

DUDDI ICAZIONE

ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA

IL DIRETTORE GENERALE

N. 1043 DEL 30 OTT. 2020

PUBBLICAZIONE				
Si attesta che la presente delibera è stata: -affissa all'albo pretorio on-line di questa Aziene Ospedaliera il				
e spedita per i provvedimenti di competenza al :				
-Collegio Sindacale				
Con prot. n del				
-Giunta Regionale				
Con prot. ndel				
Il Responsabile				
La presente delibera è diventata esecutiva: □ per il decorso termine di giorni dieci dalla data di				
pubblicazione all'albo di questa A. O. ai sensi dell'art. 35, Comma 6, L.R.C. n. 32/94.				
□ per il decorso termine di giorni 40 ai sensi dell'art. 35, Commi 4 e 5, della L.R.C. n. 32/94.				
□ per approvazione da parte della Giunta Regionale con delibera n del ai sensi dell'Art 35 L.R.C. 32/94				
Avellino,				

L'anno duemilaventi il giorno 30 0TT. 2020 del mese di 30 0TT. 2020, nella sede dell'Azienda Ospedaliera S. Giuseppe Moscati – Avellino, il Direttore Generale, Dott. Renato PIZZUTI, nominato con D.G.R.C. n. 112 dell' 8/08/2019, coadiuvato dal Direttore Amministrativo Dr. Germano PERITO e dal Direttore Sanitario Dr. Rosario LANZETTA, ha assunto il seguente provvedimento:

OGGETTO

AGGIORNAMENTO DEL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 2020-2022 (Rel. 1.2) Alla stregua dell'istruttoria compiuta e delle risultanze degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonchè per espressa dichiarazione di regolarità tecnica ed amministrativa della stessa resa a mezzo sottoscrizione della presente, il Responsabile Prevenzione Anticorruzione e Trasparenza, dott. Vittorino Tecce

OGGETTO: AGGIORNAMENTO DEL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 2020-2022 (Rel. 1.2)

PREMESSO - che con l'adozione della L. 190 del 6/11/2012 "Disposizioni sulla prevenzione e la repressione della corruzione e della illegalità nella Pubblica Amministrazione", è stata presa in considerazione da punto legislativo-normativo la "Corruzione" introducendo nell'ordinamento italiano numerosi strumenti per la prevenzione e la repressione del fenomeno corruttivo e sono stati individuati nella P.A. i soggetti preposti a mettere in atto iniziative in materia, prevedendo un continuo monitoraggio delle attività della P.A. con particolare attenzione a quelle potenzialmente esposte a fenomeni corruttivi.

- che l'A.O.R.N. "San Giuseppe Moscati" di Avellino con la delibera n. 114/2020 "Adozione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (2020-2022) ai sensi della legge n. 190/2012", ha adottato il sopra citato Piano ;
- che a seguito della entrata in vigore del c.d. "Decreto Milleproroghe" n. 162 del 30/12/2019, coordinato con la legge di bilancio 2020, l'Azienda Ospedaliera "San Giuseppe Moscati" di Avellino ha colto l'occasione non solo per procedere ad una revisione della sezione Trasparenza del Piano anticorruzione, ma di tutto il piano adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 114 del 7 febbraio 2020, dal momento che si è passati da un sistema di tipo "quantitativo" di rischio corruttivo ad un sistema di tipo "qualitativo", che ha rappresentato la vera novità del c.d. allegato 1 al PNA 2019 e per tali motivi, è necessario aggiornare il PTPCT adottato, in modo da proseguire l'attività di adeguamento alla normativa anticorruzione messa in atto fino ad oggi e, al tempo stesso, rideterminare, alla luce dei nuovi indicatori e fattori abilitanti, il rischio corruttivo di tutte le aree (medica e amministrativa) e quindi dei relativi procedimenti in esse inclusi.
- che con delibera n. 743 del 31 luglio 2020 si è provveduto allo "AGGIORNAMENTO DEL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (2020-2022)", in linea di continuità e ad integrazione/aggiornamento del precedente Piano, alla luce delle innovazioni introdotte dalla Legge 120/2020 di conversione del D.legge "Semplificazioni", in particolare considerando una modifica apportata alla legge 241/1990, relativa alla pubblicazione dei tempi effettivi di conclusione del procedimento.

VISTA la legge 190/12, nonché i richiamati decreti attuativi della suddetta legge (D.lgs. 97/2016, che ha modificato il D.1gs.n. 33/2013, DPR n. 62/2013, D.L. n.101/2013 convertito in L. n.125/2013, D.L. n. 90/2014 convertito in L. n.114/2014 e la Legge n.124 del 2015) nonché l'ulteriore contesto giuridico di riferimento : D.Lg.vo 31 dicembre 2012, n. 235; D.Lg.vo 14 marzo 2013, n. 33; D.Lg.vo 8 aprile 2013, n. 39; Decreto n. 62 del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013; D.L. 90/2014, convertito in L.114/2014; Legge n.69 del 27 maggio 2015; D.lgs. n. 97 del 23 maggio 2016; Determinazioni ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 di aggiornamento al PNA e n. 831 del 3 agosto 2016 di approvazione del PNA 2016; Del. n. 833 del 3 agosto 2016 di approvazione; Delibere ANAC n. 1208 del 22 novembre 2017 di approvazione del PNA 2017, n. 1074 del 21 novembre 2018 di approvazione del PNA 2018, ANAC n. 1064 del 2 ottobre 2019 di approvazione del nuovo PNA 2019; Del. n. 1310 del 28 dicembre 2016, sulle "prime linee guida recanti indicazioni sull' attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. n. 33/13, come modificato dal d.lgs. n. 97/16", Delibera ANAC n. 1309 del 28 dicembre 2016 recante gli obblighi in materia di accesso civico; Regolamenti ANAC: del 16/11/2016, pubblicato in G. U. n. 284 del 5/12/2016; n. 328 del 29 marzo 2017 n. 330 del 29 marzo 2017; Regol. del 24/10/2018; Circolare n. 2 /2017 del Dipartimento della Funzione pubblica; Circolare n. 1/2019 del Dipartimento della Funzione Pubblica; Linea guida ANAC n. 358 del 29 marzo 2017 per l'adozione del Codice di Comportamento negli enti appartenenti al SSN; Determinazione ANAC n. 241 del 8 marzo 2017 sulle "linee guida recanti indicazioni sugli obblighi di pubblicazione ..." Delibera ANAC n. 586 del 26/06/2019 : "Integrazioni e modifiche della delibera 8 marzo 2017, n. 241 per l'applicazione dell'art. 14, co. 1-bis e 1-ter del d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n. 20 del 23 gennaio 2019". Delibera ANAC n. 1126/2019 di sospensione della delibera ANAC n. 586/2019; Circolare n.1 /2019 del Ministro della pubblica amministrazione; Linea guida ANAC n. 15 del 5 giugno recanti " sul Conflitto di interessi; Delibera ANAC n. 177 del 19 febbraio 2020 in materia di Codice di Comportamento delle pubbliche amministrazione; La c.d legge "Spazza corrotti" 9/01/2019 n. 3; Decreto Mille proroghe (art 1 c. 7 d.l. n. 162/2019); Art 1 c. 163 Legge di stabilità per il 2020 n. 160/2019.

VISTO il PNA adottato con delibera ANAC n. 1064 del 10/11/2019 nonché la Legge n. 120 dell'11 settembre 2020, n. 120 "Conversione in legge, con modificazioni, del *decreto-legge 16 luglio 2020, n. 76*, recante misure urgenti per la semplificazione e l'innovazione digitale".

ATTESO che nella logica delle sopra richiamate disposizioni legislative mirate a normare la materia della trasparenza e prevenzione della corruzione viene a delinearsi un sistema articolato, in continua evoluzione, che con il presente aggiornamento si tendere al miglioramento della trasparenza amministrativa, nell'ottica di un uso ottimale delle risorse pubbliche, tendente a realizzare azioni efficienti ed efficaci con procedure chiare, trasparenti ed intellegibili da parte del cittadino, così tendendo a scongiurare la corruzione e la cattiva amministrazione, garantendo un maggior grado di soddisfazione da parte degli utenti.

CONSIDERATO che, per tutto quanto sopra premesso e richiamato, è necessario effettuare ulteriore aggiornamento del Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza-Triennio 2020-2022 (approvato con del.n.114/2020) con il recepimento degli ulteriori adempimenti previsti dalla legislazione in materia e, precisamente, alla luce della Legge n. 120 dell'11 settembre 2020, n. 120 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 16 luglio 2020, n. 76, recante misure urgenti per la semplificazione e l'innovazione digitale". e dalle prescrizioni A.N.A.C., nonché in armonizzazione con il Piano Nazionale Anticorruzione ANAC adottato con delibera n. 1064/2019, alla introduzione di ulteriori quattro indicatori nelle Griglie relative alla Mappatura dei processi, al fine di una valutazione: Coerentemente all'approccio qualitativo i criteri per la valutazione dell'esposizione al rischio di eventi corruttivi possono essere tradotti operativamente in indicatori di rischio (key risk indicators) in grado di fornire delle indicazioni sul livello di esposizione al rischio del processo o delle sue attività componenti alla luce degli indicatori di seguito indicati, da aggiungere nella griglia : a) Numero di procedimenti disciplinari e penali a carico dei dipendenti; b) Grado di accentramento del processo decisionale in capo alla persona apicale; c) Grado di efficienza raggiunta sulla base del grado di soddisfacimento della utenza esterna; d) La trasparenza del procedimento e dei dati pubblicati. Una volta definiti gli indicatori, a ciascuno dovrà essere assegnato un valore compreso tra "Basso, Medio, Alto (misurazione del valore attribuito) con una concisa valutazione. alla luce dei nuovi criteri, che consentirà di svelare il livello di esposizione a rischio complessivo (vecchi e nuovi indicatori) del processo mappato, con conseguente rivalutazione delle misure che si intendono attuare.

RITENUTO che l'impegno del R.P.C.T. dell'Azienda Ospedaliera "San Giuseppe Moscati" deve essere quello di attualizzare e, quindi, aggiornare il Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza sia alla vigente normativa che alle direttive A.N.A.C., nonché alla luce dell'analisi delle criticità emerse in ambito aziendale e, quindi, "declinare" le misure specifiche da adottare al fine di prevenire eventuali fenomeni corruttivi nonché mancanza di trasparenza dell'azione amministrativa.

RAVVISATA, pertanto, la necessità di addivenire all'ulteriore "AGGIORNAMENTO DEL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 2020-2022 (Rel. 1.2)", allegando allo stesso anche le Griglie relative alla Mappatura dei Rischi elaborate dalle varie strutture componenti l'Azienda, aggiornate ad Agosto 2020, quale parte sostanziale ed integrante del presente atto, e dichiarare il presente provvedimento immediatamente eseguibile onde rispettare i termini previsti dall'ANAC e dalla rinnovata normativa al fine di garantire la tempestiva messa in atto delle misure previste nell'AGGIORNAMENTO del Piano.

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

Per quanto in premessa, che qui si intende integralmente riportato:

Adottare l'AGGIORNAMENTO DEL PIANO ANTICORRUZIONE 2020-2022 (Rel. 1.2), con allegate Griglie relative alla Mappatura del Rischio, anche alla luce della Legge n. 120 dell'11 settembre 2020, n. 120 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 16 luglio 2020, n. 76, recante misure urgenti per la semplificazione e l'innovazione digitale", che si allega al presente atto quale parte sostanziale ed integrante;

disporre la pubblicazione dell'Aggiornamento del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2020-2022 (Rel. 1.2) sul sito istituzionale dell'Azienda Ospedaliera nella sezione Amministrazione Trasparente, unitamente alle Griglie relativa alla Mappatura del Rischio;

dare atto che il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità triennio 2020-2022 è una sezione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione triennio 2020-2022 dell'Azienda;

dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo, stante la necessità di garantire il rispetto della scadenza normativamente prevista e la tempestiva attuazione delle misure previste nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2020-2022, compresa la sezione relativa al Programma Triennale per la Trasparenza;

disporre la pubblicazione, a cura della U.O. S.I.A., dell' "AGGIORNAMENTO DEL PIANO ANTICORRUZIONE 2020-2022 (Rel. 1.2)", con allegate Griglie relative alla Mappatura del Rischio sul sito istituzionale dell'Azienda Ospedaliera, nella sezione Amministrazione Trasparente, al fine di una massima diffusione;

trasmettere, a cura della U.O.C. Affari Generali, il presente atto al Direttore Generale, al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario, alla Direzione Sanitaria ospedaliera, al Collegio Sindacale, all'O.I.V.ai Capo-Dipartimento. a tutte le UU.OO.CC., UU.OO. ed UU.OO.SS.DD. dell'Azienda.

Il Responsabile Previncione Corruzione e Trasparenza
Soto Vittorino Cecce

IL DIRETTORE GENERALE

Sentito il parere del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

DELIBERA

Alla stregua dell'istruttoria compiuta e delle risultanze degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge e che qui si intendono integralmente riportati, nonchè per espressa dichiarazione di regolarità tecnica ed amministrativa della stessa resa a mezzo sottoscrizione della presente, il Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, dott. Vittorino Tecce, con la sottoscrizione della proposta che precede

- Adottare l'AGGIORNAMENTO DEL PIANO ANTICORRUZIONE 2020-2022 (Rel. 1.2), con allegate Griglie relative alla Mappatura del Rischio, anche alla luce della Legge n. 120 dell'11 settembre 2020, n. 120 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 16 luglio 2020, n. 76, recante misure urgenti per la semplificazione e l'innovazione digitale", che si allega al presente atto quale parte sostanziale ed integrante;
- disporre la pubblicazione dell'Aggiornamento del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2020-2022 (Rel. 1.2) sul sito istituzionale dell'Azienda Ospedaliera nella sezione Amministrazione Trasparente, unitamente alle Griglie relativa alla Mappatura del Rischio;
- dare atto che il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità triennio 2020-2022 è una sezione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione triennio 2020-2022 dell'Azienda;
- dichiarare il presente atto immediatamente esecutivo, stante la necessità di garantire il rispetto della scadenza normativamente prevista e la tempestiva attuazione delle misure previste nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2020-2022, compresa la sezione relativa al Programma Triennale per la Trasparenza;
- disporre la pubblicazione, a cura della U.O. S.I.A., dell' "AGGIORNAMENTO DEL PIANO ANTICORRUZIONE 2020-2022 (Rel. 1.2)", con allegate Griglie relative alla Mappatura del Rischio sul sito istituzionale dell'Azienda Ospedaliera, nella sezione Amministrazione Trasparente, al fine di una massima diffusione;
- > trasmettere, a cura della U.O.C. Affari Generali, il presente atto al Direttore Generale, al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario, alla Direzione Sanitaria ospedaliera, al Collegio Sindacale, all'O.I.V., ai Capo-Dipartimento, a tutte le UU.OO.CC., UU.OO. ed UU.OO.SS.DD. dell'Azienda.

IL DIRETTORE SANITARIO Dr. Rosafio LANZETTA

> IL DIRETTORE GENERALE Dr. Renato PIZZUTI

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO Dr. Germano PERJTO



Contrada Amoretta, 83100-Avellino

AGGIORNAMENTO PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 2020- 2022 (Rel. 1.2)



Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) dr. Vittorino Tecce (deliberazione di nomina n. 929 del 10 ottobre 2019)

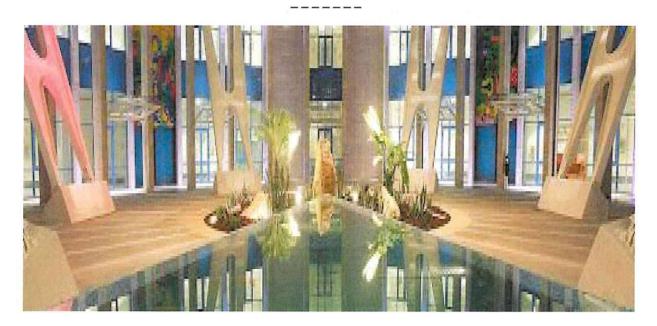
2

Sommario

1.	PREMESSA	5
2.	2. CONTESTO GIURIDICO	6
3.	3. OBIETTIVI E LIMITI	8
4.	4. IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA : COMPITI E FUNZIONI	8
5.	5. SOGGETTI COINVOLTI NELLA LOTTA ALLA CORRUZIONE	10
6.	5.1 LA DIREZIONE STRATEGICA DEVE:	10
7.	5.2 L' OIV	11
8.	5.3 UFFICIO PER I PROCEDIMENTI DISCIPLINARI	11
9.	5.4 COMPOSIZOINE DELL'UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI :	11
10.	5.5 IL RASA	12
11.	5.6 IL GESTORE ANTIRICICLAGGIO	12
12.	6 ANALISI DEL CONTESTO	13
13.	6.1 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO	13
14.	6.2 ANALISI DEL CONTESTO INTERNO	13
15.	7. MISSION	14
16.	8. IL NUOVO SISTEMA DI GESTIONE DEL RISCHIO	16
17.	8.1 L'IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO	16
18.	8.2 L'ANALISI DEL RISCHIO	17
19.	8.3 SCELTA DELL'APPROCCIO VALUTATIVO	17
20.	8.4 INDIVIDUAZIONE DEI CRITERI DI VALUTAZIONE	17
21.	8.5 LA PONDERAZIONE DEL RISCHIO	18
22.	9. IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO E MISURE DI CONTRASTO	18
23.	9.1 M01) ADEMPIMENTI RELATIVI ALLA TRASPARENZA	18
24.	9.2 M02) IL CODICE DI COMPORTAMENTO	19
25.	9.3 M03) INFORMATIZZAZIONE PROCESSI E MONITORAGGIO DEI TERMINI PROCEDIMENTALI	21
26.	9.4 M04) MISURA RELATIVA ALLA INSUSSISTENZA DELLE CAUSE DI CONFLITTO DI INTERESSI	21
	9.5 M05) INCONFERIBILITÀ / INCOMPATIBILITÀ DI INCARICHI DIRIGENZIALI O DI VERTICE AMMINISTRATIVI	24
	9.6 M06) INCARICHI D'UFFICIO , ATTIVITÀ ED INCARICHI EXTRA – ISTITUZIONALI VIETATI AI DIPENDENTI	28



29.	9.7 M07) FORMAZIONI DI COMMISSIONI, ASSEGNAZIONI AGLI UFFICI , CONFERIMENTO DI	
	INCARICHI	
30.	9.8 M08) IL WHISTLEBLOWING	30
31.	9.9 M09) IL PATTO DI INTEGRITÀ	32
32.	9.10 M10) LA FORMAZIONE	32
33.	9.11 M11) LA ROTAZIONE ORDINARIA E STRAORDINARIA DEL PERSONALE	33
34.	9.12 M12) IL DIVIETO DI PANTOUFLAGE	35
35.	10 IL MONITORAGGIO E IL RIESAME	36
36.	11 PIANO DELLA PERFORMANCE/ OBIETTIVI STRATEGICI/PTPCT	38
37.	12 LA TRASPARENZA AMMINISTRATIVA	39
38.	12.1 FINALITA' TRASPARENZA	39
39.	12.2 ACCESSO AGLI ATTI DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE	39
40.	12.3 MISURE PER GARANTIRE LA EFFICACIA DELL'ISTITUTO DELL'ACCESSO CIVICO	42
41.	12.4 OBBLIGO DI RISPOSTA DELLA P.A.	43
	12.5 LA TRASPARENZA NEL SETTORE SANITARIO : GLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	
	RICADENTI SULL'AZIENDA OSPEDALIERA	46
43.	13 ATTI SOGGETTI ALL'OBBLIGO DI PUBBLICAZIONE	47
44.	14 ASSETTO AZIENDALE: DIPARTIMENTI, UU.OO.CC. E UU.OO.	52
45.	15. REGOLE PROCEDURALI DI RESPONSABILIZZAZIONE	56
46.	16. TUTELA DEI DATI PERSONALI	56
47.	17. GRIGLIE 2020	56





1. Premessa

A seguito della entrata in vigore del c.d. decreto mille-proroghe e della legge di bilancio 2020, l' Azienda Ospedaliera S. Giuseppe Moscati ha colto l' occasione non solo per procedere ad una revisione della sezione Trasparenza del Piano anticorruzione, ma di tutto il piano adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 114 del 7 febbraio 2020, dal momento che, ad un quadro normativo già di per sé complesso e ricco di novità, va aggiunto il passaggio a cura del nuovo PNA 2019 da un sistema di tipo "quantitativo" di rischio corruttivo ad un sistema di tipo "qualitativo", che ha rappresentato la vera novità del c.d. allegato 1 al PNA 2019.

Per tali motivi, la scelta fatta dall' Azienda è stata quella di sfruttare il regime intertemporale previsto dall' Allegato 1 al PNA 2019 e aggiornare il PTPCT adottato, in modo da proseguire l'attività di adeguamento alla normativa anticorruzione messa in atto fino ad oggi e, al tempo stesso, rideterminare, alla luce dei nuovi indicatori e fattori abilitanti, il rischio corruttivo di tutte le aree (medica e amministrativa) e quindi dei relativi procedimenti in esse inclusi.

In linea di continuità con l'esperienza già avviata dal RPCT dell'Azienda Ospedaliera "San Giuseppe Moscati", il presente piano da un lato, replicherà le misure di prevenzione già previste nel pregresso piano, al fine di consentire agli uffici dirigenziali di dare esecuzione alle prescrizioni in esso contenute e ad oggi ancora importanti, dall'altro, si caratterizzerà per la implementazione di quelle stesse misure in termini di "azione concreta da intraprendere" nella strategia corruttiva e per l'introduzione di un sistema interno di monitoraggio volto alla verifica delle misure di prevenzione della corruzione in termini di loro efficacia ed idoneità.

Nel complesso l'approccio metodologico che ha caratterizzato la stesura del presente piano, ha visto un maggiore coinvolgimento dell' organo di indirizzo politico con l'adozione degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza in conformità con le indicazioni contenute nel d.lgs. n. 97/16 avvenuto con Deliberazione del Direttore Generale n. 208 del 2/03/2020 ma al tempo stesso una particolare attenzione verso la disciplina della trasparenza, con l' indicazione dei nominativi di tutti i soggetti (amministrativi, medici, tecnici) responsabili in via esclusiva della pubblicazione dei dati, documenti e informazioni. Tale elencazione, unitamente alla fissazione degli obiettivi strategici, rappresenta quel contenuto necessario del piano anticorruzione ex art 41 del d.lgs. n. 97/16 ed in ragione di ciò la sua assenza determinerebbe la nullità del documento programmatico e quindi l'applicazione delle sanzioni da parte di Anac ai sensi dell'art. 19 comma 5 del DL 90/2014.

La sezione Trasparenza poi del nuovo piano è stata completamente riscritta in considerazione delle modifiche apportate dal GDPR 679/16 e dal D.lgs. n. 101/2018 e quindi dalla necessità di garantire un coordinamento tra la disciplina sulla trasparenza e la tutela dei dati personali; dalla legge n. 160/2019 che ha riscritto alcuni obblighi di pubblicazione tra cui l' art 19 del d.lg. n. 33/13 e il d.l.n. 162/2019, che a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n. 20/2019, è intervenuto nella partita relativa alla pubblicità dei dati patrimoniali dei dirigenti pubblici.

2. CONTESTO GIURIDICO

Oltre alla legge 190/12, il contesto giuridico di riferimento comprende :

- ➢ il decreto legislativo 31 dicembre 2012, n. 235 "Testo unico delle disposizioni in materia di incandidabilità e di divieto di ricoprire cariche elettive e di Governo conseguenti a sentenze definitive di condanna per delitti non colposi, a norma dell'articolo 1, comma 63, della legge 6 novembre 2012, n. 190";
- ➢ il decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, approvato dal Governo il 15 febbraio 2013, in attuazione di commi 35 e 36 dell'art. 1 della l. n. 190 del 2012";
- ➢ il decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 "Disposizioni in materia di inconferibilità 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";
- ➢ il decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165";
- ➤ Il D.L. 90/2014, convertito in L.114/2014, che ha ridefinito le competenze dell'Autorità anticorruzione, acquisendo le funzioni del Dipartimento di Funzione pubblica e quelle della soppressa AVCP (Autorità di Vigilanza dei Contratti Pubblici);
- La legge del 27 maggio 2015 n. 69 rubricata "Disposizioni in materia di delitti contro la pubblica amministrazione, di associazioni di tipo mafioso e di falso in bilancio" che ha inasprito le pene ed esteso la punibilità agli incaricati di pubblico servizio anche per i delitti dei pubblici ufficiali contro la P.A;
- D.lgs: n. 97 del 23 maggio 2016 recante "La revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della L. 6 novembre 2012 n. 190 e del d.lgs. 14marzo 2013 n. 33, ai sensi dell' art 7 della L. 7 agosto 2015 n. 124 in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche";
- Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 di aggiornamento al PNA
- Determinazione ANAC n. 831 del 3 agosto 2016 di approvazione del PNA 2016
- Delibera n. 833 del 3 agosto 2016 di approvazione della disciplina delle cause di inconferibilità / incompatibilità;
- ➤ Delibera ANAC n. 1208 del 22 novembre 2017 di approvazione del PNA 2017.
- Delibera n. 1074 del 21 novembre 2018 di approvazione del PNA 2018.
- Delibera ANAC n. 1064 del 2 ottobre 2019 di approvazione del nuovo PNA 2019.

- Delibera n. 1310 del 28 dicembre 2016, sulle "prime linee guida recanti indicazioni sull' attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. n. 33/13, come modificato dal d.lgs. n. 97/16";
- Delibera ANAC n. 1309 del 28 dicembre 2016 recante gli obblighi in materia di accesso civico;
- Regolamento ANAC del 16/11/2016, pubblicato in G. U. n. 284 del 5/12/2016 "sull'esercizio del potere sanzionatorio ai sensi dell'art 47del d.lgs. n. 33/13, come modificato dal d.lgs. n. 97/16";
- Regolamento ANAC n, 328 del 29 marzo 2017 "sull'esercizio dell'attività di vigilanza in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi nonché sul rispetto delle regole di comportamento dei pubblici funzionari";
- Regolamento ANAC n. 330 del 29 marzo 2017 sull'esercizio dell'attività di vigilanza in materia di prevenzione della corruzione";
- Regolamento ANAC sull' esercizio della funzione consultiva del 24/10/2018;
- Circolare n. 2 /2017 del Dipartimento della Funzione Pubblica;
- ➤ Circolare n. 1/2019 del Dipartimento della Funzione Pubblica;
- Linea guida ANAC n. 358 del 29 marzo 2017 per l'adozione del Codice di Comportamento negli enti appartenenti al SSN;
- Determinazione ANAC n. 241 del 8 marzo 2017 sulle "linee guida recanti indicazioni sull' attuazione dell'art. 14 del d.lgs. n. 33/13 relativa agli obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali, come modificato dall' art 13 del d.lgs. n. 97/16.;
- Delibera ANAC n. 586 del 26/06/2019: "Integrazioni e modifiche della delibera 8 marzo 2017, n. 241 per l'applicazione dell'art. 14, co. 1-bis e 1-ter del d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n. 20 del 23 gennaio 2019".
- Delibera ANAC n. 1126/2019 di sospensione della delibera ANAC n. 586/2019;
- Circolare n. 1 /2019 del Ministro della pubblica amministrazione;
- Linea guida ANAC n. 15 del 5 giugno recanti "individuazioni e gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti" (deliberazione n. 494/2019);
- ➤ Delibera ANAC n. 177 del 19 febbraio 2020 in materia di Codice di Comportamento delle pubbliche amministrazioni;
- La c.d legge "Spazza corrotti" 9/01/2019 n. 3;
- Decreto "Mille proroghe" (art 1 c. 7 d.l. n. 162/2019);
- Art 1 c. 163 "Legge di stabilità" per il 2020 n. 160/2019.



PRIMA PARTE

3. OBIETTIVI E LIMITI

<u>Definizione degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza</u>

In via del tutto innovativa e nel rispetto di quanto stabilito dall'art. 1 comma 8 della L.190/2012 l'Azienda Sanitaria Moscati, con deliberazione del Direttore Generale n. 208 del 2/03/2020 ha definito i seguenti obiettivi strategici a carattere trasversale per tutte le strutture ovvero:

1) Trasparenza amministrativa:

Implementazione dei corsi di formazione del 15% rispetto all' anno precedente in materia di trasparenza e privacy al fine di garantire un coordinamento tra le due normative

2) Prevenzione della corruzione:

riduzione del ricorso alle proroghe negli appalti pubblici del 20% rispetto all' anno precedente e rispetto dei principi comunitari.

Questi inevitabilmente si intersecano con quelli approvati con la Direttiva della Direzione Strategica del 27 gennaio 2020 (Deliberazione n. 72/2020) volti a garantire un miglioramento dell'intero quadro in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

4. Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza: compiti e funzioni

La figura del Responsabile della prevenzione della corruzione è stata introdotta dalla l. n. 190/12, quale punto di riferimento fondamentale interno ad ogni amministrazione l'attuazione della citata normativa. Il ruolo, poi, di tale soggetto è stato rafforzato dal d.lgs. n. 97/16 che ha attribuito allo stesso anche la funzione di responsabile della trasparenza. Laddove esistano obiettive difficoltà organizzative tali da giustificare la distinta attribuzione dei ruoli, è possibile mantenere separate le figure di RPCT e di RT.

Il decreto in commento ha previsto, altresì, che l'organo di indirizzo politico assicuri al RPCT poteri e funzioni idonei a garantire lo svolgimento dell' incarico con autonomia ed effettività, disponendo anche le eventuali modifiche organizzative a ciò necessarie, (art 1 c. 7, l. n. 190/12). <u>La Funzione pubblica, con Circolare n.1/2013</u>, ha disposto poi che al RPCT fossero assegnate dotazioni strumentali ed umane, all'uopo prevedendo un capitolo del bilancio all'uopo dedicato.

L'Autorità nell' esercizio della funzione consultiva e di vigilanza nel tempo ha approfondito vari aspetti della disciplina, tra cui i poteri connessi all' espletamento della attività di RPCT e le condizioni di indipendenza, autonomia e supporto necessari a garantire a tale soggetto effettività nello svolgimento del ruolo.

Con delibera n. 840/2018, l'ANAC ha precisato che l'obiettivo principale assegnato al RPCT è quello di predisporre un sistema di prevenzione della corruzione di una amministrazione o di un ente e della verifica della tenuta complessiva di tale sistema al fine di contenere fenomeni di cattiva amministrazione.

Per tali motivi, i poteri di vigilanza e controllo che il RPCT può esercitare devono rimanere connessi a tale obiettivo.

Di seguito i compiti che ricadono sul RPCT e riassunti nella delibera ANAC n. 840/2018:

- L'art 1, co. 8, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT predispone in via esclusiva (essendo vietato l'ausilio esterno) il PTPCT e lo sottopone all'Organo di indirizzo per la necessaria approvazione.
- L'art 1, co. 7, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT segnali all'organo di indirizzo e all'OIV le "disfunzioni" (così recita la norma) inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indichi agli uffici competenti all'esercizio

- dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.
- L'art. 1, c. 9, lett. c), l. 190/2012 dispone che il PTPC preveda «obblighi di informazione nei confronti del RPC chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano», con particolare riguardo alle attività ivi individuate.
- L'art 1, c. 10, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT verifichi l'efficace attuazione del PTPC e la sua idoneità e propone modifiche dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione. La richiamata disposizione assegna al RPCT anche il compito di verificare, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici maggiormente esposti ai reati di corruzione nonché quello di definire le procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nelle aree a rischio corruzione.
- L'art. 1, c. 14, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT rediga la relazione annuale recante i risultati dell'attività svolta tra cui il rendiconto sull'attuazione delle misure di prevenzione definite nei PTPC, relazione che va girata all' organo politico e all' OIV e pubblicata sul sito istituzionale dell' ente in Amministrazione Trasparente, sotto sezione altri contenuti/ corruzione.
- L'art. 43, d.lgs. 33/2013 assegna al RPCT, di norma, anche le funzioni di Responsabile per la trasparenza, attribuendo a tale soggetto "un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando 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".
- L'art. 5, co. 7, d.lgs. 33/2013 attribuisce al RPCT il compito di occuparsi dei casi di riesame dell'accesso civico: "Nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine indicato al comma 6, il richiedente può presentare richiesta di riesame al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, che decide con provvedimento motivato, entro il termine di venti giorni".
- L'art. 5, co. 10, d.lgs. 33/2013 precisa poi che nel caso in cui la richiesta di accesso civico riguardi dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, il RPCT ha l'obbligo di effettuare la segnalazione all'Ufficio di disciplina di cui all'art. 43, co. 5 del d.lgs. 33/2013.
- L'art. 15, co. 3, d.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 stabilisce che il RPCT curi la diffusione della conoscenza dei Codici di comportamento nell'amministrazione, il monitoraggio annuale della loro attuazione, la pubblicazione sul sito istituzionale e la comunicazione ad ANAC dei risultati del monitoraggio. Il supporto conoscitivo ed informativo al RPCT

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, è stato individuato dall'organo di indirizzo politico con **Deliberazione n. 929 del 10 ottobre 2019** nella persona del dott. Vittorino Tecce.

La durata dell'incarico è correlata alla durata del contratto sottostante l'incarico svolto all'interno dell'Azienda Ospedaliera.

E' esclusa l'attribuzione di alcun compenso aggiuntivo, fatto salvo il solo riconoscimento di eventuali retribuzioni di risultato legate all'effettivo conseguimento di precisi obiettivi performance predeterminati in sede di previsioni delle misure organizzative di prevenzione della corruzione.

Il legislatore ha poi, inteso tutelare l'autonomia e l'indipendenza del RPCT anche con disposizioni volte ad impedire una revoca anticipata dell'incarico in funzione "ritorsiva"; in tal senso, ne è un esempio la modifica introdotta dal d.lgs. n. 97/16 all' art 15 c. 3 del d.lgs. n. 39/13.

In tema di responsabilità del RPCT

A fronte dei compiti attribuiti, la 1. 190/2012 prevede (artt. 12 e 14) anche consistenti responsabilità in capo al RPCT al cui testo di legge si rimanda.



5. Soggetti coinvolti nella lotta alla corruzione

Con l'entrata in vigore del d.lgs. n. 97/16, il legislatore ha puntato non solo su un maggiore coinvolgimento dell'organo politico, ma anche di coloro che, a vario titolo, si trovano a lavorare in una pubblica amministrazione, trasformando di fatto la lotta alla corruzione da obiettivo del Responsabile della prevenzione della corruzione e oggi anche della trasparenza ad obiettivo comune.

Per tali motivi, oltre al RPCT, tra i soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno della Azienda, ritroviamo:

- il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario;
- i Direttori/ Responsabili di struttura (Direttori di Dipartimento, UU.OO.CC. ed UU.OO.), inclusi tutti i dirigenti del settore amministrativo, medico e tecnico, per l'area di rispettiva competenza;
- i referenti per l'anticorruzione;
- l'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.);
- l'Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.);
- tutto il personale ed i collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione.

Ai fini della concreta attuazione delle misure anticorruzione, è richiesto un ruolo attivo dei dirigenti amministrativi, medici e tecnici, i quali sono chiamati a :

- svolgere attività informativa nei confronti del RPCT. ai sensi dell'articolo 1, comma 9, lett. c, della legge 190 del 2012;
- partecipare al processo di gestione del rischio;
- definire misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione;
- controllare attraverso l'attività di monitoraggio e quindi di verifica della efficacia delle misure indicate per ciascun procedimento, il rispetto delle stesse da parte dei dipendenti dell'ufficio;
- rispondere della pubblicazione degli atti del loro settore ed alle istanze pervenute al loro ufficio in materia di accesso civico generalizzato, come previsto dal d.lgs. n. 33/13, modificato dal d.lgs. n. 97/16 (art 14 c. 1-quater, d.lgs. n. 33/13);
- vigilare sull'applicazione dei codici di comportamento e ne verificano le ipotesi di violazione,
 ai fini del conseguente avvio di procedimenti disciplinari o penali;
- Informare i dipendenti e procedono alla eventuale rotazione del personale esposto al rischio di corruzione.

I Direttori di Dipartimento, di UU.OO.CC ed UU.OO. dell'area amministrativa, tecnica e medica possono nominare dei Referenti, generalmente individuati nei dipendenti titolari di Posizione Organizzativa, previo conferimento di formale incarico a questi notificato.

Stante l'organizzazione Aziendale, che prevede l'esistenza di due Presidi Ospedalieri (la Città Ospedaliera in Avellino e il PO Landolfi a Solofra), con circa 1600 dipendenti, con il presente Piano si individuano quali referenti del Responsabile per la prevenzione della corruzione, tutti di Direttori/Dirigenti/Responsabili delle varie articolazioni in cui si sviluppa l'Azienda secondo quanto previsto dal vigente Atto Aziendale (integrato dalla deliberazione n. 882 del 30.9.2019).

5.1 LA DIREZIONE STRATEGICA DEVE:

- valorizzare, in sede di formulazione degli indirizzi e delle strategie dell'amministrazione, lo sviluppo e la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione;
- tenere conto, in sede di nomina del RPCT, delle competenze e della autorevolezza necessarie al corretto svolgimento delle funzioni ad esso assegnate e ad operarsi affinché le stesse siano sviluppate nel tempo;
- assicurare al RPCT un supporto concreto, garantendo la disponibilità di risorse umane e digitali adeguate, al fine di favorire il corretto svolgimento delle sue funzioni;
- promuovere una cultura della valutazione del rischio all'interno dell'organizzazione, incentivando l'attuazione di percorsi formativi e di sensibilizzazione relativi all'etica pubblica che coinvolgano l'intero personale.



5.2 L'O.I.V.

Partecipa alle attività in materia di anticorruzione in virtù delle modifiche alle sue funzioni ad opera del d.lgs. n. 97/16.

In virtù dei poteri loro ascritti dalla legge e confermati nella delibera ANAC n.1310 del 28 dicembre 2016:

- L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) deve:
- Verificare la coerenza tra gli obiettivi descritti nei documenti strategico gestionali e quelli
 indicati nel PTPCT e che nella misurazione e valutazione della performance si tenga conto degli
 obiettivi connessi all' anticorruzione e alla trasparenza
- Esprimere parere obbligatorio sul Codice di comportamento e sue modificazioni (articolo 54. comma 5. d.lgs. 165/2001);
- Attestare il rispetto degli obblighi di pubblicazione di cui al d.lgs. n. 33/13.

A seguito delle dimissioni della dott.ssa Bianca Corcione da presidente dell' OIV per sopravvenuta altra nomina. (**Deliberazione del DG n. 596 del 26 giugno 2020**), attualmente l'organismo indipendente di valutazione presso l' Azienda Ospedaliera Moscati è composta dal dott. Nicola Medici e dalla dott.ssa Giovanna Doria.

5.3 UFFICIO PER I PROCEDIMENTI DISCIPLINARI

- svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (articolo 55 *bis* d.lgs. n. 165 del 2001):
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 d.P.R. n. 3 del 1957; art.1, comma 3, 1, n. 20 del 1994; art. 331 c.p.p.);
- vigila sulla corretta applicazione del Codice di Comportamento aziendale
- propone l'aggiornamento del Codice di comportamento:
- opera in raccordo con il Responsabile per la prevenzione della corruzione per quanto riguarda le attività previste dall'articolo 15 del D.P.R. 62/2013 "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici".

5.4 Composizione dell'UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI (U.P.D.):

Presidente: Dott.ssa Amy Morryson

Componente titolare: dott.ssa Giovanna Petitto, Dirigente presso S.C. "Gestione Risorse Umane"

--- Componente supplente: avv. Lydia D' Amore, Responsabile f.f. S.C. "Affari Legali"

Componente titolare: dott. Paolo Miletto, Direttore della S.C. "Medicina Nucleare"

--- Componente supplente: dott. Antonio Vitale, Direttore S.C. "Pediatria"

Segretaria: dott. Giovanni Verusio - collaboratore amministrativo

5.4 Composizione COLLEGIO SINDACALE dell'Azienda Ospedaliera Moscati è composto da:

dott. Francesco Evangelista - designato dal Ministero del Tesoro

dott.ssa Dina De Luca — designata dal Ministero della Salute

dott. Marco Del Sorbo – designato dalla Regione Campania

(Deliberazione del DG n. 443 del 9 maggio 2019).

I DIPENDENTI:

- osservano le misure contenute nel PTPCT;
- segnalano le situazioni di illecito o di personale conflitto di interessi e la mancata attuazione del piano delle misure in base a quanto previsto dai Regolamenti dell'ANAC n.n. 328 e 330 del 29 marzo 2017

I COLLABORATORI

- osservano per quanto compatibili, le misure contenute nel PTPCT e gli obblighi di condotta previsti dai Codici di comportamento;
- nel rispetto delle prescrizioni contenute nel Regolamento n. 330 del 29 marzo 2017 dell'ANAC, possono effettuare segnalazioni;
- nel rispetto delle prescrizioni contenute nel Regolamento n. 328 del 29 marzo 2017 dell'ANAC, possono effettuare segnalazioni.

5.5 IL RASA

Ogni stazione appaltante è tenuta a nominare il soggetto responsabile (R.A.S.A.) dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante stessa nell'AUSA. L'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

In caso di mancata indicazione nel PTPCT. del nominativo del RASA, previa richiesta di chiarimenti al RPCT, l'Autorità può esercitare il potere di ordine ai sensi dell'art. 1, co. 3, della 1. 190/2012, nei confronti dell'organo amministrativo di vertice, che, nel silenzio del legislatore, si ritiene il soggetto più idoneo a rispondere dell'eventuale mancata nomina del RASA.

Nel caso di omissione da parte del RPCT, il potere di ordine viene esercitato nei confronti di quest'ultimo.

Al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA), il RPCT è tenuto a sollecitare l'individuazione del soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati Per l'espletamento dei compiti connessi a tale ruolo, l'Azienda ha individuato con delibera n. 812 del 13 Novembre 2013 la Sig.ra Franca Sonia Pagliuca.

5.6 II GESTORE ANTIRICICLAGGIO

Il D.lgs. 21 novembre 2007, n. 231, recante "Attuazione della direttiva 2005/60/CE concernente la prevenzione dell'utilizzo del sistema finanziario a scopo di riciclaggio dei proventi di attività criminose e di finanziamento del terrorismo nonché della direttiva 2006/70/CE che ne reca misure di esecuzione", come successivamente integrato e modificato dal D.lgs. n. 90/2017, prevede una serie di adempimenti a fini preventivi nonché obblighi di segnalazione, che coinvolgono anche le Pubbliche Amministrazioni.

L'art. 10, comma 1, del citato Decreto, come successivamente modificato ha ridefinito il perimetro per gli uffici delle pubbliche amministrazioni relativamente a "procedure o procedimenti" potenzialmente esposti al rischio di operazioni di riciclaggio e più in dettaglio essi sono:

- a) procedimenti finalizzati all'adozione di provvedimenti di autorizzazione o concessione;
- b) procedure di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi secondo le disposizioni di cui al codice dei contratti pubblici;



 c) procedimenti di concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzioni di vantaggi economici di qualunque genere a persone fisiche ed enti pubblici e privati.

Da quanto fin qui esposto, appare evidente la stretta assonanza tra l'art. 10, comma 1, del D.lgs. 231/2007 e s.m.i, sopra citato, e l'art. 1, comma 16, della Legge n. 190/2012, che individua sostanzialmente le medesime aree di rischio per la prevenzione della corruzione. Di qui la correlazione tra l'attività di prevenzione della corruzione e quella di contrasto del riciclaggio.

A completamento del quadro normativo fin qui esposto, nella Gazzetta Ufficiale n. 269 del 19/11/2018, è stato pubblicato il provvedimento dell'Unità di Informazione Finanziaria (UIF) della Banca d'Italia, adottato ai sensi dell'art. 10, comma 4 del D.lgs. n. 231/2017 e s.m.i., e recante "Istruzioni sulle comunicazioni di dati e informazioni concernenti le operazioni sospette da parte degli uffici delle pubbliche amministrazioni".

Stante il complessivo quadro normativo e attuativo fin qui delineato, appare evidente che oltre a dover procedere alla nomina del soggetto preposto alla trasmissione delle segnalazioni alla UIF e destinatario interno di dette segnalazioni interne, quale "soggetto gestore", a dover promuovere un percorso formativo che interessi tutti i dipendenti coinvolti nell'ambito dei processi indicati nell'art 10 comma 1, si debba procedere ad una specifica analisi degli stessi nell'ottica dell'attività antiriciclaggio.

Al fine di dare piena attuazione, alle disposizioni normative in materia di antiriciclaggio, l'Azienda Ospedaliera effettuerà fino al 31 dicembre 2020, all'atto della definizione della nuova mappatura dei processi, una verifica sulle aree esposte a rischio in base agli indicatori di anomalia. Se la valutazione avrà avuto esito positivo, sarà fatto obbligo all'Azienda sanitaria di nominare un gestore antiriciclaggio nel 2021, prevedendo e programmando tutte le dovute misure attuative.

6 ANALISI DEL CONTESTO

6.1 Analisi del contesto esterno

L'Analisi del contesto esterno serve per sottolineare come spesso le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente nel quale si trova ad operare una pubblica amministrazione possano favorire o meno il verificarsi di fenomeni corruttivi e, al tempo stesso, come tali caratteristiche ambientali possano condizionare la valutazione del rischio corruttivo e l'applicazione delle misure di prevenzione.

Ad ogni modo per un'analisi approfondita della situazione ambientale del territorio di Avellino e dintorni, si rinvia alla "Relazione sull' attività delle forze di polizia sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica e sulla criminalità organizzata" trasmessa dal Ministro dell'Interno alla presidenza della Camera dei Deputati il 14 gennaio 2016, disponibile alla pagina web:

http://www.camera.it/leg17/494 di legislatura -17&categoria 0388

6.2 Analisi del contesto interno

Con Decreto del Presidente della Giunta della Regione Campania nº 12257 del 22 dicembre 1994 viene costituita L'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specialità "San Giuseppe Moscati" di Avellino.

L'Azienda è costituita da due plessi ospedalieri di cui uno in Avellino conosciuto come "Città Ospedaliera" l'altro sito nella cittadina di Solofra, meglio conosciuto come "Ospedale Agostino Landolfi" che si è unito all'AORN S.G. Moscati con DCA n. 29 del 19 aprile 2018.



Successivamente, con DCA n. 103 del 28 dicembre 2018, a seguito di un aggiornamento della situazione delle Aziende del SSR, nell'ambito di un *Piano Regionale di programmazione della rete ospedaliera* in base al D.M. n. 70/2015, è stata evidenziata la presenza di due presidi ospedalieri ("Città Ospedaliera" Contrada Moretta-Avellino – "Landolfi" Solofra) compresi nell'ambito dell'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale "San Giuseppe Moscati" di Avellino.

Il Plesso Ospedaliero di Avellino sorge in Contrada Amoretta, su una superficie di 140 mila metri quadrati.

E' costituito da un grande struttura ospedaliera di cinque piani, da una palazzina che ospita la sede Legale- Amministrativa e da un altro fabbricato che ospita l'Attività Libero Professionale Intramuraria.

Le camere di degenza sono singole o doppie, tutte con bagno, televisore e predisposizione per il collegamento a Internet. L'area verde esterna occupa una superficie di 2500 metri quadrati. L'interno del plesso ospedaliero ha una forma a raggiera che si estende attorno a una grande piazza, coperta da una lente concava. Nella struttura si trova anche un polo didattico, con aule e segreterie, a disposizione degli allievi che frequentano le Lauree Triennali nelle Professioni Sanitarie, nonché un'aula magna con 250 posti a sedere. Per agevolare l'accesso degli utenti alle varie Unità operative è stata predisposta una segnaletica che divide idealmente l'edificio in due blocchi, identificati con i colori arancione e blu. L'indicazione dei reparti è presente su cartelloni sistemati anche in tutti gli 8 ascensori riservati agli utenti (23 quelli dedicati al personale e ai distributori).

L'altro Plesso Ospedaliero è sito nella cittadina di Solofra (AV), meglio conosciuto come Ospedale Agostino Landolfi.

I posti letto della Azienda Ospedaliera sono 628 di cui 477 alla Città Ospedaliera di Avellino e 151 nel Plesso Ospedaliero "Landolfi" di Solofra.

7. MISSION

L'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale "San Giuseppe Moscati" di Avellino offre prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione nell'ambito di ricoveri ordinari (di più giorni), giornalieri (Day-Hospital e Day-surgery), visite e Prestazioni diagnostiche.

Ha un bacino di utenza di circa 500.000 abitanti e un numero di visitatori al giorno di circa 5.000 unità.

L'orientamento al benessere a alla qualità di vita dei pazienti, dei familiari e degli operatori sanitari costituisce impegno costante dell'Azienda.

LA QUALITÀ RAPPRESENTA LA SCELTA STRATEGICA AZIENDALE, PER IL PERSEGUIMENTO DEGLI OBIETTIVI DI

- centralità del paziente;
- qualità delle prestazioni fornite;
- tempestività nell'erogazione delle prestazioni;
- miglioramento delle condizioni di comfort alberghiero;
- miglioramento del livello di sicurezza per i pazienti e per gli operatori.

Con Delibera n 882/19 la Direzione Strategica ha provveduto a definire l'integrazione funzionale nell'ambito dell'AORN Moscati delle UU.OO del Presidio di Solofra.



L'Azienda ha aderito agli obiettivi in materia di Gestione del Rischio Clinico, secondo le direttive del Ministero Salute e della Regione Campania e ha sviluppato un processo di gestione del rischio con lo scopo di affrontare il problema della prevenzione e della gestione del rischio in sanità.

E' stata avvertita la necessità di sviluppare un Sistema della Gestione del Rischio Clinico basato sull'identificazione, la valutazione ed il trattamento dei rischi, sia attuali che potenziali, con lo scopo primario di migliorare la sicurezza dei pazienti e, allo stesso tempo, diminuire i costi attraverso la riduzione degli eventi avversi prevenibili intervenendo nella gestione dell'errore che è stato commesso, agendo su ciò che è accaduto, conseguenza di un errore che ha portato a visualizzare il rischio in maniera quindi reattiva, ma anche cercando di focalizzarsi su una prevenzione del rischio, in maniera quindi proattiva.

Nella nostra Azienda è stato implementato e si continua ad implementare un progetto formativo gestionale quale utile strumento nella quotidiana attività di lavoro, in particolare per quanto riguarda la formazione, l'individuazione e l'analisi dei rischi clinici e delle priorità di intervento e la verifica delle azioni correttive concordate e finalizzate, tra l'altro, al miglioramento della qualità della prestazione sanitaria resa, tendendo alla minimizzazione dell'errore, con particolare attenzione alla puntuale e meticolosa compilazione delle cartelle cliniche, alla redazione delle note informative e somministrazione del consenso informato, alla riorganizzazione ed ottimizzazione del lavoro, utilizzando strumenti volti alla verifica della qualità e in particolare lo strumento dell'audit quale contributo fondamentale alla moderna gestione del Rischio Clinico. Vengono raccolte le comunicazioni inerenti le richieste risarcitorie in un database aziendale ed analizzate al fine di proporre protocolli e procedure che per tendere alla diminuzione dell'errore devono necessariamente essere condivise e diffuse tra gli operatori.

L'Azienda partecipa alla rilevazione e registrazione degli eventi sentinella aggiornando l'apposita piattaforma ministeriale "Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità" (SIMES) in ottemperanza alle direttive del Ministero della Salute.

Il Settore Gestione del Rischio Clinico cura la formazione ed aggiornamento di tutti i dipendenti sulle tematiche relative e complementari alla gestione del rischio in sanità, nonché la formazione, coordinamento, aggiornamento e programmazione delle attività dei "Facilitatori per il rischio clinico", ossia professionisti sanitari che operano nell'Azienda supportando lo sviluppo dei processi di miglioramento collegati alla sicurezza del paziente e del rischio clinico, individuati e formati in tutte le UU.OO. .

Il Settore Gestione del Rischio Clinico è impegnato, anche, nella collaborazione con la Direzione Sanitaria Aziendale per la realizzazione del percorso integrato informatizzato del paziente, dal ricovero al follow up.

Il percorso ha portato all'adozione del Modello Sistemico di Gestione del Rischio in Ambito Sanitario ottenendo la Certificazione di I° e II° Livello rispettivamente negli anni 2014 e 2016.

In seguito l'Azienda ha aderito al "Modello Italiano per la Gestione del Rischio in Sanità" in virtù del passaggio dal modello sistemico con impostazione di sistema (iso 9000) al modello italiano con impostazioni di processo (iso 17065), procedendo da un approccio che definisce ed organizza, ad uno che garantisca anche l'esito finale dettato dal modello di riferimento.

Nel corso del 2019, in continuità con l'adesione di cui sopra, si è tenuto l'audit di certificazione di II livello secondo il "Modello Italiano per la Gestione del Rischio in Sanità" con la verifica del rispetto dei requisiti da parte di Ente Terzo Certificatore.

Attualmente è in corso il percorso per il raggiungimento della Certificazione di III livello secondo il Modello Italiano per la Gestione del Rischio in Sanità.

Il rischio clinico è anche impegnato nella collaborazione della Direzione Sanitaria per la realizzazione del percorso integrato informatizzato del paziente, dal ricovero alla dimissione passando per la realizzazione della cartella clinica Informatizzata (Myhospital).

8. Il nuovo sistema di GESTIONE DEL RISCHIO

L'adozione del PTPC è il mezzo per attuare la gestione del rischio.

Per "GESTIONE DEL RISCHIO" si intende l'insieme delle attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo l'amministrazione con riferimento al rischio di corruzione. La gestione del rischio di corruzione è lo strumento da utilizzare per la riduzione delle probabilità che il rischio si verifichi. Secondo le indicazioni della L. 190/2012, la redazione del PTPC è frutto di un processo, conosciuto come Risk Management, o Gestione del Rischio, capace di individuare, mappare e valutare il rischio corruttivo cui un Ente è potenzialmente o concretamente esposto e per il quale necessita di specifiche misure di correzione e prevenzione contestualizzate nella realtà in cui lo stesso opera. In tal senso, il processo di gestione del rischio corruttivo deve essere finalizzato alla: individuazione della totalità degli eventi rischiosi, il cui verificarsi incide sulla realizzazione delle attività poste in essere dell'ente e genera delle conseguenze di diversa natura; identificazione del grado di esposizione di un ente al rischio corruttivo.

Risulta, allora, indispensabile, l'utilizzo di una metodologia capace di intercettare e valutare in maniera corretta il grado di esposizione dell'amministrazione al rischio.

In linea di continuità con quanto previsto in sede di predisposizioni del PTPCT 2020-2022, l'Azienda Ospedaliera ha provveduto <u>all'aggiornamento della c.d. mappatura dei processi</u>, procedendo ad una rivalutazione degli stessi in termini di valutazione del loro livello di esposizione a rischio corruttivo, sulla scorta degli <u>altri indicatori</u> di seguito indicati:

- numero dei procedimenti disciplinari/ penali dei dipendenti;
- grado di accentramento del processo decisionale in capo al soggetto apicale;
- valore economico, grado di efficienza raggiunto sulla base del grado di soddisfazione dell'utenza;
- Trasparenza del procedimento e dati pubblicati.

L'obiettivo è arrivare alla predisposizione del PTPCT 2021-2023 con_una visione completa dei processi attivi nell' ente ed una valutazione altrettanto completa dei rischi, ma soprattutto delle misure di prevenzione descritte nel piano che dovranno essere implementate.

Un' unica griglia nella <u>parte III del presente documento</u>, insieme alla indicazione delle misure di prevenzione che l'Azienda intende attuare e dei soggetti responsabili della loro attuazione.

LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO SI ARTICOLA IN TRE FASI: L'IDENTIFICAZIONE, L'ANALISI E LA PONDERAZIONE

8.1 L'identificazione del rischio

L'identificazione del rischio, o meglio degli eventi rischiosi, ha l'obiettivo di individuare quei comportamenti o fatti che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell'amministrazione, tramite cui si concretizza il fenomeno corruttivo. Questa fase è cruciale perché un evento rischioso non identificato non potrà essere gestito e la mancata individuazione potrebbe compromettere l'attuazione di una strategia efficace di prevenzione della corruzione. L'identificazione dei rischi deve includere tutti gli eventi rischiosi che, anche solo ipoteticamente, potrebbero verificarsi. L'identificazione degli eventi rischiosi porta alla creazione del c.d. registro dei rischi collegati all'oggetto di analisi scelto dall'Azienda che è il processo nel suo complesso.

8.2 L'analisi del rischio

L'analisi del rischio ha un duplice obiettivo. Il primo è quello di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi identificati nella fase precedente, attraverso l'analisi dei cosiddetti fattori abilitanti della corruzione. Il secondo è quello di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio. L'analisi è essenziale al fine di comprendere i fattori abilitanti degli eventi corruttivi, ossia i fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti o fatti di corruzione.

Ai fini dell'analisi del livello di esposizione al rischio è necessario:

- a) scegliere l'approccio valutativo,
- b) individuare i criteri di valutazione
- c) formulare un giudizio sintetico, adeguatamente motivato, <u>anche in base ai principi di</u> <u>semplificazione e snellimento.</u>

8.3 Scelta dell'approccio valutativo

Come precisato nell' allegato 1 al PNA 2019, l'approccio utilizzabile per stimare l'esposizione delle organizzazioni ai rischi può essere qualitativo, quantitativo o misto

Considerata la natura dell'oggetto di valutazione (rischio di corruzione), l'ANAC suggerisce di utilizzare un approccio di tipo qualitativo, dando ampio spazio alla motivazione della valutazione e garantendo la massima trasparenza. Di conseguenza, sparendo la valutazione prettamente statistica e numerica che ha accompagnato le PA nella mappatura dei processi, ogni responsabile, in maniera molto più semplice, una volta definiti gli indicatori, procederà ad una valutazione valoriale di insieme.

8.4 Individuazione dei criteri di valutazione

Coerentemente all'approccio qualitativo suggerito nel presente allegato metodologico, i criteri per la valutazione dell'esposizione al rischio di eventi corruttivi possono essere tradotti operativamente in <u>indicatori di rischio</u> (key risk indicators) in grado di fornire delle indicazioni sul livello di esposizione al rischio del processo o delle sue attività componenti.

Di seguito i nuovi indicatori utilizzati:

- numero dei procedimenti disciplinari/ penali dei dipendenti
- grado di accentramento del processo decisionale in capo al soggetto apicale
- valore economico, grado di efficienza raggiunto sulla base del grado di soddisfazione dell'utenza
- Trasparenza del procedimento e dati pubblicati

Una volta definiti gli indicatori, a ciascun dovrà essere assegnato un valore compreso tra basso, medio, alto e la misurazione del valore attribuito a ciascun criterio consentirà di svelare il livello di esposizione a rischio del processo mappato.

Una volta dato il giudizio sintetico motivazionale sul livello di esposizione a rischio dei processi, per ciascuno di essi vanno indicate le misure che si intendono attuare. Le Misure sono quelle già indicate nei pregressi PNA cui si aggiunge la misura della semplificazione e sensibilizzazione.



8.5 La ponderazione del rischio

Tale fase ha l'obiettivo di stabilire:

- le azioni da intraprendere per ridurre l'esposizione al rischio;
- le priorità di trattamento dei rischi.

9. IL TRATTAMENTO DEL RISCHIO E MISURE DI CONTRASTO

La fase di trattamento del rischio è il processo finalizzato a intervenire sui rischi emersi attraverso l'introduzione di apposite misure di prevenzione e contrasto. Tali misure possono essere classificate sotto diversi punti di vista ovvero in "misure comuni e obbligatorie" o legali (in quanto è la stessa normativa di settore a ritenerle comuni a tutte le pubbliche amministrazioni e a prevederne obbligatoriamente l'attuazione a livello di singolo Ente) e "misure ulteriori" ovvero eventuali misure aggiuntive individuate autonomamente da ciascuna amministrazione. Esse diventano obbligatorie una volta inserite nel P.T.P.C.T.

MISURA DI CONTRASTO	CODICE IDENT. MISURA
Adempimenti relativi alla trasparenza	M01
Codici di comportamento	M02
Informatizzazione processi e monitoraggio termini procedimentali	M03
Conflitto di interessi e controllo sulle dichiarazioni rese ai sensi dell'art. 6 bis della L.241/90	M04
Inconferibilità - incompatibilità di incarichi dirigenziali e incarichi amministrativi di vertice	M05
Svolgimento di incarichi d'ufficio - attività ed incarichi extra- istituzionali.	M06
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, formazione di commissioni di aggiudicazione ed ulteriori misure per i contratti pubblici	M07
Whistleblowing	M08
Patti di integrità	M09
Formazione	M10
Rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzioneì, ordinaria e straordinaria	M11
Il divieto di pantouflage	M12

9.1 M01) Adempimenti relativi alla Trasparenza

Ai sensi dell'articolo 43 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, modificato dal d.lgs. n. 97/2016, si stabilisce che "All'interno di ogni amministrazione il responsabile per la prevenzione della corruzione, di cui all'articolo 1, comma 7, della legge 6 novembre 2012, n. 190, svolge, di norma, le funzioni di Responsabile per la trasparenza".



Con Delibera n. 929 del 10 ottobre 2019 è stato nominato come Responsabile anche della Trasparenza il dott. Vittorino Tecce. Nel rispetto delle prescrizioni contenute nella Delibera n. 1310/2016, al fine di evitare di incorrere in sanzioni, vengono indicati nel presente PTPCT, in particolare nella sezione relativa alla "trasparenza", i nominativi dei soggetti Responsabili ed i loro uffici competenti a garantire il flusso di informazioni costante ai fini della attuazione della disciplina della trasparenza.

Ogni Direttore di Dipartimento / UU.OO.CC. è altresì nominato responsabile delle pubblicazioni per i servizi di propria competenza, nel rispetto delle prescrizioni contenute nell'Allegato 1 – par. C3-del PNA 2013 e nella Delibera n. 1310/2016. Al tempo stesso ognuno è delegato all'accesso civico, per atti del proprio settore.

In caso di ritardo o inerzia del R.P.C.T., il cittadino può ricorrere al Titolare del Potere sostitutivo, individuato con delibera n. 730 del 31/07/2020 nella persona di Dr. Germano Perito, il cui nominativo è indicato nella sezione "Amministrazione Trasparente", flag "Accesso civico".

Alla l. n. 120/20 di conversione del DL semplificazioni n. 76/20 si devono le modifiche apportate alla c.d. legge sul procedimento amministrativo. Tra le novità spicca l'esigenza avvertita dal legislatore di dare tempi certi di conclusione dei procedimenti amministrativi. Per tali motivi, infatti, all' art 2 l. n. 241/'90 dopo il c. 4, ha provveduto ad inserire il c. 4 bis, in base al quale, "Le pubbliche amministrazioni misurano e rendono pubblici i tempi effettivi di conclusione dei procedimenti amministrativi di maggiore impatto per i cittadini e per le imprese, comparandoli con i termini previsti dalla normativa vigente. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione, previa intesa in Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, saranno definite modalità e criteri di misurazione dei tempi effettivi di conclusione dei procedimenti di cui al primo periodo"

AZIONI DA INTRAPRENDERE

2020: aggiornamento del Regolamento sull' accesso civico a cura dell'ufficio " Affari Generali " e della relativa modulistica in linea con il GDPR 679/16 e del d.lgs. n. 101/2018.

2021: implementazione del registro informatico per monitorare le istanze di accesso civico e documentale pervenute presso l'Azienda e attivazione di un sistema di verifica a campione delle istanze di accesso civico e documentale presentate e dei relativi esiti, usufruendo della collaborazione del Responsabile della transizione digitale.

2022: implementazione della trasparenza come misura trasversale per intervenute modifiche del quadro normativo.

SOGGETTI RESPONSABILI: il RPCT, OIV, tutti i Direttori di Dipartimento/ UU.OO.CC e coloro che pur ricoprendo simili ruoli, trovandosi ad operare nelle articolazioni aziendali periferiche, in particolare, nel P.O. di Solofra e in quello di Avellino, sono stati nominati *referenti*.

9.2 M02) Il Codice di Comportamento

Il Codice di Comportamento ha rivestito sin da subito un ruolo fondamentale nella strategia di prevenzione della corruzione, perché è uno dei principali strumenti volti ad orientare i comportamenti dei funzionari pubblici alla cura dell' interesse pubblico, in stretta connessione con i Piani Triennali di prevenzione della corruzione e della trasparenza, tanto è vero che la l. n. 190/12, in particolare l' art 1 c. 44 ha sostituito l' art 54 del d.lgs. n. 165/'01, prevedendo da un lato, l' adozione di un codice di comportamento valido per tutte le amministrazioni pubbliche, dall' altro, imponendo a ciascuna P.A., l' adozione di un codice di comportamento ad integrazione di quello generale.

Dalla lettura del D.P.R. n. 62/13 emerge, infatti, la necessità che ciascuna P.A. si doti di un suo Codice di Comportamento ad integrazione di quello nazionale appena citato.

A dire il vero, uno sforzo significativo diretto a stabilire "linee guida" mirate di settore, è stato operato nel 2016 proprio per gli enti appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale. Infatti, l'ANAC di intesa con il Ministero della salute e l'Agenzia Nazionale per i servizi Sanitari regionali (c.d. AGENAS)



ha adottato la delibera n. 358 del 29 marzo 2017, al fine di orientarli nell' adozione del Codice di Comportamento e fornire loro indicazioni pratiche, in modo da contestualizzare il più possibile le previsioni contenute nel Regolamento (il D.P.R. n. 62/13), che rappresenta in ogni caso la base giuridica di riferimento di ciascun Codice.

La linea guida n. 358/17 analizza in particolare alcuni aspetti delicati, quali le situazioni di conflitto di interessi, la tutela del dipendente che segnala illeciti, rapporti con gli informatori farmaceutici, le attività di sperimentazione e ricerca, la previsione di norme di condotta correlate a processi a rischio secondo la suddivisione contenuta nella determinazione n. 12/15 dell'ANAC.

Suggerisce, altresì, di dedicare un paragrafo del Codice alla elencazione delle attività a elevato rischio corruttivo (esempio: attività conseguenti al decesso intraospedaliero, attività libero professionali, sperimentazioni cliniche etc.) e alla individuazione di quei doveri comportamentali attesi dal personale dipendente.

A questo intervento, che di per sé, ha già contribuito alla riscrittura del Codice di Comportamento per come era stato pensato sino ad un recente passato, si sono aggiunte quest' anno, le nuove linee guida ANAC n. 177/2020 frutto di uno studio fatto sulle stesse PP.AA., il quale ha rivelato come in realtà, la maggior parte degli enti, hanno sì provveduto ad adottare un proprio codice di Comportamento, che però, spesso si è rivelato solo una riproduzione del Codice Nazionale, elusiva delle disposizioni di legge", senza la individuazione di quegli elementi effettivi di integrazione, che avrebbero poi portato ad una differenziazione degli stessi Codici adottati dalle varie amministrazioni.

Non è un caso, se l'ANAC già nel PNA 2018 e, lo ha poi ribadito nel PNA 2019, sottolinea come " la mera riproduzione del Codice di Comportamento generale è elusiva delle disposizioni di legge" oltre ad esporre l'amministrazione a procedimento di vigilanza istruito dall' Autorità che, in tali casi, potrà pretendere l'adozione di un nuovo Codice di Comportamento più integrativo rispetto a quello che è stato adottato in precedenza.

Queste nuove linee guida sostituiscono quelle adottate dall' Autorità con delibera n. 75 del 2013, con cui l' Autorità aveva già richiamato le amministrazioni ad un corretto esercizio del dovere di dotarsi del proprio Codice, facendo presente che l'approvazione di Codici meramente riproduttivi di quello generale sarebbe stata considerata del tutto equivalente alla omessa adozione.

Il Codice di Comportamento rientra tra le misure di prevenzione della corruzione di tipo "soggettivo", perché in esso sono declinati i doveri comportamentali che ciascun dipendente dovrebbe adottare per garantire la migliore efficacia di quelle misure di tipo "oggettive" descritte nel piano e legate all'organizzazione interna dell'ente.

La necessità di collegare il Codice di Comportamento al PTPCT, aspetto innovativo su cui ritorna più volte l'Autorità nella sua nuova linea guida, discende dalla importanza di includere sin da subito il comportamento dei dipendenti pubblici nella strategia di prevenzione della corruzione. Ne deriva che, i comportamenti dei dipendenti disciplinati all' interno del Codice diventano <u>strumenti</u> per una buona riuscita delle misure di prevenzione.

Per i motivi esposti, <u>è intenzione dell'Azienda Ospedaliera procedere all'aggiornamento del</u> Codice di Comportamento entro Dicembre 2020.

AZIONI DA INTRAPRENDERE:

- 2020: Aggiornamento del Codice di Comportamento entro il 30 dicembre 2020 a cura dell'Ufficio Personale, alla luce delle indicazioni contenute nella linea guida n. 358 del 29 marzo 2017 dell' ANAC e della nuova linea guida ANAC n. 177/2020. All' uopo il RPCT ha provveduto ad inviare nota prot. n. 63 /2020 al Direttore UOC GRU al fine di sollecitare una revisione del Codice.
- 2021:Attivazione di un monitoraggio sul rispetto del Codice di Comportamento da parte dei Dirigenti.
- **2022:** Implementazione di misure ulteriori scaturite dall' adozione di un Codice di comportamento sottoposto a revisione.

SOGGETTI RESPONSABILI: Il RPCT vigila sull' attuazione del Codice di Comportamento, tutti i Direttori di Dipartimento/UU.OO.CC. vigilano sull' osservanza del codice da parte del personale dipendente.

NOTE: misura comune a tutti i livelli di rischio individuati nel piano e a tutti i dipendenti

9.3 M03) Informatizzazione processi e Monitoraggio dei termini procedimentali

Come evidenziato dalla stessa ANAC. l'informatizzazione dei processi rappresenta una misura trasversale di prevenzione e contrasto particolarmente efficace dal momento che consente la tracciabilità dell'intero processo amministrativo, evidenziandone ciascuna fase e le connesse responsabilità.

Dal combinato disposto dell'art. 1, comma 9, lett. d), come modificato dall' art 43 del d.lgs. n. 97/16 e comma 28 della 1, n. 190/12 deriva poi, l'obbligo per le amministrazioni di provvedere al monitoraggio del rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti, provvedendo altresì all'eliminazione di eventuali anomalie.

Il rispetto dei termini procedimentali costituisce misura valutabile ai sensi dell'art 1 c. 8 bis 1. n. 190/12 in termini di trasparenza ed anticorruzione.

Al fine di garantire il rispetto dei tempi di conclusione dei procedimenti, il legislatore con la l. n. 120/20 di conversione del DL semplificazioni ha provveduto a modificare la l. n. 241/'90 e ad introdurre l'obbligo per tutte le pubbliche amministrazioni di pubblicare i tempi effettivi di conclusione dei procedimenti amministrativi di maggiore impatto per i cittadini e per le imprese.

AZIONI DA INTRAPRENDERE:

- 2020: relazione semestrale a cura dei Direttori/Responsabili di struttura sul livello di informatizzazione dei processi attuati nei rispettivi settori e sul rispetto dei termini procedimentali. La presente relazione avrà effettivo inizio nel secondo semestre.
- 2021: Conferma della relazione semestrale e verifica a campione a cura dell'RPCT del rispetto dei tempi del procedimento ogni sei mesi.
- **2022:** Conferma della relazione semestrale e verifica a campione a cura dell'RPCT del rispetto dei tempi del procedimento ogni quattro mesi.

SOGGETTI RESPONSABILI: RPCT e Direttori/ Responsabili di struttura

NOTE: misura comune a tutti i servizi e valida ai fini della valutazione della performance.

9.4 M04) Misura relativa alla insussistenza delle cause di conflitto di interessi

La tutela anticipatoria di fenomeni corruttivi si realizza anche attraverso la individuazione e la gestione del conflitto di interessi.



La situazione di conflitto di interessi si configura laddove la cura dell'interesse pubblico cui è preposto il funzionario potrebbe essere deviata per favorire il soddisfacimento di interessi contrapposti di cui sia titolare il medesimo funzionario direttamente o indirettamente.

Si tratta dunque di una condizione che determina il rischio di comportamenti dannosi per l'amministrazione, a prescindere che ad essa segua o meno una condotta impropria.

La materia del conflitto di interessi è, inoltre, trattata nel Regolamento recante il "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici", emanato con il d.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, sopra citato. In particolare, l'art. 6 rubricato "Comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interessi" prevede per il dipendente l'obbligo di comunicare al dirigente, all'atto di assegnazione all'ufficio, rapporti intercorsi negli ultimi tre anni con soggetti privati in qualunque modo retribuiti. La comunicazione del dipendente riguarda anche i rapporti intercorsi o attuali dei parenti o affini entro il secondo grado, del coniuge o del convivente con soggetti privati. Il dipendente è tenuto a specificare, altresì, se i soggetti privati abbiano interessi in attività o decisioni inerenti all'ufficio, con riferimento alle questioni a lui affidate. L'art. 6 stabilisce inoltre per il dipendente l'obbligo di astensione dallo svolgimento di attività in situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di affini entro il secondo grado. L'art. 7 del codice di comportamento contiene una tipizzazione delle relazioni personali o professionali sintomatiche del possibile conflitto di interessi e una norma di chiusura di carattere generale riguardante le "gravi ragioni di convenienza" che comportano l'obbligo di astensione, in sintonia con quanto disposto per l'astensione del giudice all'art. 51 c.p.c. . Più nel dettaglio l'art. 7 dispone che «il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza». Ciò vuol dire che, ogni qual volta si configurino le descritte situazioni di conflitto di interessi, il dipendente è tenuto a una comunicazione tempestiva al responsabile dell'ufficio di appartenenza che valuta nel caso concreto la sussistenza del conflitto. Il D.P.R. n. 62/2013 prevede un'ulteriore ipotesi di conflitto di interessi all'art. 14 rubricato "Contratti ed altri atti negoziali" che appare come una specificazione della previsione di carattere generale di cui all'art. 7 sopra citato. In particolare, il comma 2 dell'art. 14 dispone l'obbligo di astensione del dipendente nel caso in cui l'amministrazione concluda accordi con imprese con cui il dipendente stesso abbia stipulato contratti a titolo privato (ad eccezione di quelli conclusi ai sensi dell'art. 1342 del codice civile) o ricevuto altre utilità nel biennio precedente. Il dipendente si "astiene dal partecipare all'adozione delle decisioni ed alle attività relative all'esecuzione del contratto, redigendo verbale scritto di tale astensione da conservare agli atti dell'ufficio". Sebbene la norma sembri configurare un'ipotesi di conflitto di interessi configurabile in via automatica, si ritiene opportuno che il dipendente comunichi la situazione di conflitto al dirigente/superiore gerarchico che decide sull'astensione in conformità a quanto previsto all'art. 7 del D.P.R. n. 62/2013. Si rammenta, peraltro, che uno specifico obbligo di informazione a carico del dipendente è previsto nel caso in cui stipuli contratti a titolo privato con persone fisiche o giuridiche private con le quali abbia concluso, nel biennio precedente, contratti di appalto, finanziamento e assicurazione, per conto dell'amministrazione

La segnalazione del conflitto di interessi, con riguardo sia ai casi previsti all'art. 6-bis della l. 241 del 1990 sia a quelli disciplinati dal codice di comportamento, deve essere tempestiva e indirizzata al dirigente o al superiore gerarchico o, in assenza di quest'ultimo, all'organo di indirizzo, che, esaminate le circostanze, valuta se la situazione rilevata realizza un conflitto di interessi idoneo a ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo. Visto anche il riferimento alle gravi ragioni di convenienza che possono determinare il conflitto di interessi, è necessario che il dirigente/ superiore gerarchico verifichi in concreto se effettivamente l'imparzialità e il buon andamento dell'amministrazione possano essere messi in pericolo. La relativa decisione in merito deve essere comunicata al dipendente.



Con <u>delibera n. 1186 del 19 dicembre 2018, l' ANAC ha precisato che</u> nei casi in cui il funzionario debba astenersi, tale astensione riguarda tutti gli atti del procedimento di competenza del funzionario interessato

Per tali motivi, L'Azienda ritiene opportuno prevedere :

- la predisposizione di appositi moduli per agevolare la presentazione tempestiva di dichiarazione di conflitto di interessi per il dipendente;
- Finserimento in tutte le determine e deliberazioni di una clausola di stile sul conflitto di interessi, ricavata dall' art 6 bis 1, n. 241/90;

Riguardo poi al conferimento di incarichi a consulenti o collaboratori, la verifica della insussistenza di situazioni di conflitto di interessi ai fini del conferimento dell'incarico di consulente risulta coerente con l'art. 2 del d.P.R. n. 62 del 2013, laddove è stabilito che le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, del d.lgs. 165/2001 estendono gli obblighi di condotta previsti dal codice di comportamento (e dunque anche la disciplina in materia di conflitto di interessi), per quanto compatibili, anche a tutti i collaboratori o consulenti, a qualunque titolo e qualunque sia la tipologia di contratto o incarico, ai titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità politiche. Pertanto, si ritiene opportuno puntare:

- sulla predisposizione di un modello di dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi, con l'indicazione dei soggetti (pubblici o privati) presso i quali l'interessato ha svolto o sta svolgendo incarichi/attività professionali o abbia ricoperto o ricopra cariche:
- sul rilascio della dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi da parte del diretto interessato, prima del conferimento dell'incarico di consulenza;
- sull'aggiornamento, (anche in relazione alla durata dell'incarico di consulenza) della dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi;
- sulla previsione di un dovere dell'interessato di comunicare tempestivamente la situazione di conflitto di interessi insorta successivamente al conferimento dell'incarico;
- controllo a campione da parte del RPCT della avvenuta verifica delle dichiarazioni di insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi e della relativa pubblicazione delle stesse ai sensi dell'art. 53, co. 14, d.lgs. 165/2001 almeno ogni 6 mesi.

AZIONI DA INTRAPRENDERE:

2020: introduzione di una clausola di stile in tutte le determinazioni/ deliberazioni, "il sottoscritto responsabile del procedimento dichiara l'insussistenza del conflitto di interessi, allo stato attuale, ai sensi dell'art 6 bis l. n. 241/'90". Adozione di modulistica per il personale dipendente e per i consulenti. Con nota prot. n. 61/2020 il RPCT ha inviato una comunicazione a tutti gli uffici per ribadire l'importanza di inserire in tutte le delibere e determine una clausola di stile relativa alla assenza del conflitto di interessi.

2021: monitoraggio sull'attuazione della misura da parte dei responsabili dei singoli settori, destinato a confluire nella reportistica da consegnare al RPCT entro novembre. Di tale monitoraggio, il RPCT ne darà contezza nella relazione annuale. Obbligo per i Direttori di dipartimento di comunicare i rapporti di debito e credito degli ultimi tre anni.

2022: implementazione della misura anche ai collaboratori responsabili del procedimento.

SOGGETTI RESPONSABILI: Direttori di Dipartimento/ UU.OO.CC, in generale, tutti i dirigenti area medica e amministrativa, tutto il personale dipendente.

NOTE: misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dal presente Piano.



9.5 M05) Inconferibilità / incompatibilità di incarichi dirigenziali o di vertice amministrativi

Il decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, recante "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni", nell'ambito della più ampia strategia di prevenzione e contrasto ai fenomeni di corruzione delineata dalla legge 6 novembre 2012, n. 190, disciplina ex novo il tema del conferimento degli incarichi in ambito sanitario.

Le precedenti normative di settore che regolavano la incompatibilità del personale medico del SSN (decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, art. 3, commi 9 e 11; legge 30 dicembre 1991, n. 412, art. 4, comma 7) erano poste a tutela della esclusività del rapporto lavorativo, in funzione della valorizzazione e della migliore utilizzazione del servizio dei medici: da qui l'assoluto divieto, per il medico del servizio pubblico, di instaurare rapporti ulteriori o detenere la titolarità o la compartecipazione di quote di imprese in potenziale conflitto di interesse.

La violazione di tale divieto era sanzionato disciplinarmente dalla normativa sull'impiego del personale del SSN, come più volte precisato dalla giurisprudenza.

Per inconferibilità si intende la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi dirigenziali e amministrativi di vertice a chi si trova in una delle situazioni di seguito descritte:

a) L' Inconferibilità' in caso di condanne penali per reati contro la P.A. anche con sentenza non passata in giudicato

L'art. 3, comma 1, lett. e), del d.lgs. n. 39/2013 dispone l'inconferibilità dell'incarico di direttore generale, sanitario e amministrativo a coloro che siano stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro II del codice penale

b) L'Inconferibilità per provenienza da enti regolati o finanziati dal servizio sanitario regionale

Per quanto riguarda il conferimento degli incarichi all'interno delle strutture sanitarie, nella fattispecie delineata dall'art. 5 del d.lgs. n. 39/2013, il legislatore adotta un criterio analogo a quello utilizzato per le altre amministrazioni. La norma infatti vieta il conferimento degli incarichi a soggetti che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche nei due anni precedenti presso enti privati regolati o finanziati dal servizio sanitario regionale. E', quindi, l'esistenza di un rapporto qualificato tra l'impresa privata di provenienza e il servizio sanitario regionale ad impedire il conferimento dell'incarico. Si evidenzia che il conferimento è vietato non solo all'interno della struttura sanitaria titolare delle funzioni di regolazione o finanziamento, ma anche presso le altre strutture/enti l rientranti nel territorio regionale.

Manca del tutto, invece, una previsione di inconferibilità per provenienza da enti regolati o finanziati dal sistema sanitario nazionale

c) L' Inconferibilità per provenienza da incarichi politici

Gli incarichi di direzione nelle Aziende Sanitarie Locali*, come già segnalato, erano già disciplinati, quanto all'inconferibilità e all'incompatibilità, dall'articolo 3, comma 9, del d.lgs. n. 502 del 1992. L'articolo 8 del d.lgs. n. 39/2013 recepisce alcune indicazioni già presenti nella disciplina speciale e introduce nuove ipotesi di inconferibilità. I periodi di "raffreddamento", ossia di durata dell'inconferibilità, sono commisurati, da un lato, all'importanza del coinvolgimento politico e, dall'altro, alla vicinanza territoriale dell'impegno di carattere politico con l'azienda sanitaria conferente. *(A.S.L/A.O.R.N.)

Il comma 1 dell'articolo 8 riproduce una delle previsioni del ricordato comma 9 dell'articolo 3, relativamente a coloro che siano stati candidati, non eletti, «in elezioni europee, nazionali, regionali e

locali, in collegi elettorali che comprendano il territorio della ASL»; in questo caso l'inconferibilità è di cinque anni. Tale disposizione appare coerente con quella dettata dall'art. 60, comma 2, del d.lgs. n. 18 agosto 2000, n. 267, che in tema di ineleggibilità alla carica di sindaco, presidente della provincia, consigliere comunale, metropolitano, provinciale e circoscrizionale, detta per i direttori generali, sanitari ed amministrativi il divieto di svolgere le proprie funzioni nel collegio elettorale in cui si sono svolte le elezioni alle quali si sono candidati senza essere stati eletti.

I successivi commi sono relativi alle cariche politiche rivestite antecedentemente all'incarico nelle ASL a livello nazionale (commi 2 e 3), regionale (comma 4) e locale (comma 5). A livello nazionale si distingue tra cariche di governo e cariche parlamentari. Per le prime l'inconferibilità è di due anni ma è limitata solo agli organi di indirizzo politico dei ministeri, degli enti pubblici degli enti di diritto privato in controllo pubblico che svolgano funzioni rilevanti di regolazione e finanziamento del servizio sanitario nazionale.

Per le cariche parlamentari l'inconferibilità è generale, ma ha una durata inferiore: un anno.

A livello regionale l'inconferibilità per coloro che abbiano fatto parte della giunta o del consiglio regionale o che siano stati amministratori di enti che svolgano funzioni di regolazione del servizio sanitario regionale è di tre anni, a causa del rapporto molto ravvicinato tra organi di indirizzo e incarichi nