

**Azienda Ospedaliera
"Guido Salvini"
Garbagnate Milanese**

Presidi Ospedalieri: Bollate, Garbagnate M.se, Passirana, Rho

PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 2015-2017



INDICE

PREMESSA	4
PARTE PRIMA - NORMATIVA PROVVEDIMENTI E SOGGETTI	6
1. Definizione di corruzione	6
2. Condotte contro la pubblica amministrazione oggetto di prevenzione del presente Piano triennale di prevenzione della corruzione	6
3. Contesto normativo di riferimento.....	7
4. Provvedimenti dell'A.O. G. Salvini	8
5. Soggetti, Ruoli e Responsabilità della strategia di prevenzione della corruzione	8
6. Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione ed il Responsabile della Trasparenza - compiti principali	9
7. Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione: ruolo e compiti	10
8. Ruolo dei dirigenti per l'area di rispettiva competenza	12
9. Ruolo dei dipendenti.....	13
10. Collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda	14
11. L'Ufficio Procedimenti Disciplinari.....	14
12. Ruolo del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP), dell'Organismo di Vigilanza (OdV) e degli altri organismi ed articolazioni organizzative interne di controllo	14
PARTE SECONDA - MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE SIN QUI ADOTTATE NEL PTPC 2013-2015 E NEL PTPC 2014-2016	16
1. Prime misure e processo di adozione del P.T.P.C. 2013-2015.....	16
2. P.T.P.C. 2014-2016 e processo di adozione.....	20
PARTE TERZA - PTPC 2015-2017.....	22
1. Processo di adozione, analisi e valutazione dei rischi, modalità e strumenti di partecipazione.....	22
2. Le misure di prevenzione del rischio corruzione	26
2.1 Misure obbligatorie di prevenzione	26
2.1.1 Trasparenza.....	26
2.1.2 Codice di comportamento–diffusione di buone pratiche e valori.....	27
2.1.3 Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse.....	28
2.1.4 Svolgimento di incarichi d'ufficio - attività ed incarichi extra-istituzionali.....	29
2.1.5 Incompatibilità/Inconferibilità Incarichi di Struttura	30
2.1.6 Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (<i>pantouflage – revolving doors</i>).....	31

2.1.7 Selezione e Rotazione del Personale addetto alle Aree a Rischio di Corruzione	31
2.1.8 Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione	32
2.1.9 Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblowing)	33
2.1.10 Formazione (e Coordinamento con il Piano Formazione Aziendale)	35
2.1.11 Informazione, comunicazione, partecipazione (e coordinamento con il Piano di comunicazione aziendale)	36
2.1.12 Patti di integrità negli affidamenti	37
2.2 Misure ulteriori di prevenzione	38
3. Coordinamento tra P.T.P.C. e Piano della Performance	38
4. Flussi Informativi	39
5. Pubblicità ed aggiornamento del P.T.P.C.	40
PARTE QUARTA - PROGRAMMA TRIENNALE TRASPARENZA ED INTEGRITA' – ANNI 2015-2017	41
ELENCO ALLEGATI	42
Allegato 1. Catalogo dei Rischi – Processi a rischio di corruzione con ponderazione e relative misure di prevenzione	
Allegato 2. Programma triennale trasparenza ed integrità dell'A.O. "G. Salvini" 2015-2017	
Allegato 3. L'analisi dei rischi di cui al primo P.T.P.C. 2013-2015	
Allegato 4. Manuale operativo per la compilazione del database per l'analisi dei rischi per il PTPC 2014-2016	
Allegato 5. Manuale operativo per la compilazione del database per l'aggiornamento del catalogo dei rischi - per il PTPC 2015-2017	
Allegato 6. Schema di relazione de Referente del RPC e aziendale per monitoraggio delle misure e degli adempimenti previsti dal PTPC 2014-2016	

PREMESSA

Con l'emanazione della legge n. 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" entrata in vigore il 28 novembre 2012, il legislatore si è posto l'obiettivo di realizzare una efficace politica di prevenzione e di repressione della corruzione attraverso la definizione di una prima disciplina organica della materia volta alla promozione della legalità e della integrità della pubblica amministrazione.

Tale provvedimento normativo introduce anche nel nostro ordinamento un sistema organico di prevenzione della corruzione articolato su due livelli:

- 1) un primo livello "nazionale", con alla base un Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.) predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica ed approvato dall'ex CIVIT (ora A.N.A.C. Autorità nazionale anticorruzione);
- 2) un secondo livello "decentrato", in cui ogni amministrazione pubblica definisce un Piano triennale di prevenzione della corruzione (P.T.P.C.), che, sulla base delle indicazioni presenti nel P.N.A., effettua l'analisi e la valutazione dei rischi specifici di corruzione e conseguentemente indica gli interventi organizzativi volti a prevenirli.

Con tale legge il legislatore ha inteso individuare un ruolo diretto delle pubbliche amministrazioni nella fase di prevenzione dei reati, con riferimento ai propri dipendenti.

Ha così costruito un sistema complesso caratterizzato principalmente da:

- individuazione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione;
- adozione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione in ciascun ente pubblico, con analisi e monitoraggio dei rischi di corruzione;
- attenzione alle aree specifiche considerate a rischio (appalti, concorsi, atti ampliativi: autorizzazioni, concessioni, etc.);
- revisione della normativa in materia di responsabilità dei pubblici dipendenti, con riferimento alla responsabilità penale con riflessi sulla disciplina dei reati contro la pubblica amministrazione;
- incidenza dell'attività di prevenzione sulla responsabilità disciplinare e di risultato dei dirigenti nonché della disciplina delle incompatibilità, con revisione del Codice di Comportamento per i dipendenti pubblici.

Il sistema così delineato è stato specificato con decreti attuativi riferiti al rapporto tra dipendente pubblico/ente/cittadino:

- obblighi informativi e di trasparenza, come specificamente disciplinati dal D.lgs. 33/2013;
- correttezza dei comportamenti dei dipendenti pubblici, come specificata dall'adozione del *Codice di Comportamento per i dipendenti delle pubbliche amministrazioni*, approvato con D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, da specificarsi in codici comportamentali predisposti a cura degli enti;
- incandidabilità e divieto di *ricoprire cariche elettive e di Governo conseguenti a sentenze definitive di condanna per delitti non colposi*, come disciplinati dal decreto legislativo 31 dicembre 2012, n. 235;
- incompatibilità per incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico come da decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39.

La legge n. 190/2012 stabilisce che le Amministrazioni Pubbliche di cui all'art. 1, co. 2 del D.Lgs 165/2001, devono adottare il Piano triennale di prevenzione della corruzione (P.T.P.C.) ai sensi dell'art. 1, co. 5 e 60 della stessa legge.

Il P.T.P.C. dell'Azienda Ospedaliera G. Salvini non è inteso né come un mero adempimento amministrativo, né come un ulteriore regolamento aziendale, bensì come una risposta puntuale, fondata sulla mappatura ed analisi dei rischi, per prevenire ogni condotta che possa dar luogo a fenomeni corruttivi e, in senso più ampio, come strumento finalizzato a prevenire condotte illecite nella gestione degli interessi pubblici, nonché a garantire la trasparenza, la legalità e la legittimità dell'attività amministrativa.

Pertanto, con il P.T.P.C. è possibile perseguire, nell'ambito delle strategie di prevenzione i seguenti principali obiettivi:

- ridurre il rischio che si manifestino casi di corruzione;
- aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione.
- garantire la massima trasparenza degli atti e della propria azione organizzativa.

Il presente Piano è redatto secondo criteri di semplicità ed intelligibilità allo scopo di renderlo il più possibile uno strumento di agevole fruizione per tutto il personale, collaboratori e stakeholders dell'Azienda.

PARTE PRIMA - NORMATIVA PROVVEDIMENTI E SOGGETTI

1. DEFINIZIONE DI CORRUZIONE

Il presente Piano, considerato che la *ratio* della Legge n. 190/2012 è quella di prevenire condotte anche solo prodromiche ai reati di corruzione, mira a individuare e a sanzionare, mediante gli strumenti giuridici dell'ordinamento (D.Lgs n. 165/2001 e CCNL di riferimento) nel rispetto delle relative funzioni e ruoli gerarchici, comportamenti dei propri dirigenti e dipendenti in contrasto con i principi che disciplinano il pubblico impiego ed il codice penale. In questo contesto il concetto di corruzione deve essere inteso in senso lato, le situazioni rilevanti sono quindi evidentemente più ampie della fattispecie penalistica disciplinata dagli artt. 318, 319 e 319 *ter* Codice Penale, e sono tali da comprendere, non solo l'intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati nel Titolo II, Capo I Codice Penale, ma anche le situazioni in cui, a prescindere dalla rilevanza penale, venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite.

2. CONDOTTE CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE OGGETTO DI PREVENZIONE DEL PRESENTE PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Il concetto di corruzione che viene preso a riferimento sia nel PNA sia nel Piano aziendale ha un'accezione ampia. Esso è comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati di natura patrimoniale o non patrimoniale.

Le situazioni rilevanti sono più ampie della fattispecie penalistica, che è disciplinata negli artt. 318-322bis, 346bis e 2635 c.p., e sono tali da comprendere anche le situazioni in cui, a prescindere dalla rilevanza penale, venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite.

Pertanto, l'attività preventiva deve incentrarsi non solo unicamente sui reati di corruzione, bensì su tutti i delitti contro la pubblica amministrazione previsti dal titolo II del Codice Penale.

Al fine di individuare i reati oggetto dell'attività preventiva, sono di seguito indicate le fattispecie più rilevanti di reato in materia, ossia quelle contemplate dagli artt. 24 e 25 del D.lgs. n. 231/2001, in parte modificate dalla Legge n. 190/2012, in particolare, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

a) Reato di concussione art. 317 C.P.

b) Reati di corruzione :

- art. 318 C.P. (corruzione per l'esercizio della funzione)
- art. 319 C.P. (corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio)
- art. 319-quater C.P.(induzione indebita a dare o promettere utilità)
- art. 320 C.P. (corruzione di persona incaricata di pubblico servizio)
- art. 322 C.P. (istigazione alla corruzione)

c) art. 346-bis C.P.(Traffico d'influenze illecite)

3. CONTESTO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione dell'Azienda Ospedaliera G. Salvini è predisposto:

- in applicazione della Legge 6 novembre 2012, n. 190, recante "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*";
- nel rispetto dei relativi decreti attuativi:
 - a) Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33, recante "*Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*";
 - b) Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 39, recante "*Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190*";
 - c) Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, avente ad oggetto "*Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165*".
- in osservanza delle intese in sede di Conferenza unificata sancita in data 24 luglio 2013 tra Governo, Regioni ed Enti Locali per l'attuazione dell'art. 1, commi 60 e 61, della legge 6 novembre 2012, n. 190, recante "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*";
- in osservanza delle circolari del Dipartimento della Funzione Pubblica ed, in particolare, delle circolari:
 - a) n. 1/2013 in data 25 gennaio 2013, avente ad oggetto "*legge n. 190 del 2012 - Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*";
 - b) n. 2/2013 in data 19 luglio 2013, avente ad oggetto "*d.lgs. n. 33 del 2013 - attuazione della trasparenza*";
- nel rispetto del Piano Nazionale Anticorruzione approvato in data 11 settembre 2013 dalla Autorità Nazionale Anticorruzione e predisposto dal Dipartimento della funzione pubblica, anche secondo le linee di indirizzo adottate in data 14 marzo 2013 dal Comitato interministeriale istituito e disciplinato con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri: "*Linee di indirizzo del Comitato Interministeriale (d.p.c.m. 16 gennaio 2013) per la predisposizione, da parte del Dipartimento della funzione pubblica, del Piano Nazionale Anticorruzione di cui alla legge 6 novembre 2012, n. 190*";
- in osservanza delle Linee guida in materia di codici di comportamento delle pubbliche amministrazioni, approvate con la delibera n. 75 del 24 ottobre 2013 (CIVIT).

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione dell'Azienda Ospedaliera G. Salvini tiene conto altresì che il sistema delineato dalla L. 190/2012 ha inciso su quanto già previsto e disciplinato dall'art. 13 bis della L.R. 33/2009, incentrato sugli istituti tipici del D.lgs. 231/2001 recante la "*Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica*", esteso agli enti del Servizio Sanitario Regionale già da tempo. Tra i reati presupposto della responsabilità amministrativa del D.Lgs. n. 231/2001 figurano i reati contro la Pubblica Amministrazione, tra i quali quelli richiamati, modificati o introdotti con la Legge n. 190/2012.

Ne discende che la normativa regionale ha previsto per i predetti enti l'adozione di un Codice Etico Comportamentale, che individua i valori fondamentali nei quali l'azienda si riconosce ed ai quali impronta la propria attività e l'obbligo di dotarsi di un Organismo di Vigilanza (OdV).

4. PROVVEDIMENTI DELL'A.O. G. SALVINI

L'Azienda ha provveduto ad individuare il Responsabile della Prevenzione della Corruzione nella persona del dirigente Dott. Pier Paolo Balzamo con deliberazione del Direttore Generale n. 98 del 21.02.2013, in cui è stato precisato che dovrà raccordarsi con il Responsabile della Trasparenza.

L'Azienda a seguito del pensionamento al 31.12.2014 del dirigente responsabile della trasparenza, a suo tempo nominato con provvedimento n. 77 del 20.02.2012, ha individuato e nominato il nuovo Responsabile della Trasparenza nella persona del dirigente dr. Franco Dell'Acqua con deliberazione del Direttore Generale n. 689 del 23.12.2014 con decorrenza dall'1.01.2015.

Nell'esercizio della propria discrezionalità riconosciuta *ex lege*, l'Azienda, ha pertanto individuato due dirigenti distinti per lo svolgimento delle funzioni di Responsabile della prevenzione della corruzione e di Responsabile della trasparenza ed assicura il coordinamento tra le attività svolte dai due responsabili, nonché tra il P.T.P.C. ed il P.T.T.I., considerato che la trasparenza è una misura fondamentale per la prevenzione della corruzione.

Relativamente all'adozione del P.T.P.C., in fase di prima applicazione, l'Azienda ha approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 164 del 26.03.2013, entro il termine iniziale del 31.03.2013, il primo P.T.P.C. per il periodo 2013-2015 su proposta del Responsabile della prevenzione della corruzione, contenente le prime iniziative e misure in materia di prevenzione della corruzione. Successivamente, con deliberazione del Direttore Generale n. 47 del 30.01.2014, entro il termine del 31.01.2014, l'Azienda ha adottato ed approvato il P.T.P.C. 2014-2016.

Al fine di coadiuvare l'attività del Responsabile della Prevenzione della Corruzione (RPC), considerata la complessità dell'organizzazione aziendale dell'A.O. "G. Salvini" e tenuto conto anche della particolare articolazione per diversi dipartimenti e presidi ospedalieri, con deliberazione del Direttore Generale n. 47 del 30.01.2014 è stata prevista la costituzione di un Gruppo di supporto permanente (GSP) quali Referenti del RPC.

5. SOGGETTI, RUOLI E RESPONSABILITÀ DELLA STRATEGIA DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno dell'A.O. G. Salvini, come meglio precisato nei paragrafi successivi, sono:

- a) la Direzione strategica con la funzione di designazione del Responsabile aziendale della prevenzione della corruzione e del Responsabile aziendale della trasparenza, di approvazione del PTPC nonché di adozione degli atti generali aziendali finalizzati, anche indirettamente, all'anticorruzione;
- b) il Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC);
- c) i Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione per l'area di rispettiva competenza, costituenti il Gruppo di Supporto Permanente (GSP);
- d) il Responsabile della trasparenza;
- e) tutti i dirigenti per l'area di rispettiva competenza;

- f) il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (nelle funzioni di O.I.V.), l'Organismo di Vigilanza (OdV) e gli altri organismi ed articolazioni organizzative di controllo interno partecipi del processo di gestione del rischio;
- g) l'Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.);
- h) tutti i dipendenti dell'amministrazione;
- i) i collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione;
- j) il sistema di rete aziendale della Qualità.

6. IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE ED IL RESPONSABILE DELLA TRASPARENZA - COMPITI PRINCIPALI

Al Responsabile della Prevenzione della Corruzione (RPC) sono attribuiti i seguenti compiti:

- propone al Direttore Generale il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.) dell'azienda ed i relativi aggiornamenti;
- verifica l'efficace attuazione del P.T.P.C. e la sua idoneità, anche con riferimento alle proposte formulate dai Referenti del RPC e dai dirigenti competenti in ordine alle attività ed ai procedimenti esposti a maggior rischio di corruzione;
- propone al Direttore Generale modifiche del P.T.P.C. in caso di mutamenti dell'organizzazione e in caso di accertate violazioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
- verifica, per il tramite del dirigente Responsabile dell'USC Amministrazione e Sviluppo del Personale, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici a più elevato rischio di corruzione, fermo restando l'esigenza di garantire la piena funzionalità delle strutture organizzative aziendali ed i relativi parametri di professionalità;
- individua, d'intesa con i dirigenti competenti, il personale che opera nei settori particolarmente esposti a rischio di corruzione da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità;
- definisce d'intesa con i dirigenti competenti, le procedure per selezionare e formare i dipendenti che operano nei settori particolarmente esposti a rischio corruzione;
- riferisce al Direttore Generale sull'attività svolta ogni qualvolta venga richiesto;
- redige la relazione annuale sui risultati dell'attività.

Dall'applicazione del D.Lgs n. 33/2013 applicativo della Legge n. 190/2012, scaturiscono alcune competenze in capo al Responsabile della Trasparenza, che a tal fine deve raccordarsi con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, con l'obiettivo della verifica degli adempimenti in tema di trasparenza, compresa l'adozione del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI), come articolazione del PTPC.

Al Responsabile della Trasparenza compete, inoltre, la pubblicazione annuale dell'attestazione dell'OIV, o di altra struttura con funzioni analoghe (NVP), sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione annuali e della rilevazione annuale inerente l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza.

Il Responsabile della Trasparenza deve svolgere la funzione di controllo su tutti gli adempimenti e segnalare all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione.

7. REFERENTI DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE: RUOLO E COMPITI

La legge prevede la nomina di un unico Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC), ma in considerazione della complessità dell'organizzazione aziendale dell'A.O. "G. Salvini", tenuto conto anche dell'articolazione per diversi dipartimenti e presidi ospedalieri, in considerazione dell'impegnativo e delicato compito di raccordo con tutte le strutture aziendali, l'A.O. Salvini ha ritenuto di assicurare l'apporto di un gruppo di Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione che operano in stretto collegamento con il Responsabile, sia nella fase di elaborazione del Piano sia nella quotidiana applicazione del Piano, sia per quanto attiene i flussi di informazioni rivolti al Responsabile.

L'attività del Responsabile della prevenzione della corruzione non può, pertanto, prescindere dall'ausilio dei Referenti e del personale di supporto che lo coadiuvino nell'espletamento della funzione.

L'Azienda assicura quindi al Responsabile il supporto delle professionalità operanti negli ambiti a più alto rischio di corruzione e, in generale, di tutte le unità organizzative.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione rimane comunque il riferimento aziendale per l'implementazione della politica di prevenzione nell'ambito dell'amministrazione e degli adempimenti che ne derivano.

I Referenti, che costituiscono un Gruppo di Supporto Permanente (GSP), rappresentativo delle funzioni aziendali nel cui ambito è più elevato il rischio di corruzione e delle competenze tecniche professionali idonee, sono individuati nei Dirigenti responsabili delle seguenti strutture e/o articolazioni aziendali, ciascuno per le attività di rispettiva competenza:

- Direttore del Dipartimento di Medicina,
- Direttore del Dipartimento di Salute Mentale,
- Direttore del Dipartimento di Chirurgia,
- Direttore del Dipartimento dei Servizi Diagnostici e Terapeutici,
- Direttore del Dipartimento di Anestesia, Rianimazione, Terapia del dolore e Cure palliative,
- Direttore del Dipartimento Geriatrico Riabilitativo,
- Direttore del Dipartimento Materno Infantile,
- Dirigente Responsabile della Direzione Medica del Presidio Ospedaliero di Garbagnate Milanese,
- Dirigente Responsabile della Direzione Medica del Presidio Ospedaliero di Rho,
- Dirigente Responsabile della Direzione Medica del Presidio Ospedaliero di Bollate,
- Dirigente Responsabile della Direzione Medica del Presidio Ospedaliero di Passirana,
- Dirigente Responsabile SITRA,
- Dirigente Responsabile dell'U.S.C. Farmacia,
- Dirigente Responsabile dell'U.S.C. Coordinamento delle attività Amministrative di presidio,
- Dirigente Responsabile dell'U.S.C. Amministrazione e sviluppo del Personale,
- Dirigente Responsabile dell'U.S.C. Acquisti,
- Dirigente Responsabile dell'U.S.C. Tecnico Patrimoniale,
- Dirigente Responsabile dell'U.S.C. Logistica e gestione dei Servizi Economici ed Alberghieri;
- Dirigenti Responsabile dell'U.S.C. Sistemi Informativi ed Informatici,
- Dirigente Responsabile dell'U.S.C. Economico Finanziaria,
- Dirigente Responsabile dell'U.S.C. Controllo di Gestione,
- Dirigente Responsabile del Ufficio di Staff Marketing e Comunicazione - Responsabile della Trasparenza.

I Referenti svolgono funzioni di supporto al RPC procedendo a:

- a) individuare le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione;
- b) prevedere, per le suddette attività, le misure di prevenzione idonee a prevenire il rischio di corruzione;
- c) assicurare, con particolare riguardo alle attività individuate ai sensi della lettera a), obblighi di informazione nei confronti del RPC, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano anticorruzione;
- d) monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- e) monitorare che nei rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, non vi siano eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione;

I Referenti concorrono altresì con il RPC a:

- a) verificare l'efficace attuazione del Piano e della sua idoneità, nonché a proporre la modifica dello stesso in occasione di ogni aggiornamento annuale e quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni, ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
- b) realizzare misure volte alla rotazione del personale nelle aree preposte allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- c) individuare il personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità, in quanto chiamati ad operare nei settori nei quali è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione.

I Referenti del RPC concorrono con quest'ultimo e con il Responsabile della Trasparenza ad assicurare, in un contesto unitario, organico e coerente, l'esatta osservanza delle prescrizioni in materia di trasparenza dell'attività amministrativa, individuando, altresì, eventuali ulteriori obblighi di trasparenza rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge.

I Referenti del RPC, sono tenuti a curare, mediante un sistema articolato "a cascata", il pieno e motivato coinvolgimento di tutti i dirigenti e dipendenti delle strutture aziendali cui sono rispettivamente preposti, in specie di quelli addetti alle aree a più elevato rischio di corruzione ed illegalità, nell'attività di analisi e valutazione, nonché di proposta e definizione delle misure di monitoraggio per l'implementazione del piano di prevenzione della corruzione.

Ai fini dell'esercizio della funzione del Responsabile della prevenzione della corruzione, i Referenti devono realizzare modalità di raccordo e di coordinamento, mediante un meccanismo di comunicazione/informazione secondo un processo *bottom-up* in sede di formulazione delle proposte e *topdown* per la successiva fase di verifica ed applicazione.

Analogo raccordo e coordinamento, operativo e dinamico, va costantemente e sistematicamente mantenuto tra il Responsabile della prevenzione della corruzione, il Responsabile della trasparenza, i Referenti del RPC ed i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali.

I Referenti del RPC osservano le misure contenute nel P.T.P.C.

I Referenti del RPC concorrono con questi a curare che nell'Azienda siano rispettate le disposizioni del D.Lgs. n. 39/2013 sulla inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi. A tal fine sono tenuti a:

- a) applicare e far rispettare le disposizioni previste dalla normativa;
- b) predisporre e porre in essere le procedure per il rispetto di tali disposizioni normative;

- c) segnalare al Responsabile dell'U.S.C. Amministrazione e Sviluppo del Personale ed al RPC l'esistenza o l'insorgere delle situazioni di inconferibilità o incompatibilità di cui al decreto, affinché il Responsabile dell'U.S.C. Amministrazione e Sviluppo del Personale proceda alla relativa, dovuta contestazione;
- d) segnalare, altresì, al Responsabile dell'U.S.C. Amministrazione e Sviluppo del Personale ed al RPC i casi di possibile violazione delle disposizioni dello stesso decreto, affinché il Responsabile dell'U.S.C. Amministrazione e Sviluppo del Personale ed il RPC li segnali all'Autorità nazionale anticorruzione, nonché alla Corte dei conti, per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative.

I Referenti del RPC concorrono con il Responsabile dell'U.S.C. Amministrazione e Sviluppo del Personale a curare la diffusione della conoscenza dei codici di comportamento nell'amministrazione ed il monitoraggio annuale sulla loro attuazione, in raccordo con l'Ufficio Procedimenti Disciplinari.

I Referenti del RPC possono promuovere azioni di loro iniziativa, volte alla prevenzione della corruzione, raccordandosi previamente con il RPC e informandolo sugli esiti delle verifiche.

8. RUOLO DEI DIRIGENTI PER L'AREA DI RISPETTIVA COMPETENZA

La concreta attuazione delle misure anticorruzione in azienda e del P.T.P.C. è strettamente legata al ruolo attivo dei dirigenti per l'area di rispettiva competenza secondo le attribuzioni e le relative responsabilità previste dall' art. 16, c. 1, del D.Lgs n. 165/2001, dirigenti come di seguito riportato:

co. 1-bis) i dirigenti concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti;

co. 1-ter) i dirigenti forniscono le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo;

co. 1-quater) i dirigenti provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.

Tutti i Responsabili delle strutture e degli uffici aziendali sono tenuti a fornire il necessario apporto al Responsabile Prevenzione Corruzione e ai Referenti del RPC.

Tutti i dirigenti dell'Azienda, per l'area di rispettiva competenza:

- a) svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione, dei Referenti del RPC, dell'Organismo di Vigilanza e dell'autorità giudiziaria;
- b) partecipano al processo di gestione del rischio della corruzione con la mappatura delle aree, attività e processi a rischio corruzione e relativa ponderazione;
- c) propongono le misure di prevenzione del rischio della corruzione e l'aggiornamento delle stesse;
- d) assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- e) adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale;
- f) osservano le misure di prevenzione contenute nel P.T.P.C.

- g) vigilano sull'osservanza da parte dei propri collaboratori delle misure di prevenzione contenute nel P.T.P.C. e verificano le ipotesi di violazione segnalandole al Responsabile della prevenzione della corruzione

Il RPC, il Gruppo di supporto permanente costituito dai Referenti del RPC, il Responsabile della trasparenza, l'Organismo di Vigilanza ed i dirigenti apicali sono costantemente tenuti a mantenere tra di loro un raccordo pienamente dinamico al fine di garantire, nel contempo, la legittimità dell'azione amministrativa, l'efficacia e la concretezza dell'azione di prevenzione della corruzione, nonché il pieno conseguimento dei livelli di trasparenza.

Con riferimento alle rispettive competenze, costituisce elemento di valutazione della responsabilità dei dirigenti, la mancata osservanza delle disposizioni contenute nel Piano della prevenzione della corruzione aziendale

La violazione delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare (art. 1, co. 14, L. 190/2012).

9. RUOLO DEI DIPENDENTI

Tutti i dipendenti dell'Azienda partecipano al processo di gestione del rischio, osservano le misure contenute nel P.T.P.C., segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o al Responsabile della prevenzione della corruzione, segnalano casi di personale conflitto di interessi.

Tutti i dipendenti dell'Azienda rispettano le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione.

Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione adottate dall'Azienda e trasfuse nel P.T.P.C. devono essere rispettate da tutti i dipendenti e, dunque, sia dal personale che dalla dirigenza (art. 8 Codice di comportamento generale).

La violazione delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare (art. 1, co. 14, L. 190/2012).

Nei contratti individuali di lavoro stipulati con ciascun nuovo dipendente, in occasione della prima assunzione in servizio, sarà previsto l'obbligo, a carico degli stessi, di osservanza delle prescrizioni previste dal presente P.T.P.C.

Con riferimento alle rispettive competenze, costituisce elemento di valutazione della responsabilità dei dipendenti, la mancata osservanza delle disposizioni contenute nel presente Piano della prevenzione della corruzione.



10. COLLABORATORI A QUALSIASI TITOLO DELL'AZIENDA

I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda osservano le misure contenute nel P.T.P.C. e segnalano le situazioni di illecito.

Nei contratti di prestazione d'opera con liberi professionisti e con altri collaboratori a qualsiasi titolo dell'azienda, in occasione della stipula, sarà previsto l'obbligo a carico degli stessi, di osservanza delle prescrizioni previste dal presente P.T.P.C.

11. L'UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.):

- a) svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza;
- b) provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti delle autorità giudiziarie competenti per i profili di responsabilità contabile, amministrativa, civile e penale, per le violazioni accertate e sanzionate;
- c) propone l'aggiornamento del Codice di comportamento.
- d) svolge quanto previsto nella procedura aziendale del whistleblowing.

12. RUOLO DEL NUCLEO DI VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI (NVP), DELL'ORGANISMO DI VIGILANZA (ODV) E DEGLI ALTRI ORGANISMI ED ARTICOLAZIONI ORGANIZZATIVE INTERNE DI CONTROLLO

L'Azienda Ospedaliera "G. Salvini" stabilisce la suddivisione delle responsabilità tra il NVP e l'Organismo di Vigilanza (OdV) tenuto conto che in Regione Lombardia, il sistema delineato dalla L. 190/2012 ha inciso su quanto già previsto e disciplinato dall'art. 13 bis della L.R. 33/2009, incentrato sugli istituti tipici del D.lgs. 231/2001 esteso agli enti del Servizio Sanitario Regionale con l'obbligo della costituzione di un Organismo di Vigilanza.

La normativa nazionale vigente in materia non contempla i NVP, trattando esclusivamente degli Organismi Indipendenti di Valutazione della Performance (OIV), organo che in Regione Lombardia ha funzioni di programmazione e coordinamento dei NVP.

E' quindi opportuno rilevare le competenze demandate dalla normativa nazionale agli OIV e rapportarle, per il contesto lombardo, ai NVP.

La Direzione Strategica Aziendale (Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario), il Responsabile aziendale della Prevenzione della Corruzione (RPC) ed il Responsabile aziendale della Trasparenza, stabiliscono che l'Organismo di Vigilanza per il Codice Etico Comportamentale (OdV) è l'organismo deputato ad esprimere parere vincolante sul Piano aziendale triennale della Prevenzione della Corruzione.

Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP), fermo restando le prerogative di cui al D. Lgs. n. 231/2001, effettuerà un'azione di verifica non vincolante riguardo l'attuazione delle attività connesse agli obblighi derivanti dalla Legge n. 190/2012.

Rientreranno invece tra i compiti del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni il supporto, la verifica e la garanzia dell'applicazione delle metodologie previste per l'adozione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità (PTTI) ed il collegamento con il ciclo di gestione della *performance e il relativo Piano*.

I rapporti tra i due organismi saranno facilitati dal Responsabile aziendale della Prevenzione della Corruzione e dal Responsabile aziendale per la Trasparenza per quanto di rispettiva competenza.

Il Responsabile della Trasparenza si confronta con il NVP per l'esame degli adempimenti connessi agli obblighi di pubblicazione.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione si confronta:

- obbligatoriamente con l'OdV per l'attività di mappatura dei processi e valutazione dei rischi come da indicazioni regionali in applicazione del D.Lgs. n. 231/2001;
- per parere non vincolante con il NVP che nell'ambito del monitoraggio del ciclo di gestione della performance, svolto in maniera sistematica e costante, può consentire di svolgere azioni correttive e tempestive.

Inoltre, il RPC riferisce all'OdV di fatti ritenuti rilevanti che egli accerti nell'esercizio delle proprie funzioni, del contenuto della relazione annuale e sull'attività espletata.

In sintesi il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP):

- monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni;
- promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità;
- supporta, se richiesto, il processo di gestione del rischio;
- segnala all'OdV eventuali irregolarità o anomalie in ordine al tema della corruzione, qualora le ravvisasse nell'esercizio delle sue funzioni;
- esprime preventivo parere obbligatorio sul Codice Comportamentale;
- verifica che nell'ambito degli obiettivi inseriti nel Piano della *Performance* non vi siano incongruenze con quanto previsto nel Piano Triennale di prevenzione della Corruzione e nel Programma Triennale della Trasparenza;
- effettua attività di verifica sull'attuazione del PTTI nonché del Piano della *Performance*.

In sintesi l'Organismo di Vigilanza (OdV):

- partecipa al processo di gestione del rischio corruzione esprimendo parere vincolante sul Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.);
- svolge compiti propri, connessi all'attività anticorruzione nel settore della gestione dei rischi previsti dal D. Lgs. 231/2001;
- effettua un'azione di verifica riguardo l'attuazione delle attività connesse agli obblighi derivanti dalla Legge 190/2012 e dal Piano (P.T.P.C.)
- effettua verifiche, audizioni e riunioni congiunte con il RPC e con i Referenti del RPC.
- effettua una valutazione dell'idoneità degli strumenti preventivi.

L'attività di prevenzione e contrasto alla corruzione nell'Azienda "G. Salvini" viene realizzata ulteriormente attraverso i seguenti controlli:

- controlli interni posti in essere dalle articolazioni aziendali che realizzano le attività a rischio di corruzione anche in ragione dei collegamenti con l'OdV;
- controlli operati dal Collegio Sindacale quale organo aziendale nell'ambito della sfera di competenza.

PARTE SECONDA - MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE SIN QUI ADOTTATE NEL PTPC 2013-2015 E NEL PTPC 2014-2016

1. PRIME MISURE E PROCESSO DI ADOZIONE DEL P.T.P.C. 2013-2015

L'Azienda, in fase di prima applicazione, ha adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 164 del 26.03.2013 il P.T.P.C. per il periodo 2013-2014-2015 contenente le iniziative e misure in materia di prevenzione della corruzione.

Tenuto conto che nel settore sanitario della Regione Lombardia, il sistema delineato dalla L. 190/2012 ha inciso su quanto già previsto e disciplinato dall'art. 13 bis della L.R. 33/2009, incentrato sugli istituti tipici del D.lgs. 231/2001 sulla scorta delle indicazioni riportate nella legge e dell'aggiornamento dei reati contro la pubblica amministrazione si era ritenuto pertanto di adottare la metodologia di mappatura dei rischi utilizzata in occasione della definizione dei modelli organizzativi, in attuazione dell'applicazione dei principi e strumenti di cui al D.lgs. 231/2001 e s.m.i. alle aziende sanitarie lombarde.

Il citato articolo 13 bis della L.R. Lombardia n. 33/2009, rubricato "Codice etico-comportamentale" dispone che: *"Al fine di elevare la qualità del sistema sanitario regionale, ciascuna azienda sanitaria adotta, secondo modalità definite con deliberazione della Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare, un codice etico-comportamentale costituito dal codice etico e dal modello organizzativo in cui sono riportate le procedure da seguire affinché le attività si svolgano in conformità ai principi enunciati nel codice stesso. Con la stessa deliberazione sono definite le modalità di costituzione e la durata dell'organismo di vigilanza preposto, all'interno di ciascuna azienda, a verificare l'efficacia e la corretta applicazione del codice etico-comportamentale."*

Pertanto, in Lombardia erano già state emanate una serie di determinazioni regionali (DGR 17864 dell'11 giugno 2004 relativa all'introduzione in via sperimentale del codice etico comportamentale; DGR 3776 del 13 dicembre 2006 relativa alle linee guida per l'adozione del Codice Etico e dei modelli di organizzazione; DGR 5743 del 31 ottobre 2007 -allegato 2; DGR 8501 del 26 novembre 2008 – allegato 1; DGR 10804 del 16 dicembre 2009; DDG 2298 dell'11 marzo 2010 relativo alle linee guida per l'aggiornamento del sistema) che avevano applicato il D. Lgs. 231/2001 alle aziende sanitarie ed ospedaliere del Servizio Sanitario Nazionale.

Atteso che la L. n. 190/2012 di fatto è la trasposizione al settore pubblico di quanto previsto e normato con il D. Lgs. n. 231/2001 e s.m.i. per le persone giuridiche di diritto privato, si rende necessario un raccordo normativo fra la portata del citato art 13 bis della L.R. n. 33/2009 e l'applicazione della L. n. 190/2012.

Il patrimonio organizzativo ed informativo costruito negli anni dalle aziende sanitarie lombarde grazie all'applicazione della Legge regionale citata costituisce la base per lo sviluppo della metodologia di costruzione del piano anticorruzione.

In particolare, gli istituti dell'art. 13 bis (e del D. Lgs. n. 231/2001) sono stati utilizzati:

- per l'analisi e il monitoraggio dei rischi: il Modello Organizzativo era già caratterizzato dall'individuazione dei processi significativi e dalla valutazione dell'incidenza delle violazioni sia in termini di gravità che di ricorrenza;

- con riferimento al Codice etico comportamentale al fine di predisporre principi e regole di rapporto con gli utenti, i fornitori, i propri collaboratori e dipendenti e specifiche clausole di adesione per i fornitori al medesimo;
- per la formazione;
- per l'individuazione, in capo all'Organismo di Vigilanza, delle segnalazioni di violazione dei codici.

Ai sensi dell'art.1, c. 9, lett. a) della Legge 190/2012, il primo P.T.P.C. dell'Azienda G. Salvini, ha individuato e mappato le attività tra le quali quelle di cui al comma 16, nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, raccogliendo le proposte dei dirigenti, elaborate nell'esercizio delle proprie competenze e funzioni d'Ufficio.

Le attività a rischio di corruzione di cui al comma 16 sopra citato, adattate alle caratteristiche organizzative e coerentemente con le specificità dell'Azienda Ospedaliera, sono state le seguenti:

- scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al decreto legislativo 12 aprile 2006, n.163;
- concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'articolo 24 del D.Lgs n.150 del 2009.

Ulteriori attività considerate a rischio nell'A.O. "G. Salvini" nel primo P.T.P.C. sono state le seguenti:

- accesso alle prestazioni sanitarie, modalità di compartecipazione
- ciclo attivo e passivo (incassi e pagamenti)
- gestione delle basi di dati
- opere pubbliche con gestione diretta delle stesse; attività successive alla fase dell'aggiudicazione
- manutenzione ordinaria e straordinaria degli immobili dell'A.O.
- gestione dei servizi appaltati.

Si riporta nell'allegato n. 3 del presente Piano la metodologia di analisi dei rischi adottata, sulla scorta di quanto già sopra esposto e come da schema contenuto nelle linee guida regionali per l'adozione del codice etico e dei modelli di organizzazione e controllo delle aziende sanitarie locali ed aziende ospedaliere della Regione Lombardia, di cui alla circolare attuativa del 21.12.2006 della dgr VIII/3776 del 13.12.2006 "Regole di Sistema – anno 2007".

Nello specifico, attraverso l'utilizzo di check list, ogni settore dell'azienda ha individuato i rischi, ha evidenziato le azioni necessarie al fine di prevenire i rischi e le misure da adottare.

Di seguito si riporta lo schema contenente l'esito della mappatura delle attività a rischio di corruzione del PTPC 2013-2015 dei diversi settori/articolazioni aziendali e delle misure di prevenzione individuate in azienda in collaborazione con i dirigenti competenti delle articolazioni/aree organizzative interessate.



**SCHEDE MAPPATURA DEI RISCHI DI CORRUZIONE E SOLUZIONI IPOTIZZATE
PTPC DI CUI ALLA DELIBERAZIONE N. 164 DEL 26.03.2013**

AREE ORGANIZZATIVE	ATTIVITÀ A RISCHIO DI CORRUZIONE	PROPOSTE/SOLUZIONI IPOTIZZATE DAI DIRIGENTI COMPETENTI	MECCANISMI DI FORMAZIONE, ATTUAZIONE E CONTROLLO DELLE DECISIONI IDONEI A PREVENIRE IL RISCHIO DI CORRUZIONE	DIPENDENTI DESTINATI AD OPERARE IN SETTORI PARTICOLARMENTE ESPOSTI ALLA CORRUZIONE, DA INSERIRE NEI PROGRAMMI DI FORMAZIONE	OBBLIGHI DEI DIRIGENTI COMPETENTI NEI CONFRONTI DEL RESPONSABILE DEL PIANO DI PREVENZIONE DI INFORMAZIONE
U.S.C. FARMACIA	a: Procedure di acquisto	Procedure scritte - Rotazione dei compiti - Controlli a campione su prescrizioni	procedura scritta per rapporti con fornitori, informatori scientifici	Impiegati Farmacisti	Informativa sulle attività svolte - Segnalazione diffonibilità
USC Amministrazione Sviluppo Personale e Tutte le articolazioni aziendali interessate quali Presidenti, Componenti di commissioni di concorso	a: concorsi (ammissione/esclusione procedure); b: previdenza (predisposizione documentazione previdenziale); c: stipendi (elaborazioni stipendi); d: rimborsi missioni	a) b) c) d): Frazionamento attività - Procedure scritte - Rotazione dei compiti - Controlli a campione	a) b) c) d): Verifiche a campione del Responsabile/Referente sulle attività dei collaboratori	dirigenti e referenti dei settori interessati	Informativa sulle attività svolte - Segnalazione diffonibilità
USC Tecnico Patrimoniale e tutte le articolazioni aziendali interessate quali Presidenti, Componenti di commissioni di gara	a: selezione dei fornitori per prestazione di servizi ed esecuzione di lavori	Publicità albo fornitori - Publicità criteri di assegnazione - Procedure scritte - Controlli a campione	evidenziare le fasi critiche nella selezione del fornitore in modo da evitare comportamenti non idonei e seguire le procedure codificate	Personale coinvolto nel processo di selezione dei fornitori di servizi ed esecutori di lavori	Informativa sulle attività svolte - Segnalazione diffonibilità
MKT Comunicazione URP	a: attività URP	Intercambiabilità degli operatori nell'attività - Procedure scritte - Rotazione dei compiti - Controlli a campione	Formazione specifica su legge 190/2012		Informativa sulle attività svolte - Segnalazione diffonibilità
USC Acquisti E Tutte le articolazioni aziendali interessate alla redazione del Capitolato Speciale di Appalto e alla partecipazione alle commissioni di gara	a: Procedimento di gara	1) Adozione regolamento aziendale per gli acquisti di beni e servizi di valore inferiore alla soglia comunitaria e per l'esecuzione di lavori di importo inferiore a 200.000 euro - 2) Procedura certificata ISO - 3) Adozione regolamento per gestione albo fornitori telematico mediante utilizzo di piattaforma Sintel - 4) Compilazione da parte di settore di acquisto di check list di ogni singola procedura verificata da ufficio esterno	controllo check list	Operatori di tutte le articolazioni aziendali interessate	Informativa sulle attività svolte - Segnalazione diffonibilità
	b: Espletamento gara	5) utilizzo piattaforma Sintel di Regione Lombardia per espletamento gare on line che permettono una gestione tracciata di tutte le fasi della procedura e di tutta la documentazione inerente. - 6) Protocollo di nomina componenti della Commissione Giudicatrice	controllo check list	Operatori di tutte le articolazioni aziendali interessate	informazione e comunicazioni

	c esecuzione del contratto	7) Nomina esecutore del contratto. - 8) Momenti di verifica con gli utilizzatori e le varie figure di controllo interno sull'andamento del contratto	pubblicità delle azioni	operatori di tutte le articolazioni aziendali interessate	Informativa sulle attività svolte - Segnalazione difformità
INGEGNERIA CLINICA	a) Predisposizione Capitolato Speciale di Appalto e partecipazione commissione di gara per acquisizione apparecchiature	Formazione del personale coinvolto nello svolgimento dell'attività "a rischio di corruzione" sugli obblighi previsti dal D.Lgs.163/06 s.m.i. e delle implicazioni legali connesse		Tutto il personale coinvolto dell'attività di cui alla colonna B	Informativa sulle attività svolte - Segnalazione difformità
USC Logistica e Gestione dei servizi Economici ed alberghieri	a)Acquisto con cassa economale - b)Acquisti urgenti senza richiesta di preventivi	a) Regolamento della cassa economale e acquisire nulla osta prima di acquistare	a) applicazione regolamento - b) verifica dell'effettiva urgenza dichiarata dall'utilizzatore per l'acquisto e verifica della congruità del prezzo offerto.	a) gestori delle casse economali ; b) ordinatore e liquidatore	Informativa sulle attività svolte - Segnalazione difformità
USC Coordinamento Attività Amm.ve di Presidio - Uff. Convenzioni	a.: Front office: prenotazioni e accettazione prestazioni ambulatoriali, attività di maneggio denaro.	a: Procedure aziendali come da decreto legislativo 231, gestite via software applicativo e debitamente tracciate. Estensione pagamenti elettronici o on line.	Formalizzazione delle procedure di incasso e/o rimborso	Personale aziendale di front-office	Informativa sulle attività svolte - Segnalazione difformità
USC Sistemi Informativi e Informatici	a) Predisposizione Capitolato Speciale di Appalto e partecipazione commissione di gara per acquisizione apparecchiature	a) Formazione del personale coinvolto nello svolgimento dell'attività "a rischio di corruzione" sugli obblighi previsti dal D.Lgs.163/06 e s.m.i. e delle implicazioni legali connesse	collaborazione sistematica con altre UUOO tecniche e amministrative; verbalizzazione dei passaggi che portano alla definizione dei documenti di gara; pieno utilizzo degli strumenti informatici con la conseguente piena tracciatura degli eventi	Titolari di Posizione Organizzativa dell'USC SII	Informativa sulle attività svolte - Segnalazione difformità
USC Controllo di Gestione	Attività legata al sistema di valutazione del personale dirigente medico e SPTA e del comparto	a) Doppio livello di controllo interno b) Controllo da parte di organismo terzo; Nucleo di Valutazione delle Prestazioni	Partecipazione alle iniziative generali predisposte dall'Azienda		Informativa sulle attività svolte - Segnalazione difformità
Direzioni Mediche di Presidio	a)chiamata ambulanza per servizi non eseguibili dalla CRI in convenzione. - b) prenotazione di prestazioni sanitarie presso strutture sanitarie non convenzionate	Procedure scritte Rotazione dei compiti Controlli a campione	a: Diffusione della procedura agli operatori interessati; registrazione su programma informatico delle chiamate. - b:Diffusione della procedura agli operatori interessati; registrazione su programma informatico delle richieste	a: Personale amministrativo della DMP - b: Personale medico e amministrativo della DMP	Informativa sulle attività svolte - Segnalazione difformità
SITRA/ SERVIZI INFERMIERISTICI	a: Erogazione delle attività di assistenza	Procedure scritte	controlli a campione - verifica applicazioni e procedure		Informativa sulle attività svolte - Segnalazione difformità
UNITA' OPERATIVE CLINICHE	a:Accesso ed erogazione delle cure- b: rapporti con informatori scientifici del farmaco	a) procedure scritte e controlli a campione - b): procedure scritte per accesso ed incontro con il personale delle UUOO cliniche;tracciabilità incontri; controlli a campione su prescrizioni	verifica a campione - verifica procedure - controlli a campione su prescrizioni	tutto il personale	Informativa sulle attività svolte - Segnalazione difformità
USC Economico Finanziaria	a) Ciclo attivo e passivo	a) Procedure scritte e controlli a campione	Applicazione procedura	Personale coinvolto nel processo di ciclo attivo e passivo.	Informativa sulle attività svolte - Segnalazione difformità

2. P.T.P.C. 2014-2016 E PROCESSO DI ADOZIONE

A seguito dell'intervenuta successiva predisposizione del Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.) da parte del Dipartimento della Funzione Pubblica, ai sensi del co. 4, lett. c. dell'art. 1 della L. 190/2012, e della relativa approvazione da parte dell'ex CIVIT con delibera n. 72 dell'11.09.2013, l'A.O. Salvini ha definito ed approvato il P.T.P.C. aziendale relativo al triennio 2014-2016 su proposta del Responsabile della prevenzione della corruzione.

L'Azienda ha realizzato delle giornate di formazione nei confronti di tutti i Dirigenti Responsabili di Unità Strutture Complesse, di staff e Semplici dipartimentali di tutti i ruoli amministrativi, tecnici, professionali, sanitari, di Dipartimento, delle Direzioni Mediche di Presidio, del personale del comparto titolare di posizioni organizzative e del personale del comparto delle aree a maggiore rischio di corruzione, in cui sono stati illustrati tra l'altro, il P.N.A. con i relativi allegati, tra cui quello delle aree a rischio e tavole, gli ambiti e gli obiettivi della normativa sulla prevenzione della corruzione, ruolo e funzioni del Responsabile della prevenzione della corruzione e del Responsabile della trasparenza, obiettivi del P.T.P.C.

Il Responsabile della prevenzione della Corruzione in occasione dell'avvenuta approvazione del P.N.A. ha prontamente trasmesso lo stesso unitamente agli allegati dal n. 1 al n. 5 e delle tavole alla Direzione Strategica dell'azienda e ai dirigenti della dirigenza amministrativa, tecnica e professionale per una preventiva conoscenza e disamina, in particolare per le materie/aree di competenza delle strutture aziendali dagli stessi dirette.

Sulla base delle aree di rischio individuate dall'approvato P.N.A., l'Azienda G. Salvini ha messo a punto un database strutturato al fine di consentire una mappatura dei rischi che coinvolgesse tutti i Responsabili di Unità Strutture Complesse, di staff e Semplici dipartimentali di tutti i ruoli amministrativi, tecnici, professionali, sanitari, di Dipartimento e delle Direzioni Mediche di Presidio.

L'Azienda ha ritenuto utile sviluppare ed avvalersi di un supporto informatico, per effettuare la mappatura e la pesatura delle aree ed attività a rischio corruzione, in modo da poterlo gestire come un vero e proprio registro dei rischi. Il Data base così realizzato consente inoltre di tenere traccia delle rilevazioni effettuate e risulta uno strumento utile per il Responsabile dell'anticorruzione, ai fini della dimostrazione delle attività in capo allo stesso previste dalla norma.

L'Azienda ha ritenuto di fondamentale importanza il coinvolgimento dei dirigenti e degli operatori addetti alle attività "a rischio". Solo chi opera quotidianamente sul campo è in grado di individuare puntualmente non solo il rischio ma anche il grado dello stesso e quindi le misure per la gestione.

Il database è stato preventivamente testato positivamente da un campione ristretto di dirigenti e responsabili, anche allo scopo di ricevere suggerimenti e spunti di riflessione utili per la messa a punto definitiva.

E' seguita la consultazione con un panel di dirigenti a seguito della quale sono stati forniti ulteriori chiarimenti a tutti i responsabili compilatori per la mappatura dei rischi realizzando un ulteriore coinvolgimento ed una partecipazione più mirata degli stessi.

Pertanto, il P.T.P.C. 2014-2016 è stato elaborato con il contributo fondamentale di tutti i responsabili sia nelle fasi di individuazione delle aree, attività e processi a rischio, sia nella ponderazione del rischio nei processi di competenza, sia nella proposta di misure idonee di prevenzione da applicare a tali attività e processi.

A tutti i compilatori è stato illustrato e consegnato un Manuale Pratico per l'utilizzo del data base, corredato dalla documentazione normativa in materia, per la compilazione delle diverse maschere che si riporta a stralcio nell'allegato n. 4.

Il database ha permesso anche a tutti i compilatori di disaminare un Report di Riepilogo riportante :

- Dettaglio dei Rischi Compilati
- Attività di Rischio non presenti nella Struttura: elenca le attività di rischio dichiarate come "non presenti" nella struttura

ed un Report Controllo Anomalie: Attività di Rischio senza rischi compilati.

La mappatura ha consentito di raccogliere n. 499 record di mappatura e valutazione dei singoli rischi. E' stato effettuato l'invio dei record raccolti ai dirigenti responsabili delle strutture organizzative che in azienda sono competenti per materia, in relazione alle aree a rischio e, sulla scorta delle valutazioni effettuate dagli stessi, unitamente alla eliminazione di duplicazioni, sovrapposizioni e anomalie di compilazione è stato possibile determinare il catalogo dei processi a rischio di corruzione con ponderazione e le relative misure di prevenzione del P.T.P.C..

La valutazione dei rischi è stata operata secondo i criteri indicati nella tabella n. 5 allegata al P.N.A. con i relativi indici di valutazione della probabilità e dell'impatto.



PARTE TERZA - PTPC 2015-2017

1. PROCESSO DI ADOZIONE, ANALISI E VALUTAZIONE DEI RISCHI, MODALITA' E STRUMENTI DI PARTECIPAZIONE

Il presente P.T.P.C. 2015-2017 mira all'obiettivo di riportare l'individuazione preventiva delle aree maggiormente esposte al rischio della corruzione (c.d. mappatura del rischio) con riferimento alla particolare natura ed attività espletate dall'Azienda Ospedaliera G. Salvini, l'individuazione delle "misure" da implementare per la prevenzione, dei responsabili per l'applicazione di ogni misura, oltre all'inserimento dei contenuti del Programma triennale della integrità e Trasparenza, adottato ai sensi dell'art. 11 del D.Lgs n. 150/2009 e riportato, in modalità aggiornata, nell'ambito del presente Piano, secondo quanto previsto dall'art. 10, comma 2, del "D.Lgs 14 marzo 2013, n. 33, a norma dell'art. 1, c. 35 della Legge 6 novembre 2012, n. 190".

L'individuazione delle aree di rischio ha la finalità di consentire l'emersione delle attività, nell'ambito dell'intera Azienda, che debbono essere presidiate più di altre mediante l'implementazione di misure di prevenzione. Rispetto a tali aree il P.T.P.C. identifica i processi a rischio di corruzione, le azioni e gli strumenti per prevenire il rischio, stabilendo le priorità di trattazione in base alla valutazione del rischio.

Per procedere entro il 31 gennaio 2015 all'aggiornamento e riapprovazione del Piano aziendale della Prevenzione della Corruzione per il triennio 2015-2017 e, contestualmente, rilevare gli esiti del monitoraggio dell'attuazione del Piano in argomento, sono stati effettuati incontri con i Referenti come momento di raccordo sulla materia e per la definizione del flusso di informazioni da rendere al RPC.

Per consentire il monitoraggio ed aggiornamento del PTPC aziendale attraverso la revisione del catalogo dei rischi approvato con deliberazione n. 47/2014, e per l'inserimento di eventuali ulteriori aree ed attività a rischio corruzione è stato riproposto al Gruppo di Supporto Permanente (GSP) un aggiornamento mirato della precedente versione del database denominato "Anticorruzione", già utilizzato per la redazione del Piano 2014-2016.

Nella mappatura dei rischi l'Azienda ha tenuto conto delle particolari aree di rischio, individuate dalla L. n. 190/2012, ritenute obbligatorie e comuni a tutte le amministrazioni pubbliche, elencate nell'art. 1, comma 16, e specificate nell'allegato 2 del P.N.A. che si riferiscono ai procedimenti di:

- a) autorizzazione o concessione;
- b) scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al d.lgs. n. 163 del 2006;
- c) concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;
- d) concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'articolo 24 del decreto legislativo n. 150/2009.

Le suindicate aree di rischio si articolano, a loro volta, in sotto aree, come segue:

Area A “acquisizione e progressione del personale”

sotto aree:

1. Reclutamento
2. Progressioni di carriera
3. Conferimento di incarichi di collaborazione

Area B “affidamento di lavori, servizi e forniture”

sotto aree:

1. Definizione dell'oggetto dell'affidamento
2. Individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento
3. Requisiti di qualificazione
4. Requisiti di aggiudicazione
5. Valutazione delle offerte
6. Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte
7. Procedure negoziate
8. Affidamenti diretti
9. Revoca del bando
10. Redazione del cronoprogramma
11. Varianti in corso di esecuzione del contratto
12. Subappalto
13. Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto

Area C “provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario”

sotto aree:

1. Provvedimenti amministrativi vincolati nell'*an*
2. Provvedimenti amministrativi a contenuto vincolato
3. Provvedimenti amministrativi vincolati nell'*an* e a contenuto vincolato
4. Provvedimenti amministrativi a contenuto discrezionale
5. Provvedimenti amministrativi discrezionali nell'*an*
6. Provvedimenti amministrativi discrezionali nell'*an* e nel contenuto

Area D “provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario”

sotto aree:

1. Provvedimenti amministrativi vincolati nell'*an*
2. Provvedimenti amministrativi a contenuto vincolato
3. Provvedimenti amministrativi vincolati nell'*an* e a contenuto vincolato
4. Provvedimenti amministrativi a contenuto discrezionale
5. Provvedimenti amministrativi discrezionali nell'*an*
6. Provvedimenti amministrativi discrezionali nell'*an* e nel contenuto.

Queste aree, che costituiscono un contenuto minimale obbligatorio per legge, non esauriscono, tuttavia, la individuazione delle aree di rischio dell'Azienda. Il presente P.T.C.P. include, infatti, ulteriori aree di rischio, che rispecchiano le specificità funzionali, di contesto e di tipologia di attività istituzionale dell'Azienda Ospedaliera G. Salvini.

In particolare sono state individuate, a secondo dell'attività dell'ente, le seguenti altre Aree e sottoaree/attività a rischio:



Area A: acquisizione e progressione del personale

4. Altre forme di reclutamento diverse dal lavoro dipendente (tirocini, borse di studio, ecc.)
5. Altre Attività di Rischio: da specificare

Area B: affidamento di lavori, servizi e forniture

14. Convenzioni passive per acquisto di attività o servizi sanitari da terzi
15. Altre Attività di Rischio: da specificare

Area E: erogazione e prestazioni sanitarie

1. Rapporto con gli informatori scientifici del farmaco
2. Sperimentazioni cliniche
3. Libera professione (dalla prenotazione al pagamento del compenso)
4. Gestione Reclami ed encomi
5. Richiesta prestazione sanitarie
6. Verifica disponibilità/ammissibilità della prestazione richiesta e prenotazione
7. Accettazione
8. Incasso Ticket
9. Erogazione prestazione
10. Registrazione
11. Altre Attività di Rischio: da specificare

Area F: ciclo Attivo/Passivo

1. Erogazione provvidenze economiche a dipendenti e rilevazioni presenze
2. Fatturazione Attiva
3. Fatturazione Passiva
4. Gestione del Patrimonio Immobiliare
5. Gestione Finanziamenti Pubblici
6. Altre Attività di Rischio: da specificare

Area G: provvedimenti con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

1. Contributi
2. Risarcimenti
3. Altre Attività di Rischio: da specificare

Area H: altra area di rischio

1. Altre Attività di Rischio: da specificare

Tale strumento informatico, già sperimentato positivamente lo scorso anno, è stato adeguato per consentire il monitoraggio del Piano per la parte relativa alla mappatura dei rischi, alla loro pesatura ed alla verifica dell'efficacia delle misure di prevenzione.

L'utilizzo del suddetto supporto informatico ha consentito di acquisire conferma dell'avvenuta azione di monitoraggio ed aggiornamento dei rischi, con uno strumento che consente la tracciabilità delle rilevazioni effettuate.

L'Azienda ha ritenuto di fondamentale importanza il coinvolgimento dei dirigenti Referenti del RPC che a loro volta hanno realizzato un processo a cascata coinvolgendo anche gli altri dirigenti delle proprie articolazioni organizzative aziendali.

Pertanto, il P.T.P.C. è stato elaborato con il contributo fondamentale di tutti i responsabili sia nelle fasi di individuazione delle aree, attività e processi a rischio, sia nella ponderazione del rischio nei processi di competenza, sia nella proposta di misure idonee di prevenzione da applicare a tali attività e processi.

Per agevolare l'accesso e la compilazione del database è stato illustrato e fornito ai Referenti del RPC il relativo manuale pratico di istruzioni operative, che si riporta all'allegato 5 del presente Piano.

Ogni Referente ha avuto la possibilità di connettersi al database "Anticorruzione" e compilare lo stesso.

Ad integrazione dell'aggiornamento dei rischi per la redazione del PTPC 2015-2017 attraverso la compilazione del database in argomento, è stato, altresì, fornito dal RPC una "traccia" di relazione (vedi schema Allegato 6) da compilarli a cura dei Referenti del RPC, utile sia ai fini della stesura della relazione annuale del RPC, sia per l'aggiornamento del presente PTPC 2015-2017

L'analisi del rischio così condotta, consistente nella valutazione della probabilità che il rischio si realizzi e delle conseguenze che il rischio produce (probabilità e impatto), ha consentito di giungere alla determinazione del Livello di Rischio.

Il livello di rischio, determinato moltiplicando il valore medio della Probabilità per il valore medio dell'Impatto, è rappresentato da un valore numerico nella scala 1-25.

Considerando che, applicando la metodologia dell'Allegato 5 del PNA, il VALORE COMPLESSIVO DEL RISCHIO è la risultante del prodotto dei seguenti fattori:

VALORI E FREQUENZE DELLA PROBABILITÀ:

0 nessuna probabilità 1 improbabile 2 poco probabile 3 probabile 4 molto probabile 5 altamente probabile

VALORI E IMPORTANZA DELL'IMPATTO:

0 nessun impatto 1 marginale 2 minore 3 soglia 4 serio 5 superiore

si può considerare coerente la seguente ponderazione del VALORE COMPLESSIVO DEL RISCHIO (RANGE 1-25):

1-3 Rischio marginale (o nessun rischio)

4-8 Rischio accettabile

9-15 Rischio rilevante

16-25 Rischio critico.

La stima della probabilità ha tenuto conto, tra gli altri fattori, dei sistemi di controllo per la riduzione del rischio già vigenti nell'A.O. G. Salvini. Pertanto la stima della probabilità è stata effettuata non tanto con riferimento all'esistenza in astratto di un rischio o del possibile controllo, ma alla concreta efficacia dei controlli, per ogni singolo processo analizzato nell'A.O., in relazione al rischio considerato.

La mappatura di aggiornamento ha consentito di raccogliere n. 187 record aggiornati di mappatura, valutazione dei rischi, comprensivi dei record di inserimento di nuovi rischi rispetto all'anno precedente per la redazione del PTPC 2015-2017.

Attraverso lo strumento della compilazione del soprarichiamato database e la contestuale compilazione a cura dei Referenti del RPC di una relazione annuale, è stato realizzato il monitoraggio sull'attuazione nel 2014 delle misure di prevenzione del rischio previste nel PTPC 2014-2016.

I Referenti, in particolare delle aree composte da più USC hanno attuato attraverso il sistema "a cascata", previsto dal PTPC, il più ampio coinvolgimento possibile dei propri Dirigenti, sia per

l'aggiornamento del PTPC per il triennio 2015-2017 sia per dar conto dell'attuazione nel 2014 delle misure di prevenzione previste dal Piano 2014-2016.

2. LE MISURE DI PREVENZIONE DEL RISCHIO CORRUZIONE

Il PTPC rappresenta il documento fondamentale dell'Azienda per la definizione della strategia di prevenzione e, di conseguenza, il Piano è un documento di natura programmatica che ingloba tutte le misure di prevenzione obbligatorie per legge e quelle ulteriori, coordinando gli interventi.

2.1 MISURE OBBLIGATORIE DI PREVENZIONE

Gli strumenti di prevenzione della corruzione, obbligatori e previsti dalla normativa di riferimento di cui l'Azienda si avvale sono: adozione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione; adozione del Programma Triennale Trasparenza e Integrità e adempimenti di trasparenza; Codice di Comportamento aziendale; Codice Etico comportamentale; applicazione di criteri di selezione e rotazione del personale operante nelle aree ove è più alto il rischio che siano commessi reati di corruzione; obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse; disciplina specifica in materia di incarichi d'ufficio, attività ed incarichi extra-istituzionali, incompatibilità/incoferibilità; disciplina specifica in materia di formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione; disciplina specifica in materia di conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti all'assunzione presso l'Azienda; tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito; formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche attinenti alla prevenzione della corruzione; informazione e comunicazione, patti di integrità negli affidamenti.

Di seguito sono riportate le misure obbligatorie di prevenzione della corruzione applicate dall'Azienda.

2.1.1 TRASPARENZA

La legge n.190/2012 introduce nell'ordinamento nuove misure volte alla prevenzione e alla repressione della corruzione e dell'illegalità nella P.A. e individua proprio nella trasparenza uno strumento per conseguire detti obiettivi.

Gli adempimenti di trasparenza tengono conto delle prescrizioni contenute nel d.lgs. n. 33 del 2013, nella Legge n. 190/2012, nel PNA e nelle altre fonti normative vigenti.

Ai fini di dare attuazione al principio di trasparenza, intesa come "accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche", nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente in materia, l'Azienda provvede a redigere e applicare il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità. Il Programma definisce le misure, i modi e le iniziative per l'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, ivi comprese le misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi facenti capo ai dirigenti responsabili degli uffici dell'Azienda.

Le misure del Programma Triennale Trasparenza e Integrità sono coordinate con le misure e gli interventi previsti dal presente Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione, del quale il P.T.T.I. costituisce una sezione allegata.

Il pieno rispetto degli obblighi di trasparenza, oltre che costituire livello essenziale delle prestazioni erogate, rappresenta un valido strumento di diffusione e affermazione della cultura della legalità, nonché di prevenzione e di lotta a fenomeni corruttivi.

Attraverso la pubblicazione on line dei dati e delle informative previste dalla normativa vigente, l'Azienda offre inoltre a tutti i cittadini un'effettiva opportunità di partecipazione e coinvolgimento.

In quest'ottica, la disciplina della trasparenza costituisce una forma di garanzia del cittadino, in qualità sia di destinatario delle attività delle pubbliche amministrazioni, sia di utente dei servizi pubblici.

Il Responsabile della Trasparenza vigila sul rispetto e l'operatività del Programma Triennale per la Trasparenza, riconoscendo nella trasparenza dell'attività amministrativa, oltre che un valore etico, uno dei migliori strumenti preventivi della corruzione e dei comportamenti a rischio.

In particolare vigila affinché siano pubblicate, a cura dei Responsabili, le informazioni relative ai processi aziendali a maggior rischio.

In particolare, per quanto concerne la Trasparenza, nel corso del 2014, il rifacimento del layout strutturale della sezione "Amministrazione trasparente" è stato adeguato, sia in termini di palinsesto che di navigazione, a quello definito da Gazzetta Amministrativa, fruendo altresì del relativo server.

La sezione "Amministrazione trasparente", è stata realizzata seguendo le Linee guida per l'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità dell'ANAC, organizzata in sottosezioni, all'interno delle quali sono stati inseriti i documenti, le informazioni e i dati previsti dal D.Lgs. n. 33/2013.

Si rimanda alla parte quarta del presente P.T.P.C. per i contenuti specifici del Programma Triennale Trasparenza e Integrità (P.T.T.I.) dell'A.O. "G. Salvini", predisposto dal Responsabile della Trasparenza e allegato come parte integrante e sostanziale del presente piano (allegato 2).

2.1.2 CODICE DI COMPORTAMENTO-DIFFUSIONE DI BUONE PRATICHE E VALORI

Con Deliberazione n. 663/2013/DG del 16 dicembre 2013, al termine dell'iter procedimentale proposto dalle linee guida emanate dalla Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche (CIVIT) - ora ANAC - con Delibera n. 75/2013 e sulla scorta delle indicazioni contenute nel D.P.R. n. 62 del 16 aprile 2013, è stato adottato il Codice di Comportamento dei dipendenti dell'Azienda Ospedaliera G. Salvini a norma dell'art. 54, comma 5, del D.Lgs.vo n. 165 del 30/03/2001 e s.m.i.

Tale Codice, come richiesto dalla sopra citata normativa, è corredato da apposita Relazione Illustrativa redatta dal Responsabile dell'U.S.C. Amministrazione e Sviluppo del Personale.

Il Codice precisa l'ambito di applicazione all'interno dell'Azienda, prevedendone l'estensione anche a tutti i collaboratori o consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo, ai titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità politiche, nonché nei confronti dei collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'Azienda.

Nello specifico, è data particolare rilevanza:

- al rispetto della Costituzione;



- all'obbligo di conformare la propria condotta ai principi di buon andamento e di imparzialità dell'azione amministrativa;
- all'orientamento dell'azione amministrativa alla massima economicità, efficienza ed efficacia, nonché alla parità di trattamento degli utenti, senza alcun tipo di discriminazione;
- al rispetto delle misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione;
- ai doveri di riservatezza del pubblico dipendente nello svolgimento delle sue funzioni, disciplinando la delicata materia dei rapporti privati, ovvero nelle relazioni extralavorative, nonché dei rapporti con il pubblico;
- al ruolo del dirigente nell'adempimento delle proprie funzioni;
- al comportamento da tenere in occasione della conclusione di accordi o contratti per conto dell'Azienda.

Al Codice è stata data ampia diffusione anche tramite pubblicazione sul sito intranet aziendale e nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet istituzionale.

2.1.3 OBBLIGO DI ASTENSIONE IN CASO DI CONFLITTO DI INTERESSE

Il Codice di Comportamento aziendale contiene uno specifico articolo dedicato all' "Obbligo di astensione" - che può essere configurato come "conflitto di interessi" - nel quale viene esplicitato che il dipendente, laddove ritenga che le decisioni o le attività da intraprendere nell'adempimento delle proprie funzioni possano coinvolgere interessi propri, di parenti o affini o comunque di soggetti/organizzazioni/enti/associazioni/società con i quali abbia avuto qualsiasi tipo di rapporto, debba comunicare la propria astensione al proprio responsabile, il quale è deputato ad assumere la decisione in merito. Il Responsabile, destinatario della segnalazione, deve valutare espressamente la situazione sottoposta alla sua attenzione e deve rispondere per iscritto al dipendente medesimo, sollevandolo dall'incarico oppure motivando espressamente le ragioni che consentono comunque l'espletamento dell'attività da parte di quel dipendente.

Nel caso in cui sia necessario sollevare il dipendente dall'incarico, il Responsabile affiderà l'attività ad altro dipendente ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il Responsabile dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento.

Il Responsabile, a fronte di segnalazione di conflitti di interesse e di conseguente astensione del dipendente, vigila affinché non siano esercitate pressioni sull'operatore assegnato all'attività in sostituzione del dipendente che si astiene.

Qualora il conflitto riguardi il Responsabile, a valutare le iniziative da assumere sarà il Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

Tutta la documentazione relativa ai casi di astensione dovrà essere trasmessa, a cura del responsabile della Struttura e/o articolazione aziendale, all'U.S.C. Amministrazione e Sviluppo del Personale che provvederà all'archiviazione in un fascicolo generale apposito.

Nel corso del 2014 è stato richiesto a tutti i Referenti del RPC di segnalare eventuali violazioni dell'obbligo di astensione in caso di conflitti di interessi dei dipendenti nell'ambito delle proprie funzioni. Nessuno ha segnalato il verificarsi di tali fattispecie.

Anche per l'anno 2015 viene riproposta la misura di prevenzione della segnalazione in argomento come da modalità e tempistica riportate nella seguente tabella.

Tabella n. 1

Are a rischio	Processo	Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Indicatori	Tempistica	Risorse
Tutte	Tutti i processi aziendali	Gestione di conflitto di interessi	Direttori e Responsabili Strutture e articolazioni aziendali	Applicazione nei rispettivi ambiti delle misure di gestione e prevenzione del conflitto di interessi relativamente a tutto il proprio personale.	Relazione semestrale da parte dell'U.S.C. Amministrazione e Sviluppo del Personale, da inviare al RPC, con descrizione delle segnalazioni ricevute e delle misure adottate dai Responsabili	30.06.2015 e 15.12.2015	U.S.C. Amministrazione e Sviluppo del Personale

2.1.4 SVOLGIMENTO DI INCARICHI D'UFFICIO - ATTIVITÀ ED INCARICHI EXTRA-ISTITUZIONALI

Con deliberazione n. 541 del 18.06.2008 era stato approvato il "Regolamento per la disciplina delle incompatibilità, cumulo d'impieghi ed incarichi al personale dipendente dell'A.O. G. SALVINI" in conformità all'art. 53 del Decreto Legislativo n. 165/2001 nel testo allora vigente.

In relazione alla necessità di adeguare il suddetto Regolamento alle successive modifiche apportate al citato DLgs n. 165/2001 con particolare riferimento alle modifiche e integrazioni introdotte dalla Legge 190 del 6.11.2012, con deliberazione n. 71 del 20.02.2014 è stato approvato il "Nuovo regolamento aziendale in materia di incarichi extraistituzionali".

Tale nuovo regolamento è finalizzato a:

- indicare le fonti normative in materia di incarichi extraistituzionali definendone l'ambito di applicazione;
- individuare i casi di incompatibilità e di conflitto d'interessi;
- individuare gli incarichi esercitabili previo rilascio di autorizzazione;
- individuare gli incarichi esercitabili senza obbligo di autorizzazione ma soggetti ad obbligo di comunicazione preventiva;
- dettare i criteri e le procedure per le richieste e il rilascio delle autorizzazioni nonché per l'inoltro delle comunicazioni;
- elencare gli obblighi dei soggetti che conferiscono o autorizzano gli incarichi nonché dei dipendenti che intendono svolgere incarichi extraistituzionali;
- individuare le sanzioni previste per il caso di inosservanza degli obblighi di cui sopra.

2.1.5 INCOMPATIBILITA'/INCONFERIBILITA' INCARICHI DI STRUTTURA

A seguito delle nuove disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le Pubbliche Amministrazioni introdotte dalla Legge 190/2012, sulla base della quale è stato emanato in data 8 aprile 2013 il Decreto Legislativo n. 39, l'Azienda si è attivata per conformarsi ai relativi disposti. L'inconferibilità comporta la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi a coloro che abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del Codice Penale, nonché a coloro che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi, nonché a coloro che siano stati componenti di organi di indirizzo politico (art. 1, comma 2, lett. g). L'obbligo suddetto, previsto dall'art. 20, è condizione di efficacia per l'acquisizione dell'incarico.

L'incompatibilità, invece, comporta l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico (art. 1, comma 2, lett. h).

L'attuazione nell'A.O. delle misure di prevenzione previste dal PNA tiene conto dei disposti di cui alla delibera n. 58/2013 emanata dall'Autorità Nazionale Anticorruzione ad oggetto "Parere sull'interpretazione e sull'applicazione del D.Lgs. n. 39/2013 nel settore sanitario", pertanto l'applicabilità del citato decreto, in considerazione delle peculiarità proprie dell'Azienda, è stato circoscritto alle seguenti figure:

1. *DIRETTORI DIPARTIMENTO*
2. *DIRETTORI DI DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO*
3. *COORDINATORI*
4. *RESPONSABILI DI STRUTTURA COMPLESSA*
5. *RESPONSABILI DI STRUTTURA SEMPLICE DIPARTIMENTALE*
6. *DIRIGENZA PROFESSIONALE, TECNICA, AMMINISTRATIVA (PTA)*

Pertanto l'Azienda applica le seguenti misure di prevenzione:

1. acquisizione, per le figure sopra elencate, di apposite dichiarazioni - ex art. 20, comma 2, D.Lgs. n. 39/2013 - come segue:
 - a. dichiarazione sostitutiva per inconferibilità degli incarichi dirigenziali all'atto dell'assunzione/conferimento incarico;
 - b. dichiarazione sostitutiva per incompatibilità degli incarichi dirigenziali sia all'atto del conferimento dell'incarico dirigenziale che annualmente e su richiesta nel corso del rapporto di lavoro;
2. nell'ambito dell'avviso pubblico di indizione della selezione per il conferimento degli incarichi sopra elencati, viene data informativa al candidato che, all'atto dell'assunzione, non dovranno sussistere cause di inconferibilità/incompatibilità ai sensi del D.Lgs. n. 39/2013.

Tali dichiarazioni sono pubblicate nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet istituzionale dell'Azienda.

Tabella n. 2

Aree a rischio	Processo	Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Indicatori	Tempistica	Risorse
Tutte	Tutti i processi aziendali	Inconferibilità Incompatibilità	Responsabile U.S.C. Amministrazione e Sviluppo del Personale	Attuazione D.Lgs. 39/2013	Come sopra	Come sopra	U.S.C. Amministrazione e Sviluppo del Personale

Per l'anno 2015: verrà realizzata la modalità operativa attraverso la quale verranno effettuati i controlli delle dichiarazioni.

Per l'anno 2016 verrà predisposto un documento di sintesi che evidenzia i risultati dei controlli effettuati nel triennio (2014-2016).

2.1.6 ATTIVITÀ SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO (PANTOUFLAGE – REVOLVING DOORS)

La materia (ai sensi dell'art. 53, comma 16 ter, del D.Lgs. n. 165/2001) è trattata nel "Nuovo regolamento aziendale in materia di incarichi extraistituzionali" approvato con deliberazione n. 00071 del 20.02.2014, già citato in precedenza. Viene preclusa la possibilità, a carico dei dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali, di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente negli ultimi tre anni di servizio.

2.1.7 SELEZIONE E ROTAZIONE DEL PERSONALE ADDETTO ALLE AREE A RISCHIO DI CORRUZIONE

La misura di prevenzione obbligatoria prevista dalla L. 190/2012 e dal PNA consiste nella rotazione del personale dirigenziale e del personale con funzioni di responsabilità operante nelle aree a più elevato rischio di corruzione.

La rotazione dei dirigenti e del personale presenta non indifferenti profili di delicatezza e complessità, dal momento che si pone in contrasto con l'importante principio di continuità dell'azione amministrativa, che impone la valorizzazione della professionalità acquisita dai dipendenti in certi ambiti e settori di attività.

Inoltre la rotazione dei dirigenti è di fatto difficile, se non impossibile, per le figure infungibili e per quelle il cui spostamento provocherebbe problemi oggettivi di continuità e di buon funzionamento dei servizi.

Nell'applicazione concreta del principio di rotazione in funzione di prevenzione della corruzione l'A.O. Salvini si attiene ai seguenti criteri:

CRITERIO DI APPLICAZIONE: si persegue il giusto temperamento tra l'applicazione del principio di rotazione e l'esigenza di non disperdere le professionalità acquisite e consolidate in capo al personale, per evitare un inutile aggravio dei tempi procedurali, tenuto conto delle dimensioni aziendali e delle peculiarità delle attività erogate dall'Azienda.

AMBITO DI APPLICAZIONE: la rotazione si applica al personale dirigenziale ed al personale con funzioni di responsabilità (personale di comparto con posizione organizzativa o funzioni di coordinamento) operante nei processi aziendali caratterizzati da maggior rischio di corruzione.

MISURE DI ROTAZIONE DA ATTUARE

Nel corso dell'anno 2015 per l'attuazione del processo di rotazione del personale con funzioni di responsabilità (dirigenti, personale del comparto con posizione organizzativa o funzioni di coordinamento), l'Azienda prevede che vengano identificate - tra le attività già individuate come soggette a rischio di corruzione - quelle che per la loro peculiarità potrebbero prestarsi ad essere assegnate ad altro personale, previa adeguata formazione teorico-pratica. Nelle Aree più esposte a rischio corruzione, i Dirigenti Responsabili dovranno porre in essere azioni finalizzate alla rotazione dei procedimenti assegnati, compatibilmente con l'organizzazione del servizio e le competenze specifiche e/o professionali."

Quanto sopra ferme restando le disposizioni dell'art. 16, comma 1, lett. l quater, del d.lgs. n. 165/2001, nella parte in cui prevede che i dirigenti dispongono con provvedimento motivato la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.

2.1.8 FORMAZIONE DI COMMISSIONI, ASSEGNAZIONI AGLI UFFICI E CONFERIMENTO DI INCARICHI IN CASO DI CONDANNA PENALE PER DELITTI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

Ai fini dell'applicazione degli artt. 35 *bis* del d.lgs. n. 165 del 2001 e dell'art. 3 del d.lgs. n. 39 del 2013, le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del d.lgs. n. 165 del 2001 sono tenute a verificare la sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui intendono conferire incarichi.

A tal fine l'Azienda ha posto in essere nel corso del 2014 le seguenti misure, che verranno mantenute nel corso del triennio del presente Piano :

- a) verificare, a mezzo di dichiarazione sostitutiva di certificazione - nei termini e alle condizioni dell'art. 46 del d.P.R. n. 445 del 2000 (art. 20 d.lgs. n. 39 del 2013) - la sussistenza di eventuali precedenti penali:
 - a1. all'atto della formazione delle commissioni per l'acquisizione di beni e servizi o di commissioni di concorso (anche per il personale con compiti di segreteria);
 - a2. all'atto del conferimento di incarichi dirigenziali e di posizioni organizzative e di coordinamento ;

a3. all'atto di assegnazione di dirigenti e di titolari di posizione organizzativa agli uffici di cui all'art. 35 bis D.Lgs.vo 165/2001 (USC Economico Finanziaria, USC Acquisti, USC Amministrazione e Sviluppo del personale di cui in particolare l'uff. concorsi, USC Tecnico Patrimoniale, Coordinamento attività amministrative dei presidi), nonché al personale di cui sopra già assegnato;

b) inserire nei bandi per il conferimento di incarichi le condizioni ostantive al conferimento.

A far tempo dalla data di approvazione del P.T.P.C. 2015-2017 le misure di cui sopra verranno così integrate:

- dell'accertata assenza di precedenti penali a carico dei componenti delle commissioni per l'acquisizione di beni e servizi o di commissioni di concorso - anche per il personale con compiti di segreteria - (di cui al precedente punto a1.) dovrà essere fatta espressa menzione nel provvedimento di costituzione della commissione;
- la dichiarazione sostitutiva di certificazione di cui al precedente punto a3. dovrà essere richiesta, altresì, ai dirigenti e ai titolari di posizione organizzativa già assegnati o che lo saranno in futuro ai seguenti settori: Direzioni Mediche di Presidio, USC S.I.I., Uffici Economali.

Se, all'esito della verifica, risultano a carico del personale interessato dei precedenti penali per delitti contro la pubblica amministrazione, l'Azienda:

- si astiene dal conferire l'incarico o dall'effettuare l'assegnazione;
 - applica le misure previste dall'art. 3 del d.lgs. n. 39 del 2013;
- provvede a conferire l'incarico o a disporre l'assegnazione nei confronti di altro soggetto

2.1.9 TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO (WHISTLEBLOWING)

Per quanto riguarda il coinvolgimento dei dipendenti dell'Azienda, nel corso del 2014 sono state adottate misure atte a migliorare un comportamento organizzativo trasparente affinché siano in primo luogo i dipendenti ad assicurare la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico e per le segnalazioni di illecito (c.d. whistleblowing) disciplinate dall'art. 54 *bis* del D.Lgs. 165/2001, aggiunto dall'art. 1, c. 51 della Legge 190/2012.

Come previsto dalla L. 190/2012, c. 51 "Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti", l'Azienda ha reso disponibili strumenti che consentono la segnalazione di situazioni di illecito avendo cura di offrire opportune garanzie circa l'anonimato del segnalante.

Il *whistleblower* è chi testimonia un illecito o un'irregolarità sul luogo di lavoro, durante lo svolgimento delle proprie mansioni, e decide di segnalarlo a una persona o un'autorità che possa agire efficacemente al riguardo. Pur rischiando personalmente atti di ritorsione a causa della segnalazione, egli svolge un ruolo di interesse pubblico, dando conoscenza, se possibile tempestiva, di problemi o pericoli all'ente di appartenenza o alla comunità. Il *whistleblowing* consiste nelle attività di regolamentazione delle procedure volte a incentivare e proteggere tali segnalazioni.

E' stata adottata dall'Azienda Ospedaliera G. Salvini una procedura per la segnalazione degli illeciti ed irregolarità, avente lo scopo di definire il trattamento della denuncia da parte del "segnalante" individuando e rimuovendo i possibili fattori che potrebbero in un qualche modo impedire o rallentare il ricorso alla segnalazione. L'obiettivo perseguito è quello di fornire al segnalante indicazioni operative circa oggetto, contenuti, destinatari e modalità di trasmissione delle segnalazioni, nonché circa le forme di tutela offerte dal nostro ordinamento giuridico.

Non esiste una lista tassativa di reati o irregolarità che possono costituire l'oggetto del *whistleblowing*. Vengono considerate rilevanti le segnalazioni che riguardano comportamenti, rischi, reati o irregolarità a danno dell'interesse pubblico.

La segnalazione non può riguardare rimostranze di carattere personale del segnalante, o richieste che attengono alla disciplina del rapporto di lavoro o ai rapporti con il superiore gerarchico o i colleghi, per le quali occorre fare riferimento alle strutture o organismi interni all'Azienda Ospedaliera ad esse deputati (USC Amministrazione e Sviluppo del Personale; Ufficio dei Procedimenti Disciplinari; CUG).

La segnalazione è indirizzata al Responsabile aziendale della Prevenzione della Corruzione dell'A.O "G. Salvini" e trasmessa ad un indirizzo di posta elettronica appositamente dedicato, accessibile e gestito esclusivamente dal predetto Responsabile.

L'invio della segnalazione al Responsabile aziendale della Prevenzione della Corruzione non esonera il segnalante dall'obbligo di denunciare alla competente Autorità Giudiziaria i fatti penalmente rilevanti e le ipotesi di danno erariale.

L'Azienda ha messo a disposizione dei propri dipendenti e dei propri collaboratori un apposito modello il cui utilizzo rende più agevole l'attuazione della presente procedura.

Le segnalazioni sono considerate riservate e l'identità del segnalante è conosciuta solo da chi riceve la segnalazione.

La procedura prevede che la gestione e la verifica in ordine ai requisiti di procedibilità ed alla fondatezza delle circostanze rappresentate nella segnalazione sono affidate congiuntamente al Responsabile aziendale della Prevenzione della Corruzione ed al Presidente dell'Ufficio dei Procedimenti disciplinari; Tali soggetti promuovono ogni attività ritenuta opportuna, compresa l'audizione personale del segnalante e di eventuali altri soggetti che possono riferire sui fatti segnalati, nel rispetto dei principi di imparzialità e riservatezza. Nell'attività di gestione e verifica sopra citate, il Responsabile aziendale della Prevenzione della Corruzione ed il Presidente dell'Ufficio dei Procedimenti disciplinari potranno avvalersi della collaborazione delle strutture aziendali competenti e, all'occorrenza, degli organi/istituzioni di controllo esterni all'Azienda.

La procedura prevede che le segnalazioni anonime siano analizzate solamente se sufficientemente dettagliate e circostanziate.

Ad eccezione dei casi in cui sia configurabile una responsabilità a titolo di calunnia e di diffamazione ai sensi delle disposizioni del codice penale o dell'art. 2043 del codice civile e delle ipotesi in cui l'anonimato non è opponibile per legge, (come per es. indagini penali, tributarie o amministrative, ispezioni di organi di controllo) l'identità del segnalante viene comunque protetta in ogni contesto successivo alla segnalazione.

Sono fonte di responsabilità, in sede disciplinare e nelle altre competenti sedi, eventuali forme di abuso della procedura in argomento, quali le segnalazioni manifestamente opportunistiche e/o effettuate al solo scopo di danneggiare il denunciato o altri soggetti, e ogni altra ipotesi di utilizzo improprio o di intenzionale strumentalizzazione dell'istituto oggetto della presente procedura.

La procedura nel 2014 è stata sottoposta all'approvazione della Direzione strategica aziendale ed è stata pubblicata in intranet, assicurando informazione capillare a tutti i dipendenti sugli scopi e sul suo funzionamento, anche al fine di scoraggiare segnalazioni irrilevanti e non circostanziate, ovvero che non rientrino tra la casistica accettata (reati, atti, fatti o rischi a danno dell'interesse pubblico). La procedura continuerà ad essere applicata dall'Azienda nel triennio 2015-2016-2017.

2.1.10 FORMAZIONE (E COORDINAMENTO CON IL PIANO FORMAZIONE AZIENDALE)

Ai sensi dell'art.1, comma. 9, lett. b) della Legge 190/2012, il PTPC 2015-2017 continuerà, come già attuato negli anni precedenti a prevedere, percorsi di formazione idonei a prevenire il rischio di corruzione.

Nell'ambito del Piano di Formazione Aziendale (PFA), predisposto con cadenza annuale dall'Azienda Ospedaliera G. Salvini per soddisfare le esigenze formative e di aggiornamento professionale degli operatori, si provvede ad individuare una formazione specifica in materia di prevenzione della corruzione. La conoscenza dei disposti normativi, delle misure organizzative e dei sistemi di controllo interno di cui l'Azienda si è dotata rappresenta infatti lo strumento per sviluppare una cultura della legalità.

Il PFA prevede e garantisce una formazione di base a tutti gli operatori (anche attraverso la metodologia FAD - Formazione A Distanza on line) in materia di etica e cultura della legalità. A questa si aggiungono eventi specifici rivolti a particolari gruppi di operatori (dirigenti, specifiche figure professionali, ecc.) per affrontare in modo dettagliato i contenuti della normativa in rapporto all'applicazione della stessa ai processi aziendali.

Nel PFA 2015 i percorsi di formazione potranno essere programmati tenendo presente una strutturazione su diversi livelli:

- a) livello generale, rivolto a tutti i dipendenti, anche con modalità FAD: sulle tematiche dell'etica e della legalità che potranno coinvolgere tutti i dipendenti ed i collaboratori a vario titolo dell'amministrazione, riguardanti il contenuto del Codice di Comportamento e del Codice Disciplinare;
- b) livello specifico per figure professionali, rivolto al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, ai Referenti, al Responsabile della Trasparenza, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio: potrà essere prevista una formazione in tema di fattispecie di reato, strumenti utilizzati per la prevenzione (PTPC, Codice di Comportamento aziendale e tematiche settoriali), in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'amministrazione;

Tabella 3

Are a rischio	Processo	Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Indicatori	Tempistica	Risorse
Tutte	Tutti i processi aziendali	Formazione	Responsabile Ufficio Formazione	Elaborazione del Piano di Formazione Aziendale coerente con il P.T.P.C.	Approvazione del Piano di formazione aziendale contenente interventi formativi coerenti con il P.T.P.C.	15.03.2015	Ufficio Formazione
Tutte	Tutti i processi aziendali	Formazione	Responsabile Ufficio Formazione	Attuazione del Piano di Formazione Aziendale	Organizzazione eventi formativi con report annuale al responsabile della prevenzione corruzione	31.12 di ogni anno	Ufficio Formazione

2.1.11 INFORMAZIONE, COMUNICAZIONE, PARTECIPAZIONE (E COORDINAMENTO CON IL PIANO DI COMUNICAZIONE AZIENDALE)

a. Informazione e comunicazione

L'azienda informa, comunica e rende consapevoli gli stakeholder della strategia di prevenzione dei fenomeni corruttivi impostata e attuata mediante il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e le connesse misure attraverso la pubblicazione, nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito internet aziendale, dei dati e delle informazioni che manifestano in modo chiaro e accessibile la propria azione amministrativa.

b. Consultazione/ascolto

Le osservazioni che perverranno saranno considerate per una valutazione delle politiche impostate e per una eventuale rimodulazione delle stesse. Un ruolo chiave in questo contesto è svolto dall'URP che rappresenta per missione istituzionale la prima interfaccia con la cittadinanza.

L'URP raccoglie le esigenze degli *stakeholder* ed i *feedback* mediante segnalazioni o reclami che arrivano all'Azienda, anche attraverso la creazione di appositi canali di ascolto in chiave propositiva per veicolare le informazioni agli uffici competenti.

Attraverso il Piano di Comunicazione Aziendale, l'Azienda mette in atto ogni anno le proprie strategie di comunicazione per trasmettere alla collettività informazioni, messaggi e ogni elemento di interesse relativo ai servizi offerti dall'Azienda stessa e disponibili sul territorio di riferimento. Per quanto attiene all'ambito delle azioni avviate per la prevenzione della corruzione, l'Azienda include nel Piano di Comunicazione una sezione di informazione *ad hoc*, attraverso gli strumenti di comunicazione disponibili (comunicati stampa, box informativi, invii di comunicazioni mirate rispetto a specifici target, monitor informativi aziendali, articoli su inserti dedicati).

Tabella 4

Are a rischio	Processo	Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Indicatori	Tempistica	Risorse
Tutte	Tutti i processi aziendali	Piano di comunicazione	Responsabile Ufficio Marketing e Comunicazione	Elaborazione Piano di comunicazione Aziendale coerente con il P.T.P.C.	Approvazione del Piano di comunicazione aziendale contenente interventi di informazione sulle misure anticorruzione / trasparenza/ performance	30.04.2015 e 30 aprile 2016 e 2017	Ufficio Marketing e Comunicazione

2.1.12 PATTI DI INTEGRITÀ NEGLI AFFIDAMENTI

L'Azienda adotta ed applica in fase di esperimento delle procedure di gara e in fase di sottoscrizione ed esecuzione del contratto il Patto d'Integrità in materia di contratti pubblici regionali (approvato con DGR 30 gennaio 2014, n. 1299) il quale rappresenta, una misura preventiva nei confronti di eventuali tentativi di infiltrazione della criminalità e di pratiche corruttive e concussive nel settore dei contratti pubblici, nonché il Codice Etico comportamentale aziendale vigente. La dichiarazione di assunzione di impegno a rispettare tutte le disposizioni e principi ivi sanciti rappresenta presupposto necessario e condizionante la partecipazione dei concorrenti in tutte le procedure di acquisizione di beni e servizi. Detto obbligo all'osservanza di tutte le disposizioni contenute nei citati documenti trova espressione infatti sia all'interno del Disciplinare di gara sia all'interno del Capitolato Speciale, nella parte in cui sono riportate condizioni e contenuti delle future obbligazioni contrattuali.

Il sistema adottato e condiviso dagli operatori economici rappresenta un complesso di regole di comportamento finalizzate alla prevenzione del fenomeno corruttivo e volte a valorizzare comportamenti eticamente adeguati per tutti gli operatori concorrenti e contraenti.

Tabella 5

Are a rischio	Processo	Misura di prevenzione	Responsabili	Obiettivi	Indicatori	Tempistica	Risorse
B	processi aziendali afferenti l'area di rischio B	Patto d'Integrità in materia di contratti pubblici regionali Codice Etico aziendale	Responsabile U.S.C. Acquisti e U.S.C. Tecnico Patrimoniale	Applicazione della misura a tutti i procedimenti di competenza	Inserimento dell'impegno al rispetto delle disposizioni e dei principi sia in fase di gara (istanza di partecipazione) sia in fase di sottoscrizione ed esecuzione del contratto (clausola contrattuale)	Misura applicata dal 1.02.2014 Misura da applicarsi anche nel 2015-2016-2017	U.S.C. Acquisti e Tecnico Patrimoniale

2.2 MISURE ULTERIORI DI PREVENZIONE

L'Azienda Ospedaliera G. Salvini considera quali misure ulteriori e trasversali di prevenzione, finalizzate sia alla prevenzione della corruzione, sia al buon andamento dell'attività dell'amministrazione:

- l'articolato sistema dei controlli interni definito nel Piano di Organizzazione Aziendale, costituito da:
 - il Sistema Qualità: l'Azienda è certificata secondo la norma ISO, applica e monitora un efficace sistema di procedure interne per ogni ambito di attività;
 - il Controllo di Gestione: la funzione è costituita ed è disciplinata, in particolare, dalle "Linee Guida sul Controllo di Gestione delle Aziende Sanitarie della Regione Lombardia";
 - i processi di controllo interno, anche a supporto degli organismi istituzionali di controllo esterno (quali il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni e l'Organismo di Vigilanza ex Comitato di Valutazione per il Codice Etico-Comportamentale aziendale);
- l'insieme dei Regolamenti aziendali, che disciplinano tutti gli ambiti di attività dell'azienda;
- l'informatizzazione diffusa dei processi aziendali, che consente per tutte le attività dell'azienda la tracciabilità dello sviluppo del processo.

L'Azienda Ospedaliera G. Salvini, inoltre, ritiene opportuno adottare quali misure ulteriori ed aggiuntive di prevenzione del rischio, tenuto anche conto delle attività specifiche dell'ente e sulla base della propria esperienza:

- l'insieme delle ulteriori specifiche misure di prevenzione indicate nel prospetto allegato n. 1 al PTPC "Catalogo dei Rischi e relative misure di prevenzione" nell'ultima colonna.

L'attività di prevenzione e contrasto alla corruzione nell'Azienda "G. Salvini" viene realizzata ulteriormente attraverso i seguenti controlli:

- controlli interni posti in essere dalle articolazioni aziendali che realizzano le attività a rischio di corruzione anche in ragione dei collegamenti con l'OdV;
- controlli operati dal Collegio Sindacale quale organo aziendale nell'ambito della sfera di competenza

Una ulteriore misura di prevenzione della corruzione potrà essere rappresentata dalla realizzazione graduale di un percorso di costruzione della Rete di Internal Audit (IA), a decorrere dal 2015, nel rispetto degli adempimenti previsti dalla Delibera di Giunta Regionale di Regione Lombardia D.G.R. n. X/2989 del 23.12.2014 (c.d. Regole per l'anno 2015 per gli enti sanitari regionali). L'IA dovrà, altresì, garantire una copertura dei rischi adeguata in rapporto a organizzazione e attività dell'Ente ed operare su pianificazione almeno annuale.

3. COORDINAMENTO TRA P.T.P.C. E PIANO DELLA PERFORMANCE

Esiste uno stretto legame funzionale tra Piano della Performance e Piano Triennale Prevenzione Corruzione in base a quanto previsto dalla normativa vigente.

Il Piano delle Performance è un documento programmatico triennale in cui sono esplicitati gli obiettivi aziendali, gli indicatori e i valori attesi, riferiti ai diversi ambiti di intervento e alle articolazioni aziendali interessate; il Piano costituisce il riferimento per la definizione, l'attuazione e la misurazione degli obiettivi e per la rendicontazione dei risultati aziendali.

Allo stesso modo l'attuazione della disciplina della anticorruzione e della trasparenza è un'area strategica della programmazione aziendale, diretta all'individuazione delle misure di carattere generale che l'Azienda ha adottato o intende adottare per prevenire il rischio di corruzione, che richiede un concorso di azioni positive di tutto il personale sia per la realizzazione che per i controlli, con l'indicazione di obiettivi, indicatori, misure, responsabile, tempistica e risorse.

Impegno dell'Azienda Ospedaliera G. Salvini è di garantire un'integrazione di questi strumenti traducendo le misure di prevenzione contenute nel presente PTPC in veri e propri obiettivi da inserire nel Piano delle Performance.

Conseguentemente il Piano delle Performance sviluppa annualmente le schede di programmazione delle misure di prevenzione della corruzione incluse nel presente PTPC, declinandole in obiettivi di performance organizzativa e individuale, correlati anche al sistema di retribuzione di risultato e di produttività collettiva.

4. FLUSSI INFORMATIVI

I Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione devono relazionare il RPC circa l'aggiornamento, lo stato di attuazione e adeguatezza del Piano, e le relative attività di monitoraggio svolte.

Al RPC debbono essere indirizzati, con periodicità semestrale, i seguenti flussi informativi:

- stato di avanzamento delle misure di prevenzione previste nel PTPC (da parte di tutti i Referenti del RPC);
- esiti di verifiche del rispetto dei termini dei procedimenti (da parte di tutti i Referenti del RPC);
- esiti sull'effettiva applicazione della rotazione del personale che opera nelle aree a maggior rischio di corruzione, specificando numero del personale ed aree coinvolte (da parte del Responsabile dell'U.S.C. Amministrazione e Sviluppo del Personale);
- verifiche e controlli su cause di inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi (da parte del Responsabile dell'U.S.C. Amministrazione e Sviluppo del Personale);
- segnalazioni sullo svolgimento di incarichi extraistituzionali non autorizzati (da parte del Responsabile dell'U.S.C. Amministrazione e Sviluppo del Personale);
- relazione sullo stato di informatizzazione del flusso della pubblicazione dei dati e degli altri obblighi normativi in materia di trasparenza (da parte del Responsabile della Trasparenza);
- relazione sullo stato di attuazione del Piano di comunicazione aziendale contenente interventi di informazione sulle misure di anticorruzione/trasparenza (da parte del Responsabile dell'USC Marketing e Comunicazione);
- relazione sulla gestione del personale con riferimento al conflitto di interesse potenziale o effettivo nei rapporti con soggetti esterni che hanno relazioni con l'Azienda (da parte del Responsabile dell'U.S.C. Amministrazione e Sviluppo del Personale);

- informazioni su procedimenti disciplinari e segnalazione di violazioni del Codice di Comportamento (da parte Responsabile dell'U.S.C. Amministrazione e Sviluppo del Personale);
- relazione sull'effettuazione di un monitoraggio in ordine al Pantouflage (da parte del Responsabile dell'U.S.C. Amministrazione e Sviluppo del Personale);
- relazione sul rispetto della tempistica inerente le misure di formazione (da parte del Responsabile dell'Ufficio Formazione);
- segnalazione di indicatori di Rischio, quali gare deserte, assegnazioni a fornitore unico e/o in emergenza (da parte dei Responsabili dell'USC Acquisti/USC Tecnico Patrimoniale/USC S.I.I.);
- segnalazione in ordine ad eventuali casi di attivazione delle azioni di tutela previste in eventuali protocolli di legalità o patti di integrità inseriti nei contratti stipulati (da parte dei Responsabili dell'USC Acquisti/USC Tecnico Patrimoniale/USC S.I.I.);
- evidenze riportate nei verbali del NVP e da altri articolazioni organizzative aziendali di Controllo Interno (Controllo di gestione e Internal Auditing) riconducibili a fenomeni di rischio di corruzione (da parte dei rispettivi Responsabili della materia);
- segnalazioni indirizzate alla Direzione Strategica da parte dell'OdV, di accertamento di violazioni del Codice Etico Comportamentale che possano configurarsi come ipotesi di reato già consumato e non, che possono comportare l'insorgere di una responsabilità in capo all'Azienda (da parte del Responsabile dell'USC Affari Generali e Legali);

Al RPC debbono essere indirizzati, al verificarsi dell'evento, i seguenti flussi informativi:

- eventuali sostanziali modifiche delle aree di rischio che si dovessero riscontrare nel corso dell'anno (da parte di tutti i Referenti del RPC);
- segnalazioni indirizzate alla Direzione Strategica da parte di soggetti interni o esterni inerenti ipotesi di reato;

5. PUBBLICITÀ ED AGGIORNAMENTO DEL P.T.P.C.

Il Piano Triennale Prevenzione Corruzione viene aggiornato annualmente, con la stessa procedura seguita per l'adozione del vigente PTPC, tenendo conto dei seguenti fattori:

- normative sopravvenute che impongono ulteriori adempimenti;
- successive modifiche ed integrazioni di legge e dei conseguenti decreti attuativi;
- eventuali normative sopravvenute che modificano le finalità istituzionali dell'amministrazione;
- emersione di rischi non considerati in fase di predisposizione del PTPC;
- nuovi indirizzi o direttive contenuti nel Piano Nazionale Anticorruzione e provenienti dall'A.N.A.C..

L'aggiornamento del presente P.T.P.C. verrà adottato entro il 31 gennaio di ciascun anno, prendendo a riferimento il triennio successivo a scorrimento.

L'adozione del P.T.P.C. ed i suoi aggiornamenti sono adeguatamente pubblicizzati dall'Azienda sul sito internet ed intranet.

PARTE QUARTA - PROGRAMMA TRIENNALE TRASPARENZA ED INTEGRITA' – ANNI 2015-2017

Il Programma Triennale Trasparenza e Integrità (P.T.T.I.) dell'A.O. "G. Salvini", predisposto dal Responsabile della Trasparenza è allegato come parte integrante e sostanziale del presente P.T.P.C.– allegato 2.

ELENCO ALLEGATI

- Allegato 1. Catalogo dei Rischi – Processi a Rischio di Corruzione con Ponderazione e relative misure di prevenzione
- Allegato 2. Programma triennale trasparenza ed integrità dell'A.O. "G. Salvini" 2015-2017
- Allegato 3. L'analisi dei rischi di cui al primo P.T.P.C. 2013-2015
- Allegato 4. Manuale operativo per la compilazione del database per l'analisi dei rischi per il PTPC 2014-2016
- Allegato 5. Manuale operativo per la compilazione del database per l'aggiornamento del catalogo dei rischi - per il PTPC 2015-2017
- Allegato 6. Schema di relazione de Referente del RPC e aziendale per monitoraggio delle misure e degli adempimenti previsti dal PTPC 2014-2016
-

ALLEGATO N. 1 AL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA "G. SALVINI" - ANNI 2015-2016-2017
CATALOGO DEI RISCHI

ID Area Di Rischio	Area Di Rischio	ID Attività Di Rischio	Attività Di Rischio	Descrizione UOOU governo del rischio	Denominazione Rischio	Probabilità Rischio	Impatto Rischio	Valutazione Rischio	Misure di prevenzione
A	Area: acquisizione e progressione del personale	A1	1. Reclutamento	Amministrazione e Sviluppo del Personale	Rischio gestione procedure acquisizione personale con modalità non rispettose delle vigenti normative improntate al rispetto dei principi di imparzialità della P.A.	2 Poco Probabile	3 Soglia	6	Rotazione relativamente al personale dipendente e per quanto compatibile con la normativa consorsuale dei componenti delle commissioni e dei segretari
A	Area: acquisizione e progressione del personale	A2	2. Progressioni di carriera	Amministrazione e Sviluppo del Personale	Rischio gestione procedure con modalità non rispettose delle vigenti normative improntate al rispetto del principio di imparzialità della P.A.	2 Poco Probabile	2 Minore	4	Rotazione, relativamente per quanto compatibile con la normativa, dei componenti delle commissioni e dei segretari
A	Area: acquisizione e progressione del personale	A2	2. Progressioni di carriera	Amministrazione e Sviluppo del Personale	conferimento incarichi dirigenziali di alta specializzazione con modalità non improntate ai principi di imparzialità	3 Probabile	3 Soglia	9	Descrizione dettagliata da parte del proponente delle motivazioni che hanno portato alla formulazione della proposta di attribuzione dell'incarico

ALLEGATO N. 1 AL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA "G. SALVINI" - ANNI 2015-2016-2017
CATOLOGO DEI RISCHI

ID Area Di Rischio	Area Di Rischio	ID Attività Di Rischio	Attività Di Rischio	Descrizione UU00 governo del rischio	Denominazione Rischio	Probabilità Rischio	Impatto Rischio	Valutazione Rischio	Misure di prevenzione
A	Area: acquisizione e progressione del personale	A3	3. Conferimento di incarichi di collaborazione	Affari Generali e Legali	Rischio gestione procedure con modalità non rispettose delle vigenti normative improntate al rispetto del principio di imparzialità e trasparenza della P.A.	1 Improbabile	2 Minore	2	Applicazione del regolamento vigente con avviso pubblico e selezione
A	Area: acquisizione e progressione del personale	A4	4. Altre forme di reclutamento diverse dal lavoro dipendente (Tirocini, borse di studio, ecc.)	Amministrazione e Sviluppo del Personale	Rischio gestione procedure acquisizione personale con modalità non rispettose delle vigenti normative improntate al rispetto del principio di imparzialità della P.A.	2 Poco Probabile	2 Minore	4	Rotazione, per quanto compatibile con la normativa e con l'organizzazione, dei componenti delle commissioni, con ipotesi di adozione di regolamento per gestione uniforme delle procedure

ALLEGATO N. 1 AL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA "G. SALVINI" - ANNI 2015-2016-2017
CATOLOGO DEI RISCHI

ID Area Di Rischio	Area Di Rischio	ID Attività Di Rischio	Attività Di Rischio	Descrizione UJOO governo del rischio	Denominazione Rischio	Probabilità Rischio	Impatto Rischio	Valutazione Rischio	Misure di prevenzione
B	Area: affidamento di lavori, servizi e forniture	B1	1. Definizione dell'oggetto dell'affidamento	Acquisti / Tecnico Patrimoniale	Frazionabilità del valore del contratto a fini elusivi della normativa	2 Poco Probabile	4 Serio	8	Vigilanza sulla corretta individuazione della tipologia e caratteristiche del bene/servizio oggetto di acquisizione coinvolgendo una pluralità di livelli di responsabilità (Direttore di Dipartimento, di Struttura Complessa, Responsabile struttura tecnica)
B	Area: affidamento di lavori, servizi e forniture	B1	1. Definizione dell'oggetto dell'affidamento	Acquisti / Tecnico Patrimoniale	Descrizione dell'oggetto del contratto in modo tale da limitare, in maniera ingiustificata, la libera concorrenza	2 Poco Probabile	3 Soglia	6	vigilanza sulla corretta individuazione della tipologia e caratteristiche del bene/servizio oggetto di acquisizione coinvolgendo una pluralità di livelli di responsabilità (Direttore di Dipartimento, di Struttura Complessa, Responsabile struttura tecnica)

3

ALLEGATO N. 1 AL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA "G. SALVINI" - ANNI 2015-2016-2017
CATOLOGO DEI RISCHI

ID Area Di Rischio	Area Di Rischio	ID Attività Di Rischio	Attività Di Rischio	Descrizione UOOU governo del rischio	Denominazione Rischio	Probabilità Rischio	Impatto Rischio	Valutazione Rischio	Misure di prevenzione
B	Area: affidamento di lavori, servizi e forniture	B2	2. Individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento	Acquisti /Tecnico Patrimoniale	Arbitraria scelta dell'istituto da impiegare per la selezione del fornitore allo scopo di favorire un determinato operatore economico.	2 Poco Probabile	3 Soglia	6	Il rispetto delle disposizioni contenute nel Regolamento aziendale per gli acquisti
B	Area: affidamento di lavori, servizi e forniture	B3	3. Requisiti di qualificazione	Acquisti /Tecnico Patrimoniale	Rischio di individuare i requisiti di qualificazione in modo arbitrario allo scopo di favorire uno o più operatori determinati	1 Improbabile	4 Serio	4	vigilanza sulla corretta individuazione della ponderazione degli elementi e dei criteri di qualificazione
B	Area: affidamento di lavori, servizi e forniture	B4	4. Requisiti di aggiudicazione	Acquisti /Tecnico Patrimoniale	Rischio di determinare gli elementi di aggiudicazione (qualità/prezzo) e criteri, parametri e sottoparametri afferenti all'elemento qualitativo in modo arbitrario e deliberatamente orientato a favorire un determinato operatore economico	2 Poco Probabile	4 Serio	8	vigilanza sulla corretta individuazione della ponderazione degli elementi e dei criteri su più livelli di responsabilità

ALLEGATO N.1 AL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA "G. SALVINI" - ANNI 2015-2016-2017
CATALOGO DEI RISCHI

ID Area Di Rischio	Area Di Rischio	ID Attività Di Rischio	Attività Di Rischio	Descrizione UUOO governo del rischio	Denominazione Rischio	Probabilità Rischio	Impatto Rischio	Valutazione Rischio	Misure di prevenzione
B	Area: affidamento di lavori, servizi e forniture	B5	5. Valutazione delle offerte	Acquisti /Tecnico Patrimoniale	Deliberata distorsione della valutazione qualitativa delle caratteristiche del bene/servizio oggetto di valutazione al fine di favorire un determinato operatore economico	1 Improbabile	3 Soglia	3	acquisizione da parte dell'ufficio procedente di dichiarazione di terzi ed assenza di conflitto di interesse da parte di ciascun componente della Commissione
B	Area: affidamento di lavori, servizi e forniture	B6	6. Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte	Acquisti /Tecnico Patrimoniale	Aggiudicazione a componente di offerta anomala	1 improbabile	3 soglia	3	applicazione regolamento appalti
B	Area: affidamento di lavori, servizi e forniture	B7	7. Procedure negoziate	Acquisti /Tecnico Patrimoniale	Rischio di arbitrarietà nell'impiego dell'istituto allo scopo di favorire un determinato operatore economico	2 Poco Probabile	3 Soglia	6	Rispetto delle disposizioni contenute nel Regolamento aziendale per gli acquisti
B	Area: affidamento di lavori, servizi e forniture	B8	8. Affidamenti diretti	Acquisti /Tecnico Patrimoniale	Rischio di arbitrarietà nell'impiego dell'istituto a favore di un determinato operatore economico, in violazione delle disposizioni legislative e regolamentari	4 Molto Probabile	4 Serio	16	Vigilanza sul rispetto delle disposizioni di legge e del Regolamento aziendale per gli acquisti

3

ALLEGATO N. 1 AL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA "G. SALVINI" - ANNI 2015-2016-2017
CATOLOGO DEI RISCHI

ID Area Di Rischio	Area Di Rischio	ID Attività Di Rischio	Attività Di Rischio	Descrizione UOOU governo del rischio	Denominazione Rischio	Probabilità Rischio	Impatto Rischio	Valutazione Rischio	Misure di prevenzione
B	Area: affidamento di lavori, servizi e forniture	B9	9. Revoca del bando	Acquisiti /Tecnico Patrimoniale	Revoca del bando in assenza di elementi oggettivi posti a tutela dell'interesse pubblico al mero scopo di favorire uno o più soggetti determinati	1 Improbabile	1 Marginale	1	Osservanza dei principi del diritto amministrativo - Codice degli appalti - Codice etico regionale degli appalti
B	Area: affidamento di lavori, servizi e forniture	B10	10.Redazione del cronoprogramma	Acquisiti /Tecnico Patrimoniale	Determinare in modo arbitrario e non corretto i tempi di esecuzione del contratto allo scopo di limitare la concorrenza in fase di gara e rendere indispensabile l'introduzione di varianti a favore dell'aggiudicatario in fase di esecuzione del contratto	1 Improbabile	3 Soglia	3	ripartizione di compiti e responsabilità nell'esecuzione del contratto
B	Area: affidamento di lavori, servizi e forniture	B11	11.Varianti in corso di esecuzione del contratto	Acquisiti /Tecnico Patrimoniale	Impropria ed arbitraria valutazione del fabbisogno allo scopo di conferire vantaggi economici all'aggiudicatario.	1 Improbabile	3 Soglia	3	Le proposte di varianti avanzate dal DEC vengono vagliate dal RUP.

3

ALLEGATO N. 1 AL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA "G. SALVINI" - ANNI 2015-2016-2017
CATOLOGO DEI RISCHI

ID Area Di Rischio	Area Di Rischio	ID Attività Di Rischio	Attività Di Rischio	Descrizione UUOO governo del rischio	Denominazione Rischio	Probabilità Rischio	Impatto Rischio	Valutazione Rischio	Misure di prevenzione
B	Area: affidamento di lavori, servizi e forniture	B12	12.Subappalto	Acquisti /Tecnico Patrimoniale	Rischio di attenuazione dei controlli in ordine al possesso dei requisiti generali di cui all'art. 38, D.Lgs. n. 163/2013, al fine di favorire infiltrazioni malavite/mafiose all'interno degli appalti pubblici	2 Poco Probabile	5 Superiore	10	Le UU.OO. Competenti all'esperimento delle procedure di gara effettuano ordinariamente il controllo sul possesso dei requisiti del subappaltatore. controllo a campione di altra struttura aziendale
B	Area: affidamento di lavori, servizi e forniture	B13	13.Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto	Acquisti /Tecnico Patrimoniale	Rischio di approvare soluzioni svantaggiose per la P.A., in assenza di adeguati presupposti	1 Improbabile	4 Serio	4	Attività di vigilanza interna, acquisizione di parere legale, acquisizione di parere da parte del Collegio sindacale
B	Area: affidamento di lavori, servizi e forniture	B14	14. Convenzioni passive per acquisto di attività o servizi sanitari da terzi	Acquisti /Coordinamento attività amministrative di presidio	Arbitraria soggettività nella scelta del soggetto erogatore della prestazione sanitaria legata a storicità, abitudine e pregresse relazioni personali	3 Probabile	2 Minore	6	Monitoraggio periodico della tipologia e quantità di prestazioni sanitarie acquisite da soggetto terzo e verifica dei criteri di selezione
C	Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	C1	1. Altre Attività di Rischio	USC sanitarie/servizi	Abuso nell'agevolare pazienti in lista d'attesa per intervento	3 Probabile	2 Minore	6	Monitoraggio dei tempi di attesa e valutazione a campione dei casi

ALLEGATO N. 1 AL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA "G. SALVINI" - ANNI 2015-2016-2017
CATOLOGO DEI RISCHI

ID Area Di Rischio	Area Di Rischio	ID Attività Di Rischio	Attività Di Rischio	Descrizione UJOO governo del rischio	Denominazione Rischio	Probabilità Rischio	Impatto Rischio	Valutazione Rischio	Misure di prevenzione
C	Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	C1	1. Altre Attività di Rischio	USC sanitaria/servizi	Utilizzo improprio di liste d'attesa al fine di agevolare particolari soggetti (registro interno attività in regime di MAC e accessi visite SSN tramite accesso UOOML/CUP)	2 Poco Probabile	1 Marginale	2	Affidamento della gestione del registro prenotazioni prestazioni ad almeno due dipendenti abbinati (medici, infermieri, amministrativo) nel rispetto delle già vigenti regole aziendali
C	Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	C1	1. Altre Attività di Rischio	Amministrazione e Sviluppo del Personale	Rischio connivenza con ooss nel regolamentare le progressioni orizzontali/verticali e nel definire le tipologie di incarico e relativa graduazione	2 Poco Probabile	1 Marginale	2	Verifica coerenza progressioni tipologie di incarico/graduazioni con le reali necessità previste dai documenti di organizzazione Aziendale
D	Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	D1	1. Altre Attività di Rischio	Amministrazione e Sviluppo del Personale	Rischi connivenza con OO.SS. nel regolamentare le progressioni verticali/orizzontali o, nel definire le tipologie di incarico e la loro graduazione	2 Poco Probabile	1 Marginale	2	Verifica coerenza progressioni e incarichi/graduazioni con le reali necessità previste dai documenti di organizzazione Aziendale

ALLEGATO N. 1 AL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA "G. SALVINI" - ANNI 2015-2016-2017
CATALOGO DEI RISCHI

ID Area Di Rischio	Area Di Rischio	ID Attività Di Rischio	Attività Di Rischio	Descrizione UU00 governo del rischio	Denominazione Rischio	Probabilità Rischio	Impatto Rischio	Valutazione Rischio	Misure di prevenzione
E	Area: erogazione e prestazioni sanitarie	E1	1. Rapporto con gli informatori scientifici del farmaco	USC sanitarie/servizi	impostazione rapporto medico/informatore scientifico del farmaco che possa influenzare la prescrizione	2 Poco Probabile	3 Soglia	6	Attenersi al codice etico comportamentale. Compilazione esaustiva delle richieste motivate inviate in USC Farmacia. Segnalazione partecipazione e ruolo relativamente ad eventi formativi finanziati dall'industria farmaceutica e di area biomedica. Preferire la prescrizione di farmaci non coperti da brevetto. Aggiornamento continuo del Prontuario terapeutico ospedaliero
E	Area: erogazione e prestazioni sanitarie	E2	2. Sperimentazioni cliniche	Ufficio sperimentazioni cliniche/ comitato etico	Mancato rispetto dei protocolli sperimentali. Erogazione di attività sanitarie non coerenti con i bisogni dei pazienti.	1 Improbabile	2 Minore	2	Verifica della aderenza degli atti sanitari espletati nell'ambito della sperimentazione al protocollo sperimentale stesso.

3

ALLEGATO N. 1 AL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA "G. SALVINI" - ANNI 2015-2016-2017
CATOLOGO DEI RISCHI

ID Area Di Rischio	Area Di Rischio	ID Attività Di Rischio	Attività Di Rischio	Descrizione UJOO governo del rischio	Denominazione Rischio	Probabilità Rischio	Impatto Rischio	Valutazione Rischio	Misure di prevenzione
E	Area: erogazione e prestazioni sanitarie	E2	2. Sperimentazioni cliniche	Ufficio sperimentazioni cliniche/ comitato etico	Inserimento dei Centri Sperimentali in sperimentazioni cliniche retribuite per ottenere prescrizione del farmaco in studio	2 Poco Probabile	3 Soglia	6	In occasione di sperimentazioni cliniche di fase IV, ove vi sia il sospetto che le stesse siano mirate alla prescrizione, confronto dei volumi prescrittivi del farmaco in studio da parte dell'U.O. rispetto allo storico
E	Area: erogazione e prestazioni sanitarie	E2	2. Sperimentazioni cliniche	Ufficio sperimentazioni cliniche /comitato etico	Inserimento in sperimentazioni cliniche retribuite per ottenere prescrizione di altri farmaci prodotti dall'Azienda Sponsor	1 Improbabile	2 Minore	2	Monitoraggio del consumo di reparto e delle prescrizioni su ricettario SSN di farmaci prodotti o distribuiti dall'Azienda sponsor di sperimentazioni in atto presso l'U.O.
E	Area: erogazione e prestazioni sanitarie	E2	2. Sperimentazioni cliniche	Ufficio sperimentazioni cliniche/ comitato etico	Inizio di sperimentazione senza validazione del Comitato Etico	1 Improbabile	3 Soglia	3	Obbligo di invio all'Ufficio Affari Scientifici e Sperimentazioni copia della CRF del primo paziente recante la data di arruolamento.

3

ALLEGATO N. 1 AL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA "G. SALVINI" - ANNI 2015-2016-2017
CATALOGO DEI RISCHI

ID Area Di Rischio	Area Di Rischio	ID Attività Di Rischio	Attività Di Rischio	Descrizione UJOO governo del rischio	Denominazione Rischio	Probabilità Rischio	Impatto Rischio	Valutazione Rischio	Misure di prevenzione
E	Area: erogazione e prestazioni sanitarie	E2	2. Sperimentazioni cliniche	Ufficio sperimentazioni cliniche/ comitato etico	Utilizzo improprio del farmaco sperimentale con somministrazione a pazienti non arruolati nello studio	2 Poco Probabile	2 Minore	4	Invio alla Farmacia della contabilità del farmaco sperimentale (quantità di farmaco sperimentale consegnato dalla Azienda sponsor al Centro, quantità di farmaco sperimentale consegnato ai pazienti arruolati, quantità di farmaco sperimentale reso alla Azienda Sponsor)
E	Area: erogazione e prestazioni sanitarie	E3	3. Libera professione (dalla prenotazione al pagamento del compenso)	Amministrazione e Sviluppo del Personale /Coordinamento attività amministrative di presidio	pagamento diretto del professionista da parte dell'utente (prestazione non fatturata)	3 Probabile	4 Seno	12	controlli random durante lo svolgimento della libera professione negli orari dichiarati dal professionista di chi si trova presente in attesa della prestazione e se dotato di regolare ricevuta di pagamento. Monitoraggio attività extramoenia. Controllo n. prestazioni

3

ALLEGATO N. 1 AL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA "G. SALVINI" - ANNI 2015-2016-2017
CATOLOGO DEI RISCHI

ID Area Di Rischio	Area Di Rischio	ID Attività Di Rischio	Attività Di Rischio	Descrizione UOUO governo del rischio	Denominazione Rischio	Probabilità Rischio	Impatto Rischio	Valutazione Rischio	Misure di prevenzione
E	Area: erogazione e prestazioni sanitarie	E3	3. Libera professione (dalla prenotazione al pagamento del compenso)	Amministrazione e Sviluppo del Personale /Coordinamento attività amministrative di presidio	esecuzione della libera professione al di fuori degli orari concordati con l'Azienda (ad esempio anticipata telefonicamente la prestazione ed inserita durante lo svolgimento della quotidiana attività lavorativa)	3 Probabile	3 Soglia	9	attività random di controllo (anche con telefonate di verifica degli orari di effettiva esecuzione della prestazione a chi ha usufruito della stessa) avviso via mail a tutti i dipendenti del divieto di spostare orari e date delle prestazioni in libera professione se non preceduti da ufficiale e motivata richiesta al direttore della unità operativa e all'amministrazione
E	Area: erogazione e prestazioni sanitarie	E3	3. Libera professione (dalla prenotazione al pagamento del compenso)	Amministrazione e Sviluppo del Personale /Coordinamento attività amministrative di presidio	Disponibilità, dietro compenso, a favorire l'accesso dell'utenza alla libera professione in genere - a danno dell'attività istituzionale - con illecito beneficio per uno o più Dirigenti Medici	3 Probabile	1 Marginale	3	Controlli sugli accessi in LP vs attività istituzionale, a livello di CDR, di prestazioni e di singolo professionista

ALLEGATO N. 1 AL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA "G. SALVINI" - ANNI 2015-2016-2017
CATOLOGO DEI RISCHI

ID Area Di Rischio	Area Di Rischio	ID Attività Di Rischio	Attività Di Rischio	Descrizione UOOU governo del rischio	Denominazione Rischio	Probabilità Rischio	Impatto Rischio	Valutazione Rischio	Misure di prevenzione
E	Area: erogazione e prestazioni sanitarie	E3	3. Libera professione (dalla prenotazione al pagamento del compenso)	Amministrazione e Sviluppo del Personale /Coordinamento attività amministrative di presidio	Utilizzo della visita libero professionale quale modalità di corruzione del Dirigente Medico al fine di ottenere facilitazioni nell'accesso a prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche	3 Probabile	4 Serio	12	Controllo dei tempi di ottenimento di prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche successive a visite libero professionali, mediante raffronto con i tempi di attesa istituzionali delle stesse prestazioni e visite in regime LP solo dopo pagamento in cassa, non prescrizione di esami diagnostici con ricettario rosso in regime di libera professione. Controlli sull'attività extramoenia con introduzione di metodologie di pagamento tracciabili (Pos) ?
E	Area: erogazione e prestazioni sanitarie	E3	3. Libera professione (dalla prenotazione al pagamento del compenso)	Amministrazione e Sviluppo del Personale /Coordinamento attività amministrative di presidio	incasso improprio del pagamento, prenotazione preferenziali accertamenti/prestazioni	2 Poco Probabile	2 Minore	4	Accesso alla Libera professione soltanto ad avvenuta saturazione dei posti istituzionali. Effettuazione della prestazione solo dopo passaggio in Cassa.
E	Area: erogazione e prestazioni sanitarie	E3	3. Libera professione (dalla prenotazione al pagamento del compenso)	Amministrazione e Sviluppo del Personale /Coordinamento attività amministrative di presidio	induzione alla Libera professione e/o appropriazione indebita del compenso	2 Poco Probabile	2 Minore	4	

3

ALLEGATO N. 1 AL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA "G. SALVINI" - ANNI 2015-2016-2017
CATOLOGO DEI RISCHI

ID Area Di Rischio	Area Di Rischio	ID Attività Di Rischio	Attività Di Rischio	Descrizione UIUO governo del rischio	Denominazione Rischio	Probabilità Rischio	Impatto Rischio	Valutazione Rischio	Misure di prevenzione
E	Area: erogazione e prestazioni sanitarie	E4	4. Gestione Reclami ed encomi	Marketing Comunicazione URP	Rischio legato alla richiesta esplicita da parte del medico di produrre un encomio da parte del paziente, senza che questa azione avvenga spontaneamente da parte dell'utente, con effetti premianti sul sistema di valutazione	2 Poco Probabile	2 Minore	4	Verifiche a campione - Procedura - maggiore vigilanza da parte dei Direttori di U.O. e dei coordinatori - Valutazione da parte di una commissione in ambito dipartimentale

M

ALLEGATO N. 1 AL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA "G. SALVINI" - ANNI 2015-2016-2017
CATOLOGO DEI RISCHI

ID Area Di Rischio	Area Di Rischio	ID Attività Di Rischio	Attività Di Rischio	Descrizione UU00 governo del rischio	Denominazione Rischio	Probabilità Rischio	Impatto Rischio	Valutazione Rischio	Misure di prevenzione
E	Area: erogazione e prestazioni sanitarie	E4	4. Gestione Reclami ed encomi	Marketing Comunicazione URP	Mancata presa in gestione dei reclami	2 Poco Probabile	2 Minore	4	Procedura adottata La DMP riceve le segnalazioni da URP e a tale ufficio riferisce sull'attività svolta. - La DMP è certificata ISO e da tempo è presente una procedura che regolamenta i processi di gestione reclami. Intercambiabilità operatori USC Marketing e Comunicazione nell'attività gestione reclami - Valutazione da parte di una commissione in ambito dipartimentale Controllo del numero e della distribuzione degli encomi al personale.

ALLEGATO N. 1 AL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA "G. SALVINI" - ANNI 2015-2016-2017
CATOLOGO DEI RISCHI

ID Area Di Rischio	Area Di Rischio	ID Attività Di Rischio	Attività Di Rischio	Descrizione UU00 governo del rischio	Denominazione Rischio	Probabilità Rischio	Impatto Rischio	Valutazione Rischio	Misure di prevenzione
E	Area: erogazione e prestazioni sanitarie	E5	5. Richiesta prestazione sanitarie	USC sanitarie/servizi	richiesta di prestazioni sanitarie senza precisa indicazione o per favorire soggetti vari eludendo le liste di attesa	1 Improbabile	1 Marginale	1	Sorveglianza da parte del Direttore di Struttura Complessa sull'operato dei Dirigenti Medici . Verifica amministrativa e dei Direttori di Dipartimento su eventuali eccessi di prestazione rispetto a dati storici e di riferimento ASL e/o Regione. Applicazione protocollo triage aziendale. Protocollo accesso prestazioni ambulatoriali. procedura gestione ricoveri

3

ALLEGATO N. 1 AL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA "G. SALVINI" - ANNI 2015-2016-2017
CATOLOGO DEI RISCHI

ID Area Di Rischio	Area Di Rischio	ID Attività Di Rischio	Attività Di Rischio	Descrizione UUOO governo del rischio	Denominazione Rischio	Probabilità Rischio	Impatto Rischio	Valutazione Rischio	Misure di prevenzione
E	Area: erogazione e prestazioni sanitarie	E6	6. Verifica disponibilità/ammissibilità della prestazione richiesta e prenotazione	USC sanitarie/servizi	richiesta di prenotazione di prestazioni sanitarie senza precisa indicazione o per favorire soggetti vari eludendo le liste di attesa	1 Improbabile	1 Marginale	1	Sorveglianza da parte del Direttore di Struttura Complessa sull'operato dei Dirigenti Medici . Verifica amministrativa e dei Direttori di Dipartimento su eventuali eccessi di prestazioni rispetto a dati storici e di riferimento ASL ex Regione Applicazione protocollo triage aziendale. Protocollo accesso prestazioni ambulatoriali. procedura gestione ricoveri. Rispetto rigoroso dei regolamenti aziendali e delle regole regionali in materia di liste di attesa - Tracciatura a livello informatico di tutte le fasi di valutazione clinica - Vigilanza e segnalazioni da parte delle Direzioni Mediche di Presidio
E	Area: erogazione e prestazioni sanitarie	E7	7. Accettazione	Coordinamento delle Attività Amministrative dei Presidi	Alterazione delle liste di attesa o delle informazioni cliniche del paziente al fine di favorire parenti o conoscenti nell'ammissione ai trattamenti sanitari	3 Probabile	3 Soglia	9	

ALLEGATO N. 1 AL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA "G. SALVINI" - ANNI 2015-2016-2017
CATOLOGO DEI RISCHI

ID Area Di Rischio	Area Di Rischio	ID Attività Di Rischio	Attività Di Rischio	Descrizione UU00 governo del rischio	Denominazione Rischio	Probabilità Rischio	Impatto Rischio	Valutazione Rischio	Misure di prevenzione
E	Area: erogazione e prestazioni sanitarie	E7	7. Accettazione	Coordinamento delle Attività Amministrative dei Presidi	Impropria accettazione delle prestazioni al front-office del reparto/servizio con la finalità di favorire parenti o conoscenti	3 Probabile	1 Marginale	3	Rispetto rigoroso delle procedure aziendali e regionali di prescrizione e di accettazione - Tracciatura a livello informatico delle fasi di accettazione - Vigilanza e segnalazioni da parte dei Responsabili del CDR
E	Area: erogazione e prestazioni sanitarie	E7	7. Accettazione	Pronto Soccorso ed Accettazione	utilizzo del pronto soccorso per eludere le liste d'attesa	1 Improbabile	1 Marginale	1	vigilanza del dirigente responsabile del servizio vigilanza
E	Area: erogazione e prestazioni sanitarie	E8	8. Incasso Ticket (Riconoscimento indebito esenzione. Maneggio denaro)	Coordinamento delle Attività Amministrative dei Presidi	Riconoscimento indebito di esenzione con l'obiettivo di favorire un particolare utente in deroga alla normativa	2 Poco Probabile	2 Minore	4	sull'applicazione delle disposizioni di legge e dei regolamenti aziendali in materia di accettazione- Utilizzo della procedura informatica per accettazione pazienti - Apertura di almeno uno sportello di front-office amministrativo negli orari di apertura degli ambulatori - Controlli a campione su pazienti e sulle relative esenzioni assestate dall'ASL

M

ALLEGATO N. 1 AL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA "G. SALVINI" - ANNI 2015-2016-2017
CATOLOGO DEI RISCHI

ID Area Di Rischio	Area Di Rischio	ID Attività Di Rischio	Attività Di Rischio	Descrizione UOOU governo del rischio	Denominazione Rischio	Probabilità Rischio	Impatto Rischio	Valutazione Rischio	Misure di prevenzione
E	Area: erogazione e prestazioni sanitarie	E8	8. Incasso Ticket (Riconoscimento indebito esenzione. Maneggio denaro)	Coordinamento delle Attività Amministrative dei Presidi	Inserimento codice colore alla dimissione o diagnosi di dimissione che esenti il paziente dal pagamento del ticket	2 Poco Probabile	4 Serto	8	Controllo congruenza diagnosi di dimissione e codice colore - Controllo congruenza motivo di accesso al Triage e diagnosi di dimissione.
E	Area: erogazione e prestazioni sanitarie	E8	8. Incasso Ticket (Riconoscimento indebito esenzione. Maneggio denaro)	Coordinamento delle Attività Amministrative dei Presidi	abuso nella gestione degli incassi (tipo falsi rimborsi o falsi ammanchi di cassa)	2 Poco Probabile	1 Marginale	2	Lo strumento informatico deve tracciare compiutamente ogni operazione di incasso o rimborso, segnalando eventuali anomalie in opportuni report. Formalizzare e comunicare a tutti gli operatori le procedure di incasso e di rimborso.
E	Area: erogazione e prestazioni sanitarie	E9	9. Erogazione prestazione	USC sanitarie/servizi	Mancato rispetto delle priorità sanitarie nell'erogazione delle prestazioni ai singoli pazienti	4 Molto Probabile	1 Marginale	4	Adozione di procedure e adozione di PDTA
E	Area: erogazione e prestazioni sanitarie	E9	9. Erogazione prestazione	USC sanitarie/servizi	Congruenza tra richiesta ed esame eseguito	3 Probabile	1 Marginale	3	Verifica periodica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate

ALLEGATO N. 1 AL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA "G. SALVINI" - ANNI 2015-2016-2017
CATOLOGO DEI RISCHI

ID Area Di Rischio	Area Di Rischio	ID Attività Di Rischio	Attività Di Rischio	Descrizione UJUDO governo del rischio	Denominazione Rischio	Probabilità Rischio	Impatto Rischio	Valutazione Rischio	Misure di prevenzione
E	Area: erogazione e prestazioni sanitarie	E9	9. Erogazione prestazione	USC UOMML Medicina del Lavoro	Rilascio indebito di certificazioni di carattere medicolegale (es. Certificati di idoneità alla mansione ai sensi del D. Lgs. 81/2008, primo certificato di malattia professionale INAIL e referto ASL)	1 Improbabile	1 Marginale	1	Applicazione di protocolli clinico-diagnostici, adempimenti alla normativa vigente D. Lgs. 81/2008, decreti INAIL)
E	Area: erogazione e prestazioni sanitarie	E10	10. Registrazione	USC sanitarie/servizi	mancata registrazione della prestazione erogata	2 Poco Probabile	3 Soglia	6	monitoraggio frequente su concidenza tra liste di prenotazione e visite effettivamente eseguite. esiste regolamento per rilascio. le DMP sono certificate ISO e l'attività è regolamentata da apposita procedura. Applicazione dei regolamenti e adempimento ai riferimenti normativi vigenti (D.Lgs. 81/2008). Controllo degli errori nella distribuzione dei referenti e nella stampa CD paziente
E	Area: erogazione e prestazioni sanitarie	E11	11. Altre Attività di Rischio	USC sanitarie/servizi	rilascio documentazione sanitaria a non avente diritto	1 Improbabile	1 Marginale	1	

ALLEGATO N. 1 AL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA "G. SALVINI" - ANNI 2015-2016-2017
CATOLOGO DEI RISCHI

ID Area Di Rischio	Area Di Rischio	ID Attività Di Rischio	Attività Di Rischio	Descrizione UUOO governo del rischio	Denominazione Rischio	Probabilità Rischio	Impatto Rischio	Valutazione Rischio	Misure di prevenzione
F	Area: ciclo Attivo/Passivo	F2	2. Fatturazione Attiva	Unità Operativa Ospedaliera di Medicina del Lavoro (U.O.O.M.L.)	Indebita emissione di fatture per prestazioni erogate in regime di convenzione.	1 Improbabile	1 Marginale	1	Applicazione del tariffario sanitario regionale e tariffario UOOML vigente; adibire almeno due operatori dell'UO (amministrativo, medico) Fatturare sempre e solo mediante procedure informatiche Fatturare sempre e solo nell'ambito di contratti formalizzati sulla base di tariffe definite preventivamente Controlli interni all'USC da parte di personale assegnato alla stessa USC che non svolge le funzioni a rischio
F	Area: ciclo Attivo/Passivo	F2	2. Fatturazione Attiva	Coordinamento delle Attività Amministrative dei Presidi	emissione fatture erronee a proprio od altrui vantaggio	1 Improbabile	3 Soglia	3	Fatturare sempre e solo nell'ambito di contratti formalizzati sulla base di tariffe definite preventivamente Controlli interni all'USC da parte di personale assegnato alla stessa USC che non svolge le funzioni a rischio
F	Area: ciclo Attivo/Passivo	F3	3. Fatturazione Passiva	Unità Economica Finanziaria	Registrazione debito verso i fornitori corrispondente all'importo della fattura registrata.	1 Improbabile	1 Marginale	1	Verifica puntuale del corredo contabile con controlli a campione. Controlli sulle fatture
F	Area: ciclo Attivo/Passivo	F3	3. Fatturazione Passiva	Tecnico Patrimoniale / Ingegneria Clinica /Logistica e Gestione dei Servizi Economici ed Alberghieri / USC esecutori dei contratti	Liquidazione della fattura a fronte della mancata erogazione della fornitura/servizio	2 Poco Probabile	3 Soglia	6	

ALLEGATO N. 1 AL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA "G. SALVINI" - ANNI 2015-2016-2017
CATALOGO DEI RISCHI

ID Area Di Rischio	Area Di Rischio	ID Attività Di Rischio	Attività Di Rischio	Descrizione UJOO governo del rischio	Denominazione Rischio	Probabilità Rischio	Impatto Rischio	Valutazione Rischio	Misure di prevenzione
F	Area: ciclo Attivo/Passivo	F4	4. Gestione del Patrimonio Immobiliare	Logistica e Gestione dei Servizi Economici ed Alberghieri	Gestione inventario beni mobili patrimoniali	1 Improbabile	1 Marginale	1	Attività vincolata da Regolamento Aziendale (Delibera N. 352 del 05.06.2012)
F	Area: ciclo Attivo/Passivo	F4	4. Gestione del Patrimonio Immobiliare	Tecnico-Patrimoniale	valorizzazione / alienazione non coerente con l'andamento del mercato immobiliare; Gestione indebita del fondo UOOML relativo ai proventi della attività formativa erogata dal personale uo ai fini di aggiornamento degli operatori stessi, acquisto materiale formativo...ecc.	1 Improbabile	4 Serio	4	corretta applicazione della legislazione vigente
F	Area: ciclo Attivo/Passivo	F5	5. Gestione Finanziamenti Pubblici	Unità Operativa Ospedaliera di Medicina del Lavoro (U.O.O.M.L.)		1 Improbabile	1 Marginale	1	Applicare regolamentazione aziendale, adibire almeno due operatori dell'UO (medico, amministrativo)
F	Area: ciclo Attivo/Passivo	F5	5. Gestione Finanziamenti Pubblici	Sistemi Informativi ed Informatici	I progetti ICT, specie quelli a più ampio impatto (es. SISS Regione Lombardia) sono spesso finanziati e godono talvolta di particolari procedure di individuazione diretta dei fornitori e delle forniture, magari a carico di intermediari esterni	2 Poco Probabile	2 Minore	4	Formalizzare adeguatamente tali procedimenti, assumendo di volta in volta provvedimenti deliberativi, sia in occasione dell'accettazione del finanziamento, sia in occasione del suo utilizzo e della rendicontazione finale.

ALLEGATO N. 1 AL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA "G. SALVINI" - ANNI 2015-2016-2017
CATOLOGO DEI RISCHI

ID Area Di Rischio	Area Di Rischio	ID Attività Di Rischio	Attività Di Rischio	Descrizione UOOU governo del rischio	Denominazione Rischio	Probabilità Rischio	Impatto Rischio	Valutazione Rischio	Misure di prevenzione
F	Area: ciclo Attivo/Passivo	F5	5. Gestione Finanziamenti Pubblici	Tecnico-Patrimoniale	utilizzo improprio dei fondi	1 Improbabile	4 Serio	4	applicazione corretta di leggi, regolamenti e contabilità
G	Area: provvedimenti con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	G1	1. Contributi	Amministrazione e Sviluppo del Personale	Rischio attribuzione non corretta di trattamenti economici e contributi	2 Poco Probabile	1 Marginale	2	Costante monitoraggio e verifiche/controlli affidati a rotazione ad operatori diversi
G	Area: provvedimenti con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	G2	2. Risarcimenti	Comitato Valutazione Sinistri	Liquidazione su richieste indolte per risarcimenti sinistri	1 Improbabile	2 Minore	2	Rispetto delle Linee Guida Regionali. -CVS Comitato di valutazione Sinistri (collegiale) con relazioni medico legali e legali. - Procedura Aziendale
G	Area: provvedimenti con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	G3	3. Altre Attività di Rischio	UOOML Medicina del Lavoro	Predisposizione di piani di sorveglianza sanitaria e relativi preventivi di spesa per attività in convenzione al fine di favorire soggetti diversi.	1 Improbabile	1 Marginale	1	Vigilanza da parte del responsabile della struttura sull'operato dei dirigenti Medici. Applicazione del tariffario prestazioni ambulatoriali regionale e tariffario UOOML vicente.
H	ALTRA AREA DI RISCHIO	H1	1. Altre Attività di Rischio	Unità Economico Finanziaria	Controlli Equitalia	1 Improbabile	1 Marginale	1	Controlli interni all'USC da parte di personale assegnato alla stessa USC che non svolge le funzioni a rischio

ALLEGATO N. 1 AL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE DELL'AZIENDA OSPEDALIERA "G. SALVINI" - ANNI 2015-2016-2017
CATOLOGO DEI RISCHI

ID Area Di Rischio	Area Di Rischio	ID Attività Di Rischio	Attività Di Rischio	Descrizione UOVO governo del rischio	Denominazione Rischio	Probabilità Rischio	Impatto Rischio	Valutazione Rischio	Misure di prevenzione
H	ALTRA AREA DI RISCHIO	H1	1. Altre Attività di Rischio	Unità Economico Finanziaria	Emissione mandati di pagamento	3 Probabile	1 Marginale	3	Controlli interni all'USC da parte di personale assegnato alla stessa USC che non svolge le funzioni a rischio
H	ALTRA AREA DI RISCHIO	H1	1. Altre Attività di Rischio	Unità Economico Finanziaria	Incassi e comunicazioni LP allargata e convenzionata	1 Improbabile	1 Marginale	1	Controlli interni all'USC da parte di personale assegnato alla stessa USC che non svolge le funzioni a rischio
H	ALTRA AREA DI RISCHIO	H1	1. Altre Attività di Rischio	Corso di Laurea in Infermieristica	Accordo con lo studente per la valutazione certificativa (voto) degli esami sostenuti	1 Improbabile	5 Superiore	5	Presenza di almeno due membri della commissione, esami pubblici e presenza di almeno uno studente come testimone
H	ALTRA AREA DI RISCHIO	H1	1. Altre Attività di Rischio	Corso di Laurea in Infermieristica	Attestazione fasulla ore tirocinio	1 Improbabile	5 Superiore	5	Controllo a campione dei fogli firma
H	ALTRA AREA DI RISCHIO	H1	1. Altre Attività di Rischio	Corso di Laurea in Infermieristica	Attestazione fasulla di presenza studente in aula	1 Improbabile	5 Superiore	5	Controllo a campione fogli firma
H	ALTRA AREA DI RISCHIO	H1	1. Altre Attività di Rischio	Controllo di Gestione	Attività legata al sistema di valutazione del personale	3 Probabile	3 Soglia	9	a) Doppio livello di controllo interno b) Controllo da parte di organismo terzo: Nucleo di Valutazione delle Prestazioni



Presidi Ospedalieri: Bollate, Garbagnate M.se, Passirana, Rho

Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2015-2017

INDICE	pagina
Premessa	2
Introduzione: organizzazione e funzioni dell'amministrazione	3
1. Contesto di riferimento	4
2. Procedimento di elaborazione e adozione del Programma	4
2.1 l'articolazione tematica per sezioni del programma 2015-2017	4
2.2 le fasi e i soggetti responsabili del Programma	5
2.3 gli obiettivi strategici in materia di trasparenza posti dalla direzione aziendale negli atti di indirizzo	6
2.4 i collegamenti con il Piano della <i>performance</i>	6
2.5 indicazione dei dirigenti e degli uffici coinvolti per l'individuazione dei contenuti del Programma	7
2.6 le modalità di coinvolgimento degli stakeholder e i risultati di tale coinvolgimento	7
2.7 i termini e le modalità di adozione del Programma da parte degli organi di vertice	7
3. Iniziative di comunicazione della trasparenza	7
3.1 iniziative e strumenti di comunicazione per la diffusione dei contenuti del Programma e dei dati pubblicati	8
3.2 organizzazione e risultati attesi delle Giornate della trasparenza	9
4. Processo di attuazione del Programma	10
4.1 individuazione dei dirigenti responsabili della trasmissione dei dati	10
4.2 individuazione dei dirigenti responsabili della pubblicazione e dell'aggiornamento dei dati	10
4.3 individuazione di eventuali referenti per la trasparenza e specificazione delle modalità di coordinamento con il Responsabile della trasparenza	10
4.4 misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi	11
4.5 misure di monitoraggio e di vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza a supporto dell'attività di controllo dell'adempimento da parte del responsabile della trasparenza	11
4.6 strumenti e tecniche di rilevazione dell'effettivo utilizzo dei dati da parte degli utenti della sezione "Amministrazione Trasparente"	11
4.7 misure per assicurare l'efficacia dell'istituto dell'accesso civico	11
5. "Dati ulteriori"	11

Premessa

Nel 2012 l'Azienda Ospedaliera "G. Salvini" ha redatto il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2012 – 2014, ai sensi dell'art. 11 del D. lgs. 150/2009 e dell'art. 54 del D.Lgs n. 235/2010, delle Linee guida della Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche, ai sensi della Delibera CiVIT n. 105/2010.

Con deliberazione n. 77 del 20 febbraio 2012 "Adozione del programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2012 – 2014 e aggiornamento del gruppo di lavoro privacy: provvedimenti conseguenti" è stato approvato il documento; nominato il responsabile della trasparenza.

Sempre con tale atto deliberativo si è disposta la realizzazione sul sito internet dell'A.O. "G. Salvini", nel rispetto delle Linee Guida 2011 per i siti Web della P. A. (previste dalla Direttiva del Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione n. 8 del 26 novembre 2009), di una sezione dedicata di facile accesso e consultazione, denominata "Trasparenza, Valutazione e Merito", nella quale sono state pubblicate le informazioni rese obbligatorie dal Decreto Legislativo 150/2009; oggi inglobate nella più ampia sezione "Amministrazione trasparente".

Con deliberazione n. 164 del 26 marzo 2013 è stato approvato il Piano triennale per la prevenzione della corruzione, nel quale rientrava il programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2012-2014.

Il Programma, definito dal vertice strategico dell'Azienda e pubblicato in internet, presentava la seguente articolazione:

- Piano e Relazione sulla performance (D. Lgs n. 150 del 2009)
- Regolamento di funzionamento dell'albo pretorio on line
- Dati informativi sull'organizzazione e i procedimenti
- Dati informativi relativi al personale
- Dati relativi a incarichi e consulenze
- Dati sulla gestione economico-finanziaria dei servizi pubblici
- Dati sulla gestione dei pagamenti
- Dati relativi alle buone prassi
- Dati sul "public procurement"

Il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2015-2017, pur delineato come strumento di programmazione autonomo rispetto al Piano di prevenzione della corruzione, è a questo ultimo strettamente collegato, infatti costituisce una sezione del Piano stesso.

Indica al suo interno le modalità di attuazione degli obblighi di trasparenza e gli obiettivi collegati con il piano della performance.

Il presente programma è redatto sulla scorta delle indicazioni contenute nella **Delibera n.50/2013 CiVIT ora A.N.A.C** e nel applicando l'indice riportato nella Tabella n.1 della predetta Delibera..

Entro il **31 gennaio 2015** il Programma, adottato dalla Azienda ospedaliera, è **pubblicato sul sito aziendale www.aogarbagnate.lombardia.it** nella sezione "Amministrazione trasparente", secondo quanto previsto dall'allegato A del d.lgs. n. 33/2013, in formato aperto di pubblicazione (PDF/A) ed il link comunicato a A.N.A.C.

Il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità (P.T.I.) dell'Azienda è redatto in ottemperanza alle seguenti fonti normative:

- **D.Lgs 150/2009** che all'art. 11 definisce la trasparenza come “accessibilità totale, anche attraverso lo strumento della pubblicazione sui siti istituzionali delle amministrazioni pubbliche, delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione svolta dagli organi competenti, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità. Essa costituisce livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione”;
- **Linee Guida per i siti web della PA** del 26 luglio 2010, e successivo aggiornamento del 29/07/2011, che prevedono che i siti web delle P.A. debbano rispettare il principio della trasparenza tramite l'“accessibilità totale” da parte del cittadino alle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione dell'Ente pubblico, definendo peraltro i contenuti minimi dei siti istituzionali pubblici;
- **Delibera n.105/2010** della CIVIT, “Linee guida per la predisposizione del Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità”, predisposte dalla Commissione per la Valutazione Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche, che indica il contenuto minimo e le caratteristiche essenziali del Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità, a partire dalla indicazione dei dati che devono essere pubblicati sul sito istituzionale delle amministrazioni e delle modalità di pubblicazione, fino a definire le iniziative sulla trasparenza;
- **Delibera n. 2/2012** della CIVIT “Linee Guida per il miglioramento della predisposizione e dell'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità”, che contiene indicazioni integrative delle linee guida precedentemente adottate;
- Il **Nuovo CAD** Codice dell'Amministrazione Digitale che traccia il quadro legislativo entro cui deve attuarsi la digitalizzazione dell'azione amministrativa e sancisce veri e propri diritti dei cittadini e delle imprese in materia di uso delle tecnologie nelle comunicazioni con le amministrazioni;
- **D.Lgs. 14-3-2013 n. 33** Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, pubblicato nella Gazz. Uff. 5 aprile 2013, n. 80;
- **Delibera n. 74/2013** della CIVIT “Regolamento sugli obblighi di pubblicità e di trasparenza della CIVIT – Autorità Nazionale Anticorruzione in attuazione dell'art. 11 del decreto legislativo 14.3.2013, n. 33”;
- **Delibera n. 50/2013** della CIVIT “Linee guida per l'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014-2016”.

Introduzione: organizzazione e funzioni dell'amministrazione

L'organizzazione e le funzioni dell'AO, anche con riferimento a particolari strutture interne e agli uffici/servizi periferici sono descritte nel **POA** (Piano di organizzazione aziendale).

In tale Piano viene definita ed aggiornata la struttura organizzativa dell'Azienda ospedaliera “G.Salvini” e vengono delineate le direttrici di sviluppo dell'attività di programmazione aziendale per il triennio 2015-2017.

Lo stesso è consultabile e scaricabile dal sito web aziendale www.aogarbagnate.lombardia.it nella sezione “Amministrazione trasparente” livello I: DISPOSIZIONI GENERALI livello II: ATTI GENERALI.

1. Contesto di riferimento

I principali cambiamenti apportati rispetto al Programma degli anni precedenti si configurano, di fatto, come azioni migliorative introdotte nell'ambito programmatico-operativo, di seguito descritti:

1. Dato atto che il Programma triennale 2015-2017 si mantiene parte integrante del Piano anticorruzione della Azienda ospedaliera, sono stati incrementati il coordinamento e l'integrazione fra gli ambiti relativi alla performance e alla trasparenza, per consentire che le misure contenute nel Programma triennale per la trasparenza e l'integrità costituiscano obiettivi da inserire nel Piano performance (*delibera CiVIT n. 6/2013, par. 3.1., lett. B*).
2. L'atto deliberativo di adozione del Programma per la trasparenza e del Piano di prevenzione della corruzione è il medesimo.
3. Si è confermata l'adesione e il trasferimento dell'intera sezione internet "Amministrazione trasparente" della AO sul cloud di Gazzetta Amministrativa ed è stato, altresì, confermato il posizionamento in homepage del logo della Bussola della Trasparenza per permettere la verifica immediata del livello di trasparenza raggiunto.

2. Procedimento di elaborazione e adozione del Programma

In questa sezione del Programma sono illustrati:

2.1 l'articolazione tematica per sezioni del programma 2015-2017

- Disposizioni generali
- Organizzazione
- Consulenti e collaboratori
- Personale
- Bandi di concorso
- Performance
- Enti controllati
- Attività e procedimenti
- Provvedimenti
- Controlli sulle imprese
- Bandi di gara e contratti
- Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici
- Bilanci
- Beni immobili e gestione patrimonio
- Controlli e rilievi sull'amministrazione
- Servizi erogati
- Pagamenti dell'amministrazione
- Opere pubbliche
- Pianificazione e governo del territorio
- Informazioni ambientali
- Strutture sanitarie private accreditate
- Interventi straordinari e di emergenza
- Altri contenuti – corruzione



- Altri contenuti – accesso civico
- Altri contenuti – accessibilità e catalogo di dati, metadati e banche dati
- Altri contenuti

2.2 le fasi e i soggetti responsabili del Programma:

Il processo di elaborazione e attuazione del Programma continua ad articolarsi secondo le fasi, le attività e i soggetti competenti indicati nella delibera CiVIT 2/2012, strettamente coerente con il D.Lgs. 33/2013, che ha ulteriormente specificato ruoli e responsabilità dei soggetti coinvolti nella predisposizione e nel controllo sull'attuazione del Programma elencati al punto 2.5.

Fase	Attività	Soggetti responsabili
Elaborazione/aggiornamento del Programma triennale	Promozione e coordinamento del processo di formazione del Programma.	Direzione strategica responsabile della trasparenza Nucleo di Valutazione delle Prestazioni
	Individuazione dei contenuti del Programma	Direzione strategica U.S.C./SS dell'amministrazione elencati al punto 2.5
	Redazione	responsabile della trasparenza di concerto con responsabile performance
Adozione del Programma triennale		Direzione strategica
Attuazione del Programma triennale	Attuazione delle iniziative del Programma ed elaborazione, aggiornamento e pubblicazione dei dati	U.S.C./SS indicate nel Programma triennale
Controllo dell'attuazione del Programma e delle iniziative ivi previste	Controllo dell'attuazione del Programma e delle iniziative ivi previste	responsabile della trasparenza
Monitoraggio e audit del Programma triennale	Attività di monitoraggio periodico da parte di soggetti interni delle p.a. sulla pubblicazione dei dati e sulle iniziative in materia di trasparenza e integrità	responsabile della trasparenza di concerto con responsabile performance NVP per le fasi di attestazione
	Audit sul sistema della trasparenza ed integrità; attestazione dell'assolvimento degli obblighi in materia di trasparenza e integrità	Nucleo di Valutazione delle Prestazioni

L'attuazione del Programma è riservata ai Responsabili delle strutture competenti per materia, i quali hanno il compito di individuare, elaborare, aggiornare, verificare l'usabilità dei dati da pubblicare sul sito internet nelle sezione "Amministrazione trasparente"

2.3 gli obiettivi strategici in materia di trasparenza posti dalla direzione aziendale negli atti di indirizzo:

- **Potenziare** le azioni di prevenzione della corruzione contenute nel piano aziendale
- **Facilitare** tramite l'accesso civico un nuovo feedback di partecipazione sociale
- **Sostenere** il miglioramento delle performance
- **Promuovere** nuove modalità di partecipazione e collaborazione tra l'Azienda ospedaliera e cittadini.

2.4 i collegamenti con il Piano della performance

La trasparenza è una dimensione della performance organizzativa delle pubbliche amministrazioni insieme ad accessibilità, tempestività ed efficacia, così come indicato nella Delibera CIVIT n. 150/2010 "La pubblicità dei dati inerenti all'organizzazione e all'erogazione dei servizi al pubblico, infatti, si inserisce strumentalmente nell'ottica di fondo del "miglioramento continuo" dei servizi pubblici, connotato al ciclo della performance anche grazie al necessario apporto partecipativo dei portatori di interesse (stakeholder)." Il Programma triennale della trasparenza, pertanto, si pone in relazione al ciclo di gestione della performance prevedendone la piena conoscibilità di ogni componente, dal Piano della performance allo stato della sua attuazione. Il Programma per la trasparenza rientra esso stesso nel ciclo della performance. Nello specifico, la trasparenza delle informazioni relative alla performance è praticamente realizzata attraverso la pubblicazione nella sezione Performance, ex sezione Trasparenza Valutazione e Merito, articolata in sotto sezioni:

Performance Azienda Ospedaliera G Salvini - Gazzetta...

AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE

Pagina Istituzionale conforme all'art. 51 D.Lgs n. 33/2013 - Invarianza Finanziaria
Performance Azienda Ospedaliera G Salvini

Home - Azienda Ospedaliera G Salvini - Performance

Sistema di misurazione e valutazione della performance

Piano della performance

Relazione sulla performance

Documento dell'ov di validazione della relazione sulla performance

Relazione dell'ov sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni

Ammontare complessivo dei premi

Dati relativi ai premi

Benessere organizzativo

Naviga nelle sezioni:

Sistema di misurazione e valutazione della performance

Piano della performance

Relazione sulla performance

Documento dell'ov di validazione della relazione sulla performance

Relazione dell'ov sul funzionamento complessivo del sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni

Ammontare complessivo dei premi

Dati relativi ai premi

Benessere organizzativo

Internet 100%

Si pone l'attenzione in, particolare, su documenti di importanza strategica:

- **Piano della Performance** che costituisce un documento programmatico triennale nel quale, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i target sui quali si basa la misurazione, la valutazione nonché la rendicontazione della performance stessa;

- **Relazione sulla Performance** che rappresenta a consuntivo i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi programmati ed alle risorse preventivate, con rilevazione degli eventuali scostamenti registrati nel corso dell'anno.

2.5 indicazione dei dirigenti e degli uffici coinvolti per l'individuazione dei contenuti del Programma

- Direzione strategica aziendale
- Responsabile della prevenzione della corruzione
- Responsabile MKT Comunicazione URP (responsabile Programma Trasparenza)
- Responsabile Controllo di Gestione (responsabile Piano Performance)

Il responsabile della trasparenza può avvalersi anche del:

- Gdl Privacy con specifiche funzioni di supporto e collaborazione, costituito da: responsabile Sistemi Informativi e Informatici; responsabile Risk Management; dirigenti DMP Bollate Garbagnate Rho Passirana; funzionari: Sistemi Informativi e Informatici – Affari Generali e Legali – Dip. Coordinamento attività amministrative – MKT e Comunicazione – Dati Statistici e Programmazione – Formazione Permanente – Controllo di Gestione.
- Tutti i dirigenti responsabili delle articolazioni aziendali per le materie e dati oggetto del Programma.

2.6 le modalità di coinvolgimento degli stakeholder e i risultati di tale coinvolgimento

L'Azienda ha già in essere politiche di coinvolgimento dei propri stakeholder, che intende mantenere e potenziare per il prossimo triennio, anche attraverso l'attivazione di nuove forme e strumenti.

Da sempre sono stati individuati e coinvolti nei processi aziendali cittadini, pazienti, dipendenti, enti, istituzioni, fornitori e terzo settore.

E' obiettivo dell'Azienda continuare ad utilizzare in modo sistematico i vari strumenti di ascolto dei cittadini/utenti, di comunicazione e informazione e di coinvolgimento, ponendo il cittadino nella condizione di esternare la propria opinione sulla qualità delle prestazioni e dei servizi erogati.

Per i cittadini che desiderano esprimere direttamente i loro feedback, sono messi a disposizione gli indirizzi, i numeri telefonici e i fax delle varie strutture, oltre all'indirizzo di posta elettronica certificata del protocollo dell'Azienda.

2.7 i termini e le modalità di adozione del Programma da parte degli organi di vertice

Entro il **31 gennaio 2015** il Programma della trasparenza e integrità, parte integrante del Piano prevenzione della corruzione, è adottato dalla Azienda ospedaliera, è **pubblicato sul sito aziendale www.aogarbagnate.lombardia.it** nella sezione "Amministrazione trasparente", secondo quanto previsto dall'allegato A del d.lgs. n. 33/2013, in formato aperto di pubblicazione (PDF/A).

3. Iniziative di comunicazione della trasparenza

In questa sezione vengono illustrati:

3.1 iniziative e strumenti di comunicazione per la diffusione dei contenuti del Programma e dei dati pubblicati

L'Azienda al fine di garantire un adeguato livello di trasparenza, legalità e sviluppo della cultura dell'integrità (articolo 11, comma 2 del D.lgs. 150/2009), prevede di realizzare nel triennio le attività, le iniziative riportate in tabella a sostegno della trasparenza, attraverso gli strumenti di comunicazione di seguito descritti:

INIZIATIVA	DESTINATARI	RISULTATO	RISORSE	TEMPI
inserimento nei gruppi di miglioramento ECM/cpd di incontri dedicati alle tematiche trasparenza, anticorruzione e performance	personale in formazione	Maggiore consapevolezza e diffusione della cultura della trasparenza	Risorse interne	2015/2017
Invio di e-mail personalizzate in base all'ufficio di appartenenza o all'attività svolta sul livello di attuazione del programma e sulle buone pratiche raggiunte	Tutto il personale	Aggiornamento costante rispetto alle iniziative svolte ed ai risultati da raggiungere	Risorse interne	2015/2017
Pubblicazione di contenuti aventi ad oggetto iniziative in materia di trasparenza e integrità anche nella intranet dell'amministrazione	Tutto il personale	Maggiore consapevolezza e diffusione della cultura della trasparenza	Risorse interne	2015/2017
Informazione stampa, newsletter aziendale	Personale e cittadini	crescita della conoscenza per diminuire la distanza tra cittadino e Azienda	Risorse interne	2015/2017
Aggiornamento costante della sezione internet "Amministrazione trasparente"	Personale e cittadini	Creoscita della cultura della trasparenza	Risorse interne	2015/2017
Incontri presentazione programma trasparenza	Associazioni di volontariato; OOSS; personale	Feedback dell'informazione diffusa	Risorse interne	2015/2017

Comunicazione / informazione rivolta all'interno della AO.

1. Giornate/incontri della trasparenza - Stakeholder interni - Obiettivo: far conoscere il pubblicato web in materia e l'impegno della direzione per la promozione della trasparenza e dell'integrità, privilegiando gli aspetti utili a far comprendere che nella pratica lavorativa "il farsi comprendere e conoscere, nei linguaggi e nelle logiche operative, abbatte le asimmetrie informative che ostacolano la cultura della trasparenza".

2. Inserire negli eventi formativi e/o nei gruppi di miglioramento ECM la promozione della trasparenza come una delle finalità cui tendere, indipendentemente dalla tematica affrontata, inserendo



negli obiettivi formativi il virgolettato di cui al punto 1 per trasformare l'atteggiamento orientato al servizio del cittadino in comportamento.

3. Rileggere le buone prassi/procedure/protocolli/ect. secondo la chiave della normativa sulla trasparenza, ovvero chiarezza di linguaggio, completezza e comprensibilità delle informazioni, fonti dei dati, accessibilità totale.

4. condivisione intranet di documenti, dati, proposte a seguito di partecipazione a tavoli tecnici in materia di trasparenza

Comunicazione / informazione rivolta all'esterno della AO.

1. Newsletter: canale informativo sulla illustrazione alla cittadinanza dei risultati raggiunti rispetto al programma di mandato, agli obiettivi prioritari per l'anno in corso e successivo.

2. Comunicati stampa attraverso cui presentare Programma triennale per la trasparenza e l'integrità; divulgare informazioni in maniera leggibile e sintetica senza tralasciare i dati concreti che possono essere, altresì, consultati sul sito web istituzionale.

3. Incontri con le Associazioni di Volontariato / stakeholder elettivi che operano in Azienda organizzati in maniera tale da sollecitare un dibattito favorevole alla raccolta di indicazioni e suggerimenti, oltre che all'informazione e diffusione dei contenuti del Programma Trasparenza e dei dati pubblicati.

4. Feedback URP / gruppo mediazione in diretta connessione con la trasparenza, non tanto in termini di customer satisfaction, poiché la percezione diverrebbe una variabile fortemente legata al singolo operatore e alle sue abilità comunicative-relazionali, ma in termini di funzione di ascolto con particolare attenzione agli ambiti sui quali attivare azioni di miglioramento in tema di trasparenza.

5. Sito web istituzionale. Tutto il pubblicato riguardante le informazioni sulle attività della Azienda deve imperativamente garantire caratteristiche di accessibilità – usabilità - reperibilità, anche da parte di disabili, completezza di informazione, chiarezza di linguaggio, affidabilità, semplicità di consultazione, qualità, omogeneità, interoperabilità.

E' previsto sistema news via RSS (Really Simple Syndication - Distribuzione Veramente Semplice), per consentire attraverso i feed RSS di ricevere in tempo reale tutti gli aggiornamenti pubblicati nel sito.

3.2 organizzazione e risultati attesi delle Giornate della trasparenza

Per presentare il Programma per la trasparenza e favorire il coinvolgimento e l'informazione dei principali portatori di interesse sono previste le Giornate della trasparenza abbinate ad altre iniziative integrate e con finalità intercorrelate, quali: migliorare la cultura della trasparenza nel concreto agire quotidiano degli operatori; offrire ai cittadini semplici strumenti di lettura dell'organizzazione e dei suoi comportamenti.

Tale palinsesto organizzativo si realizza attraverso i canali di comunicazione rivolti all'interno e all'esterno. I risultati attesi sono sia la crescita culturale interna, proprio nell'ottica del miglior assolvimento degli obblighi della trasparenza, terreno fertile per rimodulare la cessione dei servizi/prestazioni, sia la diminuzione dell'asimmetria informativa nei confronti dei pubblici di riferimento, sempre nell'ottica della trasparenza.

4. Processo di attuazione del Programma

In questa sezione si fa riferimento a:

4.1 individuazione dei dirigenti responsabili della trasmissione dei dati

Il d.lgs. n. 33/2013 prevede che “i dirigenti responsabili degli uffici dell’amministrazione garantiscano il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge”.

La collaborazione dei dirigenti responsabili delle varie U.S.C. amministrative e sanitarie preposte a fornire il materiale necessario costituisce lo strumento fondamentale per l’aggiornamento e la verifica periodica dei dati pubblicati.

Nello specifico sono identificati i responsabili delle seguenti USC/SS:

- Direzione strategica
- MKT Comunicazione URP
- Affari Generali e Legali
- Controllo di Gestione
- Amministrazione e Sviluppo del Personale
- Sistemi Informatici e Informativi
- Economico Finanziario
- Dati Sanitari e Programmazione
- Tecnico Patrimoniale
- Acquisti
- Qualità Accreditamento Risk Managemet
- DDMMP
- SITRA
- Nucleo di Valutazione delle Prestazioni per le parti attinenti le attestazioni di avvenuta pubblicazione

4.2 individuazione dei dirigenti responsabili della pubblicazione e dell’aggiornamento dei dati

Il responsabile MKT Comunicazione URP è responsabile della pubblicazione dei contenuti nelle sezioni e sottosezioni previste dal P.T.I.

I responsabili U.S.C./S.S. sopra elencati sono responsabili dell’aggiornamento di tali dati, documenti, atti secondo le disposizioni normative.

4.3 individuazione di eventuali referenti per la trasparenza e specificazione delle modalità di coordinamento con il Responsabile della trasparenza

Ogni U.S.C./S.S. sopraelencata può identificare un referente interno per il programma al quale il responsabile aziendale della trasparenza e dell’integrità si rivolge per la pubblicazione dei documenti e per ottenere dati, informazioni e aggiornamenti sugli stessi. I nominativi dei referenti sono trasmessi formalmente al responsabile della trasparenza entro 15 gg dalla adozione del Programma. In caso di mancata individuazione le relative competenze e responsabilità saranno poste a carico del responsabile della U.S.C./S.S.

4.4 misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi

Per sua natura, il Programma trasparenza e integrità è dinamico e, in quanto tale, deve essere costantemente aggiornato; l'aggiornamento periodico del Piano è in capo al dirigente del Marketing e Comunicazione in raccordo con le strutture Controllo di Gestione e con il coinvolgimento delle strutture sopra identificate, cui compete coordinare le attività connesse alla trasparenza della propria U.S.C./S.S.; garantire il tempestivo aggiornamento e regolare flusso di informazioni e di provvedimenti/atti/documenti.

4.5 misure di monitoraggio e di vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza a supporto dell'attività di controllo dell'adempimento da parte del responsabile della trasparenza

All'interno dell'Azienda l'attività di monitoraggio, con periodicità trimestrale, è svolta dal responsabile della trasparenza di concerto con il responsabile performance e attestato dal Nucleo di Valutazione delle Prestazioni nel rispetto dei disposti di legge.

Gli esiti del monitoraggio vengono pubblicati annualmente tramite redazione di un prospetto riepilogativo sullo stato di attuazione del programma in cui sono indicati eventuali scostamenti dal piano originario, le relative motivazioni e le nuove azioni programmate per il raggiungimento degli obiettivi.

Il prospetto riepilogativo viene sottoposto, prima della sua pubblicazione, al NVP ai fini dell'attività di verifica e attestazione sull'assolvimento degli obblighi della trasparenza riportati nel Programma.

4.6 strumenti e tecniche di rilevazione dell'effettivo utilizzo dei dati da parte degli utenti della sezione "Amministrazione Trasparente"

E' prevista l'introduzione nella sezione Amministrazione trasparente un sistema di monitoraggio (google analytics) che consente di registrare il numero di accesso alle pagine della sezione.

Il monitoraggio delle richieste tramite "ACCESSO CIVICO", indipendentemente dall'appropriatezza delle stesse, è un altro strumento di valutazione dell'utilizzo della sezione stessa.

4.7 misure per assicurare l'efficacia dell'istituto dell'accesso civico

Tutti i cittadini, salvo i casi in cui la legge lo esclude espressamente, hanno diritto di chiedere e ottenere che l'Azienda ospedaliera pubblichi atti, documenti e informazioni in suo possesso e che non ha ancora pubblicato.

A tal fine è stato predisposto l'apposito modulo che è scaricabile nella sottosezione "altri contenuti - accesso civico".

5. "Dati ulteriori"

Nella sezione "Amministrazione trasparente" vengono pubblicati dati, informazioni e documenti che esulano dall'obbligo di pubblicazione del D.Lgs 33/2013, ma che rivestono una certa importanza per completare la conoscenza dell'organizzazione dell'Azienda ospedaliera nelle sue componenti sanitarie - tecniche - amministrative.

Sono realizzate 4 sottosezioni suddivise per tematiche e precisamente:

1. Corruzione
2. Accesso civico
3. Accessibilità e catalogo dati
4. Altri contenuti

PEC	protocollo generale@pec.aogaragnate.lombardia.it
Accesso civico	urp@aogaragnate.lombardia.it protocollo generale@pec.aogaragnate.lombardia.it

Il Responsabile aziendale
della trasparenza
Dr. Franco Dell'Acqua

Garbagnate M.se 27 gennaio 2015

ALLEGATO N. 3
AL PTPC 2015-2017 DELL'A.O. "G. SALVINI"

L'ANALISI DEI RISCHI DI CUI AL PRIMO P.T.P.C. 2013-2015

Obiettivi. Individuare i fattori di rischio che porterebbero alla commissione di reati previsti dalla normativa di riferimento e/o alla violazione dei principi e valori individuati dal Gruppo di lavoro. Individuare le aree aziendali più soggette a tali rischi. Elaborare un'analisi, propedeutica alla redazione del MODELLO ORGANIZZATIVO, che indichi esplicitamente per ogni area quali rischi possano verificarsi e di quale importanza siano.

Individuazione delle fattispecie di reato. Vanno presi come riferimento i reati per i quali è prevista la responsabilità amministrativa degli Enti dal D. Lgs. 231 del 6 giugno 2001 e dalle successive integrazioni/modifiche.

Ciascuna A.S.L./A.O. provvederà in maniera autonoma all'aggiornamento del proprio CODICE ETICO-COMPORTAMENTALE.

Ogni Dipartimento/U.O. deve individuare, all'interno dello svolgimento delle proprie attività, quali comportamenti possano portare alla commissione di uno dei reati di cui sopra, mettendo in evidenza quali siano i fattori di rischio interni (direttamente legati/imputabili all'attività dell'AZIENDA e/o dei DESTINATARI) e quali gli esterni (non direttamente legati/imputabili all'attività dell'AZIENDA e/o dei DESTINATARI).

Violazione dei valori e principi etici aziendali. Devono essere individuati, all'interno delle attività di ogni singolo Dipartimento/U.O., i comportamenti che possano costituire rischio di violazione dei principali valori etici individuati dal Gruppo di lavoro, quale espressione dell'AZIENDA. Per ogni comportamento difforme, o potenzialmente tale, vanno messi in evidenza quali siano i fattori di rischio interni e quali gli esterni.

Analisi dei rischi individuati. Ad ogni rischio individuato bisogna assegnare un livello di importanza calcolato come rapporto fra probabilità che si verifichi ed entità del danno causato. Alla probabilità deve essere assegnato un valore tra: Alta, Media e Bassa. Tale valore può essere calcolato tramite evidenze documentali (serie storiche), tramite interviste al personale che svolge le attività oggetto d'analisi, tramite osservazione diretta dello svolgimento delle attività oggetto d'analisi.

L'entità del danno deve essere calcolata in base al verificarsi o meno di uno o più dei seguenti effetti:

- danno all'immagine dell'AZIENDA;
- danno economico – patrimoniale;
- danno all'operatore e/o all'utente.

Pertanto, il danno sarà:

- Basso: se non si verifica nessuno dei suddetti effetti;
- Medio: se si verifica solo uno dei suddetti effetti;
- Alto: se si verificano due o più dei suddetti effetti.

Per individuare il livello di importanza bisogna inserire ciascun rischio all'interno della seguente matrice in base ai gradi di probabilità ed entità del danno assegnati.

Probabilità \ Danno relativo	Bassa	Media	Alta
Alto	Rischio rilevante	Rischio critico	Rischio critico
Medio	Rischio accettabile	Rischio rilevante	Rischio critico
Basso	Rischio accettabile	Rischio accettabile	Rischio rilevante

Analisi delle aree a rischio. Deve essere approntata una mappatura delle aree a rischio che contenga le analisi dei rischi di ciascun Dipartimento/U.O. presentando la situazione aziendale (AsIs Analysis). Deve quindi seguire un'ulteriore analisi che permetta di individuare e valutare eventuali carenze organizzative in merito ai rischi analizzati (Gap Analysis).

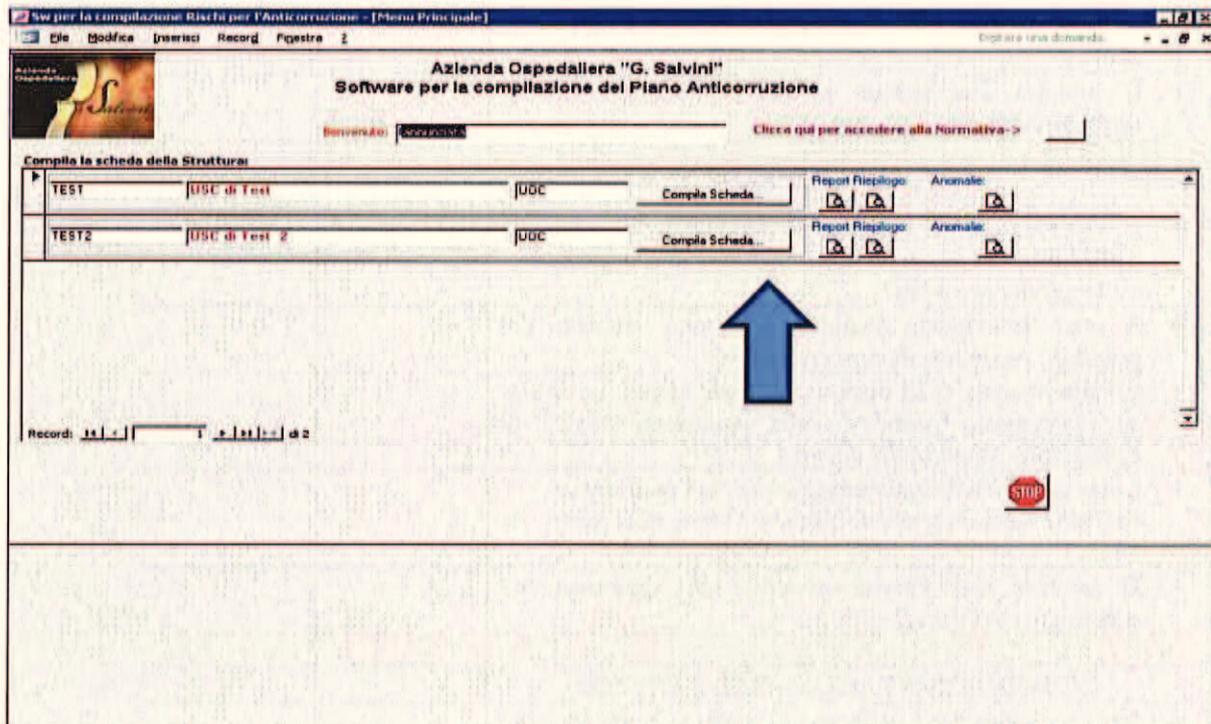
II Scheda di autovalutazione: l'analisi dei rischi

ANALISI DEI RISCHI	Si No N/A	Note
<i>INDIVIDUAZIONE DEI RISCHI</i>		
• Sono stati individuati i fattori di rischio legati alle fattispecie previste dal D. Lgs. 231/2001?		
• Sono stati individuati i fattori di rischio legati alle non conformità ai principi individuati dal Gruppo di lavoro?		
• I fattori di rischio individuati sono stati classificati in <i>interni ed esterni</i> per ogni rischio?		
• Sono stati formalizzati dettagliatamente i punti sopra indicati? Se sì, in quale documento? (carte di lavoro, ecc...)		
• È prevista una attività periodica di aggiornamento dell'individuazione dei rischi?		
<i>ANALISI DEI RISCHI</i>		
• È stata valutata, per ogni rischio individuato, la probabilità che possa verificarsi durante lo svolgimento delle attività aziendali?		
• È stata individuata l'entità del danno arrecato dal possibile verificarsi di ciascun rischio?		
• È stato assegnato, ad ogni rischio individuato, un <i>livello di importanza</i> basandosi sulle precedenti analisi di <i>probabilità ed entità del danno</i> ?		
• Sono stati formalizzati dettagliatamente i punti sopra indicati? Se sì, in quale documento? (carte di lavoro, ecc...)		
• È prevista una attività periodica di aggiornamento dell'analisi dei rischi?		
<i>INDIVIDUAZIONE DELLE AREE A RISCHIO</i>		
• Per l'individuazione delle aree a rischio si è proceduto ad una mappatura delle funzioni aziendali?		
• In caso non fosse stata predisposta una mappatura apposita, ne è stata utilizzata una pre-esistente? Se sì, indicare quale.		
• All'interno delle funzioni aziendali, si è proceduto con l'individuazione delle procedure a rischio di commissione dei reati previsti dal D. Lgs. 231/2001?		
• All'interno delle funzioni aziendali, si è proceduto con l'individuazione delle procedure a rischio di non conformità ai principi individuati dal Gruppo di lavoro?		
• È stato predisposto un documento di sintesi (ad esempio una matrice relazionale) che individui le aree aziendali		



Stralcio manuale operativo per la compilazione del database per l'analisi dei rischi per il PTPC 2014-2016

- Nella maschera iniziale sono elencate le strutture per le quali il compilatore dovrà definire i rischi relativi al piano di anticorruzione, vedi figura:
- Compilare i rischi relativi ad una struttura, cliccando sul pulsante "Compila Scheda.."



Sarà visualizzata la maschera per la compilazione dei rischi:

-Selezionare una per una le Aree di Rischio:

3

-Se si vuole compilare la sezione dei rischi selezionare un'Attività di Rischio e cliccare sul pulsante "Aggiungi Rischio" altrimenti marcare tale Attività come "non presente" nella struttura.

Se per la compilazione Rischi per l'Anticorruzione - [Scheda Compilazione Rischi Anticorruzione]

ID_Dipartimento: SDA02 Descrizione_Dipartimento: Strutture in line alla Direzione Amministrativa

ID_Struttura: TEST Descrizione_Struttura: USC a Test Tipo_Struttura: UOC

Sezione Selezione Area di Rischio e Attività di Rischio

1) Seleziona un'Area di Rischio

2) Seleziona le Attività di Rischio e compila la sezione della valutazione dei Rischi o Segna tale attività come non presente nella Struttura

Attività di Rischio	Attività di Rischio non esistente nella Struttura
A1 1. Reclutamento	<input type="checkbox"/>
A2 2. Progressione di carriera	<input type="checkbox"/>
A3 3. Conferimento di incarichi di collaborazione	<input type="checkbox"/>
A4 4. Altre forme di reclutamento diverse dal lavoro dipendente (Trasferi, borsa di studio, ecc.)	<input type="checkbox"/>

3) Compila la Valutazione del Rischio per l'Attività di Rischio selezionata. Per inserire un rischio clicca sul pulsante +

Rischio	Probabilità	Impatto

Se per la compilazione Rischi per l'Anticorruzione - [Scheda Compilazione Rischi Anticorruzione]

ID_Dipartimento: SDA02 Descrizione_Dipartimento: Strutture in line alla Direzione Amministrativa

ID_Struttura: TEST Descrizione_Struttura: USC a Test Tipo_Struttura: UOC

Sezione Selezione Area di Rischio e Attività di Rischio

1) Seleziona un'Area di Rischio

2) Seleziona le Attività di Rischio e compila la sezione della valutazione dei Rischi o Segna tale attività come non presente nella Struttura

Attività di Rischio	Attività di Rischio non esistente nella Struttura
A1 1. Reclutamento	<input type="checkbox"/>
A2 2. Progressione di carriera	<input type="checkbox"/>
A3 3. Conferimento di incarichi di collaborazione	<input type="checkbox"/>
A4 4. Altre forme di reclutamento diverse dal lavoro dipendente (Trasferi, borsa di studio, ecc.)	<input type="checkbox"/>

3) Compila la Valutazione del Rischio per l'Attività di Rischio selezionata. Per inserire un rischio clicca sul pulsante +

Rischio	Probabilità	Impatto

Sarà visualizzata la maschera per la compilazione dei singoli rischi:

Sezione Selezione Aree di Rischio e Attività di Rischio

1) Selezioni

2) Seleziona le A1 o 5

Sezione Selezione Aree di Rischio e Attività di Rischio

ID_UH00 TEST Area_Di_Rischio A Area: acquisizione e progressione del personale

Attività_Di_Rischio A1 1. Reclutamento

Rischio di Test

Matrice Probabilità - Impatto organizzativo, economico e sull'immagine

Valore Calcolato: 4

	Nessuna Probabile	1 Improbabile	2 Poca Probabile	3 Probabile	4 Molto Probabile	5 Alta Probabilità
0 Nessuno	<input type="checkbox"/>					
1 Marginale	<input type="checkbox"/>					
2 Minore	<input type="checkbox"/>					
3 Soglia	<input type="checkbox"/>					
4 Serio	<input type="checkbox"/>					
5 Superiore	<input type="checkbox"/>					

Misure da Adottare

In questa sezione descrivere le misure da adottare

I campi da compilare sono i seguenti:

Rischio: descrizione del rischio

Matrice Probabilità – Impatto Organizzativo, economico e sull'immagine: valutazione del rischio

Misure da Adottare: descrizione delle misure da adottare per controllare, ridurre, azzerare il rischio

-Per salvare le informazioni immesse cliccare sul pulsante "Salva Record"

2) Seleziona le Attività di Rischio e compila la sezione della valutazione dei Rischi o Segna tale attività come non presente nella Struttura

Clicca su questo pulsante se nessuna di queste Attività di Rischio sono presenti nella Struttura		Attività di Rischio non esistente nella Struttura ▲
<input checked="" type="checkbox"/>	1. Reclutamento	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2. Progressioni di carriera	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3. Conferimento di incarichi di collaborazione	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4. Altre forme di reclutamento diverse dal lavoro dipendente (Tirocini, borse di studio, ecc.)	<input type="checkbox"/>

E' possibile marcare tutte e contemporaneamente le attività di rischio inerenti all'Area di Rischio selezionata come "Attività di rischio Attività non esistente nella Struttura" cliccando sul pulsante evidenziato nella figura sottostante.

2) Seleziona le Attività di Rischio e compila la sezione della valutazione dei Rischi o Segna tale attività come non presente nella Struttura

Clicca su questo pulsante se nessuna di queste Attività di Rischio sono presenti nella Struttura		Attività di Rischio non esistente nella Struttura ▲
<input checked="" type="checkbox"/>	1. Reclutamento	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	2. Progressioni di carriera	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	3. Conferimento di incarichi di collaborazione	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	4. Altre forme di reclutamento diverse dal lavoro dipendente (Tirocini, borse di studio, ecc.)	<input type="checkbox"/>

**MANUALE PRATICO PER L'UTILIZZO DEL SOFTWARE DI COMPILAZIONE
PER IL MONITORAGGIO DEL CATALOGO DEI RISCHI - DI CUI AL PIANO TRIENNALE
DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE DELL'A.O. "G. SALVINI" -
(DELIBERAZIONE N. 47/2014) – E RELATIVO AGGIORNAMENTO**

Riferimenti:

- per chiarimenti di carattere non informatico contattare il Responsabile aziendale della Prevenzione della Corruzione, Dott. Pier Paolo Balzamo – U.S.C. AA.GG.LL. –
Telefono: 2063 – 2602 – 2441 – email: pbalzamo@aogarbaqnate.lombardia.it;
- per chiarimenti di carattere informatico rivolgersi al Dott. Francesco Annunziata - U.S.C. S.I.I. -
Telefono: 2964 - cellulare aziendale 348/5286925 – email: fannunziata@aogarbaqnate.lombardia.it

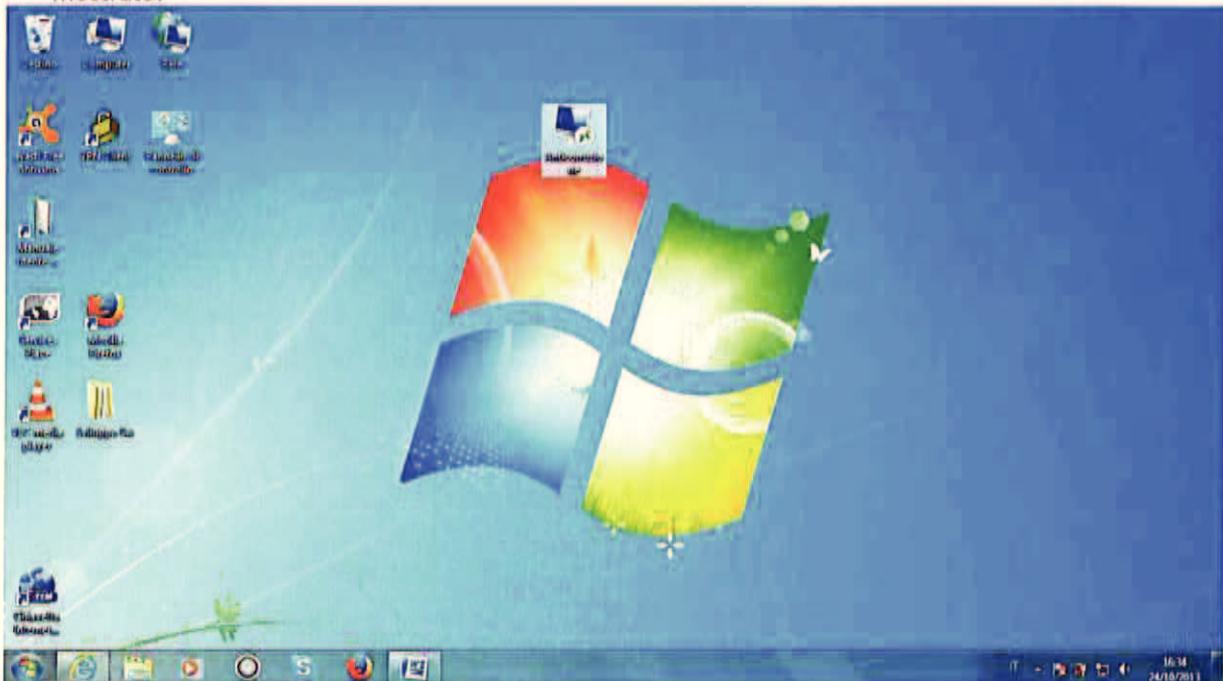
ACCESSO ALLA COMPILAZIONE DEL DATABASE

Per accedere al software di compilazione dei rischi è necessario seguire le istruzioni che seguono.

Considerato che è necessario acquisire conferma dell'avvenuta azione di monitoraggio ed aggiornamento dei rischi, il database tratterà le attività svolte.

Istruzioni operative per l'accesso al database:

- aprire la mail inviata ai referenti di struttura dal Responsabile aziendale della Prevenzione della Corruzione, - Dott. Pier Paolo Balzamo – di invito alla compilazione, monitoraggio e aggiornamento dei rischi al fine della compilazione del Piano Aziendale;
- salvare l'allegato 'Anticorruzione.rdp' sul desktop del proprio computer, come di seguito viene mostrato:

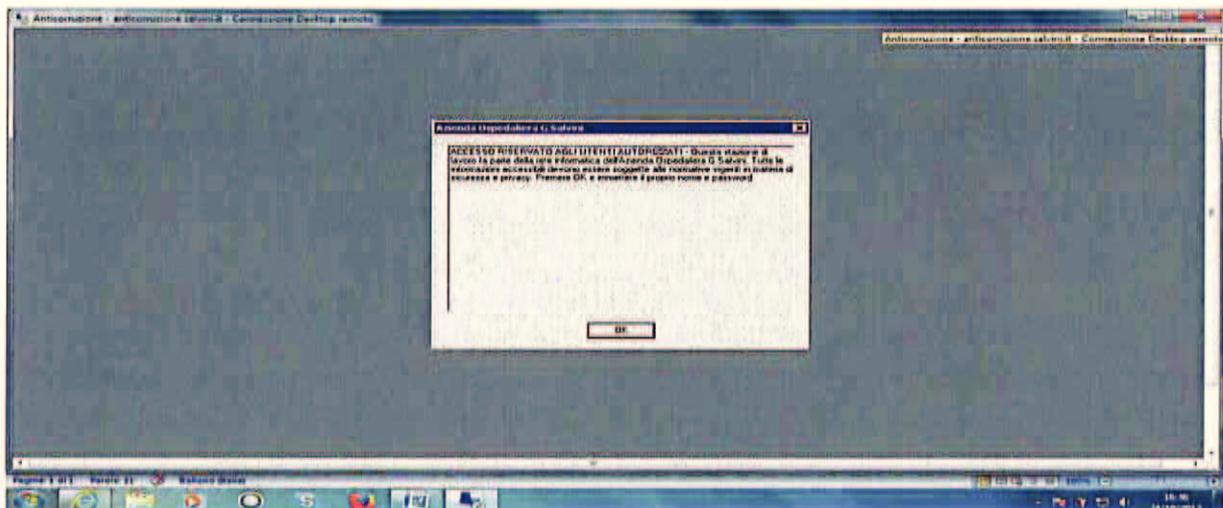


- Fare doppio click sull'icona del file Anticorruzione.rdp salvato sul vostro desktop: sarà visualizzata la seguente maschera:



Cliccare sul pulsante "Connetti"

- Inserire le proprie credenziali :



- Verrà mostrata la maschera iniziale, che permetterà al compilatore di monitorare, aggiornare e definire nuovi rischi relativi al piano di anticorruzione.

MONITORAGGIO E AGGIORNAMENTO DEL CATALOGO DEI RISCHI

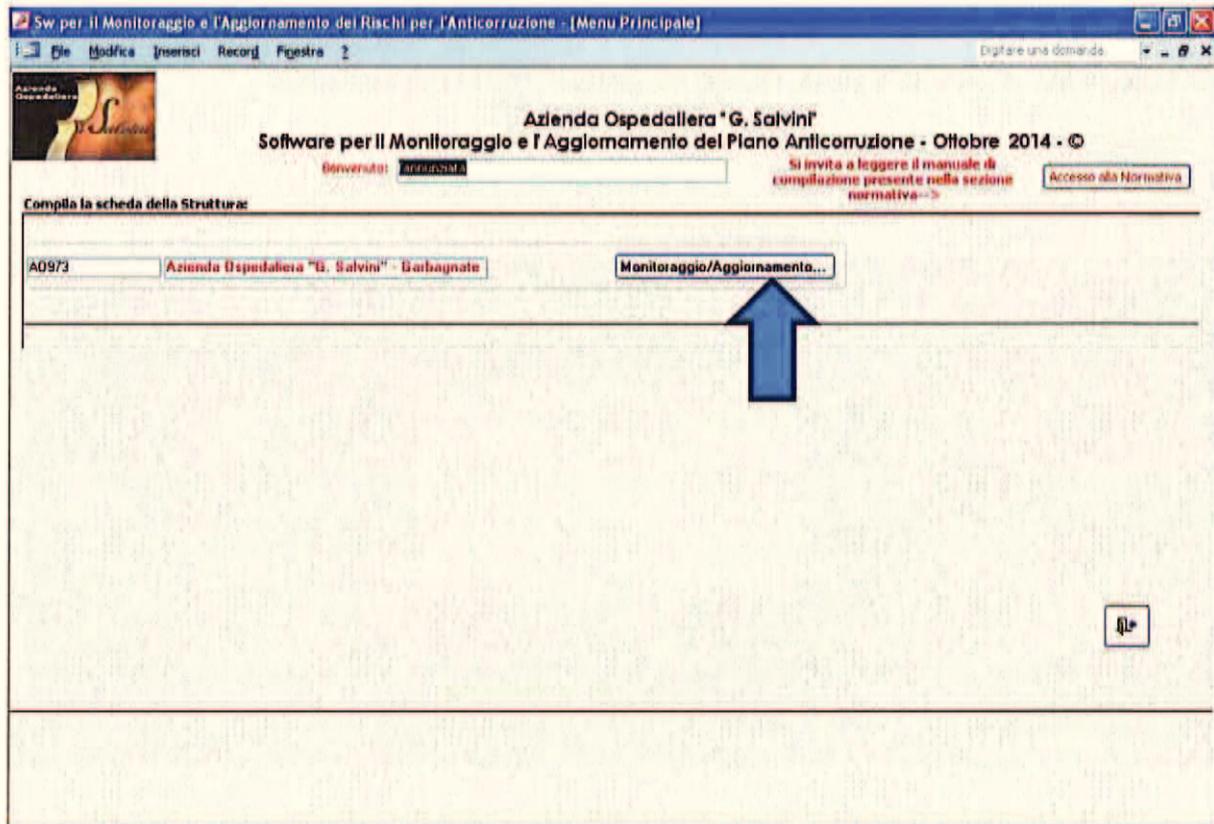
Per la revisione del catalogo dei rischi del vigente piano triennale della prevenzione della corruzione aziendale, il software propone una maschera di compilazione che ripresenta ogni singolo rischio del catalogo (vedi immagine alla pagina successiva).

La compilazione di tale maschera:

- è **obbligatoria** per il/i Responsabile/i di "UOOO di Governo del Rischio" indicata/e;
- è **facoltativa** per i responsabili delle strutture che non sono identificate come area di governo del rischio.

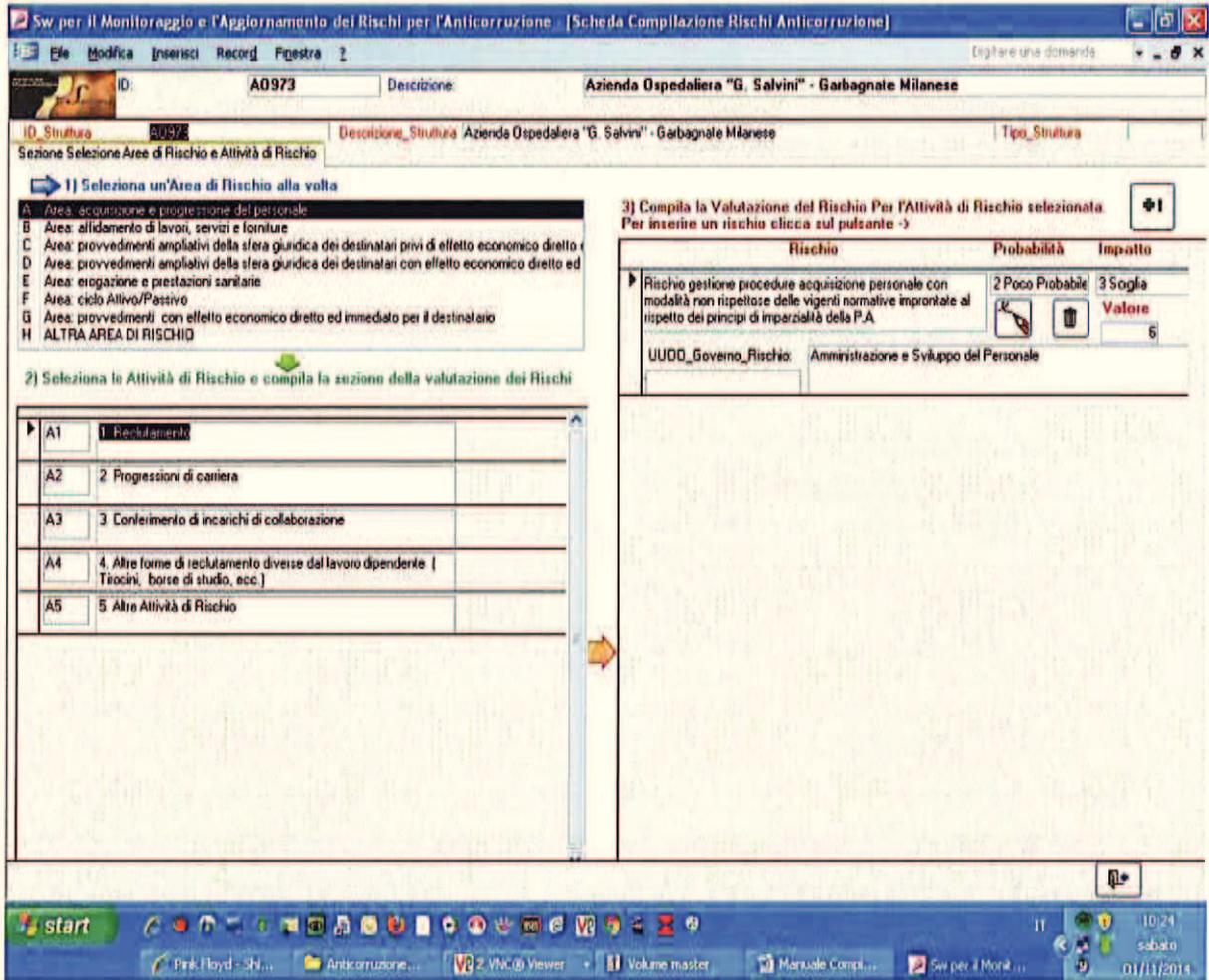
Istruzioni operative per il monitoraggio e l'aggiornamento del catalogo dei rischi

Per accedere alle maschere di aggiornamento dati dei rischi cliccare sul pulsante Monitoraggio/Aggiornamento



Sarà visualizzata la maschera per la compilazione dei rischi:

Nel database che state utilizzando è stato precaricato il catalogo dei rischi allegato al piano triennale della prevenzione della corruzione dell'Azienda Ospedaliera "G. Salvini" - anni 2014-2015-2016.



-per monitorare/aggiornare i rischi selezionare una per una le Aree di Rischio:

SW per il Monitoraggio e l'Aggiornamento dei Rischi per l'Anticorruzione - [Scheda Compilazione Rischi Anticorruzione]

ID: A0973 Descrizione: Azienda Ospedaliera "G. Salvini" - Garbagnate Milanese

ID_Struttura: A0973 Descrizione_Struttura: Azienda Ospedaliera "G. Salvini" - Garbagnate Milanese Tipo_Struttura:

Sezione Selezione Aree di Rischio e Attività di Rischio

1) Selezione un'Area di Rischio alla volta

- A Area: acquisizione e proiezione del personale
- B Area: affidamento di lavori, servizi e forniture
- C Area: provvedimenti amministrativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
- D Area: provvedimenti amministrativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
- E Area: erogazione di prestazioni sanitarie
- F Area: ciclo Attivo/Passivo
- G Area: provvedimenti amministrativi con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
- H ALTRA AREA DI RISCHIO

2) Selezione le Attività di Rischio e compila la sezione della valutazione dei Rischi

Attività di Rischio	Descrizione	Valore
A1	1. Reclutamenti	
A2	2. Progressioni di carriera	
A3	3. Conferimento di incarichi di collaborazione	
A4	4. Altre forme di reclutamento diverse dal lavoro dipendente (Tirocini, borse di studio, ecc.)	
A5	5. Altre Attività di Rischio	

3) Compila la Valutazione del Rischio Per l'Attività di Rischio selezionata. Per inserire un rischio clicca sul pulsante →

Rischio	Probabilità	Impatto	Valore
Rischio gestione procedure acquisizione personale con modalità non rispettose delle vigenti normative improntate al rispetto dei principi di imparzialità della P.A.	2 Poco Probabile	3 Soglia	6

UU00_Governo_Rischio: Amministrazione e Sviluppo del Personale

start | Taskbar: Pnk Floyd - Shi... | Anticorruzione... | VQ2 VNC9 Viewer | Volume master | Manuale Compl... | Sw per il Monit... | 10:24 sabato 01/11/2014



-Selezionare una delle attività di Rischio

Sw per il Monitoraggio e l'Aggiornamento dei Rischi per l'Anticorruzione - [Scheda Compilazione Rischi Anticorruzione]

File Modifica Inserisci Record Finestra ? Digliere una domanda

ID: A0973 Descrizione: Azienda Ospedaliera "G. Salvini" - Garbagnate Milanese

ID_Struttura: A0973 Descrizione_Struttura: Azienda Ospedaliera "G. Salvini" - Garbagnate Milanese Tipo_Struttura:

Sezione Selezione Aree di Rischio e Attività di Rischio

1) Seleziona un'Area di Rischio alla volta

- A Area: acquisizione e progettazione del personale
- B Area: affidamento di lavori, servizi e forniture
- C Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto
- D Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed
- E Area: erogazione e prestazioni sanitarie
- F Area: ciclo Attivo/Passivo
- G Area: provvedimenti con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
- H ALTRA AREA DI RISCHIO

2) Seleziona le Attività di Rischio e compila la sezione della valutazione dei Rischi

A1	1. Reclutamento	
A2	2. Progettazione di attività	
A3	3. Conferimento di incarichi e collaborazione	
A4	4. Altre forme di reclutamento diverse dal lavoro dipendente (tirocini, borse di studio)	
A5	5. Altre Attività di Rischio	

3) Compila la Valutazione del Rischio Per l'Attività di Rischio selezionata. Per inserire un rischio clicca sul pulsante ->

Rischio	Probabilità	Impatto
conferimento incarichi dirigenziali di alta specializzazione con modalità non improntate ai principi di imparzialità	3 Probabile	3 Soglia
UUDD_Governo_Rischio: Amministrazione e Sviluppo del Personale		Valore 9
Rischio gestione procedure con modalità non rispettose delle vigenti normative improntate al rispetto del principio di imparzialità della P.A.	2 Poco Probabile	2 Minore
UUDD_Governo_Rischio: Amministrazione e Sviluppo del Personale		Valore 4

Nella sezione dedicata ai Rischi, saranno elencati tutti i rischi, per l'area di rischio e l'attività di rischio selezionata, del catalogo dei rischi allegato al piano triennale della prevenzione della corruzione dell'Azienda Ospedaliera "G. Salvini" - anni 2014-2015-2016.

Sw. per il Monitoraggio e l'Aggiornamento dei Rischi per l'Anticorruzione - [Scheda Compilazione Rischi Anticorruzione]

File Modifica Inserisci Record Filtro ? Digitarne una domanda

ID: A0973 Descrizione: Azienda Ospedaliera "G. Salvini" - Garbagnate Milanese

ID_Struttura: A0973 Descrizione_Struttura: Azienda Ospedaliera "G. Salvini" - Garbagnate Milanese Tipo_Struttura:

Sezione Selezione Area di Rischio e Attività di Rischio

1) Selezione un'Area di rischio alla volta

A Area acquisizione e protezione del personale
 B Area affidamento di lavori, servizi e forniture
 C Area provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto
 D Area provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed
 E Area erogazione e prestazioni sanitarie
 F Area ciclo Attivo/Passivo
 G Area provvedimenti con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
 H ALTRA AREA DI RISCHIO

2) Selezione le Attività di Rischio e compila la sezione della valutazione dei rischi

Attività	Descrizione
A1	1 Reclutamento
A2	2 Assogestione personale
A3	3 Conferimento di incarichi di collaborazione
A4	4 Altre forme di reclutamento diverse dal lavoro dipendente (Tirocini, borse di studio, ecc.)
A5	5 Altre Attività di Rischio

3) Compila la Valutazione del Rischio Per l'Attività di Rischio selezionata. Per inserire un rischio clicca sul pulsante >

Rischio	Probabilità	Impatto
conferimento incarichi dirigenziali di alta specializzazione con modalità non improntate ai principi di imparzialità	3 Probabile	3 Soglia Valore 9
UUOO_Governo_Rischio: Amministrazione e Sviluppo del Personale		
Rischio gestione procedure con modalità non rispettose delle vigenti normative improntate al rispetto del principio di imparzialità della P.A.	2 Poco Probabile	2 Minore Valore 4
UUOO_Governo_Rischio: Amministrazione e Sviluppo del Personale		

In questa sezione sono riepilogate, per ogni rischio, le seguenti informazioni:

- Descrizione del Rischio
- La valutazione del Rischio
- L'UUOO di Governo del Rischio



E' possibile monitorare/aggiornare il rischio cliccando sul pulsante Monitoraggio/Aggiornamento del Rischio
Si aprirà la seguente maschera:

Modifica Le Informazioni del Rischio Selezionato

Maschera per il Monitoraggio e l'Aggiornamento del Rischio

UU00_Governo_Rischio Amministrazione e Sviluppo del Personale

ID_UU00 AD973 **Area_Di_Rischio** A Area: acquisizione e progressione del personale

fannuziata **Attività_Di_Rischio** A2 2. Progressioni di carriera

Descrizione del Rischio conferimento incarichi dirigenziali di alta specializzazione con modalità non improntate ai principi di imparzialità

Per Monitorare/Aggiornare il Rischio rispondere a tutte le domande:

1) Sono state applicate le misure di prevenzione del rischio?
 SI NO

2) Le misure di prevenzione previste ed applicate sono risultate efficaci?
 SI NO

3) Si confermano le misure di prevenzione previste per il rischio?
 SI NO

Proposta Misure da Adottare: Descrizione dettagliata da parte del proponente delle motivazioni che hanno portato alla formulazione della proposta di attribuzione dell'incarico

4) Si rilevano criticità/osservazioni nell'applicazione delle misure di prevenzione del rischio?
 SI NO

5) Si conferma la valutazione del rischio?
 SI NO

Matrice Probabilità - Impatto organizzativo, economico e sull'immagine - Rif allegato 5 PNA **Valore Calcolato: 9**

Impatto	0 Nessuna Prob	1 Improbabile	2 Poco Probabile	3 Probabile	4 Molto Probabile	5 Alta Probabilità
0 Nessuno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 Marginale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Minore	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Soglia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Serio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Superiore	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

User_Compilazione AD Salvini - Piano2013 Data_Compilazione 20/10/2014 11:31:28

User_Ultima_Variation Data_Ultima_Variation

Tale maschera riepiloga le informazioni del rischio selezionato. Il compilatore è tenuto a rispondere alle domande poste e potrà inserire i propri commenti e variare i seguenti campi:

- Proposta Misure da Adottare
- Valutazione del Rischio

Di seguito un esempio di compilazione:

Modifica Le Informazioni del Rischio Selezionato

Maschera per il Monitoraggio e l'Aggiornamento del Rischio

UUDD_Governo_Rischio Amministrazione e Sviluppo del Personale

ID_UUDD A0973 Area_DI_Rischio A Area: acquisizione e progressione del personale

Innanzitutto Attività_DI_Rischio A2 2 Progressioni di carriera

Descrizione del Rischio conferimento incarichi dirigenziali di alta specializzazione con modalità non improntate ai principi di imparzialità

Per Monitorare/Aggiornare il Rischio rispondere a tutte le domande: 2

1) Sono state applicate le misure di prevenzione del rischio?
 SI NO

2) Le misure di prevenzione previste ed applicate sono risultate efficaci?
 SI NO Se No Motivare:

3) Si confermano le misure di prevenzione previste per il rischio?
 SI NO

Proposta Misure da Adottare:

4) Si rilevano criticità/osservazioni nell'applicazione delle misure di prevenzione del rischio?
 SI NO

5) Si conferma la valutazione del rischio?
 SI NO

Matrice Probabilità - Impatto organizzativo, economico e sull'immagine - Rif allegato 5 PNA **Valore Calcolato: 1**

Impatto	0 Nessuna Prob	1 Improbabile	2 Poco Probabile	3 Probabile	4 Molto Probabile	5 Alta Probabilità
0 Nessuno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 Marginale	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Minore	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Soglia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Serio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Superiore	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

User_Compilazione AD Salvini - Piano2013 Data_Compilazione 20/10/2014 11:31:28

User_Ultima_Variatione Data_Ultima_Variatione

Per salvare le informazioni cliccare sul pulsante Salva



Nella maschera iniziale, sarà possibile capire lo stato di monitoraggio/aggiornamento del rischio dal seguente campo:

1) Selezione un'Area di Rischio alla volta

- A Area acquisizione e promozione del personale
- B Area affidamento di lavori, servizi e forniture
- C Area provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto
- D Area provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed
- E Area erogazione e prestazioni sanitarie
- F Area ciclo Attivo/Passivo
- G Area provvedimenti con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
- H ALTRA AREA DI RISCHIO

2) Selezione le Attività di Rischio e compila la sezione della valutazione dei rischi

A1	1. Reclutamento	
A2	2. Progressioni di carriera	
A3	3. Conferimento di incarichi di collaborazione	
A4	4. Altre forme di reclutamento diverse dal lavoro dipendente (Tirocini, borse di studio, ecc.)	
A5	5. Altre Attività di Rischio	

3) Compila la Valutazione del rischio Per l'Attività di rischio selezionata. Per inserire un rischio clicca sul pulsante ->

Rischio	Probabilità	Impatto
conferimento incarichi dirigenziali di alta specializzazione con modalità non improntate ai principi di imparzialità	1 Improbabile	1 Marginale
UUDO_Governo_Rischio: Amministrazione e Sviluppo del Personale		Valore 1
Rischio gestione procedure con modalità non rispettose delle vigenti normative improntate al rispetto del principio di imparzialità della P.A.	2 Poco Probabile	2 Minore
UUDO_Governo_Rischio: Amministrazione e Sviluppo del Personale		Valore 4

EVENTUALE INSERIMENTO DI ULTERIORI NUOVI RISCHI

Per l'inserimento di eventuali ulteriori rischi utili all'aggiornamento richiesto si invita a seguire le istruzioni che seguono.

Per memoria si ripropone in calce (pagg. 16-19) il manuale di istruzioni a suo tempo trasmesso in occasione della prima mappatura dei processi di rischio, svolta per la formulazione del vigente PTPC aziendale di cui alla deliberazione n. 47/2014.

Istruzioni operative per l'inserimento di un Nuovo Rischio

-Selezionare una per una le Aree di Rischio:

Sw per il Monitoraggio e l'Aggiornamento dei Rischi per l'Anticorruzione - [Scheda Compilazione Rischi Anticorruzione]

ID: A0973 Descrizione: Azienda Ospedaliera "G. Salvini" - Garbagnate Milanese

ID_Struttura: A0973 Descrizione_Struttura: Azienda Ospedaliera "G. Salvini" - Garbagnate Milanese Tipo_Struttura:

Sezione Selezione Aree di Rischio e Attività di Rischio

1) Seleziona un'Area di Rischio alla volta

- A Area: acquisizione e progressione del personale
- B Area: affidamento di lavori, servizi e forniture
- C Area: provvedimenti ampliati della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto
- D Area: provvedimenti ampliati della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed
- E Area: erogazione e prestazioni sanitarie
- F Area: ciclo Attivo/Passivo
- G Area: provvedimenti con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
- H ALTRA AREA DI RISCHIO

2) Seleziona le Attività di Rischio e compila la sezione della valutazione dei Rischi

Rischio	Probabilità	Impatto
Rischio gestione procedure acquisizione personale con modalità non rispettose delle vigenti normative improntate al rispetto dei principi di imparzialità della P.A.	2 Poco Probabile	3 Soglia
UUDD_Governo_Rischio: Amministrazione e Sviluppo del Personale		Valore 6

3) Compila la Valutazione del Rischio Per l'Attività di Rischio selezionata. Per inserire un rischio clicca sul pulsante >

start 11 10:24 sabato 01/11/2014

Prin Floyd - Sha... Anticorruzione... V2 VNC Viewer Volume master Manuale Compl... Sw per il Monit...



Selezionare l'attività di Rischio e cliccare sul pulsante **Aggiungi Rischio**

1) Seleziona un'Area di Rischio alla volta

- A Area acquisizione e progressione del personale
- B Area affidamento di lavori, servizi e forniture
- C Area provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto
- D Area provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed
- E Area erogazione e prestazioni sanitarie
- F Area ciclo Attivo/Passivo
- G Area provvedimenti con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
- H ALTRA AREA DI RISCHIO

2) Seleziona le Attività di Rischio e compila la sezione della valutazione dei Rischi

Attività	Descrizione
A1	1. Reclutamento
A2	2. Progressioni di carriera
A3	3. Conferimento di incarichi di collaborazione
A4	4. Altre forme di reclutamento diverse dal lavoro dipendente (Tirocini, borse di studio)
A5	5. Altre Attività di Rischio

3) Compila la Valutazione del Rischio Per l'Attività di Rischio selezionata. Per inserire un rischio clicca sul pulsante ➕

Rischio	Probabilità	Impatto
Rischio gestione procedure acquisizione personale con modalità non rispettose delle vigenti normative inprontate al rispetto dei principi di imparzialità della P.A.	2 Poco Probabile	3 50000
UU00_Governo_Rischio: Amministrazione e Sviluppo del Personale		



Sarà visualizzata la maschera per la compilazione dei singoli rischi:

Modifica Le Informazioni del Rischio Selezionato

Maschera per la modifica dati di un Rischio

ID_UU00 A0973

Iannunziata Area_Di_Rischio F Area ciclo Attivo/Passivo

Attività_Di_Rischio F1 1. Erogazione provvidenze economiche e dipendenti e rilevazioni presenze

Descrizione del Rischio Rischio d'area

Matrice Probabilità - Impatto organizzativo, economico e sull'immagine - Ril allegato 5 PNA

Valore Calcolato: 1

Impatto	0 Nessuna Prob.	1 Improbabile	2 Poco Probabile	3 Probabile	4 Molto Probabile	5 Alta Probabilità
0 Nessuno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1 Marginale	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Minore	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Soglia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Serie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Superiore	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Proposta Misure da Adottare: test

User_Compilazione Iannunziata

User_Ultima_Variation

Data_Compilazione 01/11/2014 10:46:46

Data_Ultima_Variation

Salva Record

I campi da compilare sono i seguenti:

Rischio: descrizione del rischio

Matrice Probabilità – Impatto Organizzativo, economico e sull’immagine: valutazione del rischio

Misure da Adottare: descrizione delle misure da adottare per controllare, ridurre, azzerare il rischio

-Per salvare le informazioni immesse cliccare sul pulsante “Salva Record”

Le informazioni compilate relative al rischio saranno visualizzate nella maschera iniziale

Sw per il Monitoraggio e l'Aggiornamento dei Rischi per l'Anticorruzione - [Scheda Compilazione Rischi Anticorruzione]

File Modifica Inserisci Record Pagine 2 Digitarne una domanda

ID: A0973 Descrizione: Azienda Ospedaliera "G. Salvini" - Garbagnate Milanese

ID_Struttura: A0973 Descrizione_Struttura: Azienda Ospedaliera "G. Salvini" - Garbagnate Milanese Tipo_Struttura:

Sezione Selezione Aree di Rischio e Attività di Rischio

1) Selezione un'Area di Rischio alla volta

A Area: acquisizione e progressione del personale
 B Area: affidamento di lavori, servizi e forniture
 C Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto
 D Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed
 E Area: erogazione e prestazioni sanitarie
 F Area: altri Aree/Rischi
 G Area: provvedimenti con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
 H ALTRA AREA DI RISCHIO

2) Selezione le Attività di Rischio e compila la sezione della valutazione dei Rischi

F1	1. Erogazione provvidenze economiche a dipendenti deviazioni per ferie
F2	2. Fatturazione Attiva
F3	3. Fatturazione Passiva
F4	4. Gestione del Patrimonio Immobiliare
F5	5. Gestione Finanziamenti Pubblici
F6	6. Altre Attività di Rischio

3) Compila la Valutazione del Rischio Per l'Attività di Rischio selezionata. Per inserire un rischio clicca sul pulsante ->

Rischio	Probabilità	Impatto
Rischio di test	1 Improbabile	1 Marginale
		
UU00_Governo_Rischio		Valore 1

-Per modificare le informazioni del rischio selezionato cliccare sul pulsante di "Modifica" 

-Per eliminare le informazioni del rischio selezionato cliccare sul pulsante "Elimina" 

Alla fine della compilazione è possibile ritornare nella maschera principale cliccando sul pulsante "Chiudi Maschera"

Sw per il Monitoraggio e l'Aggiornamento dei Rischi per l'Anticorruzione - [Scheda Compilazione Rischi Anticorruzione]

ID: A0973 Descrizione: Azienda Ospedaliera "G. Salvini" - Garbagnate Milanese

ID_Struttura: A0973 Descrizione_Struttura: Azienda Ospedaliera "G. Salvini" - Garbagnate Milanese Tipo_Struttura:

Sezione Selezione Area di Rischio e Attività di Rischio

1) Seleziona un'Area di Rischio alla volta

- A Area: acquisizione e progressione del personale
- B Area: affidamento di lavori, servizi e forniture
- C Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
- D Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
- E Area: erogazione e prestazioni sanitarie
- F Area: ciclo Attivo/Passivo
- G Area: provvedimenti con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
- H ALTRA AREA DI RISCHIO

2) Seleziona le Attività di Rischio e compila la sezione della valutazione dei Rischi

Attività	Descrizione
F1	Erogazione provvidenze economiche a dipendenti
F2	2 Fatturazione Attiva
F3	3 Fatturazione Passiva
F4	4 Gestione del Patrimonio Immobiliare
F5	5 Gestione Finanziamenti Pubblici
F6	6 Altre Attività di Rischio

3) Compila la Valutazione del Rischio Per l'Attività di Rischio selezionata. Per inserire un rischio clicca sul pulsante ->

Rischio	Probabilità	Impatto
Rischio di test	1 Improbabile	1 Marginale
UU00_Governo_Rischio:		Valore 1

Chiudi Maschera

In base alle indicazioni del PNA - Piano Nazionale Anticorruzione - e alla valutazione effettuata in occasione dell'approvazione del PTPC aziendale vigente, rispetto alle diverse attività dell'A.O. Salvini, sono state classificate le seguenti **Aree** ed **Attività di Rischio** obbligatorie e ulteriori (non esaustive).

A. Area: acquisizione e progressione del personale

1. Reclutamento
2. Progressioni di carriera
3. Conferimento di incarichi di collaborazione
4. Altre forme di reclutamento diverse dal lavoro dipendente (tirocini, borse di studio, ecc.)
5. Altre Attività di Rischio

B. Area: affidamento di lavori, servizi e forniture

1. Definizione dell'oggetto dell'affidamento
2. Individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento
3. Requisiti di qualificazione
4. Requisiti di aggiudicazione
5. Valutazione delle offerte
6. Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte
7. Procedure negoziate
8. Affidamenti diretti
9. Revoca del bando
10. Redazione del cronoprogramma
11. Varianti in corso di esecuzione del contratto
12. Subappalto
13. Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto
14. Convenzioni passive per acquisto di attività o servizi sanitari da terzi
15. Altre Attività di Rischio

C. Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

1. Altre Attività di Rischio

D. Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

1. Altre Attività di Rischio

E. Area: erogazione e prestazioni sanitarie

1. Rapporto con gli informatori scientifici del farmaco
2. Sperimentazioni cliniche
3. Libera professione (dalla prenotazione al pagamento del compenso)
4. Gestione Reclami ed encomi
5. Richiesta prestazione sanitarie
6. Verifica disponibilità/ammissibilità della prestazione richiesta e prenotazione
7. Accettazione
8. Incasso Ticket (Riconoscimento indebito esenzione. Maneggio denaro)
9. Erogazione prestazione
10. Registrazione
11. Altre Attività di Rischio

F. Area: ciclo Attivo/Passivo

1. Erogazione provvidenze economiche a dipendenti e rilevazioni presenze
2. Fatturazione Attiva
3. Fatturazione Passiva
4. Gestione del Patrimonio Immobiliare
5. Gestione Finanziamenti Pubblici

6. Altre Attività di Rischio

G. Area: provvedimenti con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

1. Contributi
2. Risarcimenti
3. Altre Attività di Rischio

H. ALTRA AREA DI RISCHIO

1. Altre Attività di Rischio

Per ogni area di rischio, contrassegnata dalla lettera A alla lettera G, è stata definita l'attività di rischio "Altre Attività di Rischio" nella quale è possibile mappare i rischi per i quali non è stato possibile individuarne l'attività tra quelle in elenco. L'area di rischio "H - ALTRA AREA DI RISCHIO" e la relativa attività di rischio "1. Altre Attività di Rischio" sono state definite per mappare i rischi per i quali non è stato possibile individuare né l'area né la corrispondente attività di rischio tra quelle in elenco.

COMPILAZIONE DELLE MASCHERE

Ai fini della compilazione delle maschere si dovrà aver cura di :

- Selezionare ogni singola Area e per ogni singola Attività compilare i rischi o marcarla (nella relativa casella di scelta) come attività di rischio non esistente per la propria Struttura.
- Descrivere il rischio (vedere gli esempi suggeriti dall'allegato n. 3 al PNA)
- Valutare il rischio compilando la matrice (avvalendosi delle indicazioni previste dall'allegato n. 5 al PNA) . Per comodità si riporta di seguito la tabella riepilogativa dell'allegato n. 5 al PNA :

**TABELLA RIEPILOGATIVA DELL'ALLEGATO 5 AL PIANO NAZIONALE ANTICORRUZIONE
PER LA VALUTAZIONE DI OGNI PROCESSO A RISCHIO INDIVIDUATO**

 USC/USS/Dipartimento /Staff : _____
 Processo a rischio individuato : _____

INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITÀ	INDICI DI VALUTAZIONE DELL'IMPATTO																																								
Discrezionalità Il processo è discrezionale? No, è del tutto vincolato 1 E' parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi 2 (regolamenti, direttive, circolari) E' parzialmente vincolato solo dalla legge 3 E' parzialmente vincolato solo da atti amministrativi 4 (regolamenti, direttive, circolari) E' altamente discrezionale 5	Impatto organizzativo Rispetto al totale del personale impiegato nel singolo servizio (unità organizzativa semplice) competente a svolgere il processo (o la fase di processo di competenza della p.a.) nell'ambito della singola p.a., quale percentuale di personale è impiegata nel processo? (se il processo coinvolge l'attività di più servizi nell'ambito della stessa p.a. occorre riferire la percentuale al personale impiegato nei servizi coinvolti) Fino a circa il 20% 1 Fino a circa il 40% 2 Fino a circa il 60% 3 Fino a circa l'80% 4 Fino a circa il 100% 5																																								
Rilevanza esterna Il processo produce effetti diretti all'esterno dell'amministrazione di riferimento? No, ha come destinatario finale un ufficio interno 2 Sì, il risultato del processo è rivolto direttamente ad utenti esterni alla p.a. di riferimento 5	Impatto economico Nel corso degli ultimi 5 anni sono state pronunciate sentenze della Corte dei Conti a carico di dipendenti (dirigenti e dipendenti) della p.a. di riferimento o sono state pronunciate sentenze di risarcimento del danno nei confronti della p.a. di riferimento per la medesima tipologia di evento o di tipologie analoghe? No 1 Sì 5																																								
Complessità del processo Si tratta di un processo complesso che comporta il coinvolgimento di più amministrazioni (esclusi i controlli) in fasi successive per il conseguimento del risultato? No, il processo coinvolge una sola p.a. 1 Sì, il processo coinvolge più di 3 amministrazioni 3 Sì, il processo coinvolge più di 5 amministrazioni 5	Impatto reputazionale Nel corso degli ultimi 5 anni sono stati pubblicati su giornali o riviste articoli aventi ad oggetto il medesimo evento o eventi analoghi? No 0 Non ne abbiamo memoria 1 Sì, sulla stampa locale 2 Sì, sulla stampa nazionale 3 Sì, sulla stampa locale e nazionale 4 Sì, sulla stampa locale, nazionale e internazionale 5																																								
Valore economico Qual è l'impatto economico del processo? Ha rilevanza esclusivamente interna 1 Comporta l'attribuzione di vantaggi a soggetti esterni, ma di non particolare rilievo economico (es.: concessione di borsa di studio per studenti) 3 Comporta l'attribuzione di considerevoli vantaggi a soggetti esterni (es.: affidamento di appalto) 5	Impatto organizzativo, economico e sull'immagine A quale livello può collocarsi il rischio dell'evento (livello apicale, livello intermedio o livello basso) ovvero la posizione/il ruolo che l'eventuale soggetto riveste nell'organizzazione è elevata, media o bassa? A livello di addetto 1 A livello di collaboratore o funzionario 2 A livello di dirigente di ufficio non generale ovvero di posizione apicale o di posizione organizzativa 3 A livello di dirigente di ufficio generale 4 A livello di capo dipartimento/segretario generale 5																																								
Frazionabilità del processo Il risultato finale del processo può essere raggiunto anche effettuando una pluralità di operazioni di entità economica ridotta che, considerate complessivamente, alla fine assicurano lo stesso risultato (es.: pluralità di affidamenti ridotti)? No 1 Sì 5	RIEPILOGO																																								
Controlli Anche sulla base dell'esperienza pregressa, il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a neutralizzare il rischio? Sì, costituisce un efficace strumento di neutralizzazione 1 Sì, è molto efficace 2 Sì, per una percentuale approssimativa del 50% 3 Sì, ma in minima parte 4 No, il rischio rimane indifferente 5	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2">VALUTAZIONE PROBABILITÀ</th> <th colspan="2">VALUTAZIONE IMPATTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Discrezionalità</td> <td></td> <td>Impatto organizzativo</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Rilevanza esterna</td> <td></td> <td>Impatto economico</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Complessità del processo</td> <td></td> <td>Impatto reputazionale</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Valore economico</td> <td></td> <td>Impatto organizzativo, economico e sull'immagine</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Frazionabilità del processo</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Controlli</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">totale</td> <td>X</td> <td style="text-align: right;">totale</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Media</td> <td>x/6</td> <td style="text-align: right;">Media</td> <td>y/4</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO = Valore \bar{M} Probabilità x Valore \bar{M} Impatto (moltiplicare le Medie) </td> <td colspan="2" style="text-align: center;"> (NOTA 1) = </td> </tr> </tbody> </table>	VALUTAZIONE PROBABILITÀ		VALUTAZIONE IMPATTO		Discrezionalità		Impatto organizzativo		Rilevanza esterna		Impatto economico		Complessità del processo		Impatto reputazionale		Valore economico		Impatto organizzativo, economico e sull'immagine		Frazionabilità del processo				Controlli				totale	X	totale	Y	Media	x/6	Media	y/4	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO = Valore \bar{M} Probabilità x Valore \bar{M} Impatto (moltiplicare le Medie)		(NOTA 1) =	
VALUTAZIONE PROBABILITÀ		VALUTAZIONE IMPATTO																																							
Discrezionalità		Impatto organizzativo																																							
Rilevanza esterna		Impatto economico																																							
Complessità del processo		Impatto reputazionale																																							
Valore economico		Impatto organizzativo, economico e sull'immagine																																							
Frazionabilità del processo																																									
Controlli																																									
totale	X	totale	Y																																						
Media	x/6	Media	y/4																																						
VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO = Valore \bar{M} Probabilità x Valore \bar{M} Impatto (moltiplicare le Medie)		(NOTA 1) =																																							

• VALORI E FREQUENZE DELLA PROBABILITÀ:	0 nessuna probabilità 1 improbabile 2 poco probabile 3 probabile 4 molto probabile 5 altamente probabile
• VALORI E IMPORTANZA DELL'IMPATTO:	0 nessun impatto 1 marginale 2 minore 3 soglia 4 serio 5 superiore

NOTE: (1) Il livello determinato dal prodotto delle due medie potrà essere nel suo valore massimo = 25.

- Verificare alla fine della compilazione i dati inseriti attraverso i report di controllo nella maschera principale.

DOCUMENTAZIONE A SUPPORTO ACCESSIBILE DAL DATABASE

[Accesso alla Normativa](#)

Nella maschera principale è possibile accedere con apposito pulsante alla documentazione relativa al PNA e ai processi/modelli organizzativi già adottati dall'Azienda.

In particolare si segnalano i seguenti allegati al PNA:

- All. 1 "Catalogo Rischi_20140129"
catalogo dei rischi allegato al piano triennale della prevenzione della corruzione dell'Azienda Ospedaliera "G. Salvini" - anni 2014-2015-2016
- all. 2 "AREE DI RISCHIO COMUNI E OBBLIGATORIE"
- all. 3 "ELENCO ESEMPLIFICAZIONE RISCHI"
L'elencazione ha carattere meramente esemplificativo. I rischi elencati sono considerati in un'ottica strumentale alla realizzazione di fatti di corruzione.
- All. 4 "ELENCO ESEMPLIFICAZIONE MISURE ULTERIORI"
L'elencazione ha carattere meramente esemplificativo e si riferisce a misure di prevenzione diverse da quelle obbligatorie per legge. Le misure elencate sono considerate in un'ottica strumentale alla riduzione del rischio di corruzione.
- all. 5 "TABELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO"



**Azienda Ospedaliera
"Guido Salvini"
Garbagnate Milanese**

Presidi Ospedalieri: Bollate, Garbagnate M.se, Passirana, Rho

Al Responsabile
della Prevenzione della Corruzione
dell'A.O. "G. Salvini"
Dott. Pier Paolo Balzamo

**RELAZIONE DEL REFERENTE DEL RESPONSABILE AZIENDALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
MONITORAGGIO DELLE MISURE E DEGLI ADEMPIMENTI PREVISTI DAL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE
DELLA CORRUZIONE (PTPC) DELL'A.O. G. SALVINI 2014-2015-2016 - DI CUI ALLA DELIBERAZIONE N. 47/2014**

COGNOME E NOME:

REFERENTE DEL RESPONSABILE AZIENDALE
DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
STRUTTURA/DIPARTIMENTO:

Con riferimento a quanto previsto al vigente piano triennale di prevenzione della corruzione dell'A.O. "G. Salvini", adottato con deliberazione n. n. 47/2014, in ordine ai flussi informativi verso il Responsabile della Prevenzione della corruzione sulle attività e sugli adempimenti previsti dal piano, il sottoscritto, in qualità di Referente del Responsabile aziendale della Prevenzione della corruzione relaziona quanto segue:

- a. inserisce sull'apposito data base (allegato alla nota di richiesta della presente relazione) le risultanze del monitoraggio per le **aree/attività di rischio**, di cui al catalogo dei rischi allegato 1 al citato piano; nonché l'eventuale aggiornamento delle stesse;
- b. rappresenta di aver accertato le seguenti **violazioni delle prescrizioni del piano** tali da richiedere una modifica:
- c. rappresenta quanto segue in ordine ai percorsi di formazione rivolti al personale in materia di anticorruzione di cui al **Piano di Formazione aziendale 2014** e precisa sull'argomento il seguente **bisogno formativo per l'anno 2015**:
- d. rappresenta quanto segue in ordine agli esiti del monitoraggio effettuato sul rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti, per la **conclusione dei procedimenti**:

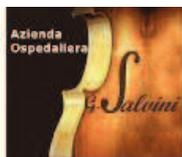
- e. comunica quanto segue in ordine alla **rotazione del personale attuata nella propria articolazione** organizzativa:
- f. (a cura del Referente USC Amministrazione e Sviluppo del Personale)
comunica quanto segue in ordine all'attivazione da parte dell'Azienda per l'adozione di apposite misure volte a definire metodologie per la **rotazione del personale** addetto alle aree a rischio di corruzione:
- g. (a cura del Referente USC Amministrazione e Sviluppo del Personale)
in ordine a quanto previsto dalla normativa e dal PTPC aziendale vigenti in tema di **inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi dirigenziali**, rappresenta che si è ottemperato mediante:
- acquisizione, all'atto dell'assunzione/conferimento incarico, di apposita dichiarazione sostitutiva per inconferibilità;
 - acquisizione, sia all'atto del conferimento dell'incarico, sia nel corso del rapporto di lavoro, di dichiarazione sostitutiva per incompatibilità dell'incarico;
 - informativa al candidato, nell'ambito dell'avviso pubblico di indizione della selezione per il conferimento dell'incarico dirigenziale, che all'atto dell'assunzione non devono sussistere cause di inconferibilità o incompatibilità;
 - altra misura da specificare:
- h. segnala l'esistenza delle seguenti situazioni di **inconferibilità e incompatibilità** degli incarichi dirigenziali:
- i. (a cura del Presidente dell'UPD) segnala quanto segue in merito **violazioni al Codice di Comportamento**, nell'ambito del procedimento disciplinare:
- j. in ordine all'applicazione delle misure prescritte dal vigente PTPC aziendale ai fini della verifica della sussistenza di eventuali **condanne penali per delitti contro la pubblica amministrazione** nella formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento d'incarichi, conferma:
- l'applicazione delle misure;
 - la non applicazione delle misure, per la seguente motivazione:
- k. rappresenta quanto segue in ordine all'**obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse dei dipendenti**, nell'ambito delle proprie funzioni, per coinvolgimento di interessi propri, o di parenti, o di affini o con terzi in rapporto, come previsto dal codice di comportamento aziendale:

- l. in ordine all'inserimento nei contratti di prestazione d'opera con i liberi professionisti e con altri collaboratori a qualsiasi titolo, in occasione della stipula, dell'**obbligo di osservanza delle prescrizioni del PTPC aziendale vigente**, rappresenta di:
- aver applicato la misura
 - non aver applicato la misura, per la seguente motivazione:
- m. (a cura del Referente USC Acquisti e del Referente USC Tecnico Patrimoniale)
in qualità di RUP, evidenzia quanto segue in ordine agli **indicatori di rischio** quali gare deserte, assegnazioni a fornitore unico e/o emergenza, altro:
- n. (a cura del Referente USC Acquisti e del Referente USC Tecnico Patrimoniale)
in ordine ai **patti di integrità negli affidamenti**, ai fini dell'assunzione da parte dei concorrenti ed aggiudicatari di gare dell'impegno a rispettare tutte le disposizioni ed i principi di cui al Codice Etico comportamentale e Codice Etico degli appalti regionali, rappresenta quanto segue:
- o. (a cura del Referente USC Controllo di Gestione)
rappresenta quanto segue in ordine alle attività del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (**NVP**) in coerenza con il PTPC aziendale e la normativa vigente:
- p. (a cura del Referente USC Controllo di Gestione)
rappresenta quanto segue in ordine al coordinamento ed integrazione tra il PTPC aziendale ed il **Piano della Performance (PP)**, in particolare sullo sviluppo nelle schede di programmazione annuali del PP delle misure di prevenzione della corruzione previste dal PTPC aziendale, con declinazione di obiettivi a questo coerenti:
- q. (a cura del Referente Ufficio Marketing e Comunicazione e Responsabile aziendale Trasparenza)
rappresenta quanto segue in merito all'elaborazione del **Piano di Comunicazione aziendale**, per le attività di comunicazione, partecipazione ed informazione, in coerenza con il PTPC aziendale:

- r. (a cura del Referente Ufficio Marketing e Comunicazione e Responsabile aziendale Trasparenza) rappresenta quanto segue in ordine alle attività svolte in tema di **Trasparenza**, in coerenza con il PTPC aziendale e la normativa vigente:
- s. altro da specificare:
- t. **allega**, inoltre, alla presente relazione la seguente documentazione, in quanto ritenuta di interesse:
- u. infine, rappresenta quanto segue in merito all'attuazione del prescritto **sistema "a cascata"** all'interno dell'articolazione cui è preposto sia per il monitoraggio dei rischi, sia per l'attuazione del Piano:

Luogo e data, _____

Firma



**IL RESPONSABILE AZIENDALE DELLA
PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**

Garbagnate Milanese, 12 dicembre 2014
Fascicolo Generale N°: 7/2014 – 01.3.01
Prot. int.0039-014 del 15.12.2014
Classificazione 01.3.01

Al Direttore Generale
dell'Azienda Ospedaliera G. Salvini
Dr. Ermenegildo Maltagliati

e p.c.

Al Direttore Amministrativo
Dr.ssa Loredana Luzzi

Al Direttore Sanitario
Dr.ssa Tiziana Caldarulo

All'Organismo di Vigilanza
dell'Azienda Ospedaliera G. Salvini

Loro sedi

Oggetto: relazione sull'attività svolta nell'anno 2014 dal Responsabile Aziendale della Prevenzione della Corruzione

Il Responsabile aziendale della Prevenzione della Corruzione (di seguito il Responsabile Anticorruzione) ai sensi della Legge 6 Novembre 2012 n. 190, individuato con la deliberazione del Direttore Generale n. 98 del 21.02.2013 nella figura del dott. Pier Paolo Balzamo

rilascia la presente relazione dell'attività svolta nell'anno 2014

entro il termine del 15 dicembre 2014, ai sensi dell'art. 1, comma 14, della citata Legge n. 190\2012, la quale sarà pubblicata sul sito istituzionale entro il 31 dicembre 2014, come da indicazioni presenti sul sito ANAC in data 25 novembre 2014.

1. La prevenzione realizzata negli enti del Servizio Sanitario Nazionale in Regione Lombardia attraverso l'integrazione delle attività dell'Organismo di Vigilanza con quella del Responsabile Anticorruzione.

Negli ultimi due anni la disciplina della prevenzione dei rischi corruzione è stata interessata da significativi cambiamenti nell'ordinamento giuridico, che ha imposto un'attenta valutazione dei profili connessi alla sua applicazioni agli enti del SSN e conseguenti modifiche degli strumenti preventivi adottati dall'Azienda.

Tenuto conto che nel settore sanitario della Regione Lombardia, il sistema delineato dalla L. 190/2012 ha inciso su quanto già previsto e disciplinato dall'art. 13 bis della L.R. 33/2009,



incentrato sugli istituti tipici del D.lgs. 231/2001, conformemente alla *ratio* del Piano Nazionale Anticorruzione si è proceduto a realizzare una collaborazione tra l'Organismo di Vigilanza (di seguito OdV) ed il Responsabile Anticorruzione, il quale ha svolto un ruolo di raccordo tra l'OdV e l'Azienda stessa, evitando il più possibile duplicazione di funzioni analoghe.

Nel corso del 2014 vi è stata la partecipazione stabile del Responsabile Anticorruzione agli incontri dell'OdV in qualità di segretario dell'Organismo con relativa collaborazione nelle attività di verifica e di controllo.

L'OdV ha partecipato al processo di gestione del rischio corruzione esprimendo preventivo parere favorevole, come da verbale n. 1 del 28.01.2014, sul Piano Triennale Prevenzione della Corruzione aziendale triennio 2014-2015-2016, adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 47 del 30 gennaio 2014 e, conseguentemente, sul percorso adottato dall'azienda in merito alla mappatura dei processi, valutazione dei rischi e relative misure di prevenzione.

2. L'adesione dell'Azienda Ospedaliera G. Salvini al Tavolo interaziendale regionale per la prevenzione dell'illegalità nella P.A.

Su indicazione del Responsabile Anticorruzione, l'Azienda ha aderito nel corso del 2014 ad un Tavolo Interaziendale coordinato dall'Azienda Ospedaliera di Lecco, per la prevenzione dell'illegalità sorto per iniziativa spontanea dei responsabili anticorruzione di alcuni enti del Servizio Sanitario di Regione Lombardia e finalizzato alla condivisione di esperienze e degli strumenti di prevenzione, alla luce delle peculiarità dell'ambito sanitario.

Il lavoro del Tavolo Interaziendale, al quale hanno aderito ad oggi circa 20 enti tra ASL/Aziende Ospedaliere/I.R.C.C.S. lombarde, con la partecipazione dei rispettivi Responsabili Anticorruzione, si è incentrato sulla revisione, semplificazione e integrazione degli strumenti di *compliance*, per l'esame di specifiche questioni e per definire gli ambiti e i profili da esaminare ed approfondire in materia di prevenzione dell'illegalità negli enti del SSN. Nell'ambito di detto tavolo sono stati elaborati documenti e indicazioni per ciascuna azienda partecipante per l'adozione dei relativi strumenti preventivi. Lo spirito del tavolo è stato quello di un approccio concreto alle problematiche in un'ottica di prevenzione dell'illegalità.

3. Provvedimenti adottati ed interventi realizzati nel corso del 2014

Su proposta del Responsabile Anticorruzione, l'Azienda ha adottato il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione aziendale per il triennio 2014-2015-2016, con deliberazione del Direttore Generale n. 47 del 30 gennaio 2014.

Con la stessa deliberazione è stato adottato il Programma Triennale Trasparenza e Integrità, presentato dal Responsabile aziendale della Trasparenza.

Altri provvedimenti adottati ed interventi realizzati nel corso dell'anno 2014, strumenti utili per la realizzazione della prevenzione della corruzione, sono stati i seguenti:

- adozione del Codice di Comportamento aziendale, con deliberazione n. 663 del 16.12.2013, in cui tra l'altro in particolare è stato disciplinato l'obbligo dei dipendenti di astensione in caso di conflitto di interesse;
- disciplina specifica in materia di attività ed incarichi extra-istituzionali adottata con deliberazione del Direttore Generale n. 71 del 20.02.2014;



- tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito, con l'adozione della relativa procedura denominata "Procedura per la segnalazione di illeciti e irregolarità - whistleblowing policy" pubblicata sul sito intranet aziendale.
- formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche attinenti alla prevenzione della corruzione sia per il Responsabile Anticorruzione, sia per il Responsabile della Trasparenza sia per il personale dell'Azienda.
- applicazione della disciplina normativa e delle misure previste in materia di formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione
- rotazione del personale effettuata tenendo conto degli organici di ogni settore di attività, in particolare è stata realizzata la rotazione delle segreterie dei concorsi pubblici di personale;
- in ordine a quanto previsto dalla normativa e come declinato nel PTPC aziendale vigenti in tema di inconfiribilità ed incompatibilità degli incarichi dirigenziali, si è ottemperato mediante dichiarazioni di incompatibilità richieste annualmente e all'atto dell'assunzione, e dichiarazioni di inconfiribilità richieste all'atto dell'assunzione e del conferimento dell'incarico e pubblicate sul sito internet aziendale.

Per quanto riguarda il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione aziendale per il triennio 2014-2015-2016, redatto ed approvato nel 2014, sulla base delle aree di rischio individuate dal P.N.A., l'Azienda G. Salvini ha messo a punto un database informatico strutturato al fine di consentire una mappatura dei rischi che coinvolgesse tutti i Responsabili di Unità Strutture Complesse, di staff e Semplici dipartimentali di tutti i ruoli amministrativi, tecnici, professionali, sanitari, di Dipartimento e delle Direzioni Mediche di Presidio.

Nella mappatura dei rischi l'Azienda G. Salvini ha tenuto conto delle particolari aree di rischio, individuate dalla L. n. 190/2012, ritenute obbligatorie e comuni a tutte le amministrazioni pubbliche, elencate nell'art. 1, comma 16, e specificate nell'allegato 2 del P.N.A.

Queste aree, hanno costituito un contenuto minimale obbligatorio per legge, e non hanno esaurito tuttavia, l'individuazione delle aree di rischio dell'Azienda. Il P.T.C.P. include, infatti, ulteriori aree di rischio, che rispecchiano le specificità funzionali, di contesto e di tipologia di attività istituzionale dell'Azienda Ospedaliera Salvini.

In particolare sono state individuate le seguenti altre aree e sottoaree/attività a rischio:

Area A: acquisizione e progressione del personale

4. Altre forme di reclutamento diverse dal lavoro dipendente (tirocini, borse di studio, ecc.)

Area B: affidamento di lavori, servizi e forniture

14. Convenzioni passive per acquisto di attività o servizi sanitari da terzi

Area E: erogazione e prestazioni sanitarie

1. Rapporto con gli informatori scientifici del farmaco
2. Sperimentazioni cliniche
3. Libera professione (dalla prenotazione al pagamento del compenso)
4. Gestione Reclami ed encomi
5. Richiesta prestazione sanitarie
6. Verifica disponibilità/ammissibilità della prestazione richiesta e prenotazione
7. Accettazione
8. Incasso Ticket
9. Erogazione prestazione
10. Registrazione



Area F: ciclo Attivo/Passivo

1. Erogazione provvidenze economiche a dipendenti e rilevazioni presenze
2. Fatturazione Attiva
3. Fatturazione Passiva
4. Gestione del Patrimonio Immobiliare
5. Gestione Finanziamenti Pubblici

Area G: provvedimenti con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

1. Contributi
2. Risarcimenti

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione aziendale per il triennio 2014-2015-2016 approvato nel 2014 ha pertanto individuato le aree sensibili; misurato il relativo rischio, definito i relativi strumenti preventivi. L'Azienda con l'adozione del Piano suddetto si è orientata, nel contrasto dell'illegalità, verso un sistema integrato con gli altri strumenti strategici dell'Azienda, quali nello specifico il *Codice Etico Comportamentale*, il *Piano delle Performance*, il *Piano della Comunicazione* ed il *Piano della Trasparenza ed Integrità*, introducendo nuove misure e migliorando quelle esistenti.

In particolare, per quanto concerne la Trasparenza, nel corso del 2014, la Responsabile aziendale della Trasparenza ha rappresentato che il rifacimento del layout strutturale della sezione "Amministrazione trasparente" è stato adeguato, sia in termini di palinsesto che di navigazione, a quello definito da Gazzetta Amministrativa, fruendo altresì del relativo server.

La sezione "Amministrazione trasparente", è stata realizzata seguendo le Linee guida per l'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità dell'ANAC, organizzata in sottosezioni, all'interno delle quali sono stati inseriti i documenti, le informazioni e i dati previsti dal D.Lgs. n. 33/2013.

4. Le risorse del Responsabile Anticorruzione

Il Responsabile Anticorruzione si è avvalso nel corso del 2014 delle seguenti risorse:

- Responsabile della Trasparenza, individuato e nominato con deliberazione del Direttore Generale n. 77 del 20.02.2012 nella figura della Dr.ssa Donata Castelli;
- Gruppo di Supporto Permanente costituito dai seguenti Referenti del Responsabile Anticorruzione:
 - Direttori del Dipartimento di Medicina, di Salute Mentale, di Chirurgia, dei Servizi Diagnostici e Terapeutici, del Dipartimento di Anestesia/Rianimazione/Terapia del dolore/Cure palliative, Geriatrico Riabilitativo, Materno Infantile,
 - Dirigente Responsabile della Direzione Medica del Presidio Ospedaliero di Garbagnate Milanese, di Rho, di Bollate, di Passirana,
 - Dirigente Responsabile SITRA,
 - Dirigenti Responsabili dell'U.S.C. Farmacia, U.S.C. Coordinamento delle attività Amministrative di presidio, U.S.C. Amministrazione e sviluppo del Personale, U.S.C. Acquisti, U.S.C. Tecnico Patrimoniale, U.S.C. Logistica e gestione dei Servizi Economici ed Alberghieri; U.S.C. Sistemi Informativi ed Informatici, U.S.C. Economico Finanziaria, U.S.C. Controllo di Gestione, Ufficio di Staff Marketing e Comunicazione



Presidi Ospedalieri: Bollate, Garbagnate M.se, Passirana, Rho

- un funzionario amministrativo di supporto operante all'interno dell'Unità di staff afferente alla Direzione Amministrativa aziendale ed un funzionario tecnico informatico operante all'interno dell' U.S.C. Sistemi Informativi ed Informatici;
- Organismo di Vigilanza (OdV);

Il P.T.P.C., in considerazione del carattere complesso dell'organizzazione dell'A.O. Salvini, tenuto conto anche dell'articolazione per diversi centri di responsabilità e per diversi presidi ospedalieri, ha previsto che l'attività del Responsabile Anticorruzione non può prescindere dall'ausilio di Referenti che operano nelle diverse strutture dipartimentali e/o territoriali in cui si articola l'A.O. G. Salvini.

I Referenti del Responsabile Anticorruzione hanno concorso nel 2014 con lo stesso a:

- individuare le attività a più elevato rischio di corruzione;
- prevedere misure idonee a prevenire il rischio di corruzione;
- assicurare obblighi di informazione nei confronti del Responsabile per vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano;
- monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- monitorare i rapporti tra l'amministrazione ed i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità tra i titolari, amministratori, soci ed i dipendenti dell'amministrazione;
- individuare specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti dalla legge;
- verificare l'efficace attuazione del piano e della sua idoneità, nonché a proporre la modifica dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni o quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
- verificare l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio corruzione;
- individuare il personale da inserire nei programmi di formazione;
- osservare le prescrizioni in materia di trasparenza dell'attività amministrativa;
- monitorare le misure e gli adempimenti previsti dal Piano (PTPC) aziendale di cui alla deliberazione n. 47/2014;
- procedere all'aggiornamento delle aree ed attività a rischio corruzione.

L'Organismo di Vigilanza (OdV) ha partecipato nel corso del 2014 al processo di gestione del rischio corruzione esprimendo parere vincolante sul Piano Triennale Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.); ha svolto compiti propri, connessi all'attività anticorruzione nel settore della gestione dei rischi previsti dal D. Lgs. 231/2001; ha effettuato un'azione di verifica riguardo l'attuazione delle attività connesse agli obblighi derivanti dalla Legge 190/2012.

L'attività di prevenzione e contrasto alla corruzione nell'Azienda nel 2014 e' stata realizzata ulteriormente attraverso i seguenti controlli:

- controlli interni;
- controlli operati dal Collegio Sindacale nell'ambito delle proprie competenze.



5. Gli strumenti tecnici del Responsabile Anticorruzione

L'Azienda ha ritenuto utile sviluppare ed avvalersi nell'anno 2014 di un supporto informatico, per effettuare la mappatura e la pesatura delle aree ed attività a rischio corruzione, in modo da poterlo gestire come un vero e proprio Registro dei rischi. Il Database così realizzato ha consentito inoltre di tenere traccia delle rilevazioni effettuate ed è risultato uno strumento utile per il Responsabile dell'Anticorruzione, ai fini della dimostrazione delle attività in capo allo stesso previste dalla norma. Il database è stato preventivamente testato positivamente da un campione ristretto di dirigenti e responsabili, anche allo scopo di ricevere suggerimenti e spunti di riflessione utili per la messa a punto definitiva. E' seguita la consultazione con un panel di dirigenti a seguito della quale sono stati forniti ulteriori chiarimenti a tutti i responsabili compilatori per la mappatura dei rischi realizzando un ulteriore coinvolgimento ed una partecipazione più mirata degli stessi. In fase di monitoraggio ed aggiornamento del Piano è stato messo a disposizione il medesimo strumento con l'adeguamento necessario al fine di aggiornare/mappare/modificare aree/attività di rischio, la loro ponderazione e le relative misure di prevenzione.

6. Modalità di partecipazione e coinvolgimento

L'Azienda ha ritenuto di fondamentale importanza il coinvolgimento dei dirigenti e degli operatori addetti alle attività "a rischio".

Pertanto, il P.T.P.C. approvato nel 2014 è stato elaborato con il contributo fondamentale di tutti i responsabili sia nelle fasi di individuazione delle aree, attività e processi a rischio, sia nella ponderazione del rischio nei processi di competenza, sia nella proposta di misure idonee di prevenzione da applicare a tali attività e processi.

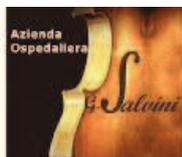
A tutti i compilatori è stato illustrato un Manuale Pratico per l'utilizzo del database, corredato dalla documentazione normativa in materia.

Il Responsabile Anticorruzione ha continuato nel corso dell'anno 2014 l'attività di sensibilizzazione, già avviata nel corso del 2013 con l'adozione del primo PTPC aziendale di cui alla deliberazione n. 164 del 26 marzo 2013, verso i vertici aziendali ed il personale sulle disposizioni normative in materia di anticorruzione, e relative indicazioni applicative dell'ANAC (ex Civit) e del Dipartimento della Funzione Pubblica.

7. L'attività svolta dal Responsabile Anticorruzione nell'anno 2014

Il Responsabile Anticorruzione ha svolto la propria attività mediante i seguenti strumenti:

- riunioni con componenti della Direzione Strategica;
- audizioni dei Dirigenti dell'Azienda, in veste di Referenti del Responsabile Anticorruzione;
- incontri con alcuni responsabili ed ispezioni, unitamente all'OdV, presso alcune articolazioni organizzative interne (Strutture Complesse) per la vigilanza sulle misure preventive realizzate in azienda;
- attività di monitoraggio e verifica sulle aree sensibili, in collaborazione con i Referenti del Responsabile Anticorruzione, i quali, coinvolti in tale processo, hanno relazionato sul monitoraggio dell'attività del 2014 e sull'adeguamento/aggiornamento del Piano per il triennio successivo 2015-2016-2017.



Il Responsabile Anticorruzione, unitamente all'OdV, nell'anno 2014 ha effettuato incontri congiunti e svolto attività di verifica, ivi compresi i sopralluoghi nei presidi territoriali dell'Azienda. Si riportano di seguito, in via sintetica, le risultanze di maggior rilievo dell'attività di verifica del Responsabile Anticorruzione, svolta unitamente con l'OdV, relative alle aree a maggior rischio.

In particolare, si rappresenta principalmente quanto segue:

- ispezione presso l'USC Farmacia ed incontro con la Responsabile per monitorare le modalità di organizzazione relative all'approvvigionamento dei medicinali (comprese le soluzioni infusionali e i gas medicinali, i prodotti dietetici, i dispositivi medico-diagnostici in vitro e i dispositivi medici per dialisi);
- incontro con il Responsabile USC Sistemi informativi e Direzioni amministrative dei Presidi in ordine al monitoraggio delle misure e procedure poste in essere ai fini della prevenzione dei rischi di corruzione come previsti dal Piano Aziendale, in alcune aree a rischio: Maneggio denaro al CUP; Uso delle tecnologie a fini personali; Rimborsi chilometrici; Libera Professione.
- incontro con la Responsabile dell'USC Acquisti in ordine al monitoraggio delle misure e procedure poste in essere ai fini della prevenzione dei rischi di corruzione come previsti dal P.T.P.C.

La suddetta Responsabile ha rappresentato le misure di prevenzione applicate:

- 1) adozione di una *check list* come strumento di controllo delle procedure di valore sopra soglia comunitaria;
 - 2) aggiornamento del capitolato speciale e del disciplinare di gara con l'assunzione dell'obbligazione da parte di ciascun concorrente ad osservare tutte le disposizioni e principi contenuti nel :
 - a. Codice etico aziendale,
 - b. Codice di comportamento dei dipendenti,
 - c. Patto di integrità in materia di contratti pubblici regionali, approvato con D.G.R. 30 gennaio 2014, n. X/1299;
 - 3) adozione di un Protocollo interno per il controllo delle dichiarazioni rese dagli operatori economici in fase di esperimento di procedura di gara;
 - 4) collaborazione, nella fase di redazione del capitolato tecnico (con relativa individuazione delle caratteristiche tecnico-qualitative dei beni e servizi oggetto di acquisizione), con il principale fruitore del bene/servizio e con una pluralità di componenti aziendali in grado di contribuire alla puntuale definizione del fabbisogno aziendale (Servizio di Ingegneria Clinica, Tecnico-Patrimoniale, Direzioni Mediche di Presidio, Logistica e Gestione dei Servizi Alberghieri, Farmacia, ecc.).
- incontro con il Responsabile dell' USC Tecnico Patrimoniale con il quale, tra le aree di rischio maggiormente interessate così come individuate dalla L. 190/2012, è stato in particolare affrontato il procedimento di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del D.Lgs. 163/2006 ed al relativo regolamento di attuazione di cui al DPR 207/2010.
L'Azienda, inoltre, con Deliberazione n. 37 del 25/01/2012, integrata con Deliberazione n. 574 del 22/10/2012, ha approvato il "Regolamento per gli acquisti di beni e servizi di valore alla soglia comunitaria e per l'esecuzione di lavori di importo inferiore a € 200.000,00", a cui ci si attiene per la scelta dell'operatore economico a cui affidare un lavoro o servizio tecnico.



Presidi Ospedalieri: Bollate, Garbagnate M.se, Passirana, Rho

Per i contratti di manutenzione implementati dall'USC Tecnico Patrimoniale, non ci sono proroghe poiché i procedimenti vengono implementati in tempo utile prima della scadenza del contratto in corso.

In sintesi è stato consigliato di:

1. continuare ad effettuare i dovuti controlli, anche a campione, sui dipendenti;
2. effettuare controlli su ambulatori interni e strutture esterne;
3. disporre di strumenti di monitoraggio dei volumi di prestazioni erogate in LP rispetto all'attività istituzionale;
4. rafforzare una più stabile e continuativa collaborazione tra l'U.S.C. Acquisti e l'U.S.C. Farmacia per la gestione di tutte le principali fasi di acquisizione e di verifica di non conformità dei dispositivi medici;
5. vigilare sulla corretta individuazione della ponderazione degli elementi e dei criteri di qualificazione e di aggiudicazione;
6. vigilare sul rispetto delle disposizioni di legge e del regolamento aziendale per gli acquisti e per l'esecuzione di lavori ed in particolare per la verifica delle eventuali anomalie delle offerte, nell'utilizzo delle procedure negoziate e negli affidamenti diretti;
7. continuare nella programmazione degli acquisti e dei lavori evitando proroghe.

In relazione alle attività di formazione sulla materia, il Responsabile Anticorruzione ha valutato, con l'Ufficio Formazione, la possibilità di realizzare per le prossime annualità l'aggiornamento formativo con modalità FAD esaminando alcune proposte formative in itinere.

Nel corso del 2014, inoltre, ha proposto un'iniziativa formativa specifica inerente sia l'area sensibile delle gare pubbliche per l'acquisizione di beni, servizi e lavori, sia l'esito del monitoraggio sull'attuazione del Piano vigente.

L'incontro formativo è destinato ai responsabili apicali amministrativi, tecnici, professionali e sanitari nonché ai collaboratori delle aree sensibili.

Per poter procedere entro il 31 gennaio 2015 all'aggiornamento e approvazione del Piano aziendale della Prevenzione della Corruzione per il triennio 2015-2016-2017 e, contestualmente, rilevare gli esiti del monitoraggio dell'attuazione del Piano aziendale in corso, è stato adeguato il software di cui sopra, e messo a disposizione dei Referenti per la dovuta compilazione in ordine al monitoraggio e aggiornamento delle aree ed attività a rischio, della loro ponderazione e delle relative misure di prevenzione.

E' stato, altresì, richiesto ai Referenti del Responsabile Anticorruzione di produrre una relazione sul monitoraggio dell'attività 2014, invitando gli stessi, in particolare per le aree composte da più USC, ad attuare attraverso il sistema "a cascata", previsto dal PTPC aziendale, il più ampio coinvolgimento possibile dei propri Dirigenti, per il monitoraggio sia del catalogo dei rischi, sia dell'attuazione del Piano.

Le suddette relazioni dei Referenti sono in atti d'ufficio.

Firmato in originale
IL RESPONSABILE AZIENDALE
DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
Pier Paolo Balzamo

ID	Domanda	Risposta (inserire "X" per le opzioni di risposta selezionate)	Ulteriori Informazioni (Max 2000 caratteri)
2	GESTIONE DEL RISCHIO		
2.A	Indicare se sono stati effettuati controlli sulla gestione delle misure di trattamento dei rischi di corruzione:		
2.A.1	Sì	X	
2.A.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014		
2.A.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014		
2.A.4	Se non sono stati effettuati controlli, indicare le motivazioni del loro mancato svolgimento:		
2.B	Se sono stati effettuati controlli, indicare in quali delle seguenti aree sono state riscontrate irregolarità: (più risposte possibili)		
2.B.1	Acquisizione e progressione del personale		
2.B.2	Affidamento di lavori, servizi e forniture		
2.B.3	Provvedimenti ampliati della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario		
2.B.4	Provvedimenti ampliati della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario		
2.B.5	Aree di rischio ulteriori (elencare quali)		
2.C	Se sono stati effettuati controlli, indicare come sono stati svolti nonché i loro esiti:		Controlli svolti nell'ambito delle attività dell'Organismo di Vigilanza aziendale. Controlli svolti dal Gruppo di supporto costituito dai Referenti del Responsabile aziendale Anticorruzione. Controlli e verifiche a campione da parte di operatori diversi che non svolgono funzioni a rischio. Esiti: per l'OdV come da verbali delle sedute; per i Referenti come da relazioni annuali, acquisite in occasione del monitoraggio, da cui si rileva nessuna violazione delle prescrizioni del Piano Aziendale della prevenzione della corruzione.
2.D	Indicare se le attività ispettive sono state incluse tra le aree esposte a rischio di corruzione:		
2.D.1	Sì (indicare le eventuali irregolarità riscontrate)		
2.D.2	No, l'amministrazione non svolge attività ispettive	X	
2.D.3	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014		
2.D.4	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014		
2.E	Formulare un giudizio sul modello di gestione del rischio (Qualora si ritenesse necessaria una revisione del modello, indicare le modifiche da apportare):		
3	MISURE ULTERIORI		
3.A	Indicare se sono state attuate misure ulteriori rispetto a quelle obbligatorie:		
3.A.1	Sì		
3.A.2	No, anche se era previsto dal PTPC con riferimento all'anno 2014		
3.A.3	No, non era previsto dal PTPC con riferimento all'anno 2014		
3.B.	Se sono state attuate misure ulteriori, indicare se tra di esse rientrano le seguenti misure: (più risposte possibili)		
3.B.1	Attivazione di una procedura per la raccolta di segnalazioni da parte della società civile riguardo a eventuali fatti corruttivi che coinvolgono i dipendenti nonché i soggetti che intrattengono rapporti con l'amministrazione (indicare il numero di segnalazioni nonché il loro oggetto)		

3.B.2	Iniziative di automatizzazione dei processi per ridurre i rischi di corruzione (specificare quali processi sono stati automatizzati)		
3.B.3	Attività di vigilanza nei confronti di enti e società partecipate e/o controllate con riferimento all'adozione e attuazione del PTPC o di adeguamento del modello di cui all'art. 6 del D.Lgs. 231/2001 (solo se l'amministrazione detiene partecipazioni in enti e società o esercita controlli nei confronti di enti e società)		
3.C	Se sono state attuate misure ulteriori, formulare un giudizio sulla loro attuazione indicando quelle che sono risultate più efficaci nonché specificando le ragioni della loro efficacia:		
3.D	Indicare le eventuali misure ulteriori che l'Ente dovrebbe adottare e attuare per rendere più efficace la prevenzione della corruzione:		
4	TRASPARENZA		
4.A	Indicare se è stato informatizzato il flusso per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente":		
4.A.1	Sì		
4.A.2	No, anche se la misura era prevista dal PTTI con riferimento all'anno 2014		
4.A.3	No, la misura non era prevista dal PTTI con riferimento all'anno 2014	X	
4.B	Se è stato informatizzato il flusso della pubblicazione dei dati, indicare quali tra i seguenti dati è pubblicato sulla base di un flusso informatizzato: (più risposte possibili)		
4.B.1	Dirigenti (art. 15 del d.lgs. n. 33/2013)		
4.B.2	Consulenti e collaboratori (art. 15 del d.lgs. n. 33/2013)		
4.B.3	Atti di concessione e vantaggi economici comunque denominati (art. 26 del d.lgs. n. 33/2013)		
4.B.4	Beni immobili e gestione del patrimonio (art. 30 del d.lgs. n. 33/2013)		
4.B.5	Servizi erogati (art. 32 del d.lgs. n. 33/2013)		
4.B.6	Tempi di pagamento (art. 33 del d.lgs. n. 33/2013)		
4.B.7	Tipologie di procedimento (art. 35 del d.lgs. n. 33/2013)		
4.B.8	Contratti (art. 37 del d.lgs. n. 33/2013)		
4.C	Indicare se sono pervenute richieste di accesso civico:		
4.C.1	Sì (riportare il numero di richieste pervenute e il numero di richieste che hanno dato corso ad un adeguamento nella pubblicazione dei dati)	X	1 richiesta di accesso civico che ha dato corso ad un adeguamento nella pubblicazione dei dati
4.C.2	No		
4.D	Indicare se sono state irrogate sanzioni in materia di trasparenza di cui all'art. 47 del d.lgs. 33/2013: (più risposte possibili)		
4.D.1	Sì, nei confronti degli organi di indirizzo politico (indicare il numero di sanzioni)		
4.D.2	Sì, nei confronti dei dirigenti responsabili della pubblicazione (indicare il numero di sanzioni)		
4.D.3	Sì, nei confronti degli amministratori societari che non hanno comunicato dati ai soci pubblici (indicare il numero di sanzioni)		
4.D.4	No, anche se è stato disciplinato il procedimento con l'adozione di un regolamento		
4.D.5	No, non è stato disciplinato il procedimento		
4.D.6	No, non sono state riscontrate inadempienze	X	
4.E	Indicare se sono stati svolti monitoraggi sulla pubblicazione dei dati:		
4.E.1	Sì (indicare la periodicità dei monitoraggi e specificare se essi hanno riguardato la totalità oppure un campione di obblighi)	X	Monitoraggio trimestrale sulla totalità degli obblighi
4.E.2	No, anche se era previsto dal PTTI con riferimento all'anno 2014		
4.E.3	No, non era previsto dal PTTI con riferimento all'anno 2014		

4.F	Formulare un giudizio sul livello di adempimento degli obblighi di trasparenza indicando quali sono le principali inadempienze riscontrate nonché i principali fattori che rallentano l'adempimento:		Buon livello di adempimento degli obblighi di trasparenza. Il Responsabile aziendale della Trasparenza richiama alla valutazione della Bussola della trasparenza. Non si riscontrano inadempienze
5	FORMAZIONE DEL PERSONALE		
5.A	Indicare se è stata erogata la formazione dedicata specificamente alla prevenzione della corruzione:		
5.A.1	Sì	X	
5.A.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014		
5.A.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014		
5.B	Se non è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare le ragioni della mancata erogazione:		
5.C	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare quali tra i seguenti ne sono stati i destinatari: (più risposte possibili)		
5.C.1	Responsabile della prevenzione della corruzione	X	
5.C.2	Organi di controllo interno		
5.C.3	Dirigenti	X	
5.C.4	Dipendenti	X	
5.D	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare quali tra le seguenti materie ne sono stati i contenuti: (più risposte possibili)		
5.D.1	Normativa anticorruzione e trasparenza	X	
5.D.2	Piano triennale di prevenzione della corruzione	X	
5.D.3	Programma triennale per la trasparenza e l'integrità	X	
5.D.4	Gestione del rischio	X	
5.D.5	Codici di comportamento		
5.D.6	Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi e conflitto d'interessi		
5.D.7	Normativa sui contratti pubblici	X	
5.D.8	Tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti (whistleblowing)	X	
5.D.9	Normativa penale sulla corruzione	X	
5.D.10	Altro (specificare i contenuti)	X	Esito del monitoraggio 2014 sull'attuazione del Piano aziendale; Giornate di formazione/informazione ai gruppi di miglioramento ECM ed agli operatori URP e referenti Qualità
5.E	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare quali soggetti tra i seguenti hanno erogato contenuti: (più risposte possibili)		
5.E.1	SNA		
5.E.2	Università		
5.E.3	Altro soggetto pubblico (specificare quali)		
5.E.4	Soggetto privato (specificare quali)	X	avvocato esperto in contrattualistica pubblica
5.E.5	Formazione in house		
5.E.6	Altro (specificare quali)		
5.F	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare quale sono stati i criteri per l'affidamento degli incarichi di docenza		Affidamento diretto sulla base della competenza tecnica ed esperienza nella materia, in particolare per la contrattualistica pubblica e normativa penale sulla corruzione

5.G	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, formulare un giudizio sulla formazione erogata con particolare riferimento all'appropriatezza di destinatari e contenuti rispetto alla graduazione dei livelli di rischio per aree e ambiti dell'amministrazione:		Erogazione della formazione con appropriatezza rispetto ai destinatari, con coinvolgimento di tutti i dirigenti apicali di area amministrativa, tecnica, sanitaria e medica, direttori di dipartimento e posizioni organizzative non dirigenziali di area amministrativa e tecnica. Approfondimento di contenuti rispetto ai livelli di rischio per l'area affidamento di lavori, servizi e forniture.
6 ROTAZIONE DEL PERSONALE			
6.A	Indicare il numero di unità di personale dipendente di cui è composta l'amministrazione:		
6.A.1	Numero dirigenti		n. 603
6.A.2	Numero non dirigenti		n. 2810
6.B	Indicare se è stata effettuata la rotazione del personale:		
6.B.1	Sì (riportare i dati quantitativi di cui si dispone relativi alla rotazione dei dirigenti e dei funzionari)		
6.B.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014		
6.B.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014	X	
6.C	Se non è stata effettuata la rotazione, indicare le ragioni della mancata rotazione:		E' stata effettuata la rotazione del personale delle segreterie delle commissioni di concorso per assunzioni di personale ed alcuni spostamenti nelle direzioni mediche di presidio e in alcuni uffici. Nell'immediato un'effettiva rotazione del personale non è attuabile senza una programmazione dei possibili spostamenti di lungo periodo e tenuto conto delle competenze acquisite nonché delle specializzazioni e che tenga anche conto dell'effettiva valutazione dei rischi di corruzione. L'azienda si propone di adottare nei limiti consentiti dall'organizzazione e dal numero di personale in organico, apposite misure al fine di definire metodologie per la rotazione del personale nelle aree a rischio, perseguendo il giusto temperamento tra l'applicazione del principio e l'esigenza di non disperdere le professionalità acquisite per evitare un aggravio dei tempi procedurali.
6.D	Se è stata effettuata la rotazione, indicare in quale area è stata effettuata: (più risposte possibili)		
6.D.1	Acquisizione e progressione del personale		
6.D.2	Affidamento di lavori, servizi e forniture		
6.D.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;		
6.D.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario		
6.D.5	Aree ulteriori (specificare quali)		
6.E	Se è stata effettuata la rotazione, formulare un giudizio sulla rotazione del personale		
7 INCONFERIBILITÀ PER INCARICHI DIRIGENZIALI			
7.A	Indicare se è stata richiesta la dichiarazione da parte dell'interessato dell'insussistenza delle cause di inconferibilità e incompatibilità:		
7.A.1	Sì	X	
7.A.2	No		
7.B	Se non è stata richiesta la dichiarazione da parte dell'interessato, indicare le ragioni della mancata richiesta:		

7.C	Indicare se sono state effettuate verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni rese dagli interessati:		
7.C.1	Sì (indicare il numero di verifiche e il numero di eventuali violazioni accertate)		
7.C.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014		
7.C.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014	X	
7.D	Se non sono state effettuate verifiche, indicare le ragioni del loro mancato svolgimento:		
7.E	Formulare un giudizio sulle iniziative intraprese per la verifica delle situazioni di inconfiribilità per incarichi dirigenziali:		
8	INCOMPATIBILITÀ PER PARTICOLARI POSIZIONI DIRIGENZIALI		
8.A	Indicare se sono pervenute segnalazioni relative alla presenza di situazioni di incompatibilità:		
8.A.1	Sì (indicare il numero di segnalazioni pervenute e il numero di quelle che hanno dato luogo all'accertamento di violazioni)		
8.A.2	No	X	
8.B	Indicare se sono stati effettuati monitoraggi per verificare la presenza di situazioni di incompatibilità:		
8.B.1	Sì (indicare la periodicità dei controlli e il numero di violazioni accertate)		
8.B.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014		
8.B.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014	X	
8.C	Se non sono stati effettuati monitoraggi, indicare le ragioni del loro mancato svolgimento:		
8.D	Formulare un giudizio sulle iniziative intraprese per la verifica delle situazioni di incompatibilità per particolari posizioni dirigenziali		
9	CONFERIMENTO E AUTORIZZAZIONE INCARICHI AI DIPENDENTI		
9.A	Indicare se sono state rilasciate autorizzazioni allo svolgimento di incarichi:		
9.A.1	Sì (indicare il numero di richieste autorizzate e il numero di richieste non autorizzate distinguendo tra incarichi retribuiti e gratuiti)	X	Totale incarichi retribuiti n. 93, di cui : n. 89 autorizzate n. 4 non autorizzate Il vigente regolamento interno prevede solo la comunicazione per gli incarichi a titolo gratuito
9.A.2	No		
9.B	Indicare se è stata adottata una procedura prestabilita per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi:		
9.B.1	Sì	X	
9.B.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014		
9.B.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014		
9.C	Se non è stata adottata una procedura prestabilita, indicare le ragioni della mancata adozione		
9.D	Indicare se sono pervenute segnalazioni sullo svolgimento di incarichi extra-istituzionali non autorizzati:		
9.D.1	Sì (indicare le segnalazioni pervenute e il numero di violazioni accertate)		
9.D.2	No	X	
9.E	Indicare se sono stati effettuati monitoraggi per verificare la presenza di incarichi extra-istituzionali non autorizzati:		
9.E.1	Sì (indicare la periodicità dei controlli e il numero di violazioni accertate)		
9.E.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014		
9.E.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014	X	

9.F	Se non sono stati effettuati monitoraggi, indicare le ragioni del loro mancato svolgimento		
10	TUTELA DEL DIPENDENTE PUBBLICO CHE SEGNA LA GLI ILLECITI (WHISTLEBLOWING)		
10.A	Indicare se è stata attivata una procedura per la raccolta di segnalazione di illeciti da parte di dipendenti pubblici dell'amministrazione:		
10.A.1	Sì	X	
10.A.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014		
10.A.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014		
10.B	Se non è stata attivata la procedura, indicare le ragioni della mancata attivazione:		
10.C	Se è stata attivata la procedura, indicare attraverso quale tra i seguenti mezzi sono inoltrate le segnalazioni:		
10.C.1	Documento cartaceo		
10.C.2	Email	X	
10.C.3	Sistema informativo dedicato		
10.C.4	Sistema informativo dedicato con garanzia di anonimato		
10.D	Se è stata attivata la procedura, indicare da quali soggetti sono pervenute le segnalazioni:		
10.D.1	Personale dirigente (indicare il numero delle segnalazioni)		
10.D.2	Personale non dirigente (indicare il numero delle segnalazioni)		
10.D.3	Nessuno	X	
10.E	Se sono pervenute segnalazioni, indicare se esse hanno dato luogo a casi di discriminazione dei dipendenti che hanno segnalato gli illeciti:		
10.E.1	Sì (indicare il numero di casi)		
10.E.2	No		
10.F	Indicare se sono pervenute segnalazioni in assenza di una procedura o che non hanno utilizzato la procedura attivata:		
10.F.1	Personale dirigente (indicare il numero delle segnalazioni)		
10.F.2	Personale non dirigente (indicare il numero delle segnalazioni)		
10.F.3	Altro (indicare il numero di segnalazioni e la tipologia di soggetti)		
10.F.4	Nessuna		
10.G	Formulare un giudizio sul sistema di tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti indicando le misure da adottare per rafforzare la garanzia di anonimato e la tutela da azioni discriminatorie		Il sistema di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti attivato dalla scrivente azienda è ritenuto idoneo.
11	CODICE DI COMPORTAMENTO		
11.A	Indicare se è stato adottato il codice di comportamento che integra e specifica il codice adottato dal Governo (D.P.R. n. 62/2013):		
11.A.1	Sì	X	
11.A.2	No		
11.B	Se è stato adottato il codice di comportamento, indicare se sono stati adeguati gli atti di incarico e dei contratti alle previsioni del D.P.R. n. 62/2013 e delle eventuali integrazioni previste dal codice dell'amministrazione:		
11.B.1	Sì	X	
11.B.2	No		

11.C	Se è stato adottato il codice di comportamento, indicare se sono pervenute richieste di parere relative all'applicazione del D.P.R. n. 62/2013 e delle eventuali integrazioni previste dal codice dell'amministrazione:		
11.C.1	Sì (indicare il numero di pareri rilasciati)		
11.C.2	No	X	
11.D	Se è stato adottato il codice di comportamento, indicare se sono pervenute segnalazioni relative alla violazione del D.P.R. n. 62/2013 e delle eventuali integrazioni previste dal codice dell'amministrazione :		
11.D.1	Sì (indicare il numero delle segnalazioni pervenute e il numero di violazioni accertate)	X	n. 13 segnalazioni pervenute e per le quali è stato attivato procedimento disciplinare
11.D.2	No		
11.E	Se sono pervenute segnalazioni, indicare se esse hanno dato luogo a procedimenti disciplinari:		
11.E.1	Sì (indicare il numero di procedimenti disciplinari specificando il numero di quelli che hanno dato luogo a sanzioni)	X	n. 13 con sanzioni nell'anno 2014
11.E.2	No		
11.F	Formulare un giudizio sulle modalità di elaborazione e adozione del codice di comportamento:		Giudizio buono
12	PROCEDIMENTI DISCIPLINARI E PENALI		
12.A	Indicare se nel corso del biennio 2013-2014 sono pervenute segnalazioni che prefigurano responsabilità disciplinari o penali legate ad eventi corruttivi:		
12.A.1	Sì (indicare il numero di segnalazioni pervenute e il numero di quelle che hanno dato luogo all'avvio di procedimenti disciplinari o penali)		
12.A.2	No	X	
12.B	Indicare se nel corso del biennio 2013-2014 sono stati avviati procedimenti disciplinari per fatti penalmente rilevanti a carico dei dipendenti:		
12.B.1	Sì (indicare il numero di procedimenti)	X	n. 3 avviati negli anni 2013-2014
12.B.2	No		
12.C	Se nel corso del biennio 2013-2014 sono stati avviati procedimenti disciplinari per fatti penalmente rilevanti a carico dei dipendenti, indicare se tali procedimenti hanno dato luogo a sanzioni:		
12.C.1	Sì, multa (indicare il numero)		
12.C.2	Sì, sospensione dal servizio con privazione della retribuzione (indicare il numero)	X	n. 1 concluso con n. 15 gg. di sospensione dal servizio; gli altri 2 sono tuttora in corso
12.C.3	Sì, licenziamento (indicare il numero)		
12.C.4	Sì, altro (specificare quali)		
12.D	Se nel corso del biennio 2013-2014 sono stati avviati procedimenti disciplinari per fatti penalmente rilevanti a carico dei dipendenti, indicare se i fatti penalmente rilevanti sono riconducibili a reati relativi a eventi corruttivi (Indicare il numero di procedimenti per ciascuna tipologia distinto tra dirigenti e non dirigenti; lo stesso procedimento può essere riconducibile a più reati):		
12.D.1	Sì, peculato – art. 314 c.p.		
12.D.2	Sì, Concussione - art. 317 c.p.		
12.D.3	Sì, Corruzione per l'esercizio della funzione - art. 318 c.p.		
12.D.4	Sì, Corruzione per un atto contrario ai doveri di ufficio –art. 319 c.p.		
12.D.5	Sì, Corruzione in atti giudiziari –art. 319ter c.p.		

12.D.6	Sì, induzione indebita a dare o promettere utilità – art. 319quater c.p.		
12.D.7	Sì, Corruzione di persona incaricata di pubblico servizio –art. 320 c.p.		
12.D.8	Sì, Istigazione alla corruzione –art. 322 c.p.		
12.D.9	Sì, altro (specificare quali)		
12.D.10	No	X	
12.E	Se i fatti penalmente rilevanti sono riconducibili a reati relativi a eventi corruttivi, indicare a quali aree di rischio sono riconducibili i procedimenti penali (Indicare il numero di procedimenti per ciascuna area distinto tra dirigenti e non dirigenti):		
12.E.1	Acquisizione e progressione del personale		
12.E.2	Affidamento di lavori, servizi e forniture		
12.E.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;		
12.E.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario		
12.E.5	Altre aree dell'amministrazione (indicare quali)		
13	ALTRE MISURE		
13.A	Indicare se sono stati effettuati monitoraggi per verificare l'esistenza di situazioni in cui dipendenti pubblici cessati dal servizio sono stati assunti o hanno svolto incarichi professionali presso soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione secondo quanto previsto dall'art. 53, comma 16-ter del d.lgs. 165/2001:		
13.A.1	Sì (indicare il numero di casi monitorati e il numero di violazioni accertate distinguendo tra assunzioni e incarichi professionali)		
13.A.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014		
13.A.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014	X	
13.B	Indicare se sono stati effettuati monitoraggi per accertare il rispetto del divieto di contrattare contenuto nell'art. 53, comma 16-ter del d.lgs. n. 165/2001:		
13.B.1	Sì (indicare il numero di casi monitorati e il numero di violazioni accertate)		
13.B.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014		
13.B.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014	X	
13.C	Indicare se sono pervenute segnalazioni relative alla violazione dei divieti contenuti nell'art. 35 bis del d.lgs. n. 165/2001:		
13.C.1	Sì (indicare il numero di segnalazioni pervenute e il numero di violazioni accertate)		
13.C.2	No	X	
13.D	Indicare se sono stati effettuati monitoraggi per verificare il rispetto dei divieti contenuti nell'art. 35 bis del d.lgs. n. 165/2001:		
13.D.1	Sì (indicare la periodicità dei controlli e il numero di violazioni accertate)	X	Richiesta di autocertificazione agli interessati: - per ogni Commissione di Concorso - nel 2014 ai dipendenti in servizio c/o gli uffici individuati dal PTPC Nessuna violazione accertata a seguito di controlli a campione presso il Casellario Giudiziale.
13.D.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014		
13.D.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014		
13.E	Indicare se ci sono stati casi di attivazione delle azioni di tutela previste in eventuali protocolli di legalità o patti di integrità inseriti nei contratti stipulati:		
13.E.1	Sì (indicare il numero di contratti interessati dall'avvio di azioni di tutela)		

13.E.2	No	X	
13.F	Indicare se è stata effettuata la rotazione degli incarichi di arbitro:		
13.F.1	Sì (specificare se sono stati adottati criteri di pubblicità dell'affidamento di incarichi)		
13.F.2	No, anche se sono stati affidati incarichi di arbitro		
13.F.3	No, non sono stati affidati incarichi di arbitro	X	
13.G	Indicare se sono pervenuti suggerimenti e richieste da parte di soggetti esterni all'amministrazione con riferimento alle politiche di prevenzione della corruzione: (più risposte possibili)		
13.G.1	Sì, suggerimenti riguardo alle misure anticorruzione		
13.G.2	Sì, richieste di chiarimenti e approfondimenti riguardanti le misure anticorruzione adottate		
13.G.3	No	X	
13.H	Formulare un giudizio sulle misure sopra citate specificando le ragioni della loro efficacia oppure della loro mancata adozione o attuazione:		Le misure sopra citate sono perfettibili in ottica di crescente e costante sinergia e supporto dei Referenti, con il coinvolgimento dei dirigenti responsabili