



Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione

2018 - 2020

31 gennaio 2018



“L’importanza della prevenzione della corruzione non sarà mai troppo sottolineata nella sua rilevanza. Nel lungo periodo, è infatti il mezzo principe per ridurre drasticamente gli episodi di corruzione ed il livello di tolleranza delle opinioni pubbliche, due aspetti interconnessi fra loro.

Prevenzione significa in primo luogo un investimento in cultura ed educazione civica, per contribuire a creare un clima di maggior rispetto della cosa pubblica e far crescere il disvalore sociale della corruzione: quindi, attività di formazione soprattutto nelle scuole e nelle Università. Nelle Amministrazioni, significa piani di integrità che valutino i rischi di corruzione all’interno degli enti e istituiscano meccanismi di prevenzione, accompagnando tali misure ad un controllo efficace sulla loro attuazione, tenendo conto delle metodologie regionali già esistenti di attuazione e monitoraggio dei piani di integrità.

Prevenzione significa al tempo stesso elaborare un codice di condotta nazionale per le Amministrazioni e appositi codici per ciascuna di esse tenendo conto delle rispettive peculiarità, anche in tal caso approntando sistemi di controllo sulla loro attuazione”.

Intervento del **Presidente dell’A.N.A.C. Raffaele Cantone** al seminario: “Security, the Western Balkans and the UK: working together to address shared challenges”. Londra, 18-20 ottobre 2017



Indice generale

1. ABBREVIAZIONI E ACRONIMI.....	4
2. CARATTERISTICHE GENERALI DEL PTPC.....	5
3. ANALISI DEL CONTESTO.....	6
3.1 CONTESTO ESTERNO.....	7
3.2 CONTESTO INTERNO.....	13
3.2.1 Il modello organizzativo.....	14
3.2.2 I soggetti interni.....	14
3.2.3 Procedimento di predisposizione del PTPC e suo aggiornamento.....	21
3.3 GESTIONE DEL RISCHIO.....	22
3.3.1 Definizione del concetto di “rischio”.....	22
3.3.2 Principi per la gestione del rischio.....	23
3.3.3 Aree di Rischio e Mappatura dei Processi.....	23
4. VALUTAZIONE DEL RISCHIO.....	34
5. TRATTAMENTO DEL RISCHIO.....	54
5.1 IDENTIFICAZIONE DELLE MISURE.....	54
5.2 MONITORAGGIO DEL P.T.P.C. E DELLE MISURE.....	63
5.3 GLI INDICATORI.....	66
6. MISURE OBBLIGATORIE DEL PNA.....	67
6.1 INTEGRAZIONE TRA PTPC E PROGRAMMA PER LA TRASPARENZA.....	67
6.2 ROTAZIONE.....	71
6.3 CONTRASTO AL RICICLAGGIO E FINANZIAMENTO DEL TERRORISMO.....	72
6.4 PREVENZIONE E DOVERI DI COMPORTAMENTO DEI DIPENDENTI.....	73
6.5 TUTELA DEL DIPENDENTE PUBBLICO CHE SEGNALE ILLECITI.....	74
6.6 AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE E RAPPORTO CON LA SOCIETÀ CIVILE.....	76
6.7 COORDINAMENTO CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE.....	77
6.8 FORMAZIONE.....	78
6.9 CONFLITTO DI INTERESSI.....	79
6.9.1 Dichiarazione pubblica di interessi.....	80
6.9.2 Patti di integrità.....	80
6.9.3 Inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi dirigenziali.....	81
6.10 INFORMATIZZAZIONE DEI PROCESSI.....	81



1. ABBREVIAZIONI E ACRONIMI

Age.Na.S.: Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
AgID: Agenzia per l'Italia Digitale
A.N.A.C.: Autorità Nazionale Anti-Corruzione (ex CiVIT)
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
CIG.: Codice Identificativo di Gara
CiVIT: Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche (oggi ANAC)
D.G.R.: Deliberazione della Giunta Regionale
D.L.: Decreto Legge
D.Lgs: Decreto Legislativo
D.P.R.: Decreto del Presidente della Repubblica
ECM.: Educazione Continua in Medicina
FAD.: 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
PAC.: Percorso Attuativo della Certificabilità
PNA.: Piano Nazionale Anticorruzione
PTPC.: Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione
PTTI.: Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità
RPCT.: Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
RUP.: Responsabile Unico del Procedimento
SDO.: Scheda di Dimissione Ospedaliera
S.S.N.: Servizio Sanitario Nazionale
SC.: Struttura Complessa
SS.: Struttura Semplice
S.S.N.: Servizio Sanitario Nazionale
S.S.R.: Servizio Sanitario Regionale
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 PTPC

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 D.P.R. 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 (PTTI) 2014-2016, che costituisce sezione autonoma e parte integrante del PTPC;
- con Deliberazione n. 680 del 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 (PTPC) 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 (PTPC) 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 (PTPC) 2016-2018 e l'aggiornamento al PTTI 2016-2018;
- Con Deliberazione n. 78 del 30 gennaio 2017, l'aggiornamento del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC) 2017-2019.

Sulla base dei suddetti documenti ed in conformità alle succitate disposizioni normative il RPCT ha predisposto la Relazione semestrale e quella annuale sullo stato di attuazione del PTPC, 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 PTPC 2018-2020 rappresenta un aggiornamento del precedente Piano e viene predisposto nel rispetto delle normative in vigore e dei risultati evidenziati nell'anno 2017.

Come già affermato nel precedente Piano, il PTPC 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. 33/2013 (come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016) e ribadito dall'art. 11, c. 1 del D.Lgs. n. 150/2009: "*La trasparenza è intesa come accessibilità totale, anche attraverso lo strumento della pubblicazione sui siti istituzionali*



delle amministrazioni pubbliche, delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione svolta dagli organi competenti, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità. Essa costituisce livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche ai sensi dell'art. 117, c. 2, lett. m) della Costituzione”.

3. ANALISI DEL CONTESTO

L'analisi del contesto (esterno e interno) ha l'obiettivo di evidenziare come le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'A.O. 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 i 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'A.O. Ordine Mauriziano, in forza delle sue competenze e sulla base di quest'ambito di intervento, individuare i soggetti che interagiscono con l'Azienda.

Con la 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'A.O. Ordine Mauriziano sono:

- i cittadini, nella duplice veste di pazienti e familiari;
- i fornitori e tutti coloro che hanno rapporti “commerciali” con l'Azienda;
- i dipendenti, specializzandi, stagisti, ecc;
- 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 2017 – che permettono di capire l'entità del fenomeno:



<i>Attività</i>	Numero ricoveri ordinari	15.601
	Numero DH/DSurgery	7.318
	Numero prestazioni ambulatoriali x esterni (attività istituzionale)	1.328.611
	Numero di prestazioni in regime di LP	26.328
	Numero accessi PS	57.980
<hr/>		
<i>Amministrazione</i>	Numero fatture attive	3.948
	Numero fatture passive	23.793
	Numero ordini	20.039
	Numero atti deliberativi\determine	927
	Registrazioni di Protocollo	18.803
<hr/>		
<i>Personale</i>	Medico Dirigente	286
	Sanitario non medico Dirigente	28
	Dirigente Tecnico-Professionale-Amministrativo	10
	Ruolo Sanitario	757
	Ruolo Amministrativo	192
	Ruolo Tecnico	435
	Totale dipendenti	1.708

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 report pubblicati durante l'anno 2017 e analizzati di seguito.

Più in generale, diverse ricerche e analisi internazionali descrivono l'Italia come un Paese in cui la corruzione è dilagante e sistemica relegandola, come 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 il miglioramento di una posizione rispetto all'anno precedente – assegna all'Italia 47 punti e la posizione 60 per livello di corruzione percepita dagli investitori internazionali e dagli uomini d'affari.

Quello della sanità è un settore particolarmente esposto ad un elevato rischio di corruzione, come evidenziato da diverse analisi e ricerche pubblicate negli ultimi anni, da una parte perché le risorse in gioco sono notevoli (più di 115 miliardi l'anno), dall'altra perché si tratta di un servizio essenziale, non sostituibile o eliminabile.

Nel **Report Istat 2015-2016** (pubblicato il 12 ottobre 2017) si stima che il 7,9% delle famiglie abbia ricevuto richieste di denaro, favori, regali o altro in cambio di servizi o agevolazioni nel corso



della vita; il 2,7% le ha ricevute negli ultimi 3 anni, l'1,2% negli ultimi 12 mesi. Della percentuale totale il 2,4% delle famiglie dichiara di avere ricevuto queste richieste in ambito sanitario, di cui il 69% da parte di un medico, il 10,9% da parte di un infermiere, nel 19,6% dei casi da altro personale sanitario, mentre per un altro 11,1% si è trattato di figure professionali non sanitarie.

Sempre sul fronte sanità, il 9,7% delle famiglie (5,5% negli ultimi 3 anni) ha ricevuto la richiesta di fare, per un suo componente, una visita a pagamento nello studio privato del medico prima di accedere al servizio pubblico per essere curati (ad esempio prima di un intervento chirurgico, un parto, o per esami specialistici). Sebbene questi casi non rappresentino nella definizione giuridica italiana circostanze di vera e propria corruzione, sono però rappresentativi di situazioni in cui per avere un servizio pubblicamente disponibile in realtà si è indotti a "pagare", senza contare che, a livello internazionale, sono parte della "corruption" in senso esteso.

Il dato che fa riflettere è il grado di soddisfazione delle famiglie che hanno accettato lo scambio, ben l'85,2% ritiene che aver pagato sia stato utile per ottenere quanto desiderato; in particolare, nell'ambito della prestazione sanitaria l'82,8% delle famiglie si ritiene soddisfatta e il 73,8% delle famiglie ricorrerebbe di nuovo all'uso del denaro, dei favori o dei regali per ottenere un servizio.

Un altro dato importante è la quota di famiglie che hanno denunciato l'episodio corruttivo rappresentata dal 2,2%, mentre la quasi totalità non lo ha fatto (95,7%). Tra i motivi della non denuncia viene evidenziata soprattutto la sua inutilità (39,4% dei casi) e la consuetudine della pratica per raggiungere i propri obiettivi (14%); seguono il non sapere chi denunciare (12,5%) e la paura delle rappresaglie e delle conseguenze – anche giuridiche – della denuncia (12,4%). Altri invece ribadiscono l'utilità del vantaggio avuto a seguito della transazione corruttiva (9,2%).

Nell'analisi – da parte del report – degli occupati e di coloro che hanno lavorato in passato è stato chiesto se hanno mai assistito, nel loro ambiente di lavoro, a scambi di favori o di denaro che hanno considerato illeciti o inopportuni. È capitato ad oltre 1 milione e 900 mila persone (5,0%). Il Piemonte risulta al di sotto di questa media con una percentuale del 3,7%, mentre la maglia nera è rappresentata dal Lazio con il 7,5% di occupati/ex lavoratori che hanno assistito nel loro ambiente di lavoro a scambi illeciti. Di tutte le persone analizzate nel 55% dei casi coloro che hanno assistito a questi scambi illeciti non hanno preso alcuna iniziativa, il 17,3% ne ha parlato soltanto con persone al di fuori dell'ambito lavorativo come familiari o amici, il 13,9% con colleghi fidati e il 9,4% direttamente con la persona coinvolta.

Solo l'11,8% lo ha segnalato ad un superiore e appena l'1,9% al Responsabile Anticorruzione presente sul luogo di lavoro anche se, al riguardo, va segnalato che questa figura è prevista solo nell'ambito della Pubblica Amministrazione e da pochi anni a questa parte (L. n. 190/2012).

