



# **Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione**

**2016 – 2018**

Revisione 31 Gennaio 2016



*«Per il peccato esiste il perdono. Per la corruzione, no. Questa ha bisogno, prima di tutto, di essere curata. La corruzione non rappresenta una somma di peccati, per quanto gravi, e neppure uno dei tanti vizi del cuore. E' un male qualitativamente diverso. Il corrotto non si rende conto del proprio stato. Diventa contagioso per la società. La corruzione è una ragnatela che tende ad espandersi, imponendo complicità. La corruzione costituisce l'erba cattiva del nostro tempo. Infesta la politica, l'economia, la società. Ci farà bene tornare a ripeterci l'un l'altro "Peccatore sì, corrotto no!"».*

(Papa Francesco, "Guarire dalla corruzione", 2013)



## **Indice generale**

1. Abbreviazioni e acronimi.....	4
2. Caratteristiche generali del P.T.P.C.....	5
3. Analisi del contesto.....	6
3.1 Contesto esterno.....	6
3.2 Contesto interno.....	8
3.2.1 Il modello organizzativo.....	9
3.2.2 I soggetti interni.....	9
3.2.3 Procedimento di predisposizione del P.T.P.C. e suo aggiornamento.....	13
3.3 Gestione del rischio.....	13
3.3.1 Definizione del concetto di "rischio".....	14
3.3.2 Principi per la gestione del rischio.....	14
3.3.3 Aree di rischio e mappatura dei processi.....	15
4. Valutazione del rischio.....	26
5. Trattamento del rischio.....	41
5.1 Identificazione delle misure.....	41
5.2 Monitoraggio del P.T.P.C. e delle misure.....	51
5.3 Gli indicatori.....	53
6. Misure obbligatorie nel P.N.A.....	54
6.1 Integrazione tra P.T.P.C. e Programma per la Trasparenza.....	54
6.2 Misure di prevenzione e doveri di comportamento dei dipendenti.....	55
6.3 Tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti (whistleblower).....	56
6.4 Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile.....	59
6.5 Coordinamento con il Piano della Performance.....	60
6.6 Formazione.....	61
6.7 Dichiarazione pubblica di interessi.....	61
6.8 Informatizzazione dei processi.....	64
7. Osservazioni conclusive.....	66

### **ALLEGATI:**

- ***Programma delle Misure***
- ***Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (P.T.T.I.)***
- ***Tabella relativa agli obblighi di trasparenza di cui al D.Lgs. 33/2013***



## **1. ABBREVIAZIONI E ACRONIMI**

AGENAS: Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

AgID: Agenzia per l'Italia Digitale

A.N.A.C.: Autorità Nazionale Anti-Corruzione (ex C.i.V.I.T.)

A.O.: Azienda Ospedaliera

A.S.R. Aziende Sanitarie Regionali

A.V.C.P.: Autorità per la Vigilanza dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture

c.a.: corrente anno

C.I.G.: Codice Identificativo di Gara

C.i.V.I.T.: Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche (oggi A.N.A.C.)

D.G.R.: Deliberazione della Giunta Regionale

D.L.: Decreto Legge

D.Lgs.: Decreto Legislativo

D.P.R.: Decreto del Presidente della Repubblica

E.C.M.: Educazione Continua in Medicina

F.A.D.: Formazione a distanza

L.: Legge nazionale

L.R.: Legge regionale

N.C.I.: Nucleo di Controllo Interno

O.I.V.: Organismo Indipendente di Valutazione

P.A.: Pubblica Amministrazione

P.A.C.: Percorso Attuativo della Certificabilità

P.N.A.: Piano Nazionale Anticorruzione

P.T.P.C.: Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione

P.T.T.I.: Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità

R.P.C.T.: Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

R.U.P.: Responsabile unico del procedimento

S.D.O. Scheda di Dimissione Ospedaliera

S.S.N.: Servizio Sanitario Nazionale

S.C.: Struttura Complessa

S.S.: Struttura Semplice

S.S.N.: Servizio Sanitario Nazionale

ss.mm.ii.: successive modificazioni e integrazioni

U.P.D.: Ufficio Procedimenti Disciplinari

U.R.P.: Ufficio Relazioni con il Pubblico

u.s.: ultimo scorso



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

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

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

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

Il P.T.P.C. 2016-2018 rappresenta un aggiornamento del precedente Piano e viene predisposto nel rispetto del P.N.A. in vigore, approvato sulla base delle Linee di indirizzo adottate dal Comitato interministeriale di cui all'art. 1, co. 4 della Legge n. 190/2012 e del suo Aggiornamento, adottato dall'A.N.A.C. con Deliberazione n. 12 del 28 ottobre 2015.

Come già affermato nel precedente Piano (punto 1), il P.T.P.C. è lo strumento attraverso il quale l'Azienda si propone di ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione, di aumentare le capacità di scoprire i casi di corruzione e di creare un contesto sfavorevole alla corruzione.

L'aggiornamento 2015 al P.N.A. precisa che 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 (di assetto di interessi a conclusione di procedimenti, di determinazioni di fasi interne a singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari. Rientrano pertanto nel termine “corruzione” anche tutti quegli atti e comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nell'imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse.

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



un elevato livello di trasparenza, l'Azienda ha provveduto ad inserire, come sezione specifica, l'aggiornamento del Programma Triennale per la Trasparenza all'interno del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2016-2018.

### **3. ANALISI DEL CONTESTO**

#### **3.1 CONTESTO ESTERNO**

La corruzione in Italia, come confermato dalle statistiche internazionali, risulta un fenomeno molto diffuso e radicato. Secondo il Presidente della Corte dei Conti la corruzione nel nostro Paese *“ha natura sistemica, si annida in tutte le pieghe della pubblica amministrazione e contribuisce a pregiudicare l'economia della Nazione”*.

Nella ventesima edizione della rilevazione del C.P.I. (*Corruption Perceptions Index*), cioè l'indice che misura quanti uomini d'affari ed esperti del settore credano che nel loro paese il settore pubblico sia permeato dal malaffare, condotta dalla *Transparency International*, l'Italia, si è classificata, nel 2014, nuovamente al 69° posto nel mondo (su 175 paesi), conservando la stessa posizione e punteggio dell'anno precedente.

In data 27/01/2016, il *Transparency International* ha presentato il C.P.I. del 2015. La classifica mette l'Italia al 61esimo posto globale, con un punteggio di 44 su 100. Si tratta di un miglioramento di otto posizioni rispetto alla classifica del 2014, ma è dovuto più che altro al peggioramento degli altri, se si considera che il nostro score è salito soltanto di un punto. Un risultato comunque positivo in quanto si è avuta un'inversione di tendenza, seppur minima rispetto al passato, che fa sperare in un ulteriore miglioramento per i prossimi anni.

Altri dati emergono dalla prima Relazione annuale 2015 A.N.A.C. presentata al Parlamento lo scorso 2 luglio, che ripercorre le sfide affrontate in questi ultimi 14 mesi dall'Authority.

Nel rapporto della Commissione per lo studio e l'elaborazione di proposte in tema di trasparenza e prevenzione della corruzione nella pubblica Amministrazione "La corruzione in Italia per una politica di prevenzione", si evince che un primo settore sensibile all'aggressione del fenomeno corruttivo è quello degli approvvigionamenti di beni, servizi e forniture da parte dell'amministrazione, in cui la scelta del contraente privato non si rivela ispirata ai principi di imparzialità, di merito e di concorrenzialità, bensì determinata da un accordo illecito.

Anche il settore della sanità è inevitabilmente tra quelli maggiormente esposti al rischio di corruzione, per ovvie ragioni di ordine finanziario. Da un lato, si tratta di uno dei settori più rilevanti in termini di spesa pubblica, la cui consistenza si è accresciuta negli ultimi due decenni, come dimostra l'aumento significativo della spesa regionale rispetto a quella dello Stato e degli enti locali. Altresì la corruzione è fortemente correlata alla qualità dei servizi pubblici, atteso che una scarsa qualità dei servizi, imputabile a inefficienze o a carenze organizzative, individua un contesto che favorisce l'emersione di fenomeni corruttivi.

Nella lotta contro la corruzione, particolare rilievo assumono i meccanismi di centralizzazione degli acquisti; non solo essi consentono alle amministrazioni di ottenere prezzi più vantaggiosi ma, riducendo il numero dei contratti e concentrandoli presso uffici specializzati, permettono anche di rendere le procedure più corrette e trasparenti.



In ordine a tale profilo è intervenuto il legislatore che, con il recente varo della cosiddetta *spending review*, ha previsto che gli enti del servizio sanitario nazionale, utilizzino, per l'acquisto di beni e servizi relativi alle categorie merceologiche presenti nella piattaforma CONSIP, gli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione dalla stessa CONSIP, ovvero, se disponibili, dalle centrali di committenza regionali di riferimento costituite ai sensi dell'articolo 1, comma 455, della legge 27 dicembre 2006, n. 296.

In particolare SCR Piemonte S.p.A., società di capitali interamente partecipata dalla Regione Piemonte, è stata istituita con Legge regionale n. 19 del 6 agosto 2007 con l'obiettivo di razionalizzare la spesa pubblica e di ottimizzare le procedure di scelta degli appaltatori pubblici nelle materie di interesse regionale, in particolare nei settori delle infrastrutture, trasporti, telecomunicazioni e sanità.

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

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

Inoltre, la Regione Piemonte, con DGR n. 25-6992 del 30/12/2013, ha approvato i Programmi Operativi (PO) del piano regionale di rientro 2013-2015, indicando la necessità di definire le regole di funzionamento del nuovo modello organizzativo sanitario, al fine del governo e della razionalizzazione dei costi per il Servizio sanitario regionale (SSR).

Nello specifico, i PO prevedono (intervento 9.1 "Pianificazione poliennale degli acquisti- Analisi e governo dei fabbisogni") che la Regione, per il governo del cambiamento, definisca i rapporti tra Regione, Aziende sanitarie regionali (ASR) e Società di committenza regionale SCR Piemonte S.p.A. in relazione ai processi di approvvigionamento di beni e servizi in ambito sanitario.

Con Deliberazione della Giunta Regionale 28 luglio 2014, n. 34-189 "*Programmi Operativi 2013-2015. Riordino della funzione Acquisti a seguito della L.R. 20/2013: individuazione delle Aziende Sanitarie capofila del Coordinamento degli acquisti per le Aree Interaziendali e definizione della nuova matrice delle competenze*", la Regione Piemonte, posto che per la funzione acquisti (ed attività connesse, quali l'integrazione delle reti logistiche e l'anagrafica unica dei prodotti) il livello aggregato rappresenta l'ambito strategico ed operativo ottimale in termini di efficienza ed economicità, individua, ai sensi del comma 2, art. 1 della LR 20/2013, le ASR capofila del coordinamento degli acquisti per le Aree interaziendali di coordinamento.

A tal proposito si precisa che l'A.O. Ordine Mauriziano rientra nell'Area interaziendale AIC1 "ASL TO 1, ASL TO 3, ASL TO 5, ASO Ordine Mauriziano, AOU S. Luigi di Orbassano" e che esiste una programmazione condivisa e concordata con le Aziende dell'area per l'effettuazione di gare relative a forniture di beni e servizi di importo compreso tra 40.000 e 207.000 euro.

La realizzazione del programma di lavoro previsto dal "Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC)" dei dati e dei bilanci delle aziende e degli enti del SSN rappresenta un fondamentale strumento di controllo e di riduzione del rischio di frode amministrativo-contabile in sanità. Pertanto è importante



la sua completa implementazione, che passa attraverso un processo di “miglioramento” dell’organizzazione e dei sistemi amministrativo-contabili.

La Regione Piemonte con Deliberazione della Giunta Regionale 2 marzo 2015, n. 34-1131 *Aggiornamento del Piano Attuativo di Certificabilità secondo le modalità e le tempistiche previste dall'articolo 3, commi 3 e 4 del decreto del Ministero della Salute del 17 settembre 2012, e indicazioni agli Enti del SSR per la corretta, completa e condivisa attuazione dei PAC* fornisce le indicazioni circa il percorso di certificabilità dei bilanci e stabilisce che le iniziative aziendali relative al Piano Attuativo della Certificabilità dei bilanci dovranno essere preventivamente concertate con il responsabile regionale del coordinamento del PAC e dal responsabile della Gestione sanitaria accentrata.

L'A.O. Ordine Mauriziano, in attuazione della succitata disposizione, ha adottato, con Deliberazione n. 529 del 16 luglio 2015. l'“Aggiornamento del Piano Attuativo di Certificabilità secondo le modalità e le tempistiche previste dalla D.G.R. 2 marzo 2015 n. 34-1131 – Nomina del responsabile aziendale dell'attuazione del Piano Attuativo della Certificabilità”.

L'Atto di intesa Stato – Regioni del 28/10/2010 sul Piano nazionale di governo delle liste d’attesa per il triennio 2010-2012, nel richiamare il fatto che il fenomeno delle liste d’attesa è presente in tutti gli Stati dove insiste un sistema sanitario universalistico e che offra un livello di assistenza avanzato, rimarca la necessità che la gestione della problematica veda l’impegno comune del Governo e delle Regioni, con la consapevolezza che non esistono soluzioni semplici e univoche, ma che vanno poste in essere azioni complesse ed articolate, considerando in particolare la promozione del principio di appropriatezza nelle sue due dimensioni clinica ed organizzativa utili a rispondere in modo adeguato ad una specifica domanda di assistenza.

Su questo tema sono da tempo in corso presso l’Assessorato della Regione Piemonte molte azioni che hanno interessato in particolare i principi ed i criteri per l’erogazione delle prestazioni e per la gestione delle liste d’attesa, quelli per il monitoraggio dei valori rilevati e l’informazione all’utenza. Nello specifico sono state definite le linee guida sull’utilizzo di classi di priorità in base al bisogno clinico e relativi tempi di attesa e l’attenta verifica rispetto alla quantità ed alla tipologia delle prestazioni inserite sui CUP aziendali e/o sul Sovracup, unita ad un monitoraggio puntuale delle sospensioni, dovrebbe garantire una reale trasparenza nella gestione delle liste d’attesa.

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

In particolare, l'A.N.A.C., oltre ad aver pubblicato, il 28/10/2015, l'aggiornamento 2015 al P.N.A., articolato in una parte generale, di ricostruzione dei limiti della esperienza pregressa e di indicazioni per una rapida correzione di rotta, e in una parte speciale, dedicata a due approfondimenti in settori particolarmente esposti al rischio corruttivo: i contratti pubblici e la sanità (redatto in collaborazione con il Ministero della salute e con l’Agenas), ha altresì diffuso, il 29/12/2015, un “Rapporto sullo stato di attuazione e sulla qualità dei piani triennali di prevenzione della corruzione nelle amministrazioni pubbliche 2015-2017”. Il 23 novembre 2015, l'Agenas ha predisposto e pubblicato un documento intitolato “Trasparenza, etica e legalità nel settore sanitario”.

### **3.2 CONTESTO INTERNO**

L'attuale organizzazione aziendale è stata definita dal nuovo “Atto aziendale, piano di organizzazione e valutazione organica”, adottato con Deliberazione n. 611 del 18 settembre 2015.





Con Deliberazione n. 656 del 16 ottobre 2015 è stato adottato, conformemente agli esiti del procedimento regionale di verifica condotto nei confronti dei documenti organizzativi aziendali già allegati alla Deliberazione n. 611 del 18 settembre 2015, il nuovo “Atto di Organizzazione e Funzionamento” dell'A.O. Ordine Mauriziano comprensivo del Piano di Organizzazione e della correlata dotazione organica.

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

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

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

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

### **3.2.1 Il modello organizzativo**

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

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

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

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

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

### **3.2.2 I soggetti interni**

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

Nel rispetto di quanto stabilito dall'aggiornamento 2015 al P.N.A., la strategia di prevenzione della corruzione dell'A.O. Ordine Mauriziano si attua attraverso la sinergia e la collaborazione dei seguenti soggetti interni:



1) Il **Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza** rappresenta, senza dubbio, uno dei soggetti fondamentali nell'ambito della normativa sulla prevenzione della corruzione e della trasparenza. Il Responsabile viene scelto tra i dirigenti di ruolo di prima fascia in servizio, al fine di assicurare che il R.P.C.T. sia un dirigente stabile, con un'adeguata conoscenza dell'organizzazione aziendale e dotato di imparzialità ed autonomia valutativa.

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

In materia di prevenzione della corruzione:

- propone l'adozione del P.T.P.C.;
- definisce procedure appropriate per la selezione e la formazione dei dipendenti operanti in settori esposti alla corruzione;
- pubblica sul sito *web* istituzionale relazioni periodiche sull'attività svolta;
- verifica l'efficace attuazione del P.T.P.C. e propone eventuali modifiche;
- verifica la rotazione degli incarichi dirigenziali, d'intesa con il dirigente competente;
- individua il 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

In materia di trasparenza:

- aggiorna il P.T.T.I.;
- controlla sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa;
- è garante della completezza, chiarezza ed aggiornamento delle informazioni pubblicate;
- segnala agli organismi competenti (Direzione, O.I.V./Nucleo di Valutazione, A.N.A.C., ufficio disciplinare) i casi di mancato o ritardo adempimento degli obblighi di pubblicazione;
- pubblica sul sito *web* aziendale relazioni periodiche sullo stato di attuazione del P.T.T.I.

Risulta in questa sede opportuno specificare che, nello svolgimento delle sue funzioni, il R.P.C.T. non deve essere isolato, ma è necessaria una collaborazione di tutti i soggetti coinvolti, i quali, in attuazione dell'art. 1, co. 9, lett. c) della Legge n. 190/2012, hanno l'obbligo di informazione nei confronti del R.P.T.C. chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'attuazione del Piano. Sebbene l'aggiornamento al P.N.A. sottolinei l'importanza di una struttura organizzativa a supporto del R.P.C.T., posta effettivamente al servizio dell'operato del Responsabile, attualmente, l'Azienda, a causa delle limitate risorse a disposizione, non si è ancora dotata di un ufficio adeguato, per qualità del personale e per mezzi tecnici, a sostegno del R.P.C.T.

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

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

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



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

Nell'aggiornamento del P.N.A. dell'ottobre 2015 è stato evidenziato che una ragione della scarsa qualità dei P.T.P.C. e della insufficiente individuazione delle misure di prevenzione è, senza dubbio, il ridotto coinvolgimento dei componenti degli organi di indirizzo in senso ampio.

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

La Direzione Generale, in occasione della pubblicazione dell'Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione, elaborato dall'A.N.A.C. con Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015 e al Primo Rapporto sullo stato di attuazione delle azioni adottate dalla sanità pubblica in materia di trasparenza ed integrità intitolato "Trasparenza, etica e legalità nel settore sanitario", ha convocato, unitamente al R.P.C.T., tutto il personale dell'Azienda per coinvolgerli nell'aggiornamento del P.T.P.C. interno.

In ragione di specifiche normative nazionali e regionali, 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.

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

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

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

- osservano le misure contenute nel P.T.P.C (art. 1, co. 14, Legge n. 190/2012);



- segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'U.P.D. (art. 54 bis D.Lgs. 165/2001, Codice di comportamento aziendale); segnalano casi di personale conflitto d'interessi (art. 6 bis Legge 241/1990, Codice generale e aziendale di comportamento).

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

- svolge compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (artt. 43 e 44 D.Lgs. 33/2013);
- esprime parere obbligatorio sul Codice aziendale di comportamento (art. 54, co. 5 D.Lgs. 165/2001).
- compila le attestazioni O.I.V., relative all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione per l'anno di riferimento (art. 44 del D.Lgs. 33/2013).

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

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

7) Fermo restando il regime delle responsabilità in capo al R.P.C.T., i **referenti** possono svolgere attività informativa nei confronti del responsabile, affinché questi abbia elementi e riscontri per la formazione e il monitoraggio del P.T.P.C. e sull'attuazione delle misure. Per il triennio 2016-2018, il R.P.C.T., a seguito dell'aggiornamento del PNA che inserisce l'approfondimento sulla Sanità e individua precise aree di rischio, ha richiesto la nomina di uno o più referenti nell'Area sanitaria. In considerazione che tale nomina non è pervenuta nei tempi utili per la predisposizione del presente P.T.P.C., si rimanda al I trimestre 2016 l'analisi più dettagliata dei rischi e delle misure proposte e qui inserite per l'ambito sanitario.

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



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

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

L'attuale aggiornamento tiene conto di alcuni interventi, di seguito richiamati sinteticamente:

- eventuali normative sopravvenute che impongono ulteriori e/o diversi adempimenti;
- nuovi indirizzi dell'A.N.A.C. contenuti nel P.N.A. o in Direttive;
- emersione di rischi non considerati in fase di predisposizione del precedente P.T.P.C.;
- modifiche organizzative dell'articolazione dell'Azienda;
- adempimenti già adottati nel corso del 2015.

Il R.P.C.T. ha pertanto predisposto la bozza dell'aggiornamento del P.T.T.I. 2016-2018 e, in data 23/12/2015, lo ha trasmesso alla Direzione Generale, a tutti i Dirigenti, alle organizzazioni sindacali, all'O.I.V. e al Collegio Sindacale per i pareri di competenza.

In considerazione del fatto che l'aggiornamento del P.N.A. è stato pubblicato nel mese di ottobre 2015 e che è stato necessario modificare sostanzialmente il P.T.P.C. variando le Aree di rischio e conseguentemente i rischi associati ai processi, le misure attivate/da attivare e gli indicatori associati, i tempi a disposizione per la predisposizione del nuovo P.T.P.C. sono stati veramente ristretti.

A tal fine:

- a partire dal mese di novembre 2016 il R.P.C.T. ha direttamente elaborato una prima e provvisoria versione del P.T.P.C., individuando otto nuove aree di rischio sostituendole a quelle precedentemente individuate;
- ha coinvolto, di volta in volta e in base agli argomenti specifici di competenza, i Dirigenti aziendali maggiormente interessati nella preliminare fase di verifica e/o modifica e/o integrazione e per ultimo ha inviato bozza del P.T.P.C. in data 22/1/2016;
- ha inviato il P.T.P.C. e il P.T.T.I. alla Direzione Generale per la Delibera di approvazione in data 27 gennaio 2016, affinché sia possibile la pubblicazione entro il 31 gennaio.

Successivamente, una volta elaborata una prima bozza del P.T.P.C., la stessa sarà oggetto di una fase di consultazione pubblica in cui saranno coinvolti tutti i Dirigenti, i referenti e la Direzione, inerente la valutazione dei rischi proposti e delle correlate misure preventive, per acquisire eventuali osservazioni e/o richieste di modifiche e integrazioni.

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

### **3.3 GESTIONE DEL RISCHIO**

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

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



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

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

### **3.3.1 Definizione del concetto di “rischio”**

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

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

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

### **3.3.2 Principi per la gestione del rischio**

Per far sì che la gestione del rischio sia efficace, un’organizzazione dovrebbe, a tutti i livelli, seguire i principi contenuti nell’allegato 6 del P.N.A. e di seguito riportati:

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

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

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

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

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

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

*d) La gestione del rischio tratta esplicitamente l’incertezza.*

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

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



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

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

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

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

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

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

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

*i) La gestione del rischio è trasparente e inclusiva.*

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

*j) La gestione del rischio è dinamica.*

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

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

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

### **3.3.3 Aree di Rischio e Mappatura dei Processi**

Al fine di adeguare il nuovo P.T.P.C. al P.N.A. sono state riviste le aree di rischio previste nel precedente piano, alla luce dell'esperienza di questi 2 anni e con l'intento di semplificare lo schema del programma di misure.

A tal fine, rispetto al precedente P.T.P.C., sono state accorpate alcune delle Aree previste in precedenza (l'Area Affidamenti di lavori, servizio e forniture con l'Area Gestione della fase esecutiva dei contratti) e sono state accorpate in modo diversi alcuni processi cercando di privilegiare la "competenza".

Rispetto alla proposta del P.N.A., si è tralasciata l'Area "Rapporti Contrattuali con Privati Accreditati" perché non di competenza dell'Azienda Ospedaliera e si è modificata l'Area "Controlli, Verifiche, Ispezioni e Sanzioni" per contestualizzarla alle effettive esigenze della nostra Azienda Ospedaliera.

E' stata inserita un' Area "Gestione delle risorse Umane" non prevista tra le Aree indicate nel P.N.A.

Si elencano le Aree di rischio previste che sostituiscono quelle precedentemente approvate nel P.N.A. 2015-2017. I procedimenti-processi sono stati rivisti sulla base del nuovo Piano di Organizzazione (delibera n. 611/2015) e delle indicazioni fornite dall'Aggiornamento 2015 al P.N.A.



## Elenco Aree di rischio:

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

### Area 1. Contratti pubblici

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

Per definire una mappatura corretta dei processi di quest'Area si è utilizzato lo schema proposto dall'aggiornamento 2015 del P.N.A., sostituendo la dicitura "Fase" con "Procedimento" per omogeneità con le altre Aree di rischio.

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. 55 del Codice degli Appalti sono effettuate esclusivamente dalla S.C. Provveditorato e dalla S.C. Tecnico. Le strutture S.C. Ingegneria Clinica, I.C.T. e Sistemi Informativi e S.C. Farmacia Ospedaliera effettuano soltanto acquisti con procedure negoziate (artt. 56 e 57 del Codice degli Appalti) e affidamenti diretti/in economia (art. 125 del Codice degli Appalti).

#### a) Programmazione.

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Struttura Competente</i>
Analisi e definizione dei fabbisogni	Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero <sup>1</sup> , S.C. DiPSa e Strutture Amministrative <sup>2</sup>
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

<sup>1</sup> Per Direzione Sanitaria s'intendono tutte le strutture sanitarie competenti della fornitura.

<sup>2</sup> 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.





*b) Progettazione della gara.*

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

*c) Selezione del contraente.*

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

*d) Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto.*

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



*e) Esecuzione del contratto .*

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

*f) Rendicontazione del contratto.*

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

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

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

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

<b><i>Processi rilevanti</i></b>	<b><i>Struttura Competente</i></b>
Definizione del fabbisogno	S.C. Gestione e Organizzazione delle Risorse Umane
Definizione del profilo di posto	
Definizione dei criteri di valutazione dei candidati	



Avvio della procedura selettiva	
Costituzione della Commissione esaminatrice	
Svolgimento della selezione	
Comunicazione e pubblicazione dei risultati	

*b) Conferimento di altri incarichi dirigenziali*

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

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

<b>Processi rilevanti</b>	<b>Struttura Competente</b>
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*

<b>Processi rilevanti</b>	<b>Struttura Competente</b>
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*

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

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

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



*g) Reclutamento del personale per mobilità (avviso pubblico)*

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

*h) Progressioni di carriera*

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

*i) Conferimento di incarichi di collaborazione*

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

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

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

*a) Bilancio*

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Struttura Competente</i>
Redazione del bilancio (conto economico, stato patrimoniale e nota integrativa) e dei monitoraggi trimestrali	S.S. Contabilità Generale e Bilancio
Scritture contabili di competenza (retribuzioni e contributi, risultanze degli inventari di magazzino, ammortamenti e relativi fondi)	
Gestione delle anagrafiche dei fornitori e dei partitari	



<b>Processi rilevanti</b>	
Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC)	S.S. Contabilità Generale e Bilancio e S.S. Contabilità Analitica e Controllo di Gestione e tutte le Strutture Amministrative e Tecniche per quanto di competenza
Rapporti con la Tesoreria	S.S. Contabilità Generale e Bilancio

*b) Ciclo attivo*

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

*c) Ciclo passivo*

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

*d) Gestione cassa*

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



Riconciliazioni di cassa.	S.S. Contabilità Generale e Bilancio
---------------------------	--------------------------------------

*e) Gestione fiscalità aziendale*

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

*f) Gestione del patrimonio*

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

**Area 4. Controlli, verifiche, autorizzazioni, contenzioso**

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

*a) Sicurezza sul lavoro*

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

*b) Contenzioso*

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Struttura Competente</i>
Gestione Procedure di reclamo utenti	S.S. Affari Generali, Legali e Assicurazioni e Servizio URP



Gestione del contenzioso in materia di responsabilità professionale	S.S. Affari Generali, Legali e Assicurazioni e Direzione Sanitaria
Gestione dei sinistri	
Gestione diritto di accesso e rilascio di informazioni sullo stato dei procedimenti	S.S. Affari Generali, Legali e Assicurazioni
Attività e adempimenti connessi alla notifica di sanzioni amministrative	Direzione Generale e Uffici Competenti
Applicazioni Penali	Tutti i servizi

*c) Controlli*

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

**Area 5. Attività libero-professionale e liste di attesa**

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

*a) Libera Professione.*

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

*b) Liste di Attesa.*

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



Pubblicazione tempi di attesa	
Gestione delle liste attese	

*c) Altri Processi Sanitari connessi alle prestazioni.*

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Struttura Competente</i>
Gestione ticket/Esenzioni	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero, S.S. Contabilità Generale e Bilancio e S.S. Contabilità Analitica e Controllo di Gestione
Erogazione delle prestazioni sanitarie	Tutte le strutture dell'ospedale
Identificazione del paziente	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero e Contabilità Analitica e Controllo di Gestione
Invio dati di pagamento per il modello 730	S.S. Contabilità Analitica e Controllo di Gestione
Flussi regionali	S.C. Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero e S.S. Contabilità Analitica e Controllo di Gestione

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

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

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

*a) Ciclo farmaco*

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

*b) Beni sanitari (dispositivi e altre tecnologie)*





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

*c) Gestione Magazzini/Scorte*

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

*d) Sperimentazioni-Sponsorizzazioni-Donazioni*

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

**Area 7. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero**

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

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

**Area 8. Gestione Risorse Umane**

Questa Area che non rientra tra le Aree generali e specifiche in divduate nell'Aggiornamento del P.N.A. dell'ottobre 2015, è stata inserita dall'Azienda in quanto, sulla base dell'analisi dell'attività svolta e dalla mappatura dei processi, potrebbe essere "potenzialmente" esposta a rischio di corruzione.



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

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

*b) Formazione*

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

*c) Autorizzazioni per il personale dipendente*

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Struttura Competente</i>
Incarichi esterni	S.C. GORU (Formazione)
Partecipazione a convegni ed eventi formativi esterni con oneri aziendali	
Partecipazione di professionisti sanitari a convegni ed eventi formativi esterni sponsorizzati	

*d) Concessione ed erogazione di vantaggi economici a persone fisiche*

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

#### **4. VALUTAZIONE DEL RISCHIO**

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

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

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



Ad integrazione dei criteri generali previsti dal P.N.A., il R.P.C.T. ha ritenuto di indicare il livello di rischio con un valore descrittivo, in termini cioè di Basso, Medio o Alto rischio partendo dai valori calcolati nel primo P.T.P.C. 2014-2016.

Nel corso del 2016 si provvederà a ricalcolare i punteggi.

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

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

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

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

## Area 1. Contratti Pubblici

### a) Programmazione

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



*b) Progettazione della gara*

<b>Processi rilevanti</b>	<b>Possibili eventi rischiosi</b>	<b>Livello</b>
Effettuazione delle consultazioni preliminari di mercato per la definizione delle specifiche tecniche	Fuga di notizie circa le procedure di gara ancora non pubblicate, che anticipino solo ad alcuni operatori economici la volontà di bandire determinate gare o i contenuti della documentazione di gara	Basso
	Mancanza di trasparenza nelle modalità di dialogo con gli operatori consultati	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	Medio
	Non corretta alternanza nel ruolo di responsabile del procedimento	Basso
	Il RP viene spesso supportato dai medesimi tecnici esterni	Basso
Individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento	Elusione delle regole di affidamento degli appalti, mediante l'improprio utilizzo di sistemi di affidamento, di tipologie contrattuali o di procedure negoziate e affidamenti diretti per favorire un operatore	Medio
Individuazione degli elementi essenziali del contratto	Predisposizione di clausole contrattuali dal contenuto vago o vessatorio per disincentivare la partecipazione alla gara o per consentire modifiche in fase di esecuzione	Medio
	Definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici dei concorrenti al fine di favorire un'impresa	Medio
	Prescrizioni del bando e delle clausole contrattuali finalizzate ad agevolare determinati concorrenti	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	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	Basso
Scelta della procedura di aggiudicazione	Acquisto autonomo di beni presenti in convenzioni, accordi quadro e mercato elettronico	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	Basso
	Mancato rispetto dell'obbligo di pubblicazione	Basso
	Mancanza di conformità ai bandi tipo redatti dall'A.N.A.C.	Basso
Definizione dei criteri di partecipazione, del criterio di aggiudicazione e dei	Formulazione di criteri di valutazione e di attribuzione dei punteggi (tecnici ed economici) che possono avvantaggiare/favorire determinati operatori economici.	Medio



<b>Processi rilevanti</b>	<b>Possibili eventi rischiosi</b>	<b>Livello</b>
criteri di attribuzione del punteggio.		

*c) Selezione del contraente*

<b>Processi rilevanti</b>	<b>Possibili eventi rischiosi</b>	<b>Livello</b>
Pubblicazione del bando e gestione delle informazioni complementari	Comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara	Basso
	Assenza di pubblicità del bando e dell'ulteriore documentazione rilevante	Basso
Fissazione dei termini per la ricezione delle offerte	Immotivata concessione di proroghe rispetto al termine previsto dal bando	Basso
Trattamento e custodia della documentazione di gara	Alterazione o sottrazione della documentazione di gara	Basso
Nomina della commissione di gara; gestione delle sedute di gara	Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti	Basso
	Nomina di commissari esterni senza previa adeguata verifica dell'assenza di professionalità interne	Basso
	Omessa verifica dell'assenza di cause di conflitto di interessi o incompatibilità)	Medio
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	Medio
	Alto numero di concorrenti esclusi	Medio
	Presenza di reclami o ricorsi da parte di offerenti esclusi	Basso
Valutazione delle offerte e verifica di anomalie nelle offerte	Applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esito	Medio
	Valutazione dell'offerta non chiara /trasparente /giustificata /anormalmente bassa	Medio
	Assenza di adeguata motivazione sulla non congruità dell'offerta	Medio
Aggiudicazione provvisoria	Presenza di gare aggiudicate con frequenza agli stessi operatori	Medio
	Gare con un ristretto numero di partecipanti o con un'unica offerta valida	Basso

*d) Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto*

<b>Processi rilevanti</b>	<b>Possibili eventi rischiosi</b>	<b>Livello</b>
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	Medio



	Alterazione dei contenuti delle verifiche per escludere l'aggiudicatario e favorire gli operatori economici che seguono nella graduatoria	Medio
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	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	Basso
Stipula del contratto	Ritardo nella stipula del contratto, che può indurre l'aggiudicatario a recedere dal contratto	Basso

*e) Esecuzione del contratto*

<b>Processi rilevanti</b>	<b>Possibili eventi rischiosi</b>	<b>Livello</b>
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	Basso
Autorizzazione al subappalto	Mancata effettuazione delle verifiche obbligatorie sul subappaltatore	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)	Medio
	Mancato assolvimento degli obblighi di comunicazione all'ANAC delle varianti	Basso
Verifiche in corso di esecuzione	Mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto	Medio
Verifica delle disposizioni in materia di sicurezza	Assenza del Piano di Sicurezza e coordinamento	Basso

*f) Rendicontazione del contratto*

<b>Processi rilevanti</b>	<b>Possibili eventi rischiosi</b>	<b>Livello</b>
Nomina del collaudatore (o della commissione di collaudo)	Attribuzione dell'incarico di collaudo a soggetti compiacenti per ottenere il certificato di collaudo pur in assenza dei requisiti	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	Medio
Rilascio del certificato di	Rilascio del certificato di regolare esecuzione in cambio di	Medio



collaudo e/o attestato di regolare esecuzione	vantaggi economici Mancata denuncia di difformità e vizi dell'opera	Medio
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)	Medio

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

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

<b>Processi rilevanti</b>	<b>Possibili eventi rischiosi</b>	<b>Livello</b>
Definizione del fabbisogno	Condizionamento delle scelte organizzative per definire fabbisogno/profilo particolari al fine di favorire interessi privati	Medio
Definizione del profilo di posto		
Definizione dei criteri di valutazione dei candidati	Determinazione imparziale dei criteri di valutazione dei titoli allo scopo di beneficiare candidati particolari Incentivazione/disincentivazione a presentare la domanda	Medio
Avvio della procedura selettiva		
Costituzione della Commissione esaminatrice	Irregolare composizione della Commissione esaminatrice finalizzata al reclutamento di candidati particolari	Medio
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	Medio
Comunicazione e pubblicazione dei dati	Mancata o non corretta pubblicazione dei risultati	Medio

### b) Conferimento di altri incarichi dirigenziali

<b>Processi rilevanti</b>	<b>Possibili eventi rischiosi</b>	<b>Livello</b>
Proposte di Conferimento	Adozione di procedure non trasparenti nell'attribuzione di posizioni organizzative o incarichi dirigenziali	Medio
Attribuzione Incarico	Utilizzo non corretto dello strumento di reclutamento al fine di aggirare i vincoli in materia di assunzione di personale dipendente	Medio

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

<b>Processi rilevanti</b>	<b>Possibili eventi rischiosi</b>	<b>Livello</b>
Avvio della procedura selettiva	Utilizzo non corretto dello strumento di reclutamento al fine di aggirare i vincoli in materia di assunzione di personale	Medio



<b>Processi rilevanti</b>	<b>Possibili eventi rischiosi</b>	<b>Livello</b>
	dipendente	
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	Medio

*d) Reclutamento del personale per concorso pubblico*

<b>Processi rilevanti</b>	<b>Possibili eventi rischiosi</b>	<b>Livello</b>
Indizione del concorso	Condizionamento delle scelte organizzative per l'attribuzione di incarichi o la copertura di posti per favorire conoscenti o parenti	Medio
Ammissione candidati e nomina Commissione esaminatrice	Irregolare composizione della Commissione esaminatrice finalizzata al reclutamento di candidati particolari	Medio
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	Medio

*e) Reclutamento del personale attraverso collocamento*

<b>Processi rilevanti</b>	<b>Possibili eventi rischiosi</b>	<b>Livello</b>
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	Basso

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

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

*g) Reclutamento del personale per mobilità (avviso pubblico)*

<b>Processi rilevanti</b>	<b>Possibili eventi rischiosi</b>	<b>Livello</b>
Indizione dell'avviso	Favorire, chiedendo un favore a componente della Commissione esaminatrice, conoscente o parente in concorso	Medio





Svolgimento della selezione	Assenza di criteri predeterminati e inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione	Medio
-----------------------------	--	-------

*h) Progressioni di carriera*

<b>Processi rilevanti</b>	<b>Possibili eventi rischiosi</b>	<b>Livello</b>
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	Basso
Concorsi interni	Irregolare composizione della commissione esaminatrice finalizzata al reclutamento di candidati particolari	Basso
Posizioni organizzative	Adozione di procedure non trasparenti nell'attribuzione di posizioni organizzative	Medio

*i) Conferimento di incarichi di collaborazione*

<b>Processi rilevanti</b>	<b>Possibili eventi rischiosi</b>	<b>Livello</b>
Convenzioni passive per consulenze a favore dell'Azienda	Utilizzo non corretto dello strumento di reclutamento al fine di aggirare i vincoli in materia di assunzione di personale dipendente	Medio
Consulenze	Assenza di criteri predeterminati per la scelta dei consulenti allo scopo di agevolare, di volta in volta, candidati particolari	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	Medio
Stage extracurricolari - Docenze	Utilizzo non corretto dello strumento di reclutamento al fine di aggirare i vincoli in materia di assunzione di personale dipendente (stage)	Medio
	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	Medio



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

#### a) Bilancio

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Possibili eventi rischiosi</i>	<i>Livello</i>
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)	Basso
Scritture contabili di competenza (retribuzioni e contributi, risultanze degli inventari di magazzino, ammortamenti e relativi fondi)	Effettuare registrazioni di bilancio e rilevazioni non corrette	Medio
Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC)	Mancata/errata attuazione delle misure previste nel PAC e non applicazione dei controlli ivi previsti	Medio
Rapporti con la Tesoreria	Mancato controllo della funzione di Tesoreria	Medio

#### b) Ciclo attivo

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

#### c) Ciclo passivo

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Possibili eventi rischiosi</i>	<i>Livello</i>
Richiesta C.I.G.	Elusione degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari con la mancata acquisizione del C.I.G. o dello Smart C.I.G.	Medio



Registrazione delle fatture passive	Ritardo nella registrazione delle fatture ai fini I.V.A.	Basso
Liquidazione Fatture	Liquidare fatture senza adeguata verifica della prestazione	Medio
Emissione dei mandati di pagamento	Ritardare/anticipare l'erogazione di compensi dovuti rispetto ai tempi contrattualmente previsti	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*

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

*e) Gestione fiscalità aziendale*

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

*f) Gestione del Patrimonio*

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

**Area 4. Controlli, verifiche, contenzioso**

*a) Sicurezza sul lavoro*



<b>Processi rilevanti</b>	<b>Possibili eventi rischiosi</b>	<b>Livello</b>
Redazione o aggiornamento dei Documenti di Valutazione dei Rischi (DVR)	Mancato aggiornamento del DVR	Basso
Individuazione e valutazione del rischio	Condizionamento delle procedure di rilevazione del rischio da parte di soggetti interni ed esterni	Basso
Individuazione delle misure di sicurezza per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori	Condizionamento delle procedure di rilevazione delle misure da parte di soggetti interni ed esterni	Basso
Aggiornamento dei Piani di Emergenza Interna e di Evacuazione	Mancato aggiornamento dei Piani di Emergenza Interni e di Evacuazione	Basso
Programmazione ed effettuazione della sorveglianza sanitaria attraverso protocolli sanitari	Certificazioni e dichiarazioni false o non conformi alla realtà dei fatti	Basso
Aggiornamento cartella sanitaria e di rischio per ogni lavoratore sottoposto a sorveglianza sanitaria	Mancato/errato aggiornamento della cartella sanitaria e di rischio per ogni lavoratore esposto a sorveglianza sanitaria	Basso
Aggiornamento del registro dei lavoratori esposti a rischi cancerogeni	Mancato/errato aggiornamento del registro dei lavoratori esposti a rischi cancerogeni	Basso

**b) Contenzioso**

<b>Processi rilevanti</b>	<b>Possibili eventi rischiosi</b>	<b>Livello</b>
Gestione Procedure di reclamo utenti	Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati	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. Omissione delle segnalazioni di contenzioso	Basso
Gestione dei sinistri	Mancata aderenza al Regolamento aziendale e non trasparenza nelle segnalazioni	Basso
Gestione diritto di accesso e rilascio di informazioni sullo stato dei procedimenti	Mancato rilascio di informazioni o rilascio non completo	Basso
Attività e adempimenti connessi alla notifica di sanzioni amministrative	Valutazioni non corrette e/o precise sulle responsabilità segnalate nella sanzione	Basso



<i>Processi rilevanti</i>	<i>Possibili eventi rischiosi</i>	<i>Livello</i>
Applicazioni Penali	Mancata applicazione delle penali previste nel contratto	Medio

*c) Controlli*

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Possibili eventi rischiosi</i>	<i>Livello</i>
Attività ispettiva nei reparti sui medicinali e i dispositivi medici	Omissioni e/o irregolarità nell'attività di vigilanza e controllo quali-quantitativo delle prescrizioni	Basso
Verifica esecuzione compiti previsti dal PAC	Omessa verifica	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	Basso

**Area 5. Attività libero-professionale e liste di attesa**

*a) Libera Professione*

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

*b) Liste di Attesa*



<b>Processi rilevanti</b>	<b>Possibili eventi rischiosi</b>	<b>Livello</b>
Gestione agende CUP/Sovracup	Mancato utilizzo delle Agende	Medio
Gestione delle prenotazioni attraverso CUP/Sovracup	Mancata prenotazione tramite il servizio aziendale	Medio
Identificazione dei livelli di priorità delle prestazioni	Inserimento del paziente nelle liste di attesa istituzionali a prescindere dal livello di gravità ed urgenza clinica	Medio
Pubblicazione tempi di attesa	Mancata e/o errata pubblicazione dei tempi di attesa	Medio
Gestione delle liste di attesa	Mancata e/o errata gestione delle liste di attesa	Medio
	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)	Basso

*c) Altri Processi Sanitari connessi alle prestazioni*

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

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

*a) Ciclo farmaco*

<b>Processi rilevanti</b>	<b>Possibili eventi rischiosi</b>	<b>Livello</b>
Prescrizione	Abuso dell'autonomia professionale da parte del medico	Medio



	all'atto della prescrizione al fine di favorire la diffusione di un particolare farmaco	
Somministrazione	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)	Basso
Distribuzione Diretta dei medicinali all'utenza		
Smaltimento		

*b) Beni sanitari (dispositivi e altre tecnologie)*

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

*c) Gestione Magazzini/Scorte*

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Possibili eventi rischiosi</i>	<i>Livello</i>
Gestione Magazzini Farmaci/Dispositivi	Errata movimentazione delle scorte	Basso
	Sottrazione di materiali	Basso
Gestione Magazzini di Reparto	Sottrazione di materiali	Basso
Gestione Conto Deposito	Ordini di materiale non necessario	Basso
Gestione e Inventari fisici di Magazzino	Errata contabilizzazione delle scorte	Basso

*d) Sperimentazioni-Sponsorizzazioni-Donazioni*

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Possibili eventi rischiosi</i>	<i>Livello</i>
Gestione Sperimentazioni	Relazioni e/o interessi che coinvolgono i professionisti di area sanitaria e amministrativa nell'espletamento di attività inerenti ricerca, sponsorizzazioni, sperimentazioni	Medio
	Inserimento dei pazienti in studi farmacologici sponsorizzati dall'industria	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	Medio
	Condizionamenti da parte della ditta/impresa sponsorizzatrice al fine di ottenere indebiti vantaggi	Medio



Donazioni	Esistenza di conflitti di interesse e non conformità con il regolamento aziendale	Medio
-----------	---	-------

### Area 7. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Possibili eventi rischiosi</i>	<i>Livello</i>
Gestione utilizzo camere mortuarie	Comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri	Medio
Rapporti con le imprese funebri	Mantenimento per molti anni di un'assegnazione di servizio alle camere mortuarie dell'ospedale	Medio
	Comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri	Medio
Trattamento della salma in reparto Trattamento della salma presso le camere mortuarie Rapporti con i parenti	Segnalazione ai parenti, da parte degli addetti alle camere mortuarie e/o dei reparti, di una specifica impresa di onoranze funebri	Medio
	Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti (es. per la vestizione della salma da parte di un operatore sanitario)	Medio

### Area 8. Gestione Risorse Umane

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

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

#### b) Formazione

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

#### c) Autorizzazioni per il personale dipendente

<i>Processi rilevanti</i>	<i>Possibili eventi rischiosi</i>	<i>Livello</i>
Incarichi esterni	Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o	Basso





<i>Processi rilevanti</i>	<i>Possibili eventi rischiosi</i>	<i>Livello</i>
	altre utilità in connessione con l'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti affidati	
	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	Medio
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	Basso
Partecipazione di professionisti sanitari a convegni ed eventi formativi esterni sponsorizzati	Condizionamento dei comportamenti prescrittivi di singoli professionisti o di singole equipe da parte di aziende produttrici di beni sanitari (farmaci, dispositivi medici, strumenti) a fronte del pagamento dei costi di partecipazione a convegni e congressi	Medio

*d) Concessione ed erogazione di vantaggi economici a persone fisiche*

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

## **5. TRATTAMENTO DEL RISCHIO**

### ***5.1 IDENTIFICAZIONE DELLE MISURE***

Nella definizione delle Misure si è tenuto conto sia dell'Aggiornamento del P.N.A. di ottobre 2015, sia del precedente piano P.T.P.C. 2015-2017. Nel seguito sono riportate le principali misure ritenute necessarie alla Prevenzione della corruzione suddivise per Area di rischio e Procedimento.

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

L'individuazione delle misure di prevenzione non può essere un elemento indipendente dalle caratteristiche organizzative dell'amministrazione. Il presente P.T.P.C. contiene circa 150 misure di specifiche, in quanto la strategia di prevenzione è stata personalizzata sulla base delle caratteristiche di questa azienda.



## **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;
- 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;
- Controllo periodico e monitoraggio dei tempi programmati anche mediante sistemi di controllo interno di gestione in ordine alle future scadenze contrattuali (ad esempio, prevedendo obblighi specifici di informazione in relazione alle prossime scadenze contrattuali da parte del responsabile del procedimento ai soggetti deputati a programmare le procedure di gara).

### *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 di R.P. a soggetti in possesso dei requisiti di professionalità necessari;
- Previsione di procedure interne che individuino criteri di rotazione nella nomina del RP e atte a rilevare l'assenza di conflitto di interesse in capo allo stesso;
- Preventiva individuazione, mediante direttive e circolari interne, di procedure atte ad attestare il ricorrere dei presupposti legali per indire procedure negoziate o procedere ad affidamenti diretti da parte del RP;
- Direttive/linee guida interne che introducano come criterio tendenziale modalità di aggiudicazione competitive ad evidenza pubblica ovvero affidamenti mediante cottimo fiduciario, con consultazione di almeno 5 operatori economici, anche per procedure di importo inferiore a 40.000 euro. Regolamento degli acquisti di beni e servizi in economia approvato con Deliberazione n. 40 del 21/01/2014;
- 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;



- Previsione di procedure interne per la 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);
- Direttive/linee guida interne, oggetto di pubblicazione, che disciplinino la procedura da seguire, improntata ai massimi livelli di trasparenza e pubblicità, anche con riguardo alla pubblicità delle sedute di gara e alla pubblicazione della determina a contrarre ai sensi dell'art. 37 del d.lgs. n. 33/2013;
- Sottoscrizione da parte dei soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara di dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di interessi personali in relazione allo specifico oggetto della gara;
- Audit su bandi e capitolati per verificarne la conformità ai bandi tipo redatti dall'A.N.A.C. e il rispetto della normativa anticorruzione.

*c) Selezione del contraente*

- Obbligo di preventiva pubblicazione on-line dei bandi e del calendario delle sedute di gara;
- Pubblicazione del nominativo dei soggetti cui ricorrere in caso di ingiustificato ritardo o diniego dell'accesso ai documenti di gara;
- Direttive/linee guida interne che individuino in linea generale i termini da rispettare per la presentazione delle offerte e le formalità di motivazione e rendicontazione qualora si rendano necessarie modifiche degli stessi;
- Obbligo di menzione nei verbali di gara delle specifiche cautele adottate a tutela dell'integrità e della conservazione delle buste contenenti l'offerta;
- Direttive/linee guida interne per la corretta conservazione della documentazione di gara per un tempo congruo al fine di consentire verifiche successive, per la menzione nei verbali di gara delle specifiche cautele adottate a tutela dell'integrità e della conservazione delle buste contenenti l'offerta ed individuazione di appositi archivi (fisici e/o informatici);
- Obblighi di trasparenza/pubblicità delle nomine dei componenti delle commissioni e eventuali consulenti;
- Tenuta di albi ed elenchi di possibili componenti delle commissioni di gara suddivisi per professionalità;
- Scelta dei componenti delle commissioni, tra i soggetti in possesso dei necessari requisiti, mediante estrazione a sorte in un'ampia rosa di candidati;
- Sistemi di controllo incrociato sui provvedimenti di nomina di commissari e consulenti, prevedendo la rendicontazione periodica al R.P.C.T., per contratti di importo rilevante, atti a far emergere l'eventuale frequente ricorrenza dei medesimi nominativi o di reclami/segnalazioni sulle nomine effettuate;
- Rilascio da parte dei commissari di idonee dichiarazioni;
- Per le gare di importo più rilevante, conservazione agli atti di una specifica dichiarazione, sottoscritta da ciascun componente della commissione giudicatrice, attestante l'insussistenza di cause di incompatibilità con l'impresa aggiudicataria della gara e con l'impresa seconda



classificata, avendo riguardo anche a possibili collegamenti soggettivi e/o di parentela con i componenti dei relativi organi amministrativi e societari, con riferimento agli ultimi 5 anni;

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

*d) Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto*

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

*e) Esecuzione del contratto*

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

*f) Rendicontazione del contratto*

- Evidenza delle modalità di scelta, dei nominativi e della qualifica professionale dei componenti delle commissioni di collaudo e predisposizione di sistemi di controlli sui provvedimenti di nomina dei collaudatori per verificare le competenze e la rotazione;
- Effettuazione di un report periodico relativo alle procedure di gara espletate, con evidenza degli elementi di maggiore rilievo (quali importo, tipologia di procedura, numero di partecipanti ammessi e esclusi, durata della procedura, ricorrenza dei medesimi aggiudicatari, ecc...) in modo che sia facilmente intellegibile il tipo di procedura adottata, le commissioni di gara deliberanti, le modalità di aggiudicazione, i pagamenti effettuati e le



date degli stessi, le eventuali riserve riconosciute nonché tutti gli altri parametri utili per individuare l'iter procedurale seguito;

- Predisposizioni di ispezioni periodiche sull'assenza di certificati di collaudo/regolare esecuzione;
- Per procedure negoziate/affidamenti diretti, pubblicazione report in cui, per ciascun affidamento, sono evidenziati: le ragioni che hanno determinato l'affidamento; i nominativi degli operatori economici eventualmente invitati a presentare l'offerta e i relativi criteri di individuazione; il nominativo dell'impresa affidataria e i relativi criteri di scelta; gli eventuali altri contratti stipulati con la medesima impresa, ecc..

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

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

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

### *b) Conferimento di altri incarichi dirigenziali*

- Verifiche sul rispetto dei principi di trasparenza, rotazione ed imparzialità, conformemente alle disposizioni legislative e contrattuali di riferimento;
- Adozione di nuove modalità di selezione per gli incarichi di Direzione di struttura complessa per l'Area non sanitaria.

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

- Incarichi esterni di prestazione d'opera: Predisposizione Report standard e avvio monitoraggio. Procedura predisposta nel 2016 e oggetto di approvazione nel 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;
- Monitoraggio annuale relativo ai rapporti convenzionali attivati nel corso dell'anno, con evidenza degli effetti economici finali in termini di ricavi e di costi.

### *e) Reclutamento del personale attraverso collocamento*

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

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

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



*g) Reclutamento del personale per mobilità (avviso pubblico)*

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

*h) Progressioni di carriera*

- Regolamentazione della materia a livello aziendale rispettosa dei principi di trasparenza, nel rispetto delle disposizioni contrattuali di riferimento;
- Regolamentazione della materia a livello aziendale rispettosa dei principi di trasparenza, nel rispetto delle disposizioni contrattuali di riferimento;
- Revisione della regolamentazione aziendale, nel rispetto delle relazioni sindacali.

*i) Conferimento di incarichi di collaborazione*

- Monitoraggio annuale dei rapporti convenzionali per l'utilizzo di personale a favore dell'azienda;
- Elaborazione procedura aziendale, con particolare attenzione alle modalità di individuazione del consulente mediante inviti con valutazione curricula e quotazioni ecc..;
- Revisione della procedura aziendale in materia di conferimento di Borse di Studio;
- 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;
- Revisione della Procedura aziendale in materia di assegnazione di Stage extracurricolari retribuiti;
- Monitoraggio annuale, relativo a: dati quantitativi; tipologie di requisiti richiesti e Progetti proposti; Relazioni/giudizi finali dei Tutor aziendali;
- Revisione della Procedura aziendale per il conferimento di incarichi di docenza sugli eventi formativi;
- 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, del percorso di certificabilità dei bilanci, anche attraverso l’indicazione della specifica fase del processo in corso di realizzazione per dare atto dello stato di avanzamento del percorso ai fini del suo completamento;
- 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 (Misura PAC A.1.4);
- Redazione e divulgazione di un codice di comportamento e accertamento che il personale ne sia adeguatamente informato e preparato (Misura PAC A1.5). Codice di Comportamento



adottato con Deliberazione n. 623 del 19/12/2013 e la Revisione adottata con Deliberazione n. 680 dell'11/12/2014.

*b) Ciclo attivo*

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

*c) Ciclo passivo*

- Registrazione sulla procedura interna A.V.C.P. e monitoraggio scadenziario dei pagamenti;
- Predisposizione di procedure amministrativo-contabili per tutti i cicli contabili: ciclo passivo, ciclo attivo, ciclo di predisposizione del bilancio e dei modelli CE e SP, ciclo finanziario (Misura PAC A3.7);
- Predisposizione di procedure di carattere amministrativo e contabile che siano in grado di garantire il regolare flusso dei pagamenti (Misura PAC I6.4);
- Monitoraggio dell'applicazione dei protocolli previsti per il recupero crediti e verifica degli stessi;
- Redazione di una procedura che definisca controlli periodici dalla funzione di Tesoreria (Misura PAC G3.2).

*d) Gestione cassa economale*

- Monitoraggio periodico, con particolare riferimento alle modalità di gestione utilizzate ed alle procedure di verifica/controllo. Regolamento approvato con Deliberazione n. 744 del 1 dicembre 2015. Regolamento approvato con Deliberazione n. 744 dell'1/12/2015.

*e) Gestione fiscalità aziendale*

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

*f) Gestione del Patrimonio*

- Monitoraggio delle richieste di "fuori uso/alienazione" dei beni;
- Monitoraggio periodico della corretta individuazione e relativa contabilizzazione dei cespiti acquisiti in base alle diverse tipologie di acquisto (Misura PAC D5.3). Regolamento approvato con Deliberazione n. 9 del 10/01/2013;
- Monitoraggio delle locazioni e pubblicazione report.

**Area 4. Controlli, verifiche, contenzioso**

*a) Sicurezza sul lavoro*

- Verifiche aggiornamento DVR;
- Monitoraggio e verifiche periodiche delle situazioni inerenti la sicurezza dei lavoratori sul luogo del lavoro;
- Monitoraggio sistematico dell'attività di refertazione giudizi di idoneità.

*b) Contenzioso*

- Monitoraggio dei reclami utenti e verifica motivazioni;



- Monitoraggio dei contenziosi avviati nel corso dell'anno;
- Monitoraggio delle richieste di accesso agli atti. Regolamento approvato con Deliberazione n. 844 del 22/12/2010;
- Monitoraggio Sinistri e danni. Procedura di gestione richieste danni per presunta responsabilità professionale approvata con Deliberazione n. 759 del 10/12/2015;
- Monitoraggio delle penali richieste.

*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; Regolamento del Servizio Ispettivo approvato con Deliberazione n. 551 del 13/07/2007;
- Monitoraggio adempimenti PAC;
- Monitoraggio su numero, tipologie ed esiti dei procedimenti disciplinari avviati nei confronti del personale dipendente.

**Area 5. Attività libero professionale e liste di attesa**

*a) Libera Professione*

- Monitoraggio delle autorizzazioni allo svolgimento dell'attività di Libera Professione;
- Implementazione del regolamento aziendale che disciplina il regime di libera professione. Regolamento ALPI approvato con Deliberazione n. 643/2011;
- Monitoraggio volumi prestazioni e tempi di attesa della Libera Professione;
- Verifica periodica del rispetto dei volumi concordati in sede di autorizzazione;
- Adozione di un sistema di gestione informatica dell'ALPI dalla prenotazione alla fatturazione. Attivato software per la gestione ALPI, approvato con Deliberazione n. 104 del 22/10/2012;
- Predisposizione report periodici sull'attività svolta in regime di Libera Professione;
- Attivare una procedura per la trasmissione dei pagamenti di libera professione all'Agenzia delle Entrate. Procedura predisposta e pubblicata sul sito nella sezione "Modello 730".

*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;
- Informatizzazione delle liste di attesa e predisposizione di opportuna procedura. Procedura predisposta nel 2015 e da approvare, con Deliberazione, nel 2016.

*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. Risulta già collegato il software aziendale ad AURA e alle Esenzioni Regionali;
- Monitoraggio pazienti residenti nella Regione Piemonte inseriti senza certificazione AURA. Risulta già collegato il software aziendale ad AURA;
- Attivare una procedura per la trasmissione dei pagamenti del ticket all'Agenzia delle Entrate. Procedura predisposta e pubblicata sul sito istituzionale nella sezione "Modello 730". Procedura predisposta e pubblicata sul sito nella sezione "Modello 730";
- Monitoraggio degli errori SDO. E' già attiva la procedura di invio dei flussi in Regione.

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

### *a) Ciclo farmaco*

- Informatizzare il processo di gestione delle terapie in reparto dalla prescrizione, alla preparazione fino alla somministrazione al paziente. Dall'adozione della SUT informatizzata sono attesi, in primo luogo, risultati in termini di risk management, intesi sia come miglioramento della sicurezza del paziente sottoposto a terapie farmacologiche, sia come contenimento dei costi legati alla gestione del rischio clinico e una maggior trasparenza. Attivazione dell'informatizzazione della terapia sperimentale presso il reparto 4b;
- Implementazione di una reportistica utile ad individuare tempestivamente eventuali anomalie prescrittive anche con riferimento all'associazione farmaco-prescrittore e farmaco-paziente;
- Introduzione e compilazione con cadenza annuale di dichiarazioni dei possibili conflitti di interessi/conflitti nell'espletamento di attività inerenti alle funzioni che implicino responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci.

### *b) Beni sanitari (dispositivi e altre tecnologie)*

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

### *c) Gestione Magazzini/scorte*

- Predisposizione di una procedura formalizzata relativa a carichi e scarichi da magazzino (Misura PAC E2.1);
- Informatizzazione magazzini;
- Monitoraggio delle risultanze delle verifiche e dei controlli periodici;
- Aggiornamento della procedura per la realizzazione di inventari fisici periodici (Misura PAC E1.1) che definisca tempi, modi e responsabilità.



*d) Sperimentazioni-Sponsorizzazioni-Donazioni*

- Elaborazione procedura aggiornata e validata in cui sia prevista una valutazione multidisciplinare dello studio proposto compreso la valutazione di impatto economico, la sostenibilità e il monitoraggio rispetto al protocollo di studio. Regolamento sperimentazioni cliniche approvato con Deliberazione n. 230 del 6/05/2013; aggiornamento Regolamento.
- Attivare la compilazione di una dichiarazione di assenza di conflittualità tra sperimentatore e sponsor. Creazione modello apposito. Regolamento sulle Sponsorizzazioni approvato con Deliberazione n. 251 del 21/05/2013;
- Monitoraggio delle sperimentazioni e pubblicazione sul sito;
- Monitoraggio contratti di sponsorizzazione e verifica di assenza di conflittualità;
- Monitoraggio delle Donazioni sia che riguardino beni e servizi che denaro, evidenziando la verifica dell'assenza di conflittualità tra Donatore e Unità operativa ricevente, la presenza di motivazioni e/o progetto agli atti e la verifica della Commissione HTA nel caso di attrezzature. Regolamento approvato con Delibera n. 567 del 31/7/2015.

**Area 7. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero**

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

**Area 8. Gestione risorse Umane**

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

- Revisione procedura aziendale in materia di gestione delle assenze del personale dipendente;
- Monitoraggio straordinario;
- Monitoraggio situazione aziendale part-time (domande presentate);
- Regolamentazione aziendale per il collocamento a riposo di ufficio;
- Monitoraggio annuale dei casi di collocamento a riposo unilaterale, su disposizione aziendale.

*b) Formazione*

- Adozione di procedura aziendale in materia di progettazione degli eventi formativi, conformemente alla regolamentazione regionale del Sistema ECM;
- 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*

- Revisione della Regolamentazione aziendale sul conferimento di incarichi esterni extraistituzionali, in accordo ai principi di legalità e trasparenza e conformemente alla vigente legislazione;
- Predisposizione di modulistica specifica per dichiarare l'assenza di conflitto di interessi in caso di incarico esterno extraistituzionale;
- Monitoraggio annuale degli incarichi extraistituzionali conferiti dall'azienda;
- Revisione Procedura Partecipazione a convegni ed eventi formativi esterni;
- Monitoraggio annuale delle sponsorizzazioni individuali per la partecipazione ad eventi formativi esterni;
- Revisione Procedura sulle sponsorizzazioni individuali per la partecipazione ad eventi formativi esterni, ivi compresa la modulistica per la dichiarazione di assenza di conflitto d'interesse;
- Monitoraggio annuale delle sponsorizzazioni individuali per la partecipazione ad eventi formativi esterni.

*d) Concessione ed erogazione di vantaggi economici a persone fisiche*

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

Si elencano di seguito, le tipologie principali di misure, riportate nell'Aggiornamento 2015 al P.N.A.:

C	• misure di controllo;
T	• misure di trasparenza;
E	• misure di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento;
R	• misure di regolamentazione;
O	• misure di semplificazione dell'organizzazione
P	• misure di semplificazione di processi/procedimenti;



F	• misure di formazione;
S	• misure di sensibilizzazione e partecipazione;
Z	• misure di rotazione;
N	• misure di segnalazione e protezione;
I	• misure di disciplina del conflitto di interessi;
L	• misure di regolazione dei rapporti con i “rappresentanti di interessi particolari” (lobbies)

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 circa 150 misure di cui il 48% sono misure di controllo, il 12% di trasparenza, l'1% di definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento, il 16% di regolamentazione, il 15% di semplificazione dell'organizzazione, il 2% di rotazione e il 6% di disciplina del conflitto di interessi.

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

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

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

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

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



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

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

### **5.3 GLI INDICATORI**

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

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

Alcuni 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.

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

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

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

Un indicatore relativo alla fase di *Progettazione* riguarda il rapporto tra il numero di procedure negoziate con o senza previa pubblicazione del bando e di affidamenti diretti/cottimi fiduciari sul numero totale di procedure attivate in un definito arco temporale. Il significato di questo indice è abbastanza intuitivo. Benché, infatti, le procedure diverse da quella negoziata e da quella ristretta siano consentite dal Codice dei contratti pubblici in determinate circostanze e/o sotto soglie ben individuate, l'eccessivo ricorso a forme di selezione dei contraenti non competitive può costituire un segnale di favore nei confronti di particolari operatori economici.

Per la fase di *Selezione del Contraente*, un indicatore facilmente calcolabile riguarda il conteggio del numero di procedure attivate in un definito arco temporale per le quali è pervenuta una sola offerta. Se, infatti, per alcune tipologia di prodotti/servizi il numero degli offerenti è mediamente molto basso, la presenza di un'unica offerta ricevuta può rappresentare un indice di procedure disegnate



*ad hoc* con la specifica finalità di favorire un determinato operatore economico. Il numero di procedure con un solo offerente potrebbe essere rapportato al numero totale di procedure attivate nel periodo in esame. Può, inoltre, essere utile calcolare, per ciascuna procedura attivata in un definito arco temporale, il numero medio delle offerte escluse rispetto alle offerte presentate.

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

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

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

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

## **6. MISURE OBBLIGATORIE DEL P.N.A.**

Nel P.T.P.C. 2016-2018 non è stata operata la distinzione tra misure "obbligatorie" e misure "ulteriori", in quanto le misure indicate per ogni area di rischio e ogni processo sono ritenute congrue e utili rispetto ai rischi rilevati, ritenendo che la misura è una valutazione correlata all'analisi del rischio e deve essere un'azione che possa effettivamente prevenire o contrastare comportamenti corruttivi.

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

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

La trasparenza costituisce un elemento imprescindibile per un buon funzionamento del servizio sanitario nel suo complesso; ciò in quanto l'esercizio trasparente delle funzioni svolte non solo



consente di mettere in evidenza le criticità esistenti e permette un'azione di controllo diffuso, ma costituisce un indispensabile strumento di contrasto all'illegalità, alla corruzione e alle infiltrazioni criminali che, purtroppo, hanno colpito anche il settore della sanità.

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

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

A tal fine è stato previsto l'aggiornamento 2016-2018 del P.T.T.I. come parte integrante e sostanziale del presente P.T.P.C., che riporta le azioni, i flussi informativi attivati o da attivare per dare attuazione, da un lato, agli obblighi generali di pubblicazione di cui al D.Lgs. n. 33/ 2013 e, dall'altro, alle misure di trasparenza individuate come misure di specifica prevenzione della corruzione.

In particolare, la Legge di Stabilità n. 208, pubblicata sulla G.U. il 28 dicembre 2015, al comma 522 afferma quanto segue: *“Fermo restando quanto previsto dall'articolo 29 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, e successive modificazioni, dall'articolo 32, comma 7, del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, nonché dall'articolo 7 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 22 settembre 2014, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 265 del 14 novembre 2014, gli enti del Servizio sanitario nazionale, di cui all'articolo 19, comma 2, lettere b) e c), del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, assicurano la massima trasparenza dei dati di bilancio pubblicando integralmente nel proprio sito internet il bilancio d'esercizio entro sessanta giorni dalla data di relativa approvazione. Gli enti del Servizio sanitario nazionale, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, attivano, altresì, un sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità, in raccordo con il sistema di monitoraggio regionale di cui all'articolo 4, comma 4, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, e in coerenza con il programma nazionale valutazione esiti, pubblicando entro il 30 giugno di ogni anno i relativi esiti”. Al comma 523 afferma: *“Il mancato rispetto delle disposizioni di cui al comma 522 costituisce illecito disciplinare ed è causa di responsabilità amministrativa del direttore generale e del responsabile per la trasparenza e la prevenzione della corruzione”*.*

Nel corso degli anni 2014-2015, si sottolinea che, all'esito della costante verifica contenutistica e del tempestivo aggiornamento della sezione “Amministrazione Trasparente” del sito web istituzionale, sono stati rilevati progressi nella diffusione di dati, documenti e informazioni oggetto di pubblicazione on-line ai sensi della normativa vigente.

Dal confronto analitico e approfondito con lo stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti negli allegati al P.T.T.I. che costituiscono i riferimenti per la verifica analitica della situazione relativa all'adempimento complessivo degli obblighi di pubblicazione a carico dell'Azienda, emergono, difatti, significativi miglioramenti sia in termini quantitativi che qualitativi (completezza e chiarezza) delle informazioni pubblicate.

## **6.2 MISURE DI PREVENZIONE E DOVERI DI COMPORTAMENTO DEI DIPENDENTI**

Come per la trasparenza, l'individuazione di doveri di comportamento attraverso l'adozione di un Codice di comportamento è misura di carattere generale, già prevista dalla legge e ribadita dal



P.N.A., volta a ripristinare un più generale rispetto di regole di condotta che favoriscano la lotta alla corruzione riducendo i rischi di comportamenti troppo aperti al condizionamento di interessi particolari in conflitto con l'interesse generale.

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

- il Codice aziendale è stato approvato, in esito ad una specifica fase di consultazione pubblica, con deliberazione del Direttore Generale n. 623 del 19/12/2013;
- il Codice è stato quindi pubblicato sul sito internet aziendale, [www.mauriziano.it](http://www.mauriziano.it) (sezione "Amministrazione Trasparente", "Disposizioni generali", "Atti generali", "Procedure", "Protocolli e regolamenti", "Codici disciplinari e di comportamento");
- sul sito internet, unitamente al Codice aziendale, sono pubblicati anche una specifica Relazione illustrativa di accompagnamento, il Codice generale di comportamento dei dipendenti pubblici (approvato con DPR 62/2013) ed i Codici disciplinari per l'area della dirigenza e per l'area del personale non dirigente;
- il Codice infine è stato oggetto di diffusione capillare nei confronti di tutto il personale aziendale (con comunicazione individuale effettuata dal RPCT in data 9 gennaio 2014);
- sulla base dell'analisi dei procedimenti disciplinari ed in linea con quanto previsto dal punto 3.2 del P.T.P.C. 2014-2016 e dall'art. 24, co. 1, lett. b), del vigente Codice di comportamento aziendale, la S.C. Personale, con nota del 27 novembre 2014, ha presentato al R.P.C.T. una proposta di integrazione dello stesso Codice, corredata da una breve Relazione esplicativa. Il R.P.C.T., vagliata e accolta l'integrazione proposta, riferita, in particolare, ad una più puntuale specificazione degli obblighi di comportamento in servizio dei dipendenti verso i propri colleghi, ha provveduto ad effettuare il primo aggiornamento annuale del Codice di comportamento aziendale. Tale adeguamento è stato formalmente approvato con Deliberazione n. 680 del 11/12/2014;
- Nel corso del 2015 non si è ritenuto di aggiornare il Codice di comportamento a seguito di conforme proposta del Presidente degli Uffici Disciplinari aziendali sulla base della considerazione che, nell'anno in questione, non è emerso alcun elemento particolare né, del resto, i procedimenti disciplinari avviati nel medesimo anno hanno evidenziato alcun tema "aggiuntivo" rispetto a quelli già previsti attualmente dal Codice.

Nel 2016 si dovrà tuttavia procedere ad un aggiornamento del Codice disciplinare per la Dirigenza Medica, approvato con Deliberazione n. 298 del 27/05/2011, e del Codice disciplinare per i Dipendenti del comparto, approvato con Deliberazione n. 270 del 13/04/2010.

### **6.3 TUTELA DEL DIPENDENTE PUBBLICO CHE SEGNALE ILLECITI (*whistleblower*)**

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

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

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





In merito, l'Azienda ha predisposto, nel corso del 2014, la “*Procedura per la segnalazione di illeciti e irregolarità*” (*Whistleblowing Policy*) e il relativo “*Modello per la segnalazione di condotte illecite*” (c.d. *Whistleblower*), finalizzati a garantire la tutela del dipendente che denuncia situazioni di illecito (fatti di corruzione ed altri reati contro la Pubblica Amministrazione, fatti di supposto danno erariale o altri illeciti amministrativi) di cui sia venuto a conoscenza in ragione dello svolgimento della propria attività lavorativa, in linea con quanto previsto dall'art. 54 *bis* del D.Lgs n. 165/2001 (introdotto dall'art. 1, co. 51, della Legge n. 190/2012), dal P.N.A., dall'art.8 del D.P.R n. 62/2013 (Regolamento recante “Codice di comportamento dei dipendenti pubblici”), dall'art. 15 del Codice di Comportamento Aziendale e dal punto 3.10 del vigente P.T.P.C. dell' A.O. Ordine Mauriziano di Torino. A tale riguardo si evidenzia, inoltre, che, per rendere effettiva questa tutela, ad esclusiva ricezione delle segnalazioni di illecito, è stata attivata un'apposita casella di posta elettronica ([segnalazioneilleciti@mauriziano.it](mailto:segnalazioneilleciti@mauriziano.it)).

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

#### *Whistleblower e denunce*

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

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

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

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

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

La segnalazione può essere presentata:

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

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

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



### *Tutela dell'anonimato*

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

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

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

### *Divieto di discriminazione*

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

Si tratta di una tutela che presenta le seguenti caratteristiche:

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

### *Sottrazione della denuncia al diritto di accesso*

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

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

Al fine di garantire un più ampio coinvolgimento degli Utenti nell'attività dell'Amministrazione e nell'ottica del miglioramento della qualità dei servizi erogati, nella medesima sotto-sezione è stato



pubblicato il modulo per la raccolta osservazioni e reclami sulla qualità delle informazioni pubblicate ovvero in merito ai ritardi e inadempienze riscontrate (“*Scheda osservazioni/reclami sulla qualità delle informazioni pubblicate nell'area “Amministrazione Trasparente”*”). In merito, a chiarimento di quanto già esplicitato nella precedente Relazione, è opportuno precisare che il suddetto modulo potrà essere inoltrato unicamente al seguente indirizzo di posta elettronica istituzionale: [urp@mauriziano.it](mailto:urp@mauriziano.it).

#### **6.4 AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE E RAPPORTO CON LA SOCIETA' CIVILE**

L'azienda imposta le proprie politiche di comunicazione e diffusione della strategia di prevenzione dei fenomeni corruttivi attraverso l'utilizzo di vari strumenti, nella consapevolezza che ai fini dell'emersione dei fatti di cattiva amministrazione o sintomatici di illegalità risulta particolarmente rilevante il coinvolgimento dell'utenza e l'ascolto della cittadinanza.

Fra queste azioni di sensibilizzazione rientrano:

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

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

L'A.O., con questa iniziativa, tesa a favorire lo sviluppo della cultura amministrativa orientata all'accessibilità totale, all'integrità e alla legalità, ha voluto aprirsi all'esterno e concretizzare un proficuo confronto con interlocutori istituzionali, *stakeholder* e cittadini su tematiche quali la trasparenza, la *performance* e la prevenzione della corruzione, al fine di garantire una maggior partecipazione degli stessi nei processi che l'Azienda è chiamata a gestire, migliorando, in tal modo, non solo le informazioni di effettivo interesse, ma anche la qualità dei servizi resi all'utenza aziendale.

L'evento, valido nel suo complesso come seminario di formazione per il personale dell'Azienda, ha visto una cospicua partecipazione a fronte di un grande sforzo organizzativo trasversale e ha perseguito l'obiettivo della condivisione e della valorizzazione delle esperienze degli interlocutori intervenuti.

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

Il 21 aprile 2015, si è svolta la prima giornata Metropolitana sull'Anticorruzione e Trasparenza, proposta da Federsanità Anci Piemonte e condivisa dalle Aziende Sanitarie dell'Area Metropolitana



Torinese. Una giornata di confronto e di dibattito tra operatori istituzionalmente impegnati nel ruolo di organi di indirizzo, vigilanza, controllo e repressione e le stesse Aziende Sanitarie.

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

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

### **6.5 COORDINAMENTO CON IL PIANO DELLA PERFORMANCE**

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

All'interno del Piano vanno riportati:

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

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

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

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

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

Per quanto riguarda, nello specifico, l'individuazione di specifici obiettivi annuali di attività da assegnare alle diverse strutture dell'Azienda in relazione all'area trasparenza e prevenzione della corruzione, su indicazione del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della



Trasparenza, l'amministrazione, con Deliberazione n. 370 del 12 giugno 2014, ha elaborato gli obiettivi aziendali relativi al 2014 e, con Deliberazione n. 384 del 30 aprile 2015, quelli relativi al 2015.

## **6.6 FORMAZIONE**

L'art. 1, co. 9, lett. b) della Legge n. 190/2012 stabilisce che il Piano di Prevenzione della Corruzione deve prevedere meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione. L'aggiornamento 2015 al P.N.A., riprendendo quanto stabilito dal D.L.gs n. 165/2001 (art. 1, co. 2) specifica ulteriormente il ruolo strategico della formazione, sottolineando che la stessa deve riguardare tutti i soggetti che partecipano, a vario titolo, alla formazione e attuazione delle misure e quindi il R.P.C.T., i referenti, gli organi di indirizzo, i titolari di uffici di diretta collaborazione e di incarichi amministrativi di vertice, i responsabili degli uffici e i dipendenti. Inoltre, è essenziale che la formazione riguardi tutte le diverse fasi: l'analisi del contesto, esterno e interno; la mappatura dei processi; l'individuazione e la valutazione del rischio; l'identificazione delle misure; i profili relativi alle diverse tipologie di misure.

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

- Nel corso del 2015, ha attivato un corso F.A.D. dal titolo “LE ALI PERCORSO DI PROMOZIONE DELLA TRASPARENZA E DELLA QUALITÀ”, in collaborazione con l'Associazione “ILLUMINIAMO LA SALUTE”. L'iniziativa è stata articolata in sette moduli: 1) Le parole per l'integrità; 2) Le forme della corruzione; 3) I casi di studio; 4) La normativa; 5) Cosa fare in concreto; 6) Gli strumenti a disposizione; 7) Test di apprendimento. Nella relazione del II semestre, pubblicata sul sito istituzionale, nella sezione “Amministrazione Trasparente”, “Altri Contenuti”, “Corruzione” sono riportati i risultati delle prime otto edizioni organizzate (tra le quali, una di recupero). Nel 2015 hanno partecipato al corso di formazione 1.231 dipendenti, corrispondenti al 75,11% del totale dei dipendenti dell'AO Mauriziano. I restanti dipendenti che non hanno effettuato la formazione dovranno aderire al corso FAD nel corso del 2016. Inoltre, dopo il recupero degli assenti, nel corso del 2016, il corso FAD andrà a regime per i neoassunti.
- Nel corso del 2016, in collaborazione con il Settore Formazione, si dovranno organizzare nuovi eventi formativi sul campo (in forma di Gruppi di Lavoro e Focus Group), rivolti a soggetti e professionalità specifiche (Dirigenti e collaboratori in primo luogo) e diretti a sottoporre a revisione ed approfondimento l'intero processo di gestione del rischio, a partire dall'individuazione delle aree maggiormente esposte a rischio fino ad arrivare alla valutazione degli stessi rischi ed alla proposta di specifiche misure preventive.

## **6.7 DICHIARAZIONE PUBBLICA DI INTERESSI**



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

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

Nell'Area "Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni", in seguito all'emanazione dell'Aggiornamento 2015 al P.N.A., l'A.N.A.C., in collaborazione con l'Agenas, ha predisposto e diffuso dei moduli standard relativi a dichiarazioni pubbliche di interessi che possono coinvolgere i professionisti di area sanitaria e amministrativa nell'espletamento di attività inerenti alle funzioni che implicano responsabilità nella gestione delle risorse e dei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione. La modulistica in questione consente di trasferire questa buona pratica finalizzata al rafforzamento della trasparenza delle relazioni che possono coinvolgere i singoli professionisti nell'esercizio della loro professione sui quali grava la responsabilità nella gestione delle risorse e che svolgono un ruolo nei processi decisionali legati all'area dei farmaci, dei dispositivi, all'introduzione di altre tecnologie, nonché alle attività di ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione. Gli obiettivi legati alla diffusione della suddetta modulistica sono i seguenti:

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

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

1. individuare strumenti per innalzare all'interno delle aziende sanitarie i livelli di trasparenza attraverso la pubblicizzazione dei rapporti eventualmente intercorrenti tra coloro che operano nell'amministrazione e l'azienda/industria/produttori/fornitori di farmaci, dispositivi, altre tecnologie e altri beni anche non sanitari;
2. promuovere la più ampia partecipazione e condivisione dello strumento di "dichiarazione pubblica di interessi" attraverso il confronto con gli *stakeholders*;
3. mettere in chiaro, con lo strumento della dichiarazione pubblica la molteplicità di rapporti del professionista all'interno dell'organizzazione sanitaria nel suo complesso;
4. consentire da un lato, all'organizzazione presso cui il professionista opera e, dall'altro, all'azienda/industria/produttore/fornitore/sponsor, di disporre di una reciprocità di



informazioni utili per gestire “in trasparenza” le attività/prestazioni professionali rese in particolari ambiti;

5. implementare, nel rispetto del trattamento dei dati sensibili, una piattaforma informativa cui il R.P.C.T. aziendale possa attingere per l'attivazione di controlli *ex ante* e/o *ex post* in seno ai sistemi aziendali di controllo interno ma anche per agevolare controlli extra-aziendali con il coinvolgimento di altri enti e/o istituzioni.

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

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.

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

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

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

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

In proposito si è provveduto a:

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



struttura e poi da pubblicare sul sito web istituzionale; analoghe dichiarazioni sono inoltre annualmente raccolte per comprovare il mantenimento dell'assenza di cause di incompatibilità.

## **6.8 INFORMATIZZAZIONE DEI PROCESSI**

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

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

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

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

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

Per quanto concerne i documenti amministrativi, l'Azienda ha nel corso del 2015 avviato i progetti di dematerializzazione e di archiviazione sostitutiva relativi a:

- Fatture attive e passive
- Dematerializzazione mandati e reversali.
- Registro giornaliero di Protocollo

Nel corso del 2016 per completare tale processo, in aderenza alla normativa vigente in materia, saranno dematerializzati e archiviati legalmente:

- Ordini ai fornitori
- Atti Deliberativi e Determinazione Dirigenziali
- Contratti

Per quanto concerne i documenti sanitari, le Linee Guida predisposte e pubblicate dall'Agenzia per l'Italia Digitale il 31.3.2014, in accordo con il Ministro della salute ed enti di ricerca, su base dell'art. 12 del D.L. n. 179/2012 costituiscono ad oggi gli indirizzi di riferimento a livello nazionale sul percorso di dematerializzazione della documentazione sanitaria digitale.





Le azioni ricomprese nelle suddette Linee Guida, riguardano la firma, il consolidamento, l'archiviazione, la conservazione ed esibizione del documento informatico; ad oggi l'A.O. Mauriziano ha attivato la firma digitale e l'archiviazione sostitutiva dei referti di Radiodiagnostica e Laboratorio Analisi e nel corso del 2016 intende proseguire con la dematerializzazione e archiviazione legale dei referti di tutte le specialità, dei verbali di Pronto Soccorso, delle lettere di dimissione.

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

In fase sperimentale il software è stato attivato presso il Dipartimento Chirurgico e si auspica di estenderlo ad altri Dipartimenti nel corso del 2016.

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

- Ritiro Referti On Line Laboratorio Analisi;
- Ritiro Referti On Line Radiologia comprensivo delle immagini associate al referto;
- Invio dei referti ad una Certification Authority scelte dall'Azienda Sanitaria per il servizio di Conservazione Legale Sostitutiva (CLS);
- Gateway di Pagamento Aziendale per i Ticket on line delle prestazioni;
- Fascicolo Sanitario Elettronico (da attivare nel 2016);

## **7. OSSERVAZIONI CONCLUSIVE**

Il presente P.T.P.C. 2016-2018 è stato predisposto in attuazione della normativa vigente in materia di anticorruzione e, in particolare, seguendo le disposizioni contenute nell'aggiornamento 2015 al P.N.A., il cui obiettivo è quello di indirizzare le pubbliche amministrazioni verso l'individuazione di misure che siano effettivamente in grado di incidere sui fenomeni corruttivi.

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



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

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

Torino, 31 gennaio 2016

IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE  
DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

Dott. ssa Silvia Torrenzo  
*- firmato in originale -*