvata con Deliberazione n. 708 del 23.2.2014.

5.2 MONITORAGGIO DEL P.T.P.C. E DELLE MISURE

Il trattamento del rischio è la fase tesa a individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi. Onde evitare la pianificazione di misure astratte e non realizzabili, è opportuno progettare e scadenziare le misure a seconda delle priorità rilevate e delle risorse a disposizione. Risulta pertanto importante, dopo la fase di individuazione delle misure, una fase di controllo e di monitoraggio delle stesse.

Si elencano di seguito, le tipologie principali di misure utilizzate nel nostro Programma delle Misure, riprendendo le voci riportate nell'Aggiornamento 2015 al P.N.A.:

Tipologia Misura	Numero
C • misure di controllo;	60
T • misure di trasparenza;	29
E • misure di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento;	2



R • misure di regolamentazione;	25
O • misure di semplificazione dell'organizzazione e dei processi/procedimenti	23
F • misure di formazione;	1
S • misure di sensibilizzazione e partecipazione;	1
I • misure di disciplina del conflitto di interessi;	7

Tutte le misure evidenziate al paragrafo 5.1, rientrano in queste tipologie. Nell'Allegato 1 al presente documento accanto ad ogni misura è indicata la tipologia sulla base della Legenda prima riportata. Nell'attuale aggiornamento sono previste 148 misure di cui il 41% sono misure di controllo, il 20% di trasparenza, l'1% di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento, il 17% di regolamentazione, il 16% di semplificazione dell'organizzazione e dei processi/procedimenti, l'1% di formazione, l'1% di sensibilizzazione e partecipazione e il 5% di disciplina del conflitto di interessi.

L'identificazione della concreta misura di trattamento del rischio deve rispondere a tre requisiti:

1. Efficacia nella neutralizzazione delle cause del rischio. L'identificazione della misura di prevenzione è quindi una conseguenza logica dell'adeguata comprensione delle cause dell'evento rischioso.
2. Sostenibilità economica e organizzativa delle misure. L'identificazione delle misure di prevenzione è strettamente correlata alla capacità di attuazione da parte delle amministrazioni ed enti. Se fosse ignorato quest'aspetto, i P.T.P.C. finirebbero per essere irrealistici e quindi restare inapplicati. L'eventuale impossibilità di attuarle va motivata.
3. Adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione. L'identificazione delle misure di prevenzione è un elemento dipendente dalle caratteristiche organizzative dell'amministrazione.

Tutte le misure individuate devono essere adeguatamente programmate. Nell'allegato 1 per ogni misura è indicata:

- l'area di rischio a cui si riferisce;
- il procedimento/processo a cui si riferisce;
- le misure da adottare;
- lo stato di avanzamento della misura, ovvero i risultati del monitoraggio effettuato rispetto alle misure previste nei P.T.P.C. precedenti.
- la tipologia della misura individuata;
- gli indicatori di monitoraggio.
- i responsabili, cioè gli uffici destinati all'attuazione della misura, in un'ottica di responsabilizzazione di tutta la struttura organizzativa;

Il monitoraggio del P.T.P.C. riguarda tutte le fasi di gestione del rischio al fine di poter intercettare rischi emergenti, identificare processi organizzativi tralasciati nella fase di mappatura, prevedere nuovi e più efficaci criteri per analisi e ponderazione del rischio.

Nell'allegato 1 del presente P.T.P.C. nella colonna "Misure già adottate" è data indicazione delle risultanze degli anni precedenti.



Il R.P.C.T. provvede inoltre a pubblicare sul sito istituzionale nella sezione “Amministrazione Trasparente”, “Altri contenuti”, “Corruzione” una relazione semestrale (entro il 31/7 di ogni anno), al fine di consentire opportuni e tempestivi correttivi in caso di criticità emerse e una Relazione annuale (entro il 31/12).

5.3 GLI INDICATORI

L'effettiva attuazione delle misure si effettua attraverso gli indicatori di monitoraggio.

A tal fine è stata prevista una verifica infra annuale al fine di consentire opportuni e tempestivi correttivi in caso di criticità emerse, in particolare a seguito di scostamenti tra valori attesi e quelli rilevati attraverso gli indicatori di monitoraggio associati a ciascuna misura e una verifica annuale.

A supporto dell'attività di autoanalisi, nel P.T.P.C. (allegato 1) sono proposti alcuni indicatori contraddistinti da semplicità di calcolo e particolare valenza informativa, in modo da fotografare al meglio tutte le possibili specificità che la caratterizzano. Nel tempo, l'utilizzo costante degli indicatori, anche in funzione dell'organizzazione dei controlli interni, potrà fornire un quadro dinamico sull'andamento delle attività nell'area e sulla coerenza con il dettato normativo, consentendo di studiare e implementare misure specifiche di intervento o prevenzione dei rischi di corruzione.

Alcune misure riguardano l'implementazione/aggiornamento di Regolamenti e/o Procedure che permettono di individuare e tracciare l'iter amministrativo e/o comportamentale corretto. Sulla base del rispetto del Regolamento/procedura è possibile attivare gli indicatori di monitoraggio dell'attività inerente.

L'Azienda si è dotata di diversi regolamenti interni pubblicati sul sito Internet istituzionale nella sezione “Amministrazione trasparente” e tra le Misure individuate spesso viene richiesto l'aggiornamento dei regolamenti/linee Guida dell'Azienda. A tal proposito, si precisa che la necessità di rivedere alcuni Regolamenti ante 2014, è dovuta sostanzialmente all'introduzione della nuova normativa sulla trasparenza e prevenzione della Corruzione, che deve essere tenuta in conto per quelle attività che si ritiene soggette a “possibile” rischio di “corruzione”(Libera Professione, Sponsorizzazioni, Informatori) e quindi verranno inserite obbligatoriamente nelle misure del PTPC 2017-2019

Lo stesso dicasi per la misura di “informatizzazione” dei processi amministrativi e/o sanitari: un buon livello di informatizzazione permette maggiori controlli e verifiche sull'attività. A tal proposito si precisa che l'A.O. Mauriziano di Torino ha raggiunto, negli anni, un buon livello di informatizzazione che permette un'analisi dettagliata delle attività sanitarie e amministrative espletate con l'elaborazione di report dettagliati (sistema cruscotto). Nel paragrafo 6.10 sono portate alcuni progetti di informatizzazione in corso di realizzazione.

Si riportano, rispetto alla procedura di acquisto, alcuni indicatori che si ritiene di attivare, ripresi dall'aggiornamento del P.N.A. di ottobre 2015:

Un indicatore utile per la fase di *Programmazione* è quello relativo all'analisi del valore degli appalti affidati tramite procedure non concorrenziali (affidamenti diretti, cottimi fiduciari, procedure negoziate con e senza previa pubblicazione del bando di gara) riferiti alle stesse classi merceologiche di prodotti/servizi in un determinato arco temporale.

Un indicatore relativo alla fase di *Progettazione* riguarda il rapporto tra il numero di procedure negoziate con o senza previa pubblicazione del bando e di affidamenti diretti/cottimi fiduciari sul numero totale di procedure attivate in un definito arco temporale. Il significato di questo indice è abbastanza intuitivo. Benché, infatti, le procedure diverse da quella negoziata e da quella ristretta



siano consentite dal Codice dei contratti pubblici in determinate circostanze e/o sotto soglie ben individuate, l'eccessivo ricorso a forme di selezione dei contraenti non competitive può costituire un segnale di favore nei confronti di particolari operatori economici.

Per la fase di *Selezione del Contraente*, un indicatore facilmente calcolabile riguarda il conteggio del numero di procedure attivate in un definito arco temporale per le quali è pervenuta una sola offerta. Se, infatti, per alcune tipologia di prodotti/servizi il numero degli offerenti è mediamente molto basso, la presenza di un'unica offerta ricevuta può rappresentare un indice di procedure disegnate *ad hoc* con la specifica finalità di favorire un determinato operatore economico. Il numero di procedure con un solo offerente potrebbe essere rapportato al numero totale di procedure attivate nel periodo in esame. Può, inoltre, essere utile calcolare, per ciascuna procedura attivata in un definito arco temporale, il numero medio delle offerte escluse rispetto alle offerte presentate.

Un possibile indicatore utile per la fase di *Verifica dell'Aggiudicazione e Stipula del Contratto* può riferirsi alla ricorrenza delle aggiudicazioni ai medesimi operatori economici. L'indicatore può essere calcolato valutando, ad esempio, il rapporto tra il numero di operatori economici che risultano aggiudicatari in un arco di tempo ed il numero totale di soggetti aggiudicatari sempre riferiti al medesimo periodo. Quanto maggiore è questo rapporto tanto minore sarà la diversificazione delle aggiudicazioni tra più operatori economici.

Nella fase di *Esecuzione* può essere utile il calcolo di un indicatore che tenga conto del numero di affidamenti con almeno una variante rispetto al numero totale degli affidamenti effettuati in un determinato arco temporale. Sebbene le varianti siano consentite nei casi espressamente previsti dalla norma, la presenza di un elevato numero di contratti aggiudicati e poi modificati per effetto di varianti deve essere analizzata, verificando le cause che hanno dato luogo alla necessità di modificare il contratto iniziale.

Un ulteriore indicatore attiene al rapporto, relativamente ad un predeterminato arco temporale, tra il numero di affidamenti interessati da proroghe ed il numero complessivo di affidamenti. Fermo restando che le proroghe non sono consentite dalla norma, in alcuni casi si prorogano i contratti per brevi lassi di tempo al fine di garantire la continuità delle prestazioni in attesa di nuove aggiudicazioni o della possibilità di adesione ad accordi quadro. Alla luce dell'eccezionalità della proroga, un indicatore che evidenzi un elevato numero di contratti prorogati dovrà necessariamente condurre ad approfondite analisi sulle effettive ragioni della proroga nonché sui tempi di proroga.

Nella fase di *Rendicontazione* può essere estremamente utile verificare di quanto i contratti conclusi si siano discostati, in termini di costi e tempi di esecuzione, rispetto ai contratti inizialmente aggiudicati. Un indicatore di scostamento medio dei costi può essere calcolato rapportando gli scostamenti di costo di ogni singolo contratto con il numero complessivo dei contratti conclusi. Un indicatore siffatto non analizza le ragioni per le quali i contratti subiscono variazioni di costo; tuttavia una percentuale elevata di scostamenti di costo, in aumento e per un numero elevato di contratti, dovrebbe indurre ad adottare misure specifiche di controllo e monitoraggio.

6. MISURE OBBLIGATORIE DEL P.N.A.

Nel P.T.P.C. 2017-2018 non è stata operata la distinzione tra misure "obbligatorie" e misure "ulteriori", in quanto le misure indicate per ogni area di rischio e ogni processo sono ritenute congrue e utili rispetto ai rischi rilevati, ritenendo che la misura è una valutazione correlata all'analisi del rischio e deve essere un'azione che possa effettivamente prevenire o contrastare comportamenti corruttivi.

Tuttavia si evidenziano alcuni aspetti fondamentali, considerati nel P.N.A. come misure obbligatorie.



6.1 INTEGRAZIONE TRA P.T.P.C. E PROGRAMMA PER LA TRASPARENZA

La trasparenza costituisce un elemento imprescindibile per un buon funzionamento del servizio sanitario nel suo complesso; ciò in quanto l'esercizio trasparente delle funzioni svolte non solo consente di mettere in evidenza le criticità esistenti e permette un'azione di controllo diffuso, ma costituisce un indispensabile strumento di contrasto all'illegalità, alla corruzione e alle infiltrazioni criminali che, purtroppo, hanno colpito anche il settore della sanità.

La trasparenza deve essere intesa, quindi, non come mera pubblicazione di atti e documenti secondo quanto previsto dalla normativa vigente, ma un approccio complessivo all'attività amministrativa, non più autoreferenziale ma aperta ai cittadini.

Stante la particolare rilevanza della materia della trasparenza, la cui corretta e compiuta attuazione rappresenta una delle misure fondamentali per la prevenzione dei fenomeni di corruzione e di cattiva amministrazione, le disposizioni vigenti stabiliscono che il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità costituisce parte integrante del P.T.P.C..

All'attuale quadro normativo in materia di trasparenza il d.lgs. 97/2016 ha apportato rilevanti innovazioni nell'ottica di semplificazione e coordinamento degli strumenti di programmazione in materia di prevenzione della corruzione. Si è infatti disposta la confluenza dei contenuti del PTTI all'interno del PTPC. Non per questo l'organizzata programmazione della trasparenza perde il suo peso: anzi, chiaramente le nuove disposizioni normative stabiliscono che devono essere indicati i soggetti cui compete la trasmissione e la pubblicazione dei dati, in un'ottica di responsabilizzazione maggiore delle strutture interne delle amministrazioni ai fini dell'effettiva realizzazione di elevati standard di trasparenza.

Il D.Lgs. 97/2016 è finalizzato a rafforzare la trasparenza amministrativa introducendo da un lato forme diffuse di controllo da parte dei cittadini (adeguandosi a standard internazionali), dall'altro misure che consentono una più efficace azione di contrasto alle condotte illecite nelle pubbliche amministrazioni. Il provvedimento apporta alcune significative modifiche al D.Lgs. 33/2013, con lo scopo di ridefinire l'ambito di applicazione degli obblighi e delle misure in materia di trasparenza, prevedere misure organizzative per la pubblicazione di alcune informazioni e per la concentrazione e la riduzione degli oneri gravanti sulle amministrazioni pubbliche, razionalizzare e precisare gli obblighi di pubblicazione.

Con l'obiettivo di tendere verso un modello compiuto di trasparenza, in coerenza al D.Lgs. 97/2016, l'Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano, per mezzo del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, si è adeguata alle suddette novità legislative, intervenendo in diverse direzioni:

- aggiornando il sito istituzionale dell'Azienda, in particolare la sezione "Amministrazione trasparente". Alla luce della recente normativa, sono stati aggiornati i riferimenti normativi, introdotti nuovi obblighi di pubblicazione e segnalati quelli abrogati;
- elaborando una tabella nella quale sono elencati, in base agli articoli e ai commi del D.Lgs. 33/2013 (come modificato dal D.Lgs. 97/2016), tutti gli adempimenti previsti in materia di trasparenza, le strutture competenti, le pagine del sito istituzionale dell'Azienda collegate agli obblighi di pubblicazione e le abrogazioni intervenute a seguito dell'adozione del D.Lgs. 97/2016;
- aggiornando ed integrando la tabella relativa agli obblighi di trasparenza previsti dalla normativa vigente. Seguendo lo schema della sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale dell'Azienda, sono indicati, per ogni obbligo di pubblicazione, i sotto-settori di primo livello e i relativi sotto-settori di secondo livello. Inoltre sono specificati i termini di pubblicazione, le date degli ultimi aggiornamenti effettuati e le strutture competenti. La



tabella in questione è stata integrata con i nominativi dei responsabili degli uffici coinvolti e con le pagine del sito istituzionale dell'Azienda collegate agli obblighi di pubblicazione. Infine, per agevolare il lavoro delle diverse strutture, sono stati evidenziati gli adempimenti abrogati e le criticità riguardanti lo stato degli aggiornamenti;

- inviando ai responsabili delle strutture coinvolte le suddette tabelle riassuntive degli adempimenti in materia di trasparenza, illustrando loro le novità legislative introdotte dal D.Lgs. 97/2016 e invitandoli ad ottemperare agli obblighi di propria competenza. In tal modo, si è voluto non solo agevolare i responsabili nello svolgimento delle loro funzioni, ma anche accrescere la consapevolezza e la partecipazione dei soggetti dell'organizzazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, al fine di diffondere la cultura della legalità e dell'integrità all'interno dell'Azienda;
- assicurando un'integrazione e coordinamento tra gli obiettivi strategici in materia di trasparenza e gli obiettivi per la prevenzione della Corruzione;
- osservando i criteri di qualità delle informazioni pubblicate sul proprio sito istituzionale ai sensi dell'art. 6 del d.lgs. 33/2013: integrità, costante aggiornamento, completezza, tempestività, semplicità di consultazione, comprensibilità, omogeneità, facile accessibilità, conformità ai documenti originali, indicazione della provenienza e riutilizzabilità.

Caratteristica essenziale della sezione della trasparenza è l'indicazione dei nominativi dei soggetti responsabili della trasmissione dei dati, intesi quali uffici tenuti alla individuazione e/o alla elaborazione dei dati, e di quelli cui spetta la pubblicazione. In altre parole, nella sezione "Trasparenza" sono stati espressamente indicati i nominativi dei soggetti e gli uffici responsabili di ognuna delle citate attività e definiti i termini entro i quali prevedere l'effettiva pubblicazione di ciascun dato nonché le modalità stabilite per la vigilanza ed il monitoraggio sull'attuazione degli obblighi. L'individuazione dei responsabili delle varie fasi del flusso informativo è anche funzionale al sistema delle responsabilità previsto dal d.lgs. 33/2013.

Le amministrazioni, in una logica di piena apertura verso l'esterno, possono pubblicare "dati ulteriori" oltre a quelli espressamente indicati e richiesti da specifiche norme di legge.

La loro pubblicazione è prevista come contenuto dei PTPC dalla l. 190/2012 (art. 1, co. 9, lett. f) e dall'art. 7-bis, co. 3 del medesimo d.lgs. 33/2013 laddove stabilisce che «*le pubbliche amministrazioni possono disporre la pubblicazione nel proprio sito istituzionale di dati, informazioni e documenti che non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi del presente decreto o sulla base di specifica previsione di legge o regolamento*».

Pertanto, ogni amministrazione, in ragione delle proprie caratteristiche strutturali e funzionali, può individuare nella sezione dedicata alla trasparenza del PTPC i dati ulteriori da pubblicare nella sotto-sezione di 1° livello "Altri contenuti" sotto-sezione di 2° livello "Dati ulteriori", laddove non sia possibile ricondurli ad alcuna delle sotto-sezioni in cui deve articolarsi la sezione "Amministrazione trasparente".

L'Azienda A.O. Mauriziano, a tal fine, come da indicazioni riportate nel PNA 2016, ha pubblicato nella suddetta sezione le seguenti pagine, all'interno delle quali saranno pubblicati i relativi dati dalle strutture competenti:

- "monitoraggi personale";
- "sperimentazioni";
- "comodati d'uso";
- "donazioni";



- “prove dimostrative”.
- “spese in Cassa Economale”

Inoltre, nella sezione “Amministrazione trasparente” - “Servizi erogati”, nel rispetto di ulteriori obblighi di trasparenza previsti dal medesimo PNA, sono stati creati i collegamenti alle seguenti pagine già esistenti:

- “attività libero professionale”;
- “reclami dei pazienti”.

Sulla base delle Linee Guida (sottoposte a consultazione on line dall'ANAC il 20 dicembre 2016, con scadenza il 12 gennaio 2017) recanti indicazioni sull’attuazione dell’art. 14 del D.Lgs. 33/2013, saranno da attuarsi nel corso del 2017, gli “Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali”, come modificato dall’art. 13 del D.Lgs. 97/2016.

Il novero dei soggetti interessati risulta molto più ampio rispetto al testo previgente; gli obblighi di trasparenza riguardano, infatti, non solo i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo ma anche i titolari di incarichi dirigenziali nelle amministrazioni pubbliche.

Per le Amministrazioni e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, risulta pertanto l’obbligo di pubblicare nell’apposita sezione del sito aziendale denominata “Amministrazione Trasparente”, una serie di informazioni/dati riferite al personale che riveste qualifica dirigenziale nell’ambito dell’area Professionale, Tecnica ed Amministrativa, prescindendo dalla tipologia di incarico rivestito.

Gli obblighi in questione implicano la produzione, da parte del dirigente interessato, di alcune informazioni/dichiarazioni necessarie per l’adempimento iniziale ed il successivo aggiornamento con le cadenze previste ex lege; tra queste, ad esempio, le dichiarazioni di cui all’art. 2 della L.441/1982 (*dichiarazione su: diritti reali su beni immobili e mobili iscritti in pubblici registri, azioni di società, quote di partecipazione a società, funzioni di amministratore o di sindaco di società; copia dell’ultima dichiarazione dei redditi*) riferite oltre che al soggetto interessato, anche al coniuge non separato ed ai figli e ai parenti entro il secondo grado (*genitori, nipoti in linea retta, nonni, fratelli e sorelle*) – ove vi consentano, o in ogni caso dando evidenza del mancato consenso – e le attestazioni e dichiarazioni di cui agli artt. 3 e 4 della medesima Legge (*dichiarazione annuale sulla variazione dello situazione patrimoniale riferita ai medesimi soggetti e dichiarazione concernente le variazioni patrimoniali alla data di cessazione dall’ufficio riferita al solo interessato*).

Tale misura rientra tra gli adempimenti previsti a carico della SC GORU.

Per quanto riguarda il 2016, in generale si può affermare che tutte le strutture competenti hanno adempiuto agli obblighi di pubblicazione dei dati sul sito nella sezione “Amministrazione Trasparente”, come emerge dalla relazione del RPCT relativa al II semestre e all’esito della costante verifica contenutistica e del tempestivo aggiornamento della sezione “Amministrazione Trasparente” del sito web istituzionale; sono stati inoltre rilevati progressi nella diffusione di dati, documenti e informazioni oggetto di pubblicazione on-line ai sensi della normativa vigente.

Le risultanze delle verifiche effettuate suggeriscono un livello di pubblicazione sul sito www.mauriziano.it dei dati adeguato e confermano, altresì, l’efficacia dell’azione di sensibilizzazione sul tema della trasparenza e del loro accompagnamento in un progressivo percorso di adeguamento nell’applicazione della relativa disciplina.

Dal confronto analitico e approfondito con lo stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti emergono, difatti, significativi miglioramenti sia in termini quantitativi che qualitativi (completezza e chiarezza) delle informazioni pubblicate.



6.2 ROTAZIONE

L'Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano ha predisposto bozza del Regolamento aziendale in materia di rotazione del personale nelle strutture dell'Azienda stessa e, prima di procedere all'approvazione, dovrà nel corso del 2017 sottoporre il testo alle organizzazioni sindacali per eventuali osservazioni e proposte. Tale atto disciplina le procedure di rotazione del personale all'interno delle strutture aziendali, vista come una delle misure che le Amministrazioni hanno a disposizione in materia di prevenzione della corruzione.

E' lo stesso Piano Nazionale Anticorruzione 2016 che considera la rotazione del personale una *“misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione”*. L'alternanza che ne deriva, sempre secondo il PNA 2016, *“riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività, servizi, procedimenti e instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate”*.

Allo stesso tempo, la rotazione rappresenta anche un criterio organizzativo che può contribuire alla formazione del personale, da attuare senza determinare malfunzionamenti e inefficienze.

A tal fine, il Regolamento, disciplinando i vincoli e le modalità di rotazione, intende evitare che tale misura sia utilizzata al di fuori di un programma predeterminato e possa essere intesa o effettivamente impiegata in maniera non funzionale alle esigenze di prevenzione dei fenomeni di corruzione.

Va comunque sottolineato che in Sanità l'applicabilità del principio della rotazione presenta delle criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali.

Il settore clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di expertise consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità.

Gli incarichi amministrativi e/o tecnici richiedono anch'essi, in molti casi, competenze tecniche specifiche (ad es., ingegneria clinica, fisica sanitaria, informatica, ecc.), ma anche nel caso di competenze acquisite (si consideri la funzione del responsabile del settore protezione e prevenzione), le figure in grado di svolgere questo compito sono in numero molto limitato all'interno di un'Azienda. Anche per quanto attiene il personale dirigenziale, la rotazione dei responsabili dei settori più esposti al rischio di corruzione presenta delle criticità particolari. I dirigenti, infatti, per il tipo di poteri che esercitano e per il fatto di costituire un riferimento per il personale dipendente, sono le figure la cui funzione e azione - ove abusata - può provocare danni consistenti. Si tratta quindi di figure che dovrebbero essere maggiormente soggette a ruotare.

Al fine di contemperare l'esigenza della rotazione degli incarichi con quella del mantenimento dei livelli di competenze in un quadro generale di accrescimento delle capacità complessive dell'amministrazione sanitaria, occorre preliminarmente individuare le ipotesi in cui è possibile procedere alla rotazione degli incarichi attraverso la puntuale mappatura degli incarichi/funzioni apicali più sensibili, a partire dall'individuazione delle funzioni fungibili e utilizzando tutti gli strumenti disponibili in tema di gestione del personale ed allocazione delle risorse.

Il Regolamento, in via di realizzazione, dovrà disciplinare, in via prioritaria, le procedure di rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione in base a quanto previsto dal PTPC 2017-2018 e dovrà evitare che la rotazione sia impiegata al di fuori di un programma (su base pluriennale e calibrato in relazione alle caratteristiche peculiari di ogni Struttura) predeterminato e possa essere



intesa o effettivamente utilizzata in maniera non funzionale alle esigenze di prevenzione di fenomeni di cattiva amministrazione e corruzione.

La rotazione va vista come una condizione prospettica da costruire attraverso la messa a punto di meccanismi aziendali orientati alla pianificazione pluriennale delle esigenze formative attraverso piani mirati a contrastare le tendenze di esclusività delle competenze e a favorire l'interscambiabilità.

6.3 CONTRASTO AL RICICLAGGIO E FINANZIAMENTO DEL TERRORISMO

L'Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano ha predisposto il Regolamento aziendale in materia di diritto di contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo, approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 758 del 20 dicembre 2016. La normativa antiriciclaggio è diretta ad impedire, o comunque rendere difficile, la circolazione del denaro proveniente da attività illecite, anche a scopo di finanziamento di azioni terroristiche, attraverso una serie di prescrizioni valide anche per gli enti pubblici.

L'A.O. Ordine Mauriziano, pertanto, ha adottato il Regolamento (pubblicato sul sito nella Sezione Amministrazione Trasparente) allo scopo di:

- favorire l'individuazione, da parte dei propri Uffici, di eventuali transazioni ed operazioni economico-finanziarie che, per la presenza di caratteristiche ed elementi particolari, possano generare anche solo il sospetto di possibili azioni di riciclaggio o di finanziamento del terrorismo;
- definire la procedura di segnalazione delle operazioni sospette, supportando le competenti autorità nelle attività di prevenzione e repressione di tali fenomeni criminosi.

Il Regolamento è rivolto alle Strutture aziendali che, per la natura delle funzioni esercitate, svolgono attività finalizzate a realizzare operazioni a contenuto economico connesse con la trasmissione o la movimentazione di mezzi di pagamento di qualsiasi tipo, o con la realizzazione di un obiettivo di natura finanziaria o patrimoniale, ovvero a quelle che svolgono i controlli nei confronti dei destinatari di dette operazioni, identificati quali soggetti cui è riferita l'operazione, siano essi persone fisiche o giuridiche.

Ai fini dell'applicazione della normativa in materia di contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo, sono individuati tre livelli di responsabilità interni all'Azienda:

- il Direttore Amministrativo;
- i Direttori delle Strutture Semplici e Complesse – Gestori;
- il Direttore della S.S. Contabilità Generale e Bilancio.

6.4 MISURE DI PREVENZIONE E DOVERI DI COMPORTAMENTO DEI DIPENDENTI

Come per la trasparenza, l'individuazione di doveri di comportamento attraverso l'adozione di un Codice di comportamento è misura di carattere generale, già prevista dalla legge e ribadita dal P.N.A., volta a ripristinare un più generale rispetto di regole di condotta che favoriscano la lotta alla corruzione riducendo i rischi di comportamenti troppo aperti al condizionamento di interessi particolari in conflitto con l'interesse generale.

La misura, nel rispetto della tempistica prescritta, è stata adottata dall'Azienda. In particolare:

- il Codice aziendale è stato approvato, in esito ad una specifica fase di consultazione pubblica, con deliberazione del Direttore Generale n. 623 del 19/12/2013;
- il Codice è stato quindi pubblicato sul sito internet aziendale, www.mauriziano.it (sezione "Amministrazione Trasparente", "Disposizioni generali", "Atti generali", "Procedure", "Protocolli e regolamenti", "Codici disciplinari e di comportamento");



- sul sito internet, unitamente al Codice aziendale, sono pubblicati anche una specifica Relazione illustrativa di accompagnamento, il Codice generale di comportamento dei dipendenti pubblici (approvato con DPR 62/2013) ed i Codici disciplinari per l'area della dirigenza e per l'area del personale non dirigente;
- il Codice infine è stato oggetto di diffusione capillare nei confronti di tutto il personale aziendale (con comunicazione individuale effettuata dal RPCT in data 9 gennaio 2014);
- sulla base dell'analisi dei procedimenti disciplinari ed in linea con quanto previsto dal punto 3.2 del P.T.P.C. 2014-2016 e dall'art. 24, co. 1, lett. b), del vigente Codice di comportamento aziendale, la S.C. Personale, con nota del 27 novembre 2014, ha presentato al R.P.C.T. una proposta di integrazione dello stesso Codice, corredata da una breve Relazione esplicativa. Il R.P.C.T., vagliata e accolta l'integrazione proposta, riferita, in particolare, ad una più puntuale specificazione degli obblighi di comportamento in servizio dei dipendenti verso i propri colleghi, ha provveduto ad effettuare il primo aggiornamento annuale del Codice di comportamento aziendale. Tale adeguamento è stato formalmente approvato con Deliberazione n. 680 del 11/12/2014;
- Nel corso del 2015 non si è ritenuto di aggiornare il Codice di comportamento a seguito di conforme proposta del Presidente degli Uffici Disciplinari aziendali sulla base della considerazione che, nell'anno in questione, non è emerso alcun elemento particolare né, del resto, i procedimenti disciplinari avviati nel medesimo anno hanno evidenziato alcun tema "aggiuntivo" rispetto a quelli già previsti attualmente dal Codice.

Nel 2017, ai sensi delle Linee Guida per l'adozione dei codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale (pubblicate in consultazione on line dall'ANAC il 31 ottobre 2016, con scadenza il 21 novembre 2016), si dovrà provvedere alla revisione dell'attuale Codice di Comportamento.

Sulla base delle suddette Linee Guida, si raccomanda che il Codice:

- individui le figure cui demandare la responsabilità della diffusione e della vigilanza del rispetto dello stesso;
- coordini le ipotesi di violazione di disposizioni in esso contenute con le previsioni di legge e contrattuali in materia di sanzioni disciplinari;
- armonizzi le proprie prescrizioni con gli obiettivi aziendali, garantendo anche il collegamento con il piano annuale di valutazione delle performance aziendali, individuali e dell'organizzazione.

Il Codice deve applicarsi a tutti coloro che prestano attività lavorativa a qualsiasi titolo per l'Azienda, ovvero:

- personale operante presso l'Azienda a qualunque titolo, anche in prova, compresi i medici in formazione specialistica, i medici e gli altri professionisti sanitari convenzionati, i dottorandi di ricerca formalmente autorizzati;
- coloro che ricoprono ruoli e/o svolgono funzioni strategiche in seno all'organizzazione;
- personale operante nelle aree c.d. "a rischio generale o specifico";
- soggetti impiegati presso le strutture di rappresentanza legale dell'amministrazione;
- componenti di organi, titolari di incarichi presso gli uffici di diretta collaborazione con il vertice politico-amministrativo e soggetti impiegati presso i suddetti uffici;
- soggetti impiegati presso gli uffici per le relazioni con il pubblico;
- dipendenti di altre pubbliche amministrazioni in comando, distacco o fuori ruolo, comunque



- vincolati da un rapporto di lavoro con l'amministrazione;
- collaboratori e consulenti dell'amministrazione con qualsiasi tipologia di contratto o incarico, conferito a qualsiasi titolo;
- collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni e/o servizi che realizzano opere in favore dell'amministrazione

Il Codice deve armonizzare le proprie previsioni con le misure di trasparenza e di prevenzione della corruzione contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) e nel PTPC 2017-2019 relativamente a:

- il rispetto degli specifici obblighi di dichiarazione previsti nel PNA e nel PTPC
- la tutela dei soggetti che, fuori dai casi di responsabilità per calunnia o diffamazione, denuncino alle Autorità preposte illeciti di cui siano venuti a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro (tutela del *whistleblower*);
- i divieti stabiliti in materia di regali, compensi ed altre utilità prevedendo altresì procedure per il trattamento dei regali e delle altre utilità ricevuti al di fuori dei casi consentiti;
- il divieto di accettare, per sé o per altri, somme di denaro per qualunque importo e a qualunque titolo;
- l'utilizzo di opportuna modulistica di dichiarazione pubblica di interessi (di cui alla Determinazione A.N.AC. del 28 ottobre 2015, n. 12) anche al fine di monitorare la ricezione di regali o altre utilità, nonché di valutarne la frequenza e l'abitudine;
- un'adeguata attività di formazione dei soggetti destinatari, protesa al diffondersi della cultura dell'etica e dell'integrità;
- l'obbligo di prevenire ogni situazione che possa creare conflitto di interessi;
- l'obbligo di agire con onestà, professionalità, imparzialità, discrezione e riservatezza e di evitare comportamenti che possono nuocere agli interessi o all'immagine dell'Azienda

Da evidenziare che le Linee Guida indicano che il Codice di Comportamento contenga misure specifiche per l'attività assistenziale, in coerenza con le Aree di Rischio del PTPC "5. Attività libero professionale e liste di attesa" e "7. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero".

6.5 TUTELA DEL DIPENDENTE PUBBLICO CHE SEGNALE ILLECITI (*whistleblower*)

Un'altra importante misura innovativa prevista dalla L. 190/2012, direttamente finalizzata a favorire l'emersione di fattispecie di illecito, è quella relativa alla tutela del dipendente pubblico che segnala situazioni di illecito, ossia il cosiddetto *whistleblower*.

In particolare la disposizione prevede che la tutela del *whistleblower* si sviluppi su 3 distinti versanti, e precisamente:

- la salvaguardia dell'anonimato;
- il divieto di discriminazione;
- la sottrazione della denuncia/segnalazione al diritto di accesso.

In merito, l'Azienda ha predisposto, nel corso del 2014, la "Procedura per la segnalazione di illeciti e irregolarità" (*Whistleblowing Policy*) e il relativo "Modello per la segnalazione di condotte illecite" (c.d. *Whistleblower*), finalizzati a garantire la tutela del dipendente che denuncia situazioni di illecito (fatti di corruzione ed altri reati contro la Pubblica Amministrazione, fatti di supposto danno erariale o altri illeciti amministrativi) di cui sia venuto a conoscenza in ragione dello svolgimento della propria attività lavorativa, in linea con quanto previsto dall'art. 54 *bis* del D.Lgs n. 165/2001 (introdotto dall'art. 1, co. 51, della Legge n. 190/2012), dal P.N.A., dall'art.8 del D.P.R n. 62/2013



(Regolamento recante “Codice di comportamento dei dipendenti pubblici”), dall'art. 15 del Codice di Comportamento Aziendale e dal punto 3.10 del vigente P.T.P.C. dell' A.O. Ordine Mauriziano di Torino. A tale riguardo si evidenzia, inoltre, che, per rendere effettiva questa tutela, ad esclusiva ricezione delle segnalazioni di illecito, è stata attivata un'apposita casella di posta elettronica (segnalazioneilleciti@mauriziano.it).

La Procedura per la segnalazione di illeciti e irregolarità” e relativo “Modello per la segnalazione di condotte illecite” sono stati pubblicati nella sezione “Amministrazione Trasparente”, sotto-sezione “Disposizioni generali” – “Segnalazioni”. I Punti fondamentali sono:

Whistleblower e denunce

La segnalazione va prodotta sull'apposito Modello per la segnalazione delle condotte illecite, e può essere indirizzata:

- a) al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (R.P.C.T.) dell'A.O. Mauriziano;
- b) al Dirigente Responsabile della Struttura di appartenenza.

La segnalazione ricevuta da qualsiasi altro soggetto deve essere tempestivamente inoltrata, a cura del ricevente e nel rispetto delle garanzie di riservatezza, al R.P.C.T., il quale ne cura la protocollazione in via riservata e la custodia con modalità tali da garantire la massima sicurezza.

Qualora il segnalante rivesta la qualifica di pubblico ufficiale, l'invio della segnalazione ai soggetti indicati alle lettere a) e b) non lo esonera dall'obbligo di denunciare alla competente Autorità giudiziaria i fatti penalmente rilevanti e le ipotesi di danno erariale.

Qualora la segnalazione dovesse riguardare un Dirigente o il R.P.C.T. il modulo dovrà essere trasmesso al Direttore Generale. Nel caso invece che dovesse riguardare gli organi di vertice, la segnalazione dovrà essere direttamente inoltrata all'Autorità Giudiziaria o alla Corte dei Conti.

La segnalazione può essere presentata:

- a) mediante invio all'indirizzo di posta elettronica appositamente dedicato alla ricezione delle segnalazioni segnalazioneilleciti@mauriziano.it;
- b) tramite servizio postale (anche posta interna). In tal caso, affinché sia tutelata la riservatezza, la segnalazione deve essere inserita in una busta chiusa con la dicitura “RISERVATA PERSONALE”, recante il seguente indirizzo: “Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dell'A.O. Ordine Mauriziano di Torino” - Via Magellano, 1 - 10128 TORINO.

L'Azienda non equipara la tutela prevista per il *whistleblower* anche ai casi di denunce anonime.

La tutela del *whistleblower* infatti è relativa alla denuncia proveniente da un soggetto individuabile, mentre le segnalazioni anonime possono invece essere accettate unicamente se risultano dettagliate e circostanziate in maniera tale da far emergere fatti e situazioni in relazione a contesti determinati (ad esempio indicazione di nominativi o uffici specifici, eventi particolari, ecc.).

Tutela dell'anonimato

Per quanto riguarda la salvaguardia dell'anonimato, in caso di procedimento disciplinare l'identità del segnalante può essere rivelata all'incolpato innanzitutto in caso di espresso consenso del segnalante.

Al di fuori di questa circostanza vale il principio per cui l'identità non può essere resa nota se la segnalazione è stata decisiva ai fini dell'avvio del procedimento disciplinare (per cui l'identità è divulgabile soltanto se la segnalazione è uno degli elementi che hanno fatto emergere l'illecito, ma la contestazione avviene sulla base di altri fatti da soli sufficienti a giustificare il procedimento); unica eccezione a questo principio vale nel caso in cui la conoscenza dell'identità risulta comunque assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato (si tratta peraltro di una circostanza che può



emergere unicamente a seguito dell'audizione dell'incolpato ovvero dalle memorie difensive dallo stesso prodotte nel procedimento).

Pertanto l'Ufficio Procedimenti Disciplinari, nonché i Dirigenti e Responsabili aziendali nell'esercizio delle proprie prerogative di carattere disciplinare, si conformano a tale indirizzo di comportamento.

Divieto di discriminazione

L'azienda tutela il *whistleblower* rispetto all'adozione di eventuali misure discriminatorie, intendendo con questo termine le azioni disciplinari ingiustificate, le molestie sul luogo di lavoro ed ogni altra forma di ritorsione che determini condizioni di lavoro intollerabili per il dipendente che ha effettuato la segnalazione.

Si tratta di una tutela che presenta le seguenti caratteristiche:

- riguarda le segnalazioni effettuate all'Autorità giudiziaria, alla Corte dei conti o al proprio superiore gerarchico;
- se il dipendente ritiene di aver subito una discriminazione per il fatto di aver effettuato una segnalazione di illecito, deve darne notizia circostanziata al R.P.C.T.; questi valuta quindi la sussistenza degli elementi per effettuare la segnalazione di quanto accaduto all'Ispettorato della Funzione Pubblica;
- il dipendente può inoltre informare circa la presunta discriminazione l'organizzazione sindacale alla quale aderisce o altra organizzazione sindacale rappresentativa presente in azienda; l'organizzazione sindacale deve riferire della situazione di discriminazione all'Ispettorato della funzione pubblica se la segnalazione non è stata effettuata dal R.P.C.T.;
- il dipendente può dare notizia della presunta discriminazione anche al Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.) aziendale; il presidente del C.U.G. deve riferire della situazione di discriminazione all'Ispettorato della funzione pubblica se la segnalazione non è stata effettuata dal R.P.C.T.

Sottrazione della denuncia al diritto di accesso

L'azienda sottrae il documento contenente la segnalazione dall'eventuale esercizio del diritto di accesso esercitato nei suoi confronti: questa disposizione integra il vigente Regolamento aziendale in materia di diritto di accesso.

Unica eccezione a tale esclusione è costituita dall'ipotesi eccezionale di cui al precedente punto relativa all'identificazione del *whistleblower*.

Al fine di garantire un più ampio coinvolgimento degli Utenti nell'attività dell'Amministrazione e nell'ottica del miglioramento della qualità dei servizi erogati, nella medesima sotto-sezione è stato pubblicato il modulo per la raccolta osservazioni e reclami sulla qualità delle informazioni pubblicate ovvero in merito ai ritardi e inadempienze riscontrate (*"Scheda osservazioni/reclami sulla qualità delle informazioni pubblicate nell'area "Amministrazione Trasparente"*). In merito, a chiarimento di quanto già esplicitato nella precedente Relazione, è opportuno precisare che il suddetto modulo potrà essere inoltrato unicamente al seguente indirizzo di posta elettronica istituzionale: urp@mauriziano.it.

6.6 AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE E RAPPORTO CON LA SOCIETA' CIVILE

L'azienda imposta le proprie politiche di comunicazione e diffusione della strategia di prevenzione dei fenomeni corruttivi attraverso l'utilizzo di vari strumenti, nella consapevolezza che ai fini



Sede legale: Via Magellano, 1 - 10128 TORINO - Tel. +39 011.508.1111 - www.mauriziano.it - P.I./Cod. Fisc. 09059340019

dell'emersione dei fatti di cattiva amministrazione o sintomatici di illegalità risulta particolarmente rilevante il coinvolgimento dell'utenza e l'ascolto della cittadinanza.

Fra queste azioni di sensibilizzazione rientrano:

- la predisposizione di appositi strumenti per acquisire sistematicamente proposte, osservazioni, chiarimenti e anche segnalazioni di episodi di corruzione, cattiva amministrazione e conflitti d'interesse;
- le fasi di consultazione pubblica con cui i documenti cardine della programmazione delle politiche aziendali sul tema della trasparenza e dell'integrità sono stati preventivamente resi noti alla cittadinanza ed agli *stakeholder* esterni;
- l'organizzazione della Giornata della Trasparenza, che ha svolto un ruolo chiave in tale contesto.

La prima Giornata della Trasparenza dell'A.O. Ordine Mauriziano di Torino, si è tenuta, in concomitanza con la Conferenza dei Servizi, il 28 novembre 2014. La sezione apposita ha compreso interventi del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, dell'Organismo Indipendente di Valutazione, del rappresentante di Illuminiamo la Salute, del Comitato Unico di Garanzia, del Consigliere di Fiducia.

L'A.O., con questa iniziativa, tesa a favorire lo sviluppo della cultura amministrativa orientata all'accessibilità totale, all'integrità e alla legalità, ha voluto aprirsi all'esterno e concretizzare un proficuo confronto con interlocutori istituzionali, *stakeholder* e cittadini su tematiche quali la trasparenza, la *performance* e la prevenzione della corruzione, al fine di garantire una maggior partecipazione degli stessi nei processi che l'Azienda è chiamata a gestire, migliorando, in tal modo, non solo le informazioni di effettivo interesse, ma anche la qualità dei servizi resi all'utenza aziendale. L'evento, valido nel suo complesso come seminario di formazione per il personale dell'Azienda, ha visto una cospicua partecipazione a fronte di un grande sforzo organizzativo trasversale e ha perseguito l'obiettivo della condivisione e della valorizzazione delle esperienze degli interlocutori intervenuti.

Al termine degli interventi, come previsto dal Programma, è stata data la parola ai cittadini e agli Utenti interessati a vario titolo, per cogliere ogni suggerimento o spunto di riflessione utile ai fini del miglioramento dei livelli di trasparenza e della rielaborazione annuale dei documenti afferenti al ciclo delle *performance*.

Il 21 aprile 2015, si è svolta la prima giornata Metropolitana sull'Anticorruzione e Trasparenza, proposta da Federsanità Anci Piemonte e condivisa dalle Aziende Sanitarie dell'Area Metropolitana Torinese. Una giornata di confronto e di dibattito tra operatori istituzionalmente impegnati nel ruolo di organi di indirizzo, vigilanza, controllo e repressione e le stesse Aziende Sanitarie.

Nella prima parte della giornata si sono susseguiti gli interventi in materia di anticorruzione e trasparenza di alcuni esponenti della magistratura e del Commissario dell'Autorità Nazionale Anticorruzione.

Il Responsabile della Prevenzione alla Corruzione e la Trasparenza del A.O. Mauriziano ha partecipato al convegno, come relatore nella seconda parte della Giornata, la quale verteva sulle esperienze delle Aziende Sanitarie, sugli adempimenti normativi attinenti ai modelli applicati, le criticità e punti di forza, i riflessi sull'operato dei professionisti del SSR, prospettive e proposte dei responsabili aziendali della prevenzione alla corruzione e trasparenza.



Il 19 dicembre 2016, nell'Aula magna della Cavallerizza Reale, si è tenuta la Giornata della Trasparenza 2016 delle Aziende sanitarie della Città Metropolitana, prevista dal decreto legislativo 33 del 2013.

Le Aziende sanitarie della Città metropolitana, insieme, hanno raccolto la sfida per la diffusione della Trasparenza e per la lotta alla corruzione, con la consapevolezza che la trasparenza non deve essere intesa come mera applicazione della legge ma come un cambio di mentalità e di metodo, una rivoluzione culturale nella quale tutti dobbiamo sentirci impegnati.

Quest'anno il focus specifico è stato dedicato alla "sinergia" nella consapevolezza che occorre costruire sinergie politico-culturali e organizzative capaci di diffondere la cultura della trasparenza e per combattere corruzione e illegalità con l'azione congiunta delle forze sane del paese (istituzioni, cittadini, imprese)

6.7 COORDINAMENTO CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE

Il Piano della *performance* è un documento programmatico triennale in cui, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i *target* su cui si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance ed è redatto con lo scopo di assicurare la qualità della rappresentazione della performance, la comprensibilità della rappresentazione della performance e l'attendibilità della rappresentazione della performance.

All'interno del Piano vanno riportati:

- gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi;
- gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione;
- gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

In applicazione delle specifiche indicazioni regionali di attuazione del D.Lgs. 150/2009 e dell'aggiornamento al P.N.A., l'A.O. Ordine Mauriziano assicura che la gestione del rischio di corruzione venga realizzata attraverso l'integrazione con il Piano della *performance* e con il P.T.P.C. In particolare, il coordinamento tra P.T.P.C. e Piano della performance deve avvenire sotto due profili:

- le politiche sulla performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione;
- le misure di prevenzione della corruzione devono essere tradotte, sempre, in obiettivi organizzativi ed individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti.

Gli obiettivi annuali di attività da assegnare alle diverse strutture dell'azienda in relazione all'attuazione del P.T.P.C., con correlata graduazione economica ai fini della corresponsione del conguaglio annuale della retribuzione di risultato, vengono proposti dal R.P.C.T. alla Direzione, in tempo utile rispetto alla predisposizione del Piano annuale degli obiettivi aziendali.

Il R.P.C.T. elabora la sua proposta in modo che tali obiettivi specifici conseguano prioritariamente e direttamente dalle misure contenute nel P.T.P.C., ricalcandone pertanto adempimenti, compiti e responsabilità.

Per quanto riguarda, nello specifico, l'individuazione di specifici obiettivi annuali di attività da assegnare alle diverse strutture dell'Azienda in relazione all'area trasparenza e prevenzione della corruzione, su indicazione del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, l'amministrazione, con Deliberazione n. 370 del 12 giugno 2014, ha elaborato gli obiettivi aziendali relativi al 2014, con Deliberazione n. 384 del 30 aprile 2015, quelli relativi al 2015 e con Deliberazione n. 447 del 12 luglio 2016, quelli relativi al 2016, che sono stati oggetto di analisi e valutazione nella relazione annuale del RPCT.



Si inserisce come Misura 2017, l'individuazione di specifici obiettivi relativi agli adempimenti in materia di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza anche per la Direzione Sanitaria (e degli uffici ad essa direttamente afferenti ULP, CUP, URP, Stato Civile, ecc), della SC Farmacia e del SITRO, che come appare evidente nel Programma delle Misure, sono pesantemente coinvolti nella realizzazione di misure adeguate per prevenire i fenomeni della Corruzione.

6.8 FORMAZIONE

L'art. 1, co. 9, lett. b) della Legge n. 190/2012 stabilisce che il Piano di Prevenzione della Corruzione deve prevedere meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione. Il P.N.A. 2016, riprendendo quanto stabilito dal D.Lgs n. 165/2001 (art. 1, co. 2) specifica ulteriormente il ruolo strategico della formazione, sottolineando che la stessa deve riguardare tutti i soggetti che partecipano, a vario titolo, alla formazione e attuazione delle misure e quindi il R.P.C.T., i referenti, gli organi di indirizzo, i titolari di uffici di diretta collaborazione e di incarichi amministrativi di vertice, i responsabili degli uffici e i dipendenti. Inoltre, è essenziale che la formazione riguardi tutte le diverse fasi: l'analisi del contesto, esterno e interno; la mappatura dei processi; l'individuazione e la valutazione del rischio; l'identificazione delle misure; i profili relativi alle diverse tipologie di misure.

In proposito, l'A.O. Ordine Mauriziano di Torino ha attuato una serie di iniziative formative al fine di diffondere tra tutti i dipendenti i valori etici alla base degli interventi aziendali sui temi della legalità, di seguito riportate:

- Nel corso del 2015, ha attivato un percorso di formazione base che è proseguito nel 2016, attraverso un corso F.A.D. dal titolo “LE ALI PERCORSO DI PROMOZIONE DELLA TRASPARENZA E DELLA QUALITÀ”, in collaborazione con l'Associazione “ILLUMINIAMO LA SALUTE”. L'iniziativa è stata articolata in sette moduli: 1) Le parole per l'integrità; 2) Le forme della corruzione; 3) I casi di studio; 4) La normativa; 5) Cosa fare in concreto; 6) Gli strumenti a disposizione; 7) Test di apprendimento. Nella relazione del II semestre, pubblicata sul sito istituzionale, nella sezione “Amministrazione Trasparente”, “Altri Contenuti”, “Corruzione” sono riportati i risultati delle prime 11 edizioni organizzate (tra le quali, 4 di recupero). Il numero dei dipendenti dell'AO Mauriziano che hanno completato il corso è di 1.586, corrispondenti al 93,29% del totale dei dipendenti dell'Azienda. Dal 2017 l'iniziativa formativa è strutturata a regime come scelta strategica aziendale correntemente inserita nell'ambito del Programma Formativo annuale, prevedendone in tal modo la fruizione a tutto il personale neo-assunto.
- Nel corso del 2016, l'A.O. Ordine Mauriziano ha aderito ad una serie di giornate di studio ed approfondimento in materia di Anticorruzione e Trasparenza, rivolte ai professionisti delle Aziende Sanitarie piemontesi e organizzate dal Consorzio per la Ricerca e l'Istruzione Permanente in Economia del Piemonte (CORIPE), in collaborazione con l'ASL TO1. L'obiettivo principale del progetto formativo in esame è stato il rafforzamento e, ove necessario, il cambiamento culturale affinché tutti i soggetti che operano al servizio della tutela della salute pubblica siano un corpo sempre più integro, resistente alle infiltrazioni di interessi conflittuali, formato e competente rispetto ai possibili rischi di opacità propri del contesto lavorativo. Il progetto si è articolato in 5 moduli (singolarmente accreditati ECM) e ha visto la partecipazione di 19 dipendenti, di cui 12 sanitari, dell'A.O. Ordine Mauriziano. Nel dettaglio, gli argomenti dei singoli moduli ed i rispettivi obiettivi sono stati i seguenti:



- I. modulo I (“I conflitti di interesse nella pratica quotidiana”): acquisire da parte dei discenti la consapevolezza del rischio e i potenziali effetti secondari derivanti da conflitti di interesse non gestiti;
 - II. modulo II (“Le attività di vigilanza, controllo e ispezione”): acquisire competenze specifiche per riconoscere situazioni a rischio di opacità e di criticità nello svolgimento di attività di controllo e vigilanza. Specifica attenzione è stata riservata a temi quali i controlli nella veterinaria, le aree di competenza dei dipartimenti di prevenzione, l’accreditamento, la libera professione intramuraria e i rapporti con le imprese funebri;
 - III. modulo III (“L’introduzione e l’utilizzo di farmaci e dispositivi innovativi nel contesto clinico”): acquisire competenze specifiche per riconoscere situazioni a rischio di scarsa trasparenza nella gestione e nelle fruizioni di farmaci e device biomedici;
 - IV. modulo IV (“Le donazioni liberali e la gestione delle tecnologie biomediche”): riconoscere rischi/condizionamenti e benefici/opportunità derivanti dalla disponibilità di fondi ed elargizioni liberali, dai semplici campioni omaggio alle acquisizioni di tecnologie attraverso finanziamenti di fondazioni di origine bancaria. Specifica attenzione è stata dedicata al tema della valutazione delle tecnologie biomediche e alle esperienze più mature nel panorama nazionale;
 - V. modulo V (“L’integrità e la trasparenza nella ricerca scientifica”): acquisire competenze specifiche per riconoscere situazioni a rischio con riferimento ai punti di debolezza della ricerca scientifica, al rapporto tra risultati della ricerca e finanziamenti dell’industria, alle ricadute sui comportamenti clinici e sulla salute dei pazienti di una ricerca poco rispettosa di adeguati standard etici, al ruolo delle revisioni sistematiche e della ricerca indipendente. Specifica attenzione è stata riservata alle sperimentazioni cliniche e ai comitati etici.
- Nel corso del 2017, in collaborazione con il Settore Formazione, si dovranno organizzare nuovi eventi formativi sul campo (in forma di Gruppi di Lavoro e Focus Group), rivolti a soggetti e professionalità specifiche (Dirigenti e collaboratori in primo luogo) e diretti a sottoporre a revisione ed approfondimento l'intero processo di gestione del rischio, a partire dall'individuazione delle aree maggiormente esposte a rischio fino ad arrivare alla valutazione degli stessi rischi ed alla proposta di specifiche misure preventive.

6.9 DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI

L'obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi è un'importante misura preventiva che si realizza principalmente mediante l'astensione dalla partecipazione alla decisione del titolare dell'interesse, quando questo interesse potrebbe porsi in conflitto con il diverso interesse perseguito mediante l'esercizio della funzione pubblica e/o con l'interesse di cui sono portatori il destinatario del provvedimento e gli altri interessati e controinteressati; la situazione si realizza anche quando la decisione è di livello meramente istruttorio rispetto alla decisione finale.

Al fine di escludere situazioni di conflitto di interessi, l'A.O. Ordine Mauriziano ha adottato, nel rispetto della normativa vigente, una serie di moduli che vengono fatti firmare agli eventuali titolari di interessi.

Nell'Area “Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni”, in seguito all'emanazione dell'Aggiornamento 2015 al P.N.A., l'A.N.A.C., in collaborazione con l'Age.Na.S, ha predisposto e diffuso dei moduli standard relativi a dichiarazioni pubbliche di interessi



che possono coinvolgere i professionisti di area sanitaria e amministrativa nell'espletamento di attività inerenti alle funzioni che implicano responsabilità nella gestione delle risorse e dei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione. La modulistica in questione consente di trasferire questa buona pratica finalizzata al rafforzamento della trasparenza delle relazioni che possono coinvolgere i singoli professionisti nell'esercizio della loro professione sui quali grava la responsabilità nella gestione delle risorse e che svolgono un ruolo nei processi decisionali legati all'area dei farmaci, dei dispositivi, all'introduzione di altre tecnologie, nonché alle attività di ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione. Gli obiettivi legati alla diffusione della suddetta modulistica sono i seguenti:

- Rafforzamento della trasparenza nell'organizzazione sanitaria e nel complesso sistema di interrelazioni interprofessionali e istituzionali di cui è connotato il servizio sanitario nel suo insieme e nel contesto dei rapporti tra i professionisti che vi operano e gli altri “portatori di interesse” (*stakeholders*);
- Recupero dei valori di integrità ed etica professionale individuale ed aziendale;
- Messa a sistema degli interventi anche di *governance* amministrativa per la prevenzione dei rischi di condizionamento/conflitto di interessi e di corruzione in sanità.

Poiché la condizione di “interesse” nel sistema sanitario non necessariamente configura un “conflitto”, ma può essere percepita come condizionamento nell'espletamento dell'attività professionale con riferimento al singolo professionista e/o nella *governance*, è necessario:

1. individuare strumenti per innalzare all'interno delle aziende sanitarie i livelli di trasparenza attraverso la pubblicizzazione dei rapporti eventualmente intercorrenti tra coloro che operano nell'amministrazione e l'azienda/industria/produttori/fornitori di farmaci, dispositivi, altre tecnologie e altri beni anche non sanitari;
2. promuovere la più ampia partecipazione e condivisione dello strumento di “dichiarazione pubblica di interessi” attraverso il confronto con gli *stakeholders*;
3. mettere in chiaro, con lo strumento della dichiarazione pubblica la molteplicità di rapporti del professionista all'interno dell'organizzazione sanitaria nel suo complesso;
4. consentire da un lato, all'organizzazione presso cui il professionista opera e, dall'altro, all'azienda/industria/produttore/fornitore/sponsor, di disporre di una reciprocità di informazioni utili per gestire “in trasparenza” le attività/prestazioni professionali rese in particolari ambiti;
5. implementare, nel rispetto del trattamento dei dati sensibili, una piattaforma informativa cui il R.P.C.T. aziendale possa attingere per l'attivazione di controlli *ex ante* e/o *ex post* in seno ai sistemi aziendali di controllo interno ma anche per agevolare controlli extra-aziendali con il coinvolgimento di altri enti e/o istituzioni.

L'A.O. Ordine Mauriziano di Torino ha provveduto a diffondere, a scopo conoscitivo, la modulistica messa a disposizione dall'Agenas ai responsabili dei servizi amministrativi e sanitari, di struttura semplice e complessa, e provvederà, nel corso del successivo triennio, ad adottare la modulistica adattandola alle peculiarità specifiche dell'amministrazione.

Nel mese di giugno 2016, a seguito dell'evento formativo organizzato dal Consorzio per la Ricerca e l'Istruzione Permanente in Economia del Piemonte (CORIPE), i Responsabili per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza delle ASL TO1, TO2, TO3, TO4, TO5, dell'A.O. Ordine Mauriziano, dell'A.O.U. Città della Salute e della Scienza e dell'A.O.U. San Luigi Gonzaga di Orbassano, hanno inviato una nota alla Direzione Sanità della Regione Piemonte relativa alla gestione dei conflitti di interesse.



In particolare, al fine di contribuire al miglioramento degli strumenti messi in campo per la gestione dei conflitti di interesse, hanno evidenziato alcune riflessioni sulla modulistica messa a disposizione da Age.Na.S. sia in formato cartaceo che su supporto informatico, per la Dichiarazione pubblica di interessi dei professionisti, ritenendo che tale modulistica debba entrare a far parte di quel processo culturale utile ad approfondire e a trattare i conflitti di interesse non tanto come ulteriore adempimento burocratico, quanto come occasione di crescita e avanzamento del sistema di tutela della salute nel nostro Paese.

La proposta di Age.Na.S. rappresenta uno sforzo verso un approccio rigoroso alla gestione dei conflitti di interesse da parte dei singoli professionisti. Si tratta infatti di una serie molto dettagliata di richieste che potrebbero potenzialmente costituire un bagaglio informativo molto utile se potesse essere realmente fruibile dai decisori (per scopi di monitoraggio, verifica e miglioramento continuo), dai professionisti (quale occasione di confronto e riflessione periodica sul proprio operato), dai cittadini (al fine di poter reperire informazioni aggiornate ed esaustive relativamente ai professionisti che quotidianamente si prendono cura della loro salute).

Emergono altresì alcune criticità che, nella formulazione presente della modulistica, ne limitano fortemente le potenzialità:

- in primis non risulta chiaro chi sia tenuto alla compilazione della modulistica: manca ad esempio un riferimento esplicito al Personale Convenzionato, quali Medici di Medicina generale, Pediatri di Libera Scelta e personale universitario.
- dal punto di vista dei professionisti, le informazioni richieste appaiono non del tutto chiare (alcuni termini andrebbero meglio spiegati: si veda ad esempio “Responsabilità primarie”), impegnative nella compilazione in termini di tempo, non sempre facilmente recuperabili (vengono richiesti dati relativi a fatture di cui il professionista può non essere più in possesso); inoltre per alcune dichiarazioni (e in modo non così immediatamente comprensibile) si prevede che la certificazione venga sottoscritta dal legale rappresentante della Azienda sanitaria di appartenenza;
- dal punto di vista dei vertici aziendali, le informazioni richieste nella modulistica appaiono ridondanti rispetto ad altre richieste a cui il professionista è tenuto a rispondere per altri fini; inoltre, non risulta chiaro quale disponibilità di dati sintetici e di dettaglio possa essere messa a disposizione sia per i vertici aziendali che per gli altri soggetti istituzionali interessati (es. servizio ispettivo, RPC, ...);
- dal punto di vista dei cittadini, non è chiaro il livello di trasparenza che sarà riservato alle informazioni raccolte; in ogni caso la modulistica appare restituire informazioni complesse, di difficile interpretazione e lettura.

A fronte delle criticità sopra esposte, sono state sottoposte alla Regione Piemonte alcune possibili soluzioni migliorative:

- in primis, si potrebbe arrivare ad una Piattaforma informatica unica regionale per la dichiarazione di interessi. Quest’ultima potrebbe configurarsi come semplificazione del modello AGENAS, consentendo possibili contestualizzazioni relative alle specificità organizzative aziendali e al carattere dinamico del conflitto di interessi. La piattaforma dovrebbe:
 - poter dialogare con le fonti informative già attive presso le AASS, in modo da offrire ai professionisti modelli di dichiarazione in parte già precompilati con i dati da loro forniti per altre procedure/finalità;
 - poter interagire con la piattaforma Agenas al fine di un aggiornamento continuo delle informazioni disponibili, anche attraverso l’interazione con altre banche dati (es. AIFA, Farmindustria...).



- rispetto alla trasparenza nei confronti dei cittadini, si ritiene che le AASS potrebbero estrapolare dalla piattaforma informatica contenente tutti i dati relativi alla Dichiarazione di interesse resa dai professionisti un pacchetto informativo sintetico e semplificato da pubblicare on line sui rispettivi siti aziendali, in modo da favorire una partecipazione attiva della cittadinanza.

A seguito della suddetta nota, la Regione Piemonte ha organizzato un incontro coinvolgendo tutti i RPCT delle Aziende sanitarie piemontesi e proposto dei gruppi di lavoro sul tema.

Nell'ambito dell'Area "Contratti pubblici", l'azienda ha implementato con Deliberazione n. 529 del 16/09/2014 fra le misure preventive quella relativa all'adozione, in qualità di stazione appaltante, di specifici patti e protocolli d'integrità che i concorrenti ad una gara d'appalto devono accettare come presupposto condizionante la loro partecipazione. A seguito del decreto legislativo n. 50 del 18.4.2016, il RTPC ha provveduto all'aggiornamento e pubblicazione dei Patti di integrità.

In particolare il patto d'integrità è un documento contenente una serie di condizioni dirette a valorizzare comportamenti eticamente adeguati che la stazione appaltante richiede ai partecipanti alle gare e che permette un controllo reciproco e sanzioni (anche di carattere patrimoniale) per il caso in cui qualcuno dei partecipanti cerchi di eluderlo.

Rilevata la necessità di verificare la corretta e compiuta adozione dei Patti di Integrità, sarà compito, dei settori/servizi interessati, fornire indicazioni sul loro effettivo utilizzo, sull'applicazione delle penali previste, producendo un report puntuale e dettagliato di riscontro sull'utilizzo dei Patti.

Nell'Area "Incarichi e nomine, Acquisizioni e progressioni del personale", il decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, entrato in vigore il 4/5/2013, ha emanato specifiche disposizioni destinate a disciplinare i casi di inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi dirigenziali conferiti dalle pubbliche amministrazioni.

In particolare l'art. 3 del D.Lgs. prevede i casi di inconferibilità in caso di precedenti condanne per reati contro la pubblica amministrazione; l'art.12 sancisce invece l'incompatibilità degli incarichi dirigenziali con le cariche di componente della giunta o del consiglio regionale, nonché di componente della giunta o del consiglio di una provincia o di un comune con popolazione superiore ai 15.000 abitanti, ovvero ancora con la carica di presidente o amministratore delegato di enti di diritto privato in controllo pubblico da parte della regione.

In proposito si è provveduto a:

- accertare presso gli uffici competenti (S.C. GORU) l'assenza in servizio presso l'azienda di titolari di incarico dirigenziale dei ruoli professionale – tecnico – amministrativo ovvero del ruolo sanitario (ma in quest'ultimo caso solo di dipartimento, struttura complessa o struttura semplice di livello dipartimentale) che – per quanto a conoscenza della S.C. Personale – potessero essere interessati dall'applicazione delle disposizioni in argomento in quanto rientranti in una delle ipotetiche condizioni di inconferibilità e/o incompatibilità di cui ai citati artt. 3 e 12 del D.Lgs. 39/2013
- predisporre e diffondere alle strutture aziendali competenti l'apposita modulistica da utilizzare ai fini dell'acquisizione delle dichiarazioni di assenza di inconferibilità da presentare all'atto del conferimento di ogni nuovo incarico dirigenziale di titolare di struttura e poi da pubblicare sul sito web istituzionale; analoghe dichiarazioni sono inoltre annualmente raccolte per comprovare il mantenimento dell'assenza di cause di incompatibilità.



6.10 INFORMATIZZAZIONE DEI PROCESSI

L'informatizzazione costituisce una misura fondamentale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, in quanto è lo strumento che permette di ottemperare a quanto previsto dalla normativa vigente e quanto prescritto dall'Agenda Digitale in materia di tracciabilità e trasparenza di tutti i processi aziendali.

A tal proposito si precisa che l'A.O. Mauriziano ha raggiunto negli anni un buon livello di informatizzazione, in particolare, l'Azienda, dal punto di vista informatico ha una lunga tradizione che possiamo riassumere elencando alcuni punti di forza:

- cablaggio strutturato capillare sia ethernet che wireless;
- virtualizzazione della maggior parte dei servers;
- utilizzo di servizi in cloud computing;
- diffusa informatizzazione dei processi amministrativi e sanitari;
- dematerializzazione dei documenti sia amministrativi (fatture, ordini, mandati, reversali, delibere, ecc) che sanitari (referti);
- firma digitale e utilizzo di servizi di conservazione sostitutiva;
- offerta di servizi on line per il cittadino (prenotazioni, ritiro referti, pagamenti ticket);

Nel seguito sono dettagliati alcuni interventi che sono alla base dell'attuazione delle misure previste nel presente P.T.P.C. e quindi, come tali, sono da ritenersi misure "obbligatorie".

La **dematerializzazione** è un processo direttamente correlato con la Prevenzione della Corruzione, in quanto l'informatizzazione dei processi amministrativi e l'archiviazione dei documenti sanitari consente la loro tracciabilità, riducendo il rischio di "blocchi" non controllabili e l'emersione delle responsabilità per ciascuna fase. Inoltre assume un ruolo centrale nei temi principali del Codice dell'Amministrazione Digitale ed è una delle linee di azione più significative per la riduzione della spesa pubblica, in termini di risparmi diretti e indiretti.

Per quanto concerne i documenti amministrativi, l'Azienda ha avviato i progetti di dematerializzazione e di archiviazione sostitutiva relativi a:

- Fatture attive e passive
- Dematerializzazione mandati e reversali.
- Registro giornaliero di Protocollo
- Ordini ai fornitori
- Atti Deliberativi e Determinazione Dirigenziali
- Contratti

Per quanto concerne i documenti sanitari, le Linee Guida predisposte e pubblicate dall'Agenzia per l'Italia Digitale, costituiscono ad oggi gli indirizzi di riferimento a livello nazionale sul percorso di dematerializzazione della documentazione sanitaria digitale.

Le azioni ricomprese nelle suddette Linee Guida, riguardano la firma, il consolidamento, l'archiviazione, la conservazione ed esibizione del documento informatico; ad oggi l'A.O. Mauriziano ha attivato la firma digitale e l'archiviazione sostitutiva dei referti di Radiodiagnostica e Laboratorio Analisi e per le prescrizioni-somministrazione dei farmaci presso il reparto 4B.

Nel corso del 2017 intende proseguire con la dematerializzazione e archiviazione legale dei referti di tutte le specialità, dei verbali di Pronto Soccorso, delle lettere di dimissione. A tal fine con Deliberazione n. 526 del 27.7.2016 è stato approvato il Regolamento aziendale per la firma digitale e con Deliberazione n. 701 del 16.11.2016 è stata approvata la Procedura di applicazione della firma digitale dei documenti sanitari.



Tra gli atti amministrativi generali si segnala anche il Manuale di gestione del protocollo informatico, dei flussi documentali e degli archivi, la cui pubblicazione sul sito istituzionale è espressamente prevista dall'art. 5 co. 3 del DPCM 3 dicembre 2013 Regole tecniche per il protocollo informatico ai sensi degli articoli 40 -bis , 41, 47, 57 -bis e 71, del Codice dell'Amministrazione digitale di cui al decreto legislativo n. 82 del 2005. Tale Manuale è stato indicato come Misura da attuare nel corso del 2017.

In tale ambito rientra inoltre l'attuazione della “Dematerializzazione della ricetta medica” (DM del 2.11.2011) e il progetto SIRPED (Sistema Informativo Regionale Prescrizione Elettronica e Dematerializzata) della Regione Piemonte, che prevede la sostituzione della ricetta cartacea con la ricetta elettronica e dematerializzata secondo le modalità previste dai decreti e disciplinari pubblicati dal MEF nell'ambito del Progetto Tessera Sanitaria. Come da direttive regionali nel corso del 2016, l'AO Mauriziano ha completato l'attuazione del software per la "prescrizione", "presa in carico", "erogazione" della ricetta dematerializzata, che dovrà entrare a regime nei primi mesi del 2017.

L'Informatizzazione delle **liste di attesa** e della trasparenza delle procedure di gestione delle prenotazioni è fondamentale nell'operatività di un'azienda sanitaria perché dalla qualità di tale gestione dipendono l'efficienza dei servizi, l'ottimizzazione delle risorse e l'immagine che il paziente trae dall'ospedale che gli ha erogato una prestazione sanitaria.

E' stata predisposta opportuna procedura approvata con Deliberazione n. 453 del 12.7.2016 per garantire la regolarità e la trasparenza del percorso di inserimento dei pazienti in lista d'attesa per il ricovero e per il ricovero, sulla base della quale sono state implementate apposite procedure informatiche.

L'obiettivo è condividere un percorso per il governo delle liste di attesa finalizzato a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari, che si realizza con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza, del rispetto delle classi di priorità e della trasparenza del sistema a tutti i livelli.

L'A.O. Mauriziano ha avviato nell'ultimo triennio il progetto “**Controllo dei Consumi e della Giacenza di Reparto** “ con l'obiettivo di controllare i consumi per l'attività chirurgica ed interventistica e le giacenze nei reparti di degenza e ambulatori, con il raggiungimento di alcuni preventivi risultati:

- controllo in tempo reale della giacenza.
- riduzione delle scorte e programmazione in tempo reale degli acquisti
- analisi del consumo per tipo attività e per percorso di cura
- valutazione del livello di standardizzazione delle risorse impiegate
- controllo dei lotti dei presidi impiegati
- controllo della giacenza a tempi prefissati
- riduzione delle scorte e analisi dell'approvvigionamento

Dall'informatizzazione dei processi e l'automazione delle fasi sopra indicate sono possibili risultati di miglioramento dell'efficienza, diminuendo l'incidenza degli errori e accorciando i tempi necessari a garantire la presenza dei materiali nei reparti. L'implementazione di indicatori dinamici per il riapprovvigionamento permettono di tarare progressivamente le giacenze dei magazzini sui consumi effettivi e il valore delle scorte nei magazzini centrali diminuisce progressivamente. La riduzione delle scorte consente inoltre di riorganizzare gli spazi all'interno dei magazzini e di individuare percorsi dedicati per le diverse tipologie di materiali in un'ottica di Risk Management.



L'Azienda ha attivato, in via sperimentale, un progetto per implementare, all'interno della cartella clinica informatizzata, il processo di **gestione delle terapie** in reparto dalla prescrizione, alla preparazione fino alla somministrazione al paziente.

Il sistema permette da un lato di sostituire l'attuale supporto cartaceo documentale alla gestione delle terapie (scheda terapeutica) dall'altro di fornire a tutti gli operatori coinvolti (medici e d infermieri) un'interfaccia unica e controllata, cosiddetta Scheda Unica di Terapia (SUT) informatizzata, nonché di permettere la tracciabilità informatica delle terapie la loro associazione alle altre informazioni cliniche digitalizzate e di attribuire i costi relativi alla singola terapia e al singolo paziente.

Dall'adozione della SUT informatizzata sono attesi, in primo luogo, risultati in termini di risk management, intesi sia come miglioramento della sicurezza del paziente sottoposto a terapie farmacologiche, sia come contenimento dei costi legati alla gestione del rischio clinico. Sono attesi inoltre miglioramenti nell'appropriatezza prescrittiva essendo controllata la selezione dei farmaci prescrittibili (integrazione con il prontuario aziendale, richieste motivate per farmaci ad alto costo, fuori prontuario) e nella gestione della catena di prescrizione, approvvigionamento e somministrazione potendo attivare un magazzino informatizzato di reparto integrato con il sistema di preparazione e somministrazione. Infine tutte le fasi del processo sono associate all'utente che le ha eseguite e che si è collegato al sistema attraverso un'autenticazione forte con chiave elettronica; in tale modo è sempre riconducibile l'operatore responsabile della singola fase (medico prescrittore, infermiere preparatore, infermiere somministratore).

In fase sperimentale il software è stato attivato presso il Dipartimento Chirurgico e si auspica di estenderlo ad altri Dipartimenti nel corso del 2017

Servizi on-line per il cittadino: rientrano in questa azione tutti i servizi mirati a favorire l'erogazione di servizi delle Pubbliche Amministrazioni in modalità telematica; in particolare l'A.O. Mauriziano ha attivato i seguenti servizi di interoperabilità:

- Ritiro Referti On Line Laboratorio Analisi;
- Ritiro Referti On Line Radiologia comprensivo delle immagini associate al referto;
- Invio dei referti ad una Certification Authority scelte dall'Azienda Sanitaria per il servizio di Conservazione Legale Sostitutiva (CLS);
- Gateway di Pagamento Aziendale per i Ticket on line delle prestazioni;
- Fascicolo Sanitario Elettronico

7. OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

Il presente P.T.P.C. 2017-2018 è stato predisposto in attuazione della normativa vigente in materia di anticorruzione e, in particolare, seguendo le disposizioni contenute nel P.N.A. 2016, il cui obiettivo è quello di indirizzare le pubbliche amministrazioni verso l'individuazione di misure che siano effettivamente in grado di incidere sui fenomeni corruttivi.

Preso atto di quanto indicato dall'A.N.A.C. nell'aggiornamento al P.N.A. e nel "Rapporto sullo stato di attuazione e sulla qualità dei piani triennali di prevenzione della corruzione nelle amministrazioni pubbliche 2015-2017", l'A.O. Ordine Mauriziano di Torino ha ritenuto, in primo luogo, necessario svolgere un'analisi più approfondita e adeguata del contesto sia interno che esterno al fine di interpretare nella maniera più corretta le dinamiche socio-territoriali e predisporre di conseguenza il P.T.P.C.



In secondo luogo, il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ha cercato di coinvolgere, nella redazione del Piano, nella mappatura delle aree di rischio e nell'identificazione delle misure i responsabili degli uffici, per le parti di rispettiva competenza, consapevole del fatto che solamente con la collaborazione di tutti al processo di gestione del rischio è possibile individuare una strategia in grado di prevenire fenomeni corruttivi.

Il R.P.C.T. ha infine richiamato le misure obbligatorie del P.N.A., già ampiamente trattate nel precedente P.T.P.C. 2015-2017, insistendo in particolar modo sul ruolo strategico della formazione, essenziale al raggiungimento dell'obiettivo di una migliore qualità delle misure di prevenzione, e sull'importanza del rapporto con la società civile, necessario al fine di diffondere nei cittadini la fiducia in un sistema, quello sanitario, che dovrebbe essere incentrato esclusivamente sulla tutela del diritto costituzionalmente riconosciuto all'art. 32, ossia il diritto alla salute.

Allegato 1 – Programma delle Misure 2017-2019

Allegato 2 – Sezione Programmazione Trasparenza

Allegato 3 – Comunicati – Direttive Anac 2016

Torino, 31 gennaio 2017

IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE
DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA
Dott. ssa Silvia Torrenzo
- firmato in originale -