Il report "**Curiamo la Corruzione 2017**", pubblicato ad aprile 2017, permette di evidenziare:

1. La percezione della corruzione in sanità:

- nel 25,7% delle Aziende Sanitarie si sono verificati episodi di corruzione nell'ultimo anno;
- il 42,6% delle Aziende Sanitarie ha un indice alto (14,7%) o medio-alto (27,9%) di percezione del rischio;
- secondo il 63,2% dei Responsabili per la Prevenzione della Corruzione intervistati, la corruzione in sanità rimane stabile;
- il 64,7% dei Responsabili per la Prevenzione della Corruzione intervistati ritiene che il rischio nella propria Azienda sia moderato, solo il 5,9% lo giudica elevato;



- i settori ritenuti maggiormente a rischio dagli intervistati sono quello degli acquisti e delle forniture, le liste d'attesa e le assunzioni del personale.
2. Rischi di corruzione in sanità:
- il 51,7% delle Aziende Sanitarie non si è adeguatamente dotata di strumenti anticorruzione, come previsto dalla L. n. 190/2012;
 - i rischi di corruzione più frequenti sono: 1) violazione delle liste d'attesa (45%); 2) segnalazione dei decessi alle imprese funebri private (44%); 3) favoritismi ai pazienti provenienti dalla libera professione (41%); 4) prescrizione di farmaci a seguito di sponsorizzazioni (38%); 5) falsificazione delle condizioni del paziente per aggirare il sistema delle liste d'attesa (37%);
 - i rischi di corruzione più elevati sono: 1) sperimentazione clinica condizionata dagli sponsor (51,6%); 2) prescrizione di farmaci a seguito di sponsorizzazioni (49,2%); 3) la violazione dei regolamenti di polizia mortuaria (46,8%); 4) favoritismi ai pazienti provenienti dalla libera professione (45,6%); 5) segnalazione dei decessi alle imprese funebri private (44,8%);
 - l'assenza di standardizzazione e le differenze nella classificazione dei rischi di corruzione nei PTPC, rendono più complesse sia la valutazione dei piani stessi, sia l'attività di analisi e confronto più precisi sui rischi di corruzione in sanità.
3. Analisi economica degli sprechi in sanità:
- la stima della corruzione sommata agli sprechi, misurata con un nuovo indicatore di inefficienza, oscilla intorno al 6% delle spese correnti annue del S.S.N. (dati 2013);
 - l'ammontare delle potenziali inefficienze nell'acquisto di beni e servizi sanitari nel S.S.N. è stimato in circa 13 mld di euro;
 - nelle A.S.L., la componente di spesa più a rischio di inefficienza è l'acquisto di servizi sanitari, mentre nelle Aziende Ospedaliere è l'acquisto di beni sanitari;
 - le A.S.L. del Nord-Est e del Centro Italia presentano valori di spesa per residente più eterogenei tra di loro, mentre le A.O. del Sud Italia presentano valori di spesa per dimesso mediamente più omogenei rispetto a quelle del Nord e del Centro;
 - una maggiore inefficienza si riscontra in quelle Regioni in cui le A.S.L. e A.O. sono caratterizzate da modelli gestionali completamente disaggregati, tanto dal punto di vista organizzativo che da quello economico-finanziario.

Altri dati emergono dalla **Relazione annuale 2016 A.N.A.C.** pubblicata il 6 luglio 2017, che ripercorre le sfide affrontate in questi mesi dall'Authority. Nel settore della sanità, il campione di PTPC analizzati (PTPC 2016-2018) risulta ancora lontano dal risultato atteso. Dall'analisi del monitoraggio emerge che le indicazioni contenute nell'Aggiornamento 2015 al PNA sono state seguite dagli enti interessati solo in parte. Considerando le amministrazioni facenti parte del campione, una bassa percentuale di A.S.L. e Policlinici universitari hanno censito alcuni dei processi tipici delle amministrazioni del comparto. Anche con riferimento alle misure specifiche suggerite dall'Aggiornamento 2015 al PNA nel focus sulla sanità, i livelli di recepimento rimangono tendenzialmente bassi (comunque sempre inferiori al 40%).

In generale si è registrato da un lato, il superamento di alcune delle criticità sperimentate nelle precedenti annualità, legate perlopiù all'individuazione dei rischi di corruzione e alla capacità di collegarli adeguatamente ai processi organizzativi; dall'altro, il permanere delle difficoltà delle



amministrazioni con particolare riferimento alle fasi di ponderazione del rischio. È emersa la necessità di migliorare le seguenti fasi: l'analisi del contesto, esterno e interno, la mappatura dei processi, l'individuazione e la valutazione del rischio, l'identificazione delle misure e le modalità di verifica, monitoraggio e controllo delle stesse. In questa prospettiva, il PNA 2016 ha offerto ulteriori orientamenti e indicazioni a supporto delle amministrazioni, favorendo anche lo scambio di buone pratiche.

Il **PNA 2017** (Delibera n. 1208 del 22 novembre 2017) ha svolto, in collaborazione con l'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", un'analisi dei Piani triennali per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza (campione di 577) riferiti al triennio 2017-2019, al fine di identificare le principali criticità incontrate dalle amministrazioni nella loro elaborazione e di migliorare il supporto dell'A.N.A.C. nei confronti delle pubbliche amministrazioni e degli altri soggetti cui si applica la normativa.

Circa il 73% delle amministrazioni ha realizzato l'analisi del contesto esterno, segnando un netto aumento rispetto alle rilevazioni passate. Il 34%, tuttavia, lo fa utilizzando pochi dati o dati poco significativi, mentre il 28% pur disponendo di una buona base di dati (pertinenti e significativi), non utilizza le informazioni per illustrare l'impatto di tali variabili sul rischio corruzione. Solo il 10% realizza le analisi dando evidenza dell'impatto dei dati rilevati sul rischio corruttivo per la propria organizzazione.

Nel **Rapporto annuale sugli ospedali** curato da Ermeneia per conto dell'Aiop, è stato rilevato che sono presenti delle irregolarità nel rapporto tra visite a pagamento e gestione delle liste d'attesa: nell'ottobre 2017, l'Istat ha certificato che il 9,7% delle famiglie (2 milioni e 700 mila assistiti) ha richiesto una visita a pagamento prima di affrontare terapie o operazioni chirurgiche. Questo metodo potrebbe rappresentare un modo per aggirare le liste d'attesa, in quanto il medico che effettua la visita a pagamento è poi in grado di agevolare gli interventi successivi.

A questo proposito, il Presidente dell'A.N.A.C. ha additato la scarsa trasparenza nella gestione delle liste d'attesa come una delle principali fonti di corruzione in sanità: il su citato rapporto Aiop indica che il 46,5% degli assistiti pensa che la prima causa dei 40 miliardi di spesa sanitaria privata sia da far risalire proprio alle attese troppo lunghe.

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

- con la Circolare n. 2/2017 del Ministero per la semplificazione e la pubblica amministrazione, sono state poste le linee guida per la definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico a dati non oggetto di pubblicazione obbligatoria disciplinato dagli artt. 5 e 5-bis del decreto trasparenza. Tale tipologia di accesso (accesso generalizzato), delineata nel novellato art. 5, c. 2 del decreto trasparenza, ai sensi del quale "*chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del presente decreto, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, secondo quanto previsto dall'art. 5-bis*", si traduce in un diritto di accesso non condizionato dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti ed avente ad oggetto tutti i dati e i documenti e informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli per i quali è stabilito un obbligo di pubblicazione.



La *ratio* della riforma risiede nella dichiarata finalità di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico (art. 5, c. 2 del Decreto Trasparenza).

- Il Rapporto A.N.A.C. del 06/02/2017: “Analisi istruttoria per l'individuazione di indicatori di rischio corruzione e di prevenzione e contrasto nelle amministrazioni pubbliche coinvolte nella politica di coesione”. Uno studio realizzato contenente una proposta operativa di cui si ipotizza la realizzazione nell'ambito del Programma Operativo Nazionale Governance e Capacità Istituzionale 2014-2020. La proposta è articolata in più fasi con l'obiettivo di garantire la produzione statistica di indicatori per la misurazione di fenomeni corruttivi a livello territoriale, e il loro periodico aggiornamento.
- La Delibera A.N.A.C. n. 330 del 29/03/2017: “Regolamento sull'esercizio dell'attività di vigilanza in materia di prevenzione della corruzione”, al fine di adempiere alla necessità di adeguare la disciplina dell'esercizio dell'attività di vigilanza in materia di anticorruzione alle novità legislative e per meglio precisare – alla luce dell'esperienza maturata nei primi due anni di attività di vigilanza – il ruolo e i poteri dell'A.N.A.C. L'attività di vigilanza svolta dall'Autorità ha la finalità di individuare, anche sulla base delle segnalazioni pervenute, le aree di attività amministrative di maggiore esposizione al rischio di corruzione, nonché di dare adeguato sostegno alle amministrazioni e agli altri soggetti nell'adozione e attuazione di concrete misure di prevenzione della corruzione.
- Il Rapporto del 22/06/2017 dell'A.N.A.C. intitolato: “Prevenzione della corruzione, segnalazioni di illeciti e tutela del dipendente pubblico: presentazione del secondo monitoraggio nazionale sull'applicazione del *whistleblowing*” successivamente diventata Legge il 30 novembre 2017, n. 179.
- Il 31 maggio 2017 è stato firmato il Piano Triennale per l'informatica nella Pubblica Amministrazione, al fine di offrire un indirizzo strategico, tecnologico ed economico destinato a tutte le Pubbliche Amministrazioni per accompagnarle nel processo di trasformazione digitale; a questo proposito l'A.O. Ordine Mauriziano ha preso provvedimenti, al fine di uniformarsi al processo di trasformazione digitale e alla Circolare n. 2/2017 del 18 aprile 2017, recante: «*Misure minime di sicurezza ICT per le Pubbliche Amministrazioni*».
- I meccanismi di centralizzazione degli acquisti che oltre a consentire alle amministrazioni di ottenere prezzi più vantaggiosi – 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 l'utilizzo per gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, per l'acquisto di beni e servizi CONSIP o altri soggetti aggregatori, di 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'art. 1, c. 455, L. n. 296/2006.
Quest'ultima indicazione 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 L. Regionale n. 19/2007 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.



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 dell'art. 1, c. 2, L.R. n. 20/2013, le A.S.R. 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, come evidente dal Programma biennale degli acquisti di beni e servizi pubblicato nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito aziendale.

- La realizzazione del programma di lavoro previsto dal "Percorso Attuativo di Certificabilità -PAC" (Deliberazione della Giunta Regionale 2 marzo 2015, n. 34-1131 "Aggiornamento del Piano Attuativo di Certificabilità secondo le modalità e le tempistiche previste dall'art. 3, c. 3 e 4, Decreto del Ministero della Salute del 17 settembre 2012") dei dati e dei bilanci delle aziende e degli enti del S.S.N. 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.
- Relativamente al fenomeno delle liste d'attesa, vanno poste in essere azioni complesse ed articolate, 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.

A livello europeo la grande novità del 2017 è stata l'approvazione del nuovo Regolamento Europeo sulla Privacy, che diventerà pienamente applicabile il 25 maggio 2018. Le sue principali novità sono:

- la nomina del Data Protection Officer obbligatoria per le PA e per le aziende che trattano particolari tipologie di dati o che effettuano la profilazione degli utenti. Possiede essenzialmente l'incarico di sorvegliare ed assicurare una gestione corretta dei dati personali nelle imprese e negli enti pubblici fornendo consulenza e pareri in merito agli obblighi derivanti dal Regolamento. Sarà il referente, ovvero una sorta di presidio per la privacy in ogni struttura amministrativa (artt. 37, 38, 39);
- la redazione e l'aggiornamento del Registro delle attività del trattamento, ove sono descritti i trattamenti effettuati e le procedure di sicurezza adottate. Rappresenta un'evoluzione del



- vecchio Documento Programmatico della Sicurezza del Codice privacy, ma molto più rigoroso e articolato, soprattutto per i soggetti che trattano dati sensibili o giudiziari (art. 30);
- il nuovo Regolamento ha un approccio basato sulla valutazione del rischio e la DPIA (Data Protection Impact Assessment), rappresentando l'analisi dei rischi, richiesta ad esempio in relazione ai trattamenti automatizzati, ivi compresa la profilazione, o con riguardo ai trattamenti su larga scala di categorie particolari di dati sensibili, nonché relativamente ai dati ottenuti dalla sorveglianza sistemica, sempre su larga scala, di zone accessibili al pubblico (art. 35);
 - il Regolamento promuove la responsabilizzazione dei titolari del trattamento e l'adozione di politiche che tengano conto del rischio che un determinato trattamento di dati personali può comportare per i diritti e le libertà degli interessati. In quest'ottica si pone il principio di accountability, cioè l'obbligo, da parte delle PA e dei privati, non solo di rispettare formalmente le norme del Regolamento ma anche di mettere in pratica quanto stabilito in fase di analisi dei rischi. In caso di controversie, i titolari del trattamento dovranno dimostrare di aver attuato tutte le norme previste dal Regolamento per ridurre al minimo i rischi di perdita dei dati o la loro violazione (art. 32);
 - l'introduzione del Data Breach, che scatta in caso di violazione dei dati, accesso abusivo o, comunque, perdita degli stessi: i titolari dei trattamenti saranno obbligati ad avvisare l'Autorità di Controllo e, nei casi di particolare gravità, anche i diretti interessati entro 72 ore. (Artt. 33, 34).

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, in conformità 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 D.G.R. 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 dell'A.O. Ordine Mauriziano, 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'A.O. Ordine Mauriziano ha avviato la totale attuazione dell'Atto Aziendale.

Nel corso del 2017 si è proceduto all'aggiornamento dell'atto aziendale, del piano di organizzazione e della dotazione organica 2017 con Delibera del Direttore Generale n. 770 del 5 dicembre 2017.



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 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 della 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 PNA 2016, 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 RPCT è stata interessata in modo significativo dalle modifiche introdotte dal D.Lgs. n. 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.

Il 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 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'O.I.V. "*le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza*".

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 esperienza 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 come Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza la dr.ssa Silvia Torrenco. A seguito della riorganizzazione strutturale dell'A.O. Ordine Mauriziano, conseguente all'approvazione del nuovo Atto Aziendale in vigore da dicembre 2015, il contratto individuale relativo all'incarico dirigenziale della Dr.ssa Torrenco quale Direttore della S.C. Sistemi Informativi/S.C. I.C.T. e Sistemi Informativi è stato riassegnato per due volte alla stessa dr.ssa Torrenco, la prima con contratto stipulato in data 21 aprile 2015 per il periodo 16.04.2015 – 15.05.2020 e la seconda con contratto stipulato in data 8 giugno 2016 per il periodo 01.06.2016 – 31.05.2021.

In questo contesto, è sempre stata assicurata la continuità della strategica funzione di RPCT, mantenendone ininterrottamente la titolarità in capo della Dr.ssa Torrenco per la durata del contratto dirigenziale di Direttore della S.C. Sistemi Informativi che, a sua volta, non ha avuto interruzioni. A seguito delle sopravvenute indicazioni del PNA 2016 in merito alla durata complessiva dell'incarico prevista fino alla scadenza del contratto individuale dirigenziale attualmente in corso, con Deliberazione n. 54 del 26 gennaio 2017, è stato confermato l'incarico di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dell'A.O. Ordine Mauriziano, al dirigente del ruolo tecnico Dr.ssa Silvia Torrenco con scadenza al 31 maggio 2021.

La suddetta è responsabile della Struttura Complessa I.C.T. e 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 PTPC;
- 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 PTPC 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 inconferibilità;
- 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 ritardo oppure di mancato adempimento degli obblighi di pubblicazione.

Risulta in questa sede opportuno specificare che, nello svolgimento delle sue funzioni, il RPCT non deve essere isolato, ma è necessaria una collaborazione di tutti i soggetti coinvolti, i quali – in attuazione dell'art. 1, c. 9, lett. c) della L. n. 190/2012 – hanno l'obbligo di informazione nei confronti del RPCT chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'attuazione del Piano.

Per quanto riguarda la responsabilità del RPCT, 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 PTPC con misure adeguate e di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza dello stesso.

Dall'analisi dei Piani triennali per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza riferiti al triennio 2017-2019 – pubblicata nell'aggiornamento 2017 del PNA – viene mostrato, in generale, un buon livello di recepimento della normativa, almeno per quanto concerne il profilo della coincidenza della figura del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e del Responsabile della Trasparenza (nell'80% circa dei casi in esame). Nel 56,4% dei piani sono chiariti i poteri di interlocuzione e di controllo del RPCT, anche se risultano bassi i casi in cui è specificata l'attribuzione di un supporto conoscitivo e operativo a tale figura (29,1% dei casi) o di una struttura di supporto (solo nel 4,1% dei casi).

2) Gli **organi di indirizzo** e i **vertici amministrativi** sono costituiti dalla Direzione. Con D.G.R. n. 43-1371 del 27 aprile 2015, la Regione Piemonte ha nominato Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano il Dr. Silvio Falco. Al Direttore Generale 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 maggio 2015 sono stati nominati rispettivamente Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario, la Dr.ssa Isabella Silvia Martinetto e il Dr. Roberto Arione.

Il 19 agosto 2017 è entrato in vigore il D.Lgs. n. 126/2017 contenente disposizioni integrative e correttive al D.Lgs. n. 171/2016, in materia di dirigenza sanitaria.

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 RPCT e l'adozione del PTPC.

Nel PNA 2016 è stato evidenziato che una ragione della scarsa qualità dei PTPC 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 PTPC 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 RPCT 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.

Altresi, gli organi di indirizzo devono prestare particolare attenzione alla individuazione di obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza (art. 1, c. 8, come novellato dall'art. 41 del D.Lgs. n. 97/2016), nella logica di una effettiva e consapevole partecipazione alla costruzione del sistema di prevenzione. La mancanza di tali obiettivi può configurare un elemento che rileva ai fini della irrogazione delle sanzioni di cui all'art. 19, c. 5, lett. b) del D.L. n. 90/2014.

Sempre nell'ottica di un effettivo coinvolgimento degli organi di indirizzo nella impostazione della strategia di prevenzione della corruzione, ad essa 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 coinvolgimento 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'A.O. Ordine Mauriziano 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, confermato dal successivo Piano di Organizzazione Aziendale 2017 (D.G. n. 770 del 5 dicembre 2017);
- gli obiettivi assegnati per gli anni 2015, 2016 e 2017 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 della 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 RPCT e dell'autorità giudiziaria (art. 16 D.Lgs. n. 165/2001, art. 20 D.P.R. n. 3/1957, art. 1, c. 3, L. n. 20/1994, art. 331 c.p.p.);
- partecipano al processo di gestione del rischio, secondo le indicazioni del RPCT;
- propongono le misure di prevenzione (art. 16, D.Lgs. n. 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.Lgs. n. 165/2001, come modificato dall'art. 13, D.Lgs. n. 75/2017);
- osservano le misure contenute nel PTPC (art. 1, c. 14, L. n. 190/2012);
- inviano al RPCT relazioni periodiche sullo stato di avanzamento delle misure adottate e previste nel PTPC e dei dati pubblicati in coerenza con gli adempimenti della Trasparenza.

Nelle modifiche apportate dal D.Lgs. n. 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 programmazione del PTPC, sono responsabili dell'attuazione delle misure di prevenzione. Lo stesso D.Lgs. n. 165/2001 all'art. 16, c. 1, prevede 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. A tal proposito, il RPCT invia regolarmente tutte le comunicazioni relative agli adempimenti in materia di anticorruzione e trasparenza all'interno dell'A.O. Ordine Mauriziano e le comunicazioni pubblicate sul sito A.N.A.C.; tra le comunicazioni inviate durante il 2017, ne fanno parte anche gli audit – inerenti fatture, ordini e subappalti – che hanno portato ad un significativo miglioramento della partecipazione e della comunicazione delle Strutture interessate. Gli audit effettuati hanno avuto un buon riscontro da parte delle Strutture interessate, in quanto le inadempienze sono state colmate nella loro interezza.

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, c. 14, L. n. 190/2012);
- segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'U.P.D. (art. 54-bis, D.Lgs. n. 165/2001, Codice di comportamento aziendale); segnalano casi di personale conflitto d'interessi (art. 6-bis, L. n. 214/1990, Codice generale e aziendale di comportamento);
- ricevono le principali comunicazioni, come ad es. l'emanazione del Codice di comportamento, l'approvazione del PTPC, indicazioni su conflitto di interessi, ecc.;
- partecipano agli eventi formativi;
- partecipano a questionari in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza.

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.

Ai sensi dell'art. 14, c. 4, lett. g), D.Lgs. n. 150/2009, agli O.I.V. spetta il compito di promuovere e attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità da parte della amministrazione e degli enti.

Gli O.I.V. sono tenuti a:

- verificare la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nel piano della *performance* (art. 44, D.Lgs. n. 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, D.Lgs. n. 33/2013);
- compilare le attestazioni relative all'assolvimento degli obblighi di trasparenza, previsto dal D.Lgs. n. 150/2009;
- esprimere parere obbligatorio sul Codice di Comportamento che ogni amministrazione adotta ai sensi dell'art. 54, c. 5, D.Lgs. n. 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 predispone e trasmette all'O.I.V. Nell'ambito di tale verifica l'O.I.V. ha la possibilità di chiedere al RPCT informazioni e documenti che ritiene necessari ed effettuare audizioni di dipendenti (art. 1, c. 8-bis, L. n. 190/2012).

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

Durante il primo semestre del 2017, l'O.I.V. ha incontrato il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, il quale ha provveduto ad aggiornarlo in merito alle attività svolte fino alla data di rilevazione e gli ha illustrato i contenuti della "Griglia di rilevazione". L'O.I.V. ha proceduto alla verifica sul sito Istituzionale dei dati pubblicati e la loro esattezza e coerenza rispetto al disposto normativo; successivamente è stata redatta la "Scheda di sintesi" e il "Documento di attestazione" che sono stati pubblicati in una apposita sezione dell'Amministrazione Trasparente, nella sotto-sezione di primo livello "Controllo e rilievi sull'amministrazione", sotto-sezione di secondo livello "Organismo Indipendente di Valutazione", sotto-sezione di terzo livello "Attestazioni dell'O.I.V. nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione".

Al fine di favorire lo svolgimento efficace delle attività degli O.I.V., è intenzione dell'A.N.A.C. richiedere le attestazioni entro il 30 aprile di ogni anno, scadenza utile anche per la presentazione da parte degli O.I.V. dei documenti sulla *performance*.

Rilevato che con deliberazione n. 395 del 30 giugno 2014 è stato costituito, con decorrenza dal 1 luglio 2014 per la durata di tre anni, l'attuale Organismo Indipendente di Valutazione dell'A.O. Ordine Mauriziano, il cui mandato, pertanto, risulta scaduto, alla data odierna, si sta procedendo alla costituzione di un nuovo Organismo Indipendente di Valutazione dell'azienda, al fine di garantire la piena trasparenza delle procedure. A tal fine è stato indetto avviso di selezione pubblica, con procedura comparativa per soli titoli, di n. 3 Componenti esterni all'Azienda dell'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.), in conformità a quanto disposto dal Decreto del Presidente della Repubblica 9 maggio 2016, n. 105 e dal Decreto Ministeriale del 2 dicembre 2016 ed è stato pubblicato suddetto avviso nell'apposita sezione del Portale della performance del Dipartimento della Funzione Pubblica, e ai sensi dall'art. 7, comma 5 del D.M. 2 dicembre 2016, sul sito Internet istituzionale dell'Azienda, nella Sezione Performance -concorsi.

6) **L'Ufficio dei Procedimenti Disciplinari (U.P.D.)** fornisce al RPCT, 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. n. 165/2001);
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20, D.P.R. n. 3/1957, art. 1, c. 3, L. n. 20/1994, art. 331 c.p.p.);
- propone l'aggiornamento del Codice aziendale di comportamento.

L'U.P.D. è disciplinato dal Codice Disciplinare dell'Azienda – revisionato nel mese di agosto 2017 – che ne fornisce la composizione, le competenze, il funzionamento e l'incompatibilità.

L'U.P.D. è costituito nell'ambito della S.C. Gestione Organizzazione delle Risorse Umane (S.C. GORU), a norma dell'art. 55-bis, D.Lgs. n. 165/2001, presieduto dal Direttore della Struttura medesima, Dr. Alberto Casella. L'U.P.D. è composto da quattro componenti scelti dal Direttore della S.C. GORU. I componenti restano in carica per tre anni, rinnovabili una sola volta, ad esclusione del Direttore che presiede l'U.P.D.

L'U.P.D. è convocato dal Direttore della S.C. GORU, in base al calendario delle audizioni e degli affari da trattare, tempestivamente comunicati ai componenti, i quali possono eventualmente richiedere ulteriori integrazioni degli atti istruttori sottoposti al loro esame. Il Direttore, nell'ambito dei suoi poteri, può provvedere autonomamente – qualora lo ritenga opportuno – all'acquisizione da altre amministrazioni pubbliche informazioni e/o documenti rilevanti per la definizione del procedimento, in ordine a sopralluoghi, ispezioni e acquisizioni di testimonianze. La possibile sanzione disciplinare viene decisa a maggioranza semplice dei membri dell'U.P.D.; in caso di parità di voti, prevale quello del Direttore della S.C. GORU, ovvero di chi ne fa le veci.

7) RASA.

Al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (A.U.S.A. istituita ai sensi dell'art. 33-ter del D.L. 18 ottobre 2012, n. 179, convertito con modificazioni dalla L. n. 221/2012), è stato individuato il soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati, in quanto l'individuazione del Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione. L'A.O. Ordine Mauriziano, con Deliberazione del Direttore Generale n. 637 del 3 ottobre 2016, ha nominato quale RASA 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 Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici presso l'A.N.A.C. dei dati relativi all'anagrafica della stazione appalti, 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 (D.Lgs. n. 50/2016).

Nel corso del 2017, a seguito delle *Linee Guida per l'iscrizione nell'Elenco delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori che operano mediante affidamenti diretti nei confronti di proprie società in house previsto dall'art. 192 del D.Lgs. n. 50/2016*, l'A.O. Ordine Mauriziano ha delegato il Responsabile dell'Anagrafe della Stazione Appaltante della Regione Piemonte a presentare in suo nome e per suo conto la domanda di iscrizione dell'Azienda nell'Elenco delle



amministrazioni aggiudicatrici ed enti aggiudicatori che operano mediante affidamenti diretti nei confronti dei propri organismi in house (Prot. n. 12361 del 26 ottobre 2017).

8) Referenti.

Fermo restando il regime delle responsabilità in capo al RPCT, i Referenti possono svolgere attività informativa nei confronti del Responsabile, affinché questi abbia elementi e riscontri per la formazione e il monitoraggio del PTPC e sull'attuazione delle misure. Per il triennio 2016-2018, il RPCT, a seguito dell'aggiornamento del PNA 2016 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.

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 PTPC e nell'emanazione di politiche di prevenzione della corruzione.

3.2.3 Procedimento di predisposizione del PTPC e suo aggiornamento.

Il PTPC 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 2015 (Deliberazione n. 12/2015) del PNA, l'A.O. Ordine Mauriziano ha aggiornato in modo sostanziale il PTPC, a partire dal 2016, variando le Aree di rischio e conseguentemente i rischi associati ai processi, le misure attivate/da attivare e gli indicatori associati.

La valutazione dei PTPC 2017-2019, effettuata dall'A.N.A.C. nell'aggiornamento 2017 del PNA, ha evidenziato che solo il 24,2% delle amministrazioni ha approvato il Piano con il coinvolgimento degli uffici interni e il 10,4% previa consultazione pubblica. Quindi per l'A.N.A.C. è opportuno, nel processo di approvazione del Piano, rafforzare il coinvolgimento dell'organo di indirizzo, della struttura organizzativa e degli *stakeholder* esterni, anche indicando il numero di soggetti coinvolti e le modalità di coinvolgimento e di partecipazione nel processo di gestione del rischio.

Il processo di approvazione del PTPC 2018-2020 dell'A.O. Ordine Mauriziano è il seguente:

- analisi e monitoraggio degli obblighi del 2017 con relazione finale pubblicata sul sito;
- redazione del Programma delle Misure 2018-2020 e degli Obblighi di Trasparenza;
- invio alle Strutture per eventuali osservazioni;
- recepimento delle osservazioni prodotte;



- riunione per l'approvazione del Programma delle Misure 2018-2020;
- approvazione PTPC;
- deliberazione PTPC 2018-2020.

Operativamente il PTPC si presenta come un lungo documento (83 pagine), in quanto si è scelto, per facilitare la lettura, di non inserire allegati e pertanto la mappatura dei processi, l'elenco dei rischi e la descrizione delle misure sono all'interno del documento. Rimangono come allegato solo il Programma completo delle Misure e gli adempimenti della Trasparenza, al fine di rendere più semplice la valutazione degli stessi.

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 PNA 2015.

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'A.O. Ordine Mauriziano e assume carattere strumentale ai fini dell'identificazione, della valutazione e del trattamento dei rischi corruttivi e per la formulazione di adeguate misure di prevenzione.

Nel 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 PNA 2015 il concetto di "rischio" indica *"l'alta probabilità che si verifichino fenomeni di corruzione"*, quest'ultima intesa nel senso ampio del termine.

Tuttavia, come specifica l'aggiornamento 2016 al PNA, 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 nell'allegato 6 del PNA 2013, di cui si riporta per semplicità il solo titolo:

- a) *La gestione del rischio crea e protegge il valore.*
- b) *La gestione del rischio è parte integrante di tutti i processi dell'organizzazione.*
- c) *La gestione del rischio è parte del processo decisionale.*
- d) *La gestione del rischio tratta esplicitamente l'incertezza.*
- e) *La gestione del rischio è sistematica, strutturata e tempestiva.*
- f) *La gestione del rischio si basa sulle migliori informazioni disponibili.*
- g) *La gestione del rischio è "su misura".*
- h) *La gestione del rischio tiene conto dei fattori umani e culturali.*
- i) *La gestione del rischio è trasparente e inclusiva.*
- j) *La gestione del rischio è dinamica.*
- k) *La gestione del rischio favorisce il miglioramento continuo dell'organizzazione.*

3.3.3 Aree di Rischio e Mappatura dei Processi

Nel PTPC 2018-2020 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 con l'intento di semplificare lo schema del programma di misure, in quanto non vengono fornite nuove indicazioni dall'aggiornamento 2017 del PNA.

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.

Quest'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.S. Ingegneria Clinica, S.C. 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

Processi rilevanti	Struttura Competente
Analisi e definizione dei fabbisogni	Strutture Amministrative ¹
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

Processi rilevanti	Struttura Competente
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	Strutture Amministrative S.C. Farmacia Ospedaliera
Individuazione degli elementi essenziali del contratto	S.C. Provveditorato S.C. Tecnico
Determinazione dell'importo del contratto	S.C. Provveditorato S.C. Tecnico
Scelta della procedura di aggiudicazione	Strutture Amministrative S.C. Farmacia Ospedaliera
Predisposizione di atti e documenti di gara incluso il capitolato	Strutture Amministrative
Definizione dei criteri di partecipazione, del criterio di aggiudicazione e dei criteri di attribuzione del punteggio	Strutture Amministrative S.C. Farmacia Ospedaliera

c) Selezione del contraente

Processi rilevanti	Struttura Competente
Pubblicazione del bando e gestione delle informazioni complementari	S.C. Tecnico S.C. Provveditorato

¹ 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.



Fissazione dei termini per la ricezione delle offerte	Strutture Amministrative S.C. Farmacia Ospedaliera
Trattamento e custodia della documentazione di gara	S.S. Affari Generali, Legali e Assicurazioni
Nomina della commissione di gara: gestione delle sedute di gara	S.C. Tecnico S.C. Provveditorato
Verifica dei requisiti di partecipazione	S.C. Tecnico S.C. Provveditorato
Valutazione delle offerte e verifica di anomalie delle offerte	S.C. Tecnico S.C. Provveditorato
Aggiudicazione provvisoria	S.C. Tecnico S.C. Provveditorato
Annullamento della gara	S.C. I.C.T. e Sistemi Informativi S.S. Ingegneria Clinica
Gestione di elenchi o albi di operatori economici	S.C. Provveditorato

d) Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto

Processi rilevanti	Struttura Competente
Verifica dei requisiti ai fini della stipula del contratto	S.C. Provveditorato
Effettuazione delle comunicazioni riguardanti le esclusioni e le aggiudicazioni	S.C. Tecnico S.C. Provveditorato
Formalizzazione dell'aggiudicazione definitiva	S.C. I.C.T. e Sistemi Informativi S.S. Ingegneria Clinica
Stipula del contratto	

e) Esecuzione del contratto

Processi rilevanti	Struttura Competente
Approvazione delle modifiche del contratto originario	Strutture Amministrative
Autorizzazione del subappalto	S.C. Provveditorato S.S. Ingegneria Clinica S.C. Tecnico
Ammissione delle varianti	S.C. Tecnico
Verifiche in corso di esecuzione	Strutture Amministrative e Tecniche
Verifica delle disposizioni in materia di	S.S. Prevenzione e Protezione dai Rischi



sicurezza	
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 S.C. Farmacia Ospedaliera
Rilascio del certificato di collaudo e/o attestato di regolare esecuzione	Strutture Amministrative e Tecniche
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 dati	

b) Conferimento di altri incarichi dirigenziali

Processi rilevanti	Struttura Competente
Proposte di conferimento e attribuzione dell'incarico	S.C. Gestione e Organizzazione Risorse Umane



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

Processi rilevanti	Struttura Competente
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

Processi rilevanti	Struttura Competente
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

Processi rilevanti	Struttura Competente
Selezione Personale	S.C. Gestione e Organizzazione Risorse Umane

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

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

g) Reclutamento del personale per mobilità (avviso pubblico)

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

h) Progressioni di carriera

Processi rilevanti	Struttura Competente
---------------------------	-----------------------------



Fasce retributive	S.C. Gestione e Organizzazione delle Risorse Umane
Concorsi interni	
Posizioni organizzative	

i) Conferimento di incarichi di collaborazione

Processi rilevanti	Struttura Competente
Convenzioni passive per consulenze a favore dell'Azienda	S.C. Gestione e Organizzazione delle Risorse Umane
Consulenze	S.S. Affari Generali, Legali e Assicurazioni S.C. Tecnico
Borse di studio	S.C. Gestione e Organizzazione Risorse Umane (Formazione)
Stage extracurricolari	S.C. Gestione e Organizzazione Risorse Umane
Docenze	S.C. Gestione e Organizzazione Risorse Umane (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 Certificabilità (PAC).

a) Bilancio

Processi rilevanti	Struttura Competente
Redazione del bilancio (conto economico, stato patrimoniale e nota integrativa) e dei monitoraggi trimestrali	Tutte le Strutture Amministrative e Tecniche S.S. Contabilità Generale e Bilancio S.S. Contabilità Analitica e Controllo di Gestione
Scritture contabili di competenza (retribuzioni e contributi, risultanze degli inventari di magazzino, ammortamenti e relativi fondi)	S.S. Contabilità Generale e Bilancio Revisori dei Conti
Gestione delle anagrafiche dei fornitori e dei partitari	
Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC)	S.S. Contabilità Generale e Bilancio S.S. Contabilità Analitica e Controllo di Gestione



Rapporti con la Tesoreria	S.S. Contabilità Generale e Bilancio
---------------------------	--------------------------------------

b) Ciclo attivo

Processi rilevanti	Struttura Competente
Registrazione prestazioni effettuate per altri enti pubblici e privati, comprese le convenzioni	S.S. Contabilità Generale e Bilancio
Registrazione della fatture attive ed emissioni delle reversali d'incasso	
Gestione dello scadenziario clienti e delle procedure di conciliazione delle posizioni creditorie	
Gestione e contabilizzazione dei contributi regionali e di soggetti esterni	
Attività di recupero del credito	

c) Ciclo passivo

Processi rilevanti	Struttura Competente
Gestione CIG	Tutte le Strutture che effettuano forniture di beni/servizi/lavori
Registrazione delle fatture passive	S.S. Contabilità Generale e Bilancio
Liquidazione fatture	S.S. Contabilità Generale e Bilancio R.P.C.T.
Emissione dei mandati di pagamento	
Elaborazione delle situazioni periodiche Fornitori	
Gestione procedure di conciliazione periodica posizioni debitorie	

d) Gestione cassa

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



e) Gestione fiscalità aziendale

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

f) Gestione del patrimonio

Processi rilevanti	Struttura Competente
Inventario beni mobili	S.S. Ingegneria Clinica
Locazione 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

Processi rilevanti	Struttura Competente
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 Rischio 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	
Programmazione ed effettuazione della sorveglianza sanitaria attraverso protocolli sanitari	Medico Competente
Aggiornamento cartella sanitaria e di rischio per ogni lavoratore sottoposto a sorveglianza	
Aggiornamento del registro dei lavoratori esposti a rischi cancerogeni	



b) Contenzioso

Processi rilevanti	Struttura Competente
Gestione Procedure di reclamo utenti	Servizio U.R.P.
Gestione del contenzioso in materia di responsabilità professionale	S.S. Affari Generali, Legali e Assicurazioni
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

Processi rilevanti	Struttura Competente
Attività di controllo nei reparti sui medicinali e i dispositivi medici	S.C. Farmacia Ospedaliera S.C. D.S.P.O.
Verifica esecuzione compiti previsti dal PAC	Ufficio Controllo Interno per attuazione PAC
Procedimenti disciplinari	S.C. Gestione e Organizzazione Risorse Umane

Area 5. Attività libero-professionale e liste di attesa

Quest'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

Processi rilevanti	Struttura Competente
Autorizzazione allo svolgimento di attività libero-professionale	S.C. D.S.P.O. U.L.P.
Negoziante dei volumi di attività in ALPI	S.C. D.S.P.O.
Prenotazione-Erogazione-Fatturazione delle prestazioni di Libera Professione	S.C. D.S.P.O. U.L.P.
Verifica attività svolta in regime di Libera Professione	S.C. G.O.R.U. S.C. D.S.P.O. U.L.P.



b) Liste di Attesa

Processi rilevanti	Struttura Competente
Gestione agende CUP/Sovracup	S.C. D.S.P.O.
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

Processi rilevanti	Struttura Competente
Gestione ticket/Esenzioni	S.C. D.S.P.O. S.S. Contabilità Generale e Bilancio
Erogazione delle prestazioni sanitarie	S.C. D.S.P.O.
Flussi regionali e/o Ministeriali	S.C. D.S.P.O. S.S. Contabilità Analitica e Controllo 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

Processi rilevanti	Struttura Competente
Preparazione	S.C. Farmacia Ospedaliera
Prescrizione	
Somministrazione	
Distribuzione Diretta dei medicinali all'utenza	
Smaltimento	



b) Beni sanitari (dispositivi e altre tecnologie)

Processi rilevanti	Struttura Competente
Gestione dei dispositivi e altre tecnologie	S.C. Farmacia Ospedaliera S.C. D.S.P.O.

c) Gestione Magazzini/Scorte

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

d) Sperimentazioni-Sponsorizzazioni-Donazioni

Processi rilevanti	Struttura Competente
Gestione Sperimentazioni	S.C. D.S.P.O. S.C. Farmacia Ospedaliera
Contratti di sponsorizzazione	S.C. D.S.P.O. Servizio U.R.P. S.C. G.O.R.U.
Donazioni	S.S Ingegneria Clinica

Area 7. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

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

Processi rilevanti	Struttura Competente
Gestione utilizzo camere mortuarie	S.C. D.S.P.O. S.S. Contabilità e Bilancio
Rapporti con le imprese funebri	S.C. D.S.P.O.
Trattamento della salma in reparto, Trattamento delle salme presso le camere mortuarie, Rapporti con i parenti	S.C. D.S.P.O. Strutture sanitarie in cui decede il paziente



Area 8. Gestione Risorse Umane

Quest'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

Processi rilevanti	Struttura Competente
Attestazione presenze, permessi, ferie, lavoro straordinario, part-time	S.C. Gestione e Organizzazione delle Risorse Umane
Pratiche previdenziali	

b) Formazione

Processi rilevanti	Struttura Competente
Progettazione attività Formative	S.C. Gestione e Organizzazione delle Risorse Umane (Formazione)
Realizzazione attività Formative	

c) Autorizzazioni per il personale dipendente

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

d) Concessione ed erogazione di vantaggi economici a persone fisiche

Processi rilevanti	Struttura Competente
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 RPCT; successivamente le varie Strutture aziendali interessate (direttamente coinvolte dal RPCT nelle figure dei rispettivi Dirigenti e Responsabili) provvedono a:



- a) verificare ed eventualmente proporre modifiche e/o integrazioni rispetto sia ai processi che ai rischi rilevati dal RPCT;
- b) analizzare i rischi rilevati, in applicazione della metodologia predefinita;
- c) 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 RPCT.

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 dall'allegato 5 del PNA 2013, in riferimento alle rispettive aree di competenza.

Nella Tabella di Valutazione dei Rischi, a fronte di ogni rischio, con riferimento ad aree e processi organizzativi, è stato indicato un punteggio 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 di Basso, Medio o Alto – 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 RPCT (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	33	8	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

In particolare la metodologia adottata non sembra particolarmente idonea a rappresentare l'ambito sanitario; nel corso del 2018-2020, si cercherà di analizzare e applicare nuove metodologie di valutazione del rischio, in modo da rendere più semplice e affidabile la suddetta valutazione.

Area 1. Contratti Pubblici

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 la tipologia di materiale	4,00	Medio-



	richiesto, essendo i clinici proponenti l'acquisto anche coloro che utilizzano i beni nella pratica clinica		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	Non visibilità del Programma Annuale per gli acquisti di servizi e forniture	4,30	Medio-Basso
	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 anticipano 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	4,31	Medio-Basso



	procedure negoziate e affidamenti diretti per favorire un operatore		
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
	Prescrizione del bando e delle clausole contrattuali finalizzate ad agevolare determinati concorrenti	4,51	Medio
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'ANAC	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	Comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara	4,05	Medio-Basso



informazioni complementari	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
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	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 obbligatorio 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
	Mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato	3,90	Medio-



Verifiche in corso di esecuzione	avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto		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 di 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	Attribuzione dell'incarico di collaudo a soggetti compiacenti per ottenere il certificato di collaudo pur in assenza dei requisiti	4,64	Medio
	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 progressione 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 valutazione dei candidati	Determinazione imparziale dei criteri di valutazione dei titoli allo scopo di beneficiare candidati particolari	2,09	Basso
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, 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 e attribuzione dell'incarico	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	Bassi



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 Utilizzo non corretto dello strumento di reclutamento al fine di aggirare i vincoli in materia di assunzione di personale dipendente	4,01	Medio-Basso

e) Reclutamento del personale attraverso collocamento

Processi rilevanti	Possibili eventi rischiosi	Punteggio	Livello
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)

Processi rilevanti	Possibili eventi rischiosi	Punteggio	Livello
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)

Processi rilevanti	Possibili eventi rischiosi	Punteggio	Livello
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

Processi rilevanti	Possibili eventi rischiosi	Punteggio	Livello
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) Conferimenti 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). Mancata trasparenza dei dati di 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	4,58	Medio
Rapporti con la Tesoriera	Mancato controllo della funzione di Tesoriera	5,75	Medio

b) Ciclo attivo

Processi rilevanti	Possibili eventi rischiosi	Punteggio	Livello
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	Mancata-errata registrazione	2,46	Basso



contabilizzazione dei contributi regionali e di soggetti esterni			
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

Processi rilevanti	Possibili eventi rischiosi	Punteggio	Livello
Richiesta CIG	Elusione degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari con la mancata acquisizione del CIG o dello Smart CIG	2,99	Basso
Registrazione delle fatture passive	Ritardo nella registrazione delle fatture ai fini IVA	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

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

e) Gestione fiscalità aziendale

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



Gestione degli adempimenti fiscali (tenuta dei libri fiscali obbligatori, liquidazione dei tributi ecc.)	Non trasparente gestione fiscale	5,00	Medio
--	----------------------------------	------	-------

f) Gestione del Patrimonio

Processi rilevanti	Possibili eventi rischiosi	Punteggio	Livello
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

Processi rilevanti	Possibili eventi rischiosi	Punteggio	Livello
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 e della integrità psico-fisica dei lavoratori	Condizionamento delle procedure di rilevazione del rischio da parte di soggetti interni ed esterni	2,25	Basso
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	Certificazione e dichiarazioni false o non conformi alla realtà dei fatti	1,88	Basso



sorveglianza sanitaria attraverso protocolli sanitari			
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

Processi rilevanti	Possibili eventi rischiosi	Punteggio	Livello
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

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



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

Processi rilevanti	Possibili eventi rischiosi	Punteggio	Livello
Autorizzazione allo svolgimento di attività libera professione	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 delle liste di attesa istituzionale 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

Processi rilevanti	Possibili eventi rischiosi	Punteggio	Livello
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
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

Processi rilevanti	Possibili eventi rischiosi	Punteggio	Livello
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
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

Processi rilevanti	Possibili eventi rischiosi	Punteggio	Livello
Prescrizione	Abuso dell'autonomia professionale da parte del medico all'atto della prescrizione al fine di favorire la diffusione di un particolare farmaco. Condizionamento dei comportamenti prescrittivi di singoli professionisti o di singole equipe da parte di aziende farmaceutiche 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)	7,50	Medio
Somministrazione			
Distribuzione diretta dei medicinali all'utenza			
Smaltimento	Smaltimento di farmaci non corretto	6,25	Medio

b) Beni sanitari (dispositivi e altre tecnologie)

Processi rilevanti	Possibili eventi rischiosi	Punteggio	Livello
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

Processi rilevanti	Possibili eventi rischiosi	Punteggio	Livello
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

Processi rilevanti	Possibili eventi rischiosi	Punteggio	Livello
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
Donazioni	Condizionamenti da parte della ditta/impresa sponsorizzatrice al fine di ottenere indebiti vantaggi	5,06	Medio
	Esistenza di conflitti di interesse e non conformità con il regolamento aziendale	3,63	Medio-Basso

Area 7. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

Processi rilevanti	Possibili eventi rischiosi	Punteggi	Livello
Gestione utilizzo camere mortuarie	Comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri	3,88	Medio-Basso
	Mancanza di Controlli sulla gestione dell'utilizzo delle camere mortuarie e sui riscontri contabili		
Rapporti con le imprese funebri	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	2,66	Basso

Area 8. Gestione Risorse Umane

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



Processi rilevanti	Possibili eventi rischiosi	Punteggio	Livello
Attestazione presenze, permessi, ferie, lavoro straordinario, part-time	Impropri e bollature di presenza (es. effettuate da altri dipendenti e/o false attestazioni di presenza)	2,75	Basso
Pratiche previdenziali	Corresponsione di tangenti o altri benefici per ottenere omissioni di controllo e “corsie preferenziali” nella trattazione delle proprie pratiche		

b) Formazione

Processi rilevanti	Possibili eventi rischiosi	Punteggio	Livello
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

Processi rilevanti	Possibili eventi rischiosi	Punteggio	Livello
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	Condizionamento dei comportamenti prescrittivi di singoli professionisti o di singole equipe da	4,76	Medio



convegni ed eventi formativi esterni sponsorizzati	parte di aziende produttrici di beni sanitari (farmaci, dispositivi medici, strumenti) a fronte del pagamento dei costi di partecipazione a convegni e congressi		
--	--	--	--

d) Concessione ed erogazione di vantaggi economici a persone fisiche

Processi rilevanti	Possibili eventi rischiosi	Punteggio	Livello
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 PNA 2016, sia del precedente piano PTPC 2017-2019. Nel seguito sono riportate le principali misure ritenute necessarie alla Prevenzione della corruzione suddivise per Area di rischio e Procedimento.

Nell'allegato 1 per ogni misure è indicata:

- l'area di rischio a cui si riferisce;
- il procedimento/processo a cui si riferisce;
- le misure adottate;
- lo stato di avanzamento della misura, ovvero i risultati del monitoraggio effettuato rispetto alle misure previste nei PTPC 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.

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 aggiornate.

L'individuazione delle misure di prevenzione non può essere un elemento indipendente dalle caratteristiche organizzative dell'amministrazione e il PTPC 2018-2020 contiene 111 misure, personalizzate sulla base delle caratteristiche di questa Azienda.



Per completezza nella tabella “Programma delle Misure 2018-2020” 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 2018 è stata 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 la regolamentazione della materia è stata inserita nella bozza del Regolamento relativo agli acquisti di beni e servizi.
- Applicazione del Regolamento predisposto nel 2017 (non ancora pubblicato) sugli Acquisti in economia relativamente alle modalità di aggiudicazione competitiva ad evidenza pubblica ovvero affidamenti mediante cottimo fiduciario.
- 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 di gara.

c) Selezione del contraente

- Obbligo di preventiva pubblicazione online 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). Allo stato attuale nel Manuale di Gestione Documentale (approvato con D.G. 811 del 21/12/2017) sono comprese alcune indicazioni relative alla conservazione della documentazione.
- Obblighi di trasparenza/pubblicità delle nomine dei componenti delle commissioni e eventuali consulenti.
- Adesione agli albi nazionali dei commissari di gara
- Sistemi di controllo incrociato sui provvedimenti di nomina di commissari, 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.
- 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. Con D.G. 250 del 30/03/2017 è stato approvato il Regolamento in materia di contratti pubblici di appalto stipulati in modalità elettronica a cui le Strutture devono attenersi.

e) Esecuzione del contratto

- 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. Nel corso del 2017 è stata predisposta la bozza del Regolamento sul subappalto, sulla base del quale occorre 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 in corso d'opera dei contratti di lavori.
- 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.

f) Rendicontazione del contratto

- 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 sulle modalità di scelta/nomina del collaudatore e 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. Con D.G. 114 del 10 febbraio 2017 è stata approvata la procedura sui “Criteri di valutazione per gli incarichi di Direzione di Struttura Complessa” alla quale occorre riferirsi per la valutazione dei candidati.

- Adozione di linee guida aziendali in merito all’adozione dei criteri di valutazione nell’ambito delle selezioni per Direttori 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

- Verifica delle modalità di assegnazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative sulla base dei rispettivi Regolamenti adottati.

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 gennaio 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, commissioni, 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 09/04/2014.

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 28/02/2014 (Revisione 1 della Procedura – Deliberazione n. 670 del 05/12/2014).

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 organizzativa.

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 04 novembre 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 Deliberazione n. 615 del 04 novembre 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 novembre 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.
- Applicazione di procedure di controllo interno di conformità a leggi e regolamenti che abbiano impatto a bilancio.
- Attuare controlli periodici della funzione di Tesoreria.

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 AVCP e monitoraggio scadenziario dei pagamenti.
- Monitoraggio sulla correttezza del flusso dalla predisposizione del contratto alla liquidazione fatture e all'archiviazione sostitutiva dei documenti firmati digitalmente (ordini, fatture).
- Aderenza alle procedure amministrativo-contabili individuate nel PAC.



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 D.Lgs. n. 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 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. Nel corso del 2017 è stata creata un'area riservata in cui inserire i DVR aggiornati.
- Monitoraggio e verifiche periodiche delle situazioni inerenti la sicurezza dei lavoratori sul luogo di 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 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 01/01/2016.
- Monitoraggio dei contenziosi avviati nel corso dell'anno.
- Monitoraggio delle richieste di accesso agli atti e accesso civico, in conformità del nuovo Regolamento in materia di diritto di accesso ai documenti amministrativi e diritto di accesso civico, approvato con D.G. n. 465 del 23/06/2017.
- 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.

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, basandosi sul Codice Disciplinare rispettivamente per la Dirigenza (medica sanitaria, professionale, tecnica ed amministrativa) e del comparto, approvato con DG 561 del 10/08/2017.

Area 5. Attività libero professionale e liste di attesa

a) Libera Professione

- Monitoraggio delle autorizzazioni allo svolgimento dell'attività di Libera Professione.
- Monitoraggio volumi prestazioni e tempi di attesa della Libera Professione e verifica periodica del rispetto dei volumi concordati in sede di autorizzazione, sulla base del Regolamento sull'attività Libero Professionale Intramuraria, approvato con DG 841 del 22/12/2017.
- 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.

b) Liste di Attesa

- Obbligo di prenotazione di tutte le prestazioni attraverso il CUP aziendale o sovraaziendale 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 12/07/2016, 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 e verifica della corretta tempistica.
- 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).
- Proseguimento nell'Adozione della firma digitale dei referti secondo le nuove indicazioni regionali.



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

a) Ciclo farmacologici

- Verifiche sulle prescrizioni effettuate dai medici fuori Prontuario.
- Nel corso del 2017 è stata avviata l'informatizzazione del processo di gestione delle terapie in reparto (prescrizione, preparazione, somministrazione), con l'obiettivo di ottenere risultati in termini di risk management (miglioramento della sicurezza del paziente sottoposto a terapie farmacologiche, contenimento dei costi legati alla gestione del rischio clinico, maggior trasparenza).
- Verifiche prescrizioni/somministrazioni sulla base di report opportunamente predisposti.
- Relativamente alla prescrizione/somministrazione, implementazione di una reportistica utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive anche con riferimento all'associazione farmaco-prescrittore e farmaco-paziente.
- Organizzare ispezioni periodiche in Reparto per verificare la scadenza dei farmaci.

b) Beni sanitari (dispositivi e altre tecnologie)

- Predisporre opportune verifiche sul comportamento che il personale deve osservare nei rapporti con gli informatori e sui possibili interessi/conflitti nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione. Nel corso del 2017 è stato predisposto il Regolamento "Attività degli Informatori Scientifici" (al momento, in fase di pubblicazione).

c) Gestione Magazzini/scorte

- Applicazione e verifica di conformità della procedura formalizzata relativa a carichi e scarichi da magazzino.
- Monitoraggio delle risultanze delle verifiche e dei controlli periodici.
- Applicazione della procedura per la realizzazione di inventari fisici periodici che definisca tempi, modi e responsabilità.

d) Sperimentazioni-Sponsorizzazioni-Donazioni

- Applicazione delle procedure PAC formalizzata relativa a carichi e scarichi da magazzino.
- Monitoraggio delle risultanze delle verifiche e dei controlli periodici.
- Applicazione delle procedure PAC per la realizzazione di inventari fisici periodici.

Area 7. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

- Verifica delle ditte che svolgono attività funebri presso l'ospedale.
- Rafforzare gli strumenti di controllo nei confronti degli operatori coinvolti (interni ed esterni) in ordine alla correttezza, legalità ed eticità nella gestione del servizio.
- Monitoraggio del registro decessi e del comportamento del personale direttamente interessato, sulla base del nuovo Regolamento di Medicina Necroscopica, gestione delle salme e delle Camere Operative, approvato con DG 834 del 21/12/2017.



- Adottare alcune regole di condotta per il personale addetto alle camere mortuarie e verifica che il personale si attenga alle regole di condotta previste all'interno dell'aggiornamento del Codice di Comportamento, approvato con DG 441 del 23/06/2017.

Area 8. Gestione Risorse Umane

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

- Monitoraggio straordinario.
- Monitoraggio situazione aziendale part-time (domande presentate).
- Monitoraggio annuale dei casi di collocamento a riposo unilaterale, su disposizione aziendale.
- Controllo sulle “false/improprie” bollature di presenza.

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 15/01/2013.
- 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

- Monitoraggio annuale degli incarichi extraistituzionali conferiti dall'Azienda.
- Monitoraggio annuale delle sponsorizzazioni individuali per la partecipazione ad eventi formativi esterni attraverso oneri aziendali.
- Monitoraggio annuale delle sponsorizzazioni individuali per la partecipazione ad eventi formativi esterni sponsorizzati.
- Revisione Procedura sulle sponsorizzazioni individuali per la partecipazione ad eventi formativi esterni, sulla base della nuova normativa e delle indicazioni regionali. (Misura già prevista nell'area 6, “Contratti di sponsorizzazione”)

d) Concessione ed erogazione di vantaggi economici a persone fisiche

- 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).

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, perché il monitoraggio sullo stato di attuazione delle misure individuate dal Piano triennale di prevenzione della corruzione è il **vero obiettivo** degli strumenti anti-corruzione, in quanto evidenzia che cosa l'amministrazione sia concretamente in grado di attuare, in termini di prevenzione dei comportamenti corruttivi.

La verifica semestrale tende, ad accertare la corretta applicazione delle misure predisposte, con le modalità e nei tempi previsti e la reale efficacia delle stesse in termini di prevenzione del rischio di fenomeni corruttivi o di mala gestione, attraverso l'attuazione di condizioni che ne rendono più difficile la realizzazione.

Si elencano di seguito, le tipologie principali di misure utilizzate nel nostro Programma delle Misure:

Tipologia Misura		Numero
C	Misure di controllo/Monitoraggio	48
T	Misure di trasparenza	35
R	Misure di regolamentazione	9
O	Misure di organizzazione e dei processi/procedimenti	11
I	Misure di disciplina del conflitto di interessi	8

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 111 misure di cui il 43,2% sono misure di controllo, il 31,5% di trasparenza, l'8,1% di regolamentazione, il 9,9% di organizzazione dei processi e procedimenti e il 7,2% di disciplina del conflitto di interessi.

L'attività di monitoraggio è servita anche a verificare l'effettiva sostenibilità delle misure proposte che risultano diminuite rispetto a quelle indicate nel PTPC 2017-2019, in quanto sono passate da 148 a 111; in particolare risultano diminuite le misure di regolamentazione in quanto il 2017 ha rappresentato un anno in cui l'Azienda si è dotata e/o ha aggiornato molto dei propri Regolamenti/Linee Guida e le misure di controllo, che si sono rilevate troppo "astratte" o inefficaci.

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 PTPC 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.



Il monitoraggio del PTPC 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.

Negli esiti della valutazione dei PTPC 2017-2019, da parte dell'A.N.A.C., è risultato che poco più della metà delle amministrazioni analizzate non ha esplicitato l'esistenza di un sistema di monitoraggio (22% circa) e il 33% circa lo ha esplicitato in termini generici. La restante parte ha opportunamente identificato tempi e responsabili (33% circa) o almeno uno dei due elementi. Tenuto conto che il sistema di monitoraggio influisce sull'efficacia complessiva dei PTPC, si ribadisce l'importanza di esplicitarne le modalità di attuazione nei Piani e di dare conto delle risultanze dei precedenti monitoraggi, utili nella fase di riprogrammazione della strategia di prevenzione della corruzione.

I monitoraggi effettuati, nel corso del 2017, si sono concentrati su:

- fatture (Prot. n. 1690/2017);
- ordini (Prot. n. 1888/2017);
- dati AVCP;
- subappalti;
- Libera Professione Intramoenia e Extramoenia.

I risultati sono stati riportati anche nelle relazioni semestrali/annuali del RPCT pubblicate sul sito.

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.

Durante il 2017, sono stati approvati e deliberati 12 su 20 dei Regolamenti previsti nel Programma delle Misure 2017-2019, per i restanti 8, sono state fornite motivazioni sufficienti a spiegare il ritardo. I Regolamenti approvati sono:

- Procedura interna su criteri di valutazione per gli incarichi di direzione di Struttura complessa (D.G. n. 114/2017);
- Regolamento Aziendale in materia di contratti pubblici di appalto stipulati in modalità elettronica (D.G. n. 250/2017);
- Codice di comportamento aziendale (D.G. n. 441/2017);
- Regolamento Aziendale in materia di diritto di accesso ai documenti amministrativi e diritto di accesso civico (D.G. n. 465/2017);
- Codice Disciplinare dell'Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano per Dirigenza Medica, Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa (D.G. n. 561/2017);
- Codice Disciplinare dell'Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano per Personale del comparto (D.G. n. 561/2017);
- Regolamento in materia di rotazione del personale nelle Strutture dell'A.O. Ordine Mauriziano (D.G. n. 831/2017);



- Regolamento per la Gestione dei Cespiti Aziendali (D.G. n. 847/2017);
- Procedura Gestione Sperimentazioni Cliniche (D.G. n. 833/2017);
- Procedura Aziendale Medicina Necroscopica, Gestione delle Salme e delle Camere Mortuarie (D.G. n. 834/2017);
- Manuale di Gestione Documentale (D.G. n. 811/2017);
- Regolamento dell'Attività Libero Professionale Intramuraria (D.G. n. 841/2017).

5.3 GLI INDICATORI

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

A tal fine è stata prevista una verifica infrannuale 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 PTPC 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.

Si riportano, rispetto alla procedura di acquisto, alcuni indicatori attivati e/o in fase di attivazione:

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. L'indice è stato inserito, perché le procedure diverse da quella negoziata e da quella ristretta sono consentite dal Codice dei contratti pubblici in determinate circostanze e/o sotto soglie ben individuate, ma 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 tipologie di prodotti/servizi il numero degli offerenti è mediamente molto basso, la presenza di un'unica offerta ricevuta può rappresentare un indice di procedure disegnata *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 della percentuale di varianti rispetto al totale dei contratti. 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 evidenzia 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 PNA

Nel PTPC 2018-2020 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 PNA 2016 come misure obbligatorie.

6.1 INTEGRAZIONE TRA PTPC 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 permettere un'azione di controllo diffuso, ma costituisce un indispensabile strumento di contrasto all'illegalità, alla corruzione e alle infiltrazioni criminali che 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 PTPC.

All'attuale quadro normativo in materia di trasparenza il D.Lgs. n. 97/2016 ha apportato rilevanti innovazioni nell'ottica di semplificazione e coordinamento degli strumenti di programmazione in materia di prevenzione della corruzione.

Il D.Lgs. n. 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. n. 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, responsabilizzare le Strutture interne.

Con l'obiettivo di tendere verso un modello compiuto di trasparenza, in coerenza al D.Lgs. n. 97/2016, l'A.O. 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. n. 33/2013 (come modificato dal D.Lgs. n. 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. n. 97/2016;
- 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. n. 97/2016 e invitandoli a 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, infatti tra le "misure" previste N. 35 (31,5%) sono di "Trasparenza".
- osservando i criteri di qualità delle informazioni pubblicate sul proprio sito istituzionale ai sensi dell'art. 6 del D.Lgs. n. 33/2013: integrità, costante aggiornamento, completezza, tempestività, semplicità di consultazione, comprensibilità, omogeneità, facile accessibilità, conformità ai documenti originali, indicazione della provenienza e riutilizzabilità.

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. n. 190/2012 (art. 1, c. 9, lett. f) e dall'art. 7-bis, c. 3, D.Lgs. n. 33/2013 laddove stabilisce *«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 I livello "Altri contenuti" sotto-sezione di II livello "Dati ulteriori", laddove non sia possibile ricondurli ad alcuna delle sotto-sezioni in cui deve articolarsi la sezione "Amministrazione Trasparente".

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

- monitoraggio personale;
- borse di studio;
- sperimentazioni;
- comodati d'uso;
- donazioni;
- prove dimostrative;
- sinistri Liquidati, ai sensi Legge 8 marzo 2017, n. 24: "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".

Nel corso del 2017 è stata, inoltre, modificata la sezione "Amministrazione Trasparente" - "Bandi di Gara e Contratti" del sito aziendale, in quanto – successivamente al monitoraggio dei subappalti – è stata inserita la tabella dei subappalti e sub-contratti del 2017.

Il D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 ha dettato disposizioni in merito alla pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente" di una serie di informazioni/dati riferite al personale che riveste qualifica dirigenziale e che sia Responsabile di Struttura.

A tal proposito, nel corso del 2017, l'A.N.A.C. è intervenuta sulla questione, peraltro già oggetto di interpretazioni difformi, della pubblicazione dei dati patrimoniali dei dirigenti pubblici, con particolare riferimento ai dirigenti del Servizio Sanitario Nazionale. In merito, l'A.N.A.C. stessa, con delibera n. 241 dell'8 marzo 2017, ha emanato le proprie Linee Guida in merito all'attuazione dell'art. 14 del D.Lgs. n. 33/2013, con le quali, fornendo una lettura costituzionalmente orientata delle norme contenute nel suddetto decreto, ha equiparato gli obblighi di pubblicazione per i dirigenti del S.S.N. a quelli delle altre amministrazioni, al fine di evitare disparità di trattamento fra comparti diversi.

La questione della pubblicazione dei dati patrimoniali dei dirigenti ha però generato un dibattito acceso sulla legittimità stessa dell'obbligo di pubblicazione. Senza entrare nel dettaglio della querelle, basta ricordare che, a seguito di interventi giurisprudenziali in merito, l'A.N.A.C., con Deliberazione n. 382 del 12 aprile 2017, ha sospeso l'efficacia delle sue precedenti Linee Guida, in attesa della definizione nel merito del giudizio civile in corso presso il T.A.R. del Lazio o di un intervento legislativo chiarificatore. La sospensione dettata da questa seconda deliberazione ha



riguardato però solamente parte dell'art. 14, in particolare le lettere c) e f) del comma 1, lasciando quindi attivo l'obbligo di pubblicazione dei dati relativi agli "emolumenti complessivi a carico della finanza pubblica" (art. 14, comma 1-ter del D.Lgs. n. 33/2013 s.i.m.).

L'A.O. Ordine Mauriziano, in particolare la S.C. Gestione e Organizzazione Risorse Umane, a seguito degli interventi dell'A.N.A.C. sopra descritti, ha provveduto a richiedere ai dirigenti del ruolo PTA, con nota Prot. n. 848 del 18 aprile 2017, e ai dirigenti del ruolo sanitario, con nota Prot. n. 852 del 18 aprile 2017, la trasmissione degli emolumenti a carico della finanza pubblica (come detto, unico obbligo rimasto attivo) percepiti nell'anno 2016. Tali dati sono pubblicati sul sito istituzionale dell'Azienda, sezione "Amministrazione Trasparente – Personale – Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali) – Retribuzione dirigenti".

La questione della pubblicazione dei dati patrimoniali dei dirigenti pubblici è proseguita con l'Ordinanza del T.A.R. del Lazio n. 9828 del 19 settembre 2017, con la quale si è demandato alla Corte Costituzionale la questione in merito alla legittimità della normativa in oggetto. Allo stato attuale si attende dunque la pronuncia della Consulta, per cui l'obbligo di pubblicazione dei dati patrimoniali rimane sospeso.

Per quanto riguarda il 2017, 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 medesima sezione del sito web istituzionale; sono stati inoltre rilevati progressi nella diffusione di dati, documenti e informazioni oggetto di pubblicazione online 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.

In prosecuzione dell'opera di informatizzazione dell'A.O. Ordine Mauriziano, alcuni settori della sezione "Amministrazione Trasparente" di cui all'allegato 1 al D.Lgs. n. 33/2013 (come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016) sono stati informatizzati (a titolo esemplificativo e non esaustivo: Repertorio Deliberazioni, gare, dati AVCP, liste di attesa, ecc.) e la loro compilazione è direttamente collegata agli applicativi aziendali. Per altre sezioni la compilazione avviene "manualmente" modificando la pagina del sito. Al momento l'Azienda non ritiene di dover operare ulteriori integrazioni, a causa della specificità delle informazioni pubblicate.

Oltre all'informatizzazione del flusso, è risultato importante per il miglioramento nella diffusione di dati, documenti e informazioni, il Regolamento Aziendale in materia di diritto di accesso ai documenti amministrativi e diritto di accesso civico (D.G. n. 465/2017), al fine di tutelare gli interessati a prendere visione e/o richiedere copia dei documenti amministrativi formati o detenuti stabilmente dall'Azienda (moduli presenti nella sezione "Amministrazione Trasparente" - "Altri contenuti" - "Accesso Civico"). Il Registro relativo all'anno 2017 è in fase di pubblicazione e



contiene: dati del richiedente, data di ricevimento istanza, Struttura responsabile, tipologia di accesso, data riscontro positivo o motivazione di diniego o sospensione dei termini.

6.2 ROTAZIONE

L'A.O. Ordine Mauriziano ha predisposto il Regolamento Aziendale in materia di rotazione del personale, approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 831 del 21 dicembre 2017. 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.

È lo stesso PNA 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.

Da sottolineare 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.

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 materia di rotazione del personale dell'A.O. Ordine Mauriziano disciplina, in via prioritaria, le procedure di rotazione dei dirigenti dei ruoli Professionale Tecnico, Amministrativo, Sanitario e del personale del comparto con funzioni di responsabilità, addetti alle aree a rischio di corruzione.

La rotazione oggetto del Regolamento si applica, principalmente, alle Strutture identificate come ad alto rischio corruttivo, così come individuate nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2017-2019. Per quanto riguarda l'area tecnica e amministrativa, sono in ogni caso considerate ad alto rischio le attività indicate dall'art. 1, c. 16, L. n. 190/2012, connesse ai procedimenti di:

- autorizzazione o concessione;
- scelta del contraente per l'affidamento di lavoro, forniture e servizi;
- concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;
- concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'art. 24 del D.Lgs. n. 150/2009.

Per quanto riguarda l'area clinica, sono in ogni caso da considerare ad alto rischio le attività connesse:

- alla gestione delle liste d'attesa;
- allo svolgimento dell'attività in regime di libera professione.

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'A.O. 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 criminali.



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

6.4 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 PNA 2015, 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 e pubblicato, in esito ad una specifica fase di consultazione pubblica, con deliberazione del Direttore Generale n. 623 del 19 dicembre 2013;
- 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 D.P.R. n. 62/2013) ed i Codici disciplinari per l'area della dirigenza e per l'area del personale non dirigente;
- il Codice è stato oggetto di diffusione capillare nei confronti di tutto il personale aziendale;
- sulla base dell'analisi dei procedimenti disciplinari ed in linea con quanto previsto dal punto 3.2 del PTPC 2014-2016 e dall'art. 24, c. 1, lett. b), del vigente Codice di comportamento aziendale, la S.C. Personale, con nota del 27 novembre 2014, ha presentato al RPCT una proposta di integrazione dello stesso Codice, corredata da una breve Relazione esplicativa. Il RPCT, 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 dicembre 2014;
- nel corso del 2017, ai sensi delle Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale (pubblicate in consultazione online dall'A.N.A.C. il 31 ottobre 2016, con scadenza il 21 novembre 2016), si è provveduto alla revisione del Codice di Comportamento, approvato con DG n. 441 del 23 giugno 2017.

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



- personale aziendale (comparto e dirigenti), con rapporto a tempo indeterminato o determinato;
- coloro che, a qualsiasi titolo, si trovino a operare all'interno delle Strutture aziendali a seguito di rapporto di lavoro autonomo o di consulenza (collaboratori professionali, consulenti);
- volontari, borsisti, specializzandi e tirocinanti, limitatamente, al fine di salvaguardare l'immagine aziendale, alle disposizioni inerenti i rapporti con l'utenza;
- collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi che realizzano opere o servizi in favore dell'Azienda.

Il Codice è redatto per armonizzarsi con le misure di trasparenza e di prevenzione della corruzione contenute nel PNA 2016 e nel PTPC relativamente a:

- 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.A.C. 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, discrezionalità e riservatezza e di evitare comportamenti che possono nuocere agli interessi o all'immagine dell'Azienda.

6.5 TUTELA DEL DIPENDENTE PUBBLICO CHE SEGNALE ILLECITI

Nel corso del 2017, l'Azienda ha aggiornato la "Procedura per la segnalazione di illeciti e irregolarità" e il relativo "Modello per la segnalazione di condotte illecite" ("Amministrazione Trasparente" - "Altri contenuti" - "Prevenzione della Corruzione"), a seguito della pubblicazione della nuova Legge n. 179 del 30 novembre 2017, che ha apportato importanti modifiche all'art. 54-bis, al fine di uniformare l'ordinamento italiano con quello Europeo.

La nuova disciplina consente al dipendente di denunciare all'Autorità giudiziaria o alla Corte dei Conti, ovvero riferire al proprio superiore gerarchico o al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro.

La *ratio* della norma è quella di evitare che il dipendente ometta di effettuare segnalazioni di illecito per il timore di subire conseguenze pregiudizievoli. In tale ottica la segnalazione è un atto di manifestazione di senso civico, attraverso cui il *whistleblower* contribuisce all'emersione e alla prevenzione di rischi e situazioni pregiudizievoli per l'amministrazione di appartenenza e, di riflesso, per l'interesse pubblico.



Le modifiche introdotte dalla nuova normativa e inserite nella Procedura per la segnalazione di illeciti e irregolarità sono:

- **Divieto di discriminazione.** Il dipendente che segnala le condotte illecite o di abuso di cui sia venuto a conoscenza in ragione del suo rapporto di lavoro, non può essere – per motivi collegati alla segnalazione – soggetto a sanzioni, demansionato, licenziato, trasferito o sottoposto ad altre misure organizzative che abbiano un effetto negativo sulle condizioni di lavoro.
- **Reintegrazione nel posto di lavoro.** La nuova disciplina prevede che il dipendente sia reintegrato nel posto di lavoro in caso di licenziamento e che siano nulli tutti gli atti discriminatori o ritorsivi.
- **Sanzioni per gli atti discriminatori.** L'A.N.A.C. applica all'ente (se responsabile) e al Responsabile che non effettua le attività di verifica e analisi delle segnalazioni ricevute, una sanzione pecuniaria amministrativa, fermi restando gli altri profili di responsabilità.
- **Segretezza dell'identità del denunciante.** Non potrà, per nessun motivo, essere rivelata l'identità del dipendente che segnala atti discriminatori.
- **Inversione dell'onere probatorio.** È a carico dell'amministrazione pubblica o dell'ente la dimostrazione che le misure discriminatorie o ritorsive nei confronti del segnalante siano motivate da ragioni estranee alla segnalazione stessa.

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 dell'A.O. Ordine 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 RPCT, 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 RPCT 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* è relativa alla denuncia proveniente da un soggetto individuabile, mentre le segnalazioni anonime possono essere accettate unicamente se risultano dettagliate e circostanziate in maniera tale da far emergere fatti e situazioni in relazione a contesti determinati.

Risulta un punto fondamentale ai fini della segnalazione, la salvaguardia dell'anonimato, per cui l'identità del segnalante viene protetta in ogni contesto successivo alla segnalazione, ad eccezione dei casi in cui sia configurabile una responsabilità a titolo di calunnia e di diffamazione ai sensi delle disposizioni del codice penale o dell'art. 2043 del codice civile e delle ipotesi in cui l'anonimato non sia opponibile per legge.

La salvaguardia dell'anonimato consente che l'identità del segnalante non possa essere rivelata senza il suo espresso consenso e tutti coloro che ricevono o sono coinvolti nella gestione delle segnalazioni sono tenuti a tutelare la riservatezza di tale informazione.

Per quanto concerne, in particolare, l'ambito del procedimento disciplinare, l'identità del segnalante può essere rivelata all'Autorità disciplinare e all'inculpato solo nei casi in cui:

- vi sia il consenso espresso del segnalante;
- la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione;
- la contestazione dell'addebito disciplinare risulti fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità del segnalante risulti assolutamente indispensabile alla difesa dell'inculpato;
- nei modi e nei limiti previsti dall'art. 329 del codice di procedura penale.

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 (*"Amministrazione Trasparente – Disposizioni Generali – Segnalazioni"*). In merito, 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 SOCIETÀ 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 dell'emersione dei fatti di cattiva amministrazione o sintomatici di illegalità risulta particolarmente rilevante il coinvolgimento dell'utenza e l'ascolto della cittadinanza.

Fra questa 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;
- l'organizzazione della Giornata della Trasparenza.



Le Azioni di “Sensibilizzazione” sono processi “partecipati” per i quali è obbligatorio garantire la partecipazione del pubblico alle iniziative, dove i cittadini hanno il diritto di essere informati e di potersi documentare per esprimere le loro opinioni in merito alle proposte di piani, programmi e progetti.

Per queste ragioni, il sito aziendale offre servizi nell’ottica della massima trasparenza e spirito collaborativo con i cittadini, con le pubbliche amministrazioni, con il mondo delle imprese, per la diffusione di una corretta informazione, per la sensibilizzazione e per una partecipazione informata e consapevole della documentazione tecnica, decreti e atti amministrativi e quant’altro relativo alle procedure di competenza dell’Azienda.

In particolare, il portale fornisce informazioni in tempo reale sugli accessi di Pronto Soccorso, mentre fornisce informazioni con cadenza prestabilita per: liste di attesa, informazioni amministrative e documenti tecnici riguardanti i progetti e i piani/programmi.

Poiché uno degli obiettivi strategici principali dell’azione di prevenzione della corruzione è quello dell’emersione dei fatti di cattiva amministrazione e di fenomeni corruttivi, è particolarmente importante il coinvolgimento dell’utenza e l’ascolto della cittadinanza. In questo contesto, si collocano le azioni di sensibilizzazione, che sono volte a creare dialogo con l’esterno per implementare un rapporto di fiducia e, inoltre, possono portare all’emersione di fenomeni corruttivi altrimenti “silenti”. Un ruolo chiave in questo contesto è svolto dall’U.R.P., che rappresenta per missione istituzionale la prima interfaccia con la cittadinanza.

6.7 COORDINAMENTO CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE

Il Piano delle *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, la comprensibilità 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. n. 150/2009 e il PNA 2016, il coordinamento tra PTPC 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.

Il PNA 2017 indica un non sostanziale coordinamento fra i diversi strumenti di programmazione e tale evidenza viene registrata in parte anche nella nostra Azienda.

Al fine coordinare e di integrare, per alcuni aspetti, il Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza e il Piano della performance, fin dal 2014 sono stati definiti tra gli obiettivi annuali di attività “adempimento in materia di Prevenzione della Corruzione e



Trasparenza” e assegnati alle Strutture Amministrative, Tecniche e alla Direzione Sanitaria di presidio dell’Azienda, con correlata graduazione economica ai fini della corresponsione del conguaglio annuale della retribuzione di risultato. Gli obiettivi sono proposti dal RPCT alla Direzione, in tempo utile rispetto alla predisposizione del Piano annuale degli obiettivi aziendali, sulla base del Programma delle Misure e del Piano Trasparenza e valutati nella relazione annuale del RPCT che viene trasmessa alla Direzione, ai Direttori delle Strutture coinvolte, all'OIV e al Collegio dei Sindaci.

6.8 FORMAZIONE

L’art. 1, c. 9, lett. b) della Legge n. 190/2012 stabilisce che il Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza deve prevedere meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione. Il PNA 2016, riprendendo quanto stabilito dal D.Lgs. n. 165/2001 (art. 1, c. 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, cioè il RPCT, 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 fra tutti i dipendenti i valori etici alla base degli interventi aziendali sui temi della legalità, di seguito riportate:

- un corso base 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.
- 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). Nel dettaglio, gli argomenti dei singoli moduli ed i rispettivi obiettivi sono stati i seguenti:
 - I conflitti di interessi nella pratica quotidiana
 - Le attività di vigilanza, controllo e ispezione
 - L’introduzione e l’utilizzo di farmaci e dispositivi innovativi nel contesto clinico
 - Le donazioni liberali e la gestione delle tecnologie biomediche
 - L’integrità e la trasparenza nella ricerca scientifica

A seguito della formazione sopra riportata, nel corso del 2017 non è stata effettuata ulteriore formazione mirata. Tuttavia tutti i dipendenti sono stati coinvolti nel processo di prevenzione della corruzione e della trasparenza attraverso altre iniziative, quali:

- invio del PTPC 2017-2019;
- creazione di una rassegna stampa sul sito intranet;
- invio informativa sul conflitto di interessi;



- invio Relazione A.N.A.C. 2016;
- invio aggiornamento Codice di comportamento;
- invio questionario sulla percezione della corruzione per i dipendenti e successivamente invio dei risultati;
- invio nuova procedura di segnalazione (*Whistleblowing*).

In particolare, nel 2017 sono risultati importanti, al fine di coinvolgere i dipendenti nel processo di prevenzione della corruzione e della trasparenza, il questionario sulla percezione di corruzione all'interno dell'A.O. Ordine Mauriziano e la rassegna stampa, presente sul sito intranet.

6.9 CONFLITTO DI INTERESSI

Il conflitto di interessi viene generalmente definito come la situazione, condizione o insieme di circostanze che determinano o accrescono il rischio che gli interessi primari – consistenti nel corretto e imparziale adempimento dei doveri e compiti istituzionali, finalizzati al perseguimento del bene pubblico – possano essere compromessi da interessi secondari, privati o comunque particolari. Generalmente si distinguono tre tipologie di conflitto di interessi:

- conflitto di interessi reale (o attuale);
- conflitto di interessi potenziale;
- conflitto di interessi apparente (o percepito).

In ambito sanitario riveste particolare importanza e rilevanza il tema della gestione degli appalti. In materia si è pronunciato il PNA 2016, secondo il quale: *“Nell’ambito degli appalti in sanità, l’esigenza di affrontare in modo sistemico e strategico le situazioni di conflitti di interesse appare maggiormente sentita a causa delle caratteristiche strutturali di potenziale intrinseca “prossimità” di interessi presenti nell’organizzazione sanitaria con specifico riferimento al settore degli acquisti, generata dal fatto che i soggetti proponenti l’acquisto sono spesso anche coloro che utilizzano i materiali acquistati.”*

Successivamente il PNA 2016 rinvia alle disposizioni contenute nel D.Lgs. n. 50/2016 (Nuovo Codice dei contratti pubblici), che all’art 42 (rubricato, appunto, “Conflitto di interessi”), comma 2, così prescrive: *“Si ha conflitto d’interesse quando il personale di una stazione appaltante o di un prestatore di servizi che, anche per conto della stazione appaltante, interviene nello svolgimento della procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni o può influenzarne, in qualsiasi modo, il risultato, ha, direttamente o indirettamente, un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di appalto o di concessione.”*

Nel corso del 2017, l’A.O. Ordine Mauriziano ha pubblicato e inviato a tutti i dipendenti dell’Azienda alcune indicazioni in merito al fenomeno del conflitto di interesse, in quanto esso ha assunto sempre più rilevanza nell’attuale contesto sociale e soprattutto in ambito sanitario. Queste Linee Guida hanno approfondito il tema del conflitto di interesse affrontato dal Codice di Comportamento e dalla Procedura Aziendale in materia di Attività Extraistituzionale del personale.



6.9.1 Dichiarazione pubblica di interessi

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 è finalizzata al rafforzamento della trasparenza nelle 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.

L'A.O. Ordine Mauriziano di Torino ha provveduto a diffondere, a scopo conoscitivo, la modulistica messa a disposizione da Age.Na.S. ai responsabili dei servizi amministrativi e sanitari, di Struttura Semplice e Complessa.

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 della 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, i RPCT delle Aziende Sanitarie sopra citate hanno evidenziato alcune riflessioni sulla modulistica messa a disposizione da Age.Na.S. sia in formato cartaceo che su supporto informatico, 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, ma emergono altresì alcune criticità che, nella formulazione presente della modulistica, ne limitano fortemente le potenzialità; a fronte di tali criticità, sono state sottoposte alla Regione Piemonte alcune possibili soluzioni migliorative. Allo stato attuale, non è pervenuta da parte della Regione Piemonte altra ulteriore indicazione in merito alla compilazione e alla successiva pubblicazione della modulistica riguardante la dichiarazione pubblica di interessi.

6.9.2 Patti di integrità

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 18/04/2016, il RPCT 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.

6.9.3 Inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi dirigenziali

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

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 professionali – 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. n. 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 di pubblicare sul sito web istituzionale; analoghe dichiarazioni sono, inoltre, annualmente raccolte per comprovare il mantenimento dell'assenza di cause di incompatibilità.

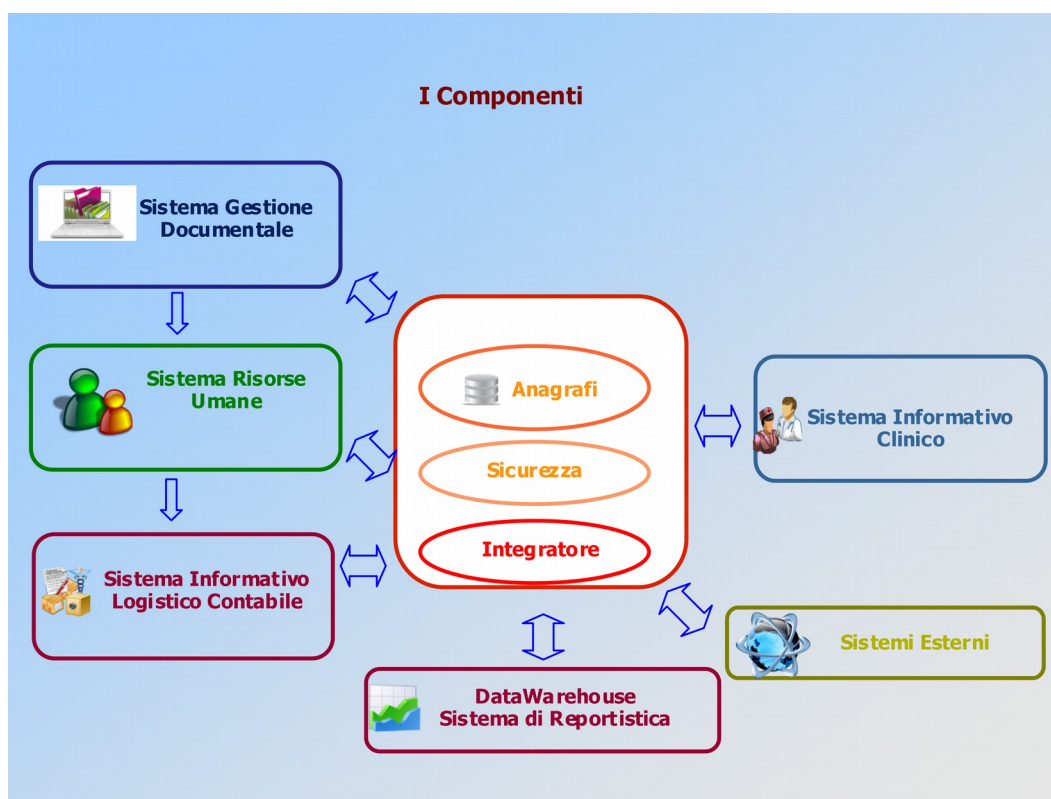
6.10 INFORMATIZZAZIONE DEI PROCESSI

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. Ordine 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 server;
- 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 online per il cittadino (prenotazioni, ritiro referti, pagamenti ticket).

Lo schema dell'architettura può sintetizzarsi con il successivo diagramma:



Tralasciando la descrizione delle funzionalità e peculiarità dei singoli sottosistemi, si riportano alcuni interventi “trasversali” che concorrono all’attuazione delle misure previste nel presente PTPC.

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:

- Contratti/convenzioni;
- documenti Protocollati;
- referti;
- prescrizioni/somministrazioni terapie.

Firma digitale: allo stato attuale sono utilizzati certificati di firma digitale, principalmente di tipo “Business key” e “Smart Card”, ma è previsto nel 2018 l’attivazione di una soluzione della firma digitale remota.



Operativamente:

1. si utilizza la firma digitale per tutti i documenti quali: referto, lettera di dimissione, verbale di Pronto Soccorso, Delibere/Determinazioni, Contratti, Ordini, Fatture, Convenzioni, lettere ovvero documenti creati/modificati con un sistema di una firma digitale o elettronica avanzata basata su un certificato qualificato e generata mediante un dispositivo per la creazione di una firma sicura;
2. si utilizza l'autenticazione forte per accedere ai moduli di registrazione della terapia e dell'intercalare;
3. si produce un documento di tipo 1 finale che rappresenta l'estrazione statica dell'intercalare e delle SUT giornaliere firmate da colui che chiude la cartella all'atto della dimissione.

Conservazione legale sostitutiva dei documenti amministrativi e sanitari, nella consapevolezza che la *Conservazione sostitutiva* rappresenta una parte inscindibile del processo di dematerializzazione.

Servizi online 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. Ordine Mauriziano ha attivato i seguenti servizi di interoperabilità:

- Ritiro Referti Online Laboratorio Analisi;
- Ritiro Referti Online Radiologia comprensivo delle immagini associate al referto;
- Invio dei Referti ad una Certification Authority scelta dall'Azienda Sanitaria per il servizio di Conservazione Legale Sostitutiva (CLS);
- Gateway di Pagamento Aziendale per i Ticket online delle prestazioni;
- Fascicolo Sanitario Elettronico;
- Recall sulle prenotazioni;
- Liste di attesa.

In particolare, ai sensi delle indicazioni pervenute dalla Regione Piemonte (comunicazione Prot. n. 23340/A14000 del 20 novembre 2017) "*formalizzazione degli interventi da realizzare per l'alimentazione del FSE*", si è predisposto un primo piano attuativo degli interventi di adeguamento ed evoluzione da apportare al sistema informativo aziendale, al fine di garantire l'attuazione degli obiettivi previsti dalla fase "Primi interventi" del piano regionale in materia di fascicolo sanitario elettronico e dei servizi online.

Tutti gli interventi effettuati sono riconducibili alla normativa vigente, con particolare riferimento al CAD, al Piano Triennale per l'Informativa nella Pubblica Amministrazione 2017-2019, alla Circolare n. 2/2017 del 18 aprile 2017, recante: «*Misure minime di sicurezza ICT per le Pubbliche Amministrazioni*», il cui obiettivo è indicare alle Pubbliche Amministrazioni le misure minime per la sicurezza ICT che debbono essere adottate al fine di contrastare le minacce più comuni e frequenti a cui sono soggetti i sistemi informativi.

Con Delibera n. 871 del 29 dicembre 2017, in ottemperanza all'art. 17 del CAD (Codice di Amministrazione Digitale) è stato nominato il "Responsabile per la transizione digitale" la figura del Direttore ICT e Sistemi Informativi, allo scopo di garantire l'attuazione delle linee strategiche per la riorganizzazione e la digitalizzazione dell'Amministrazione definite dal Governo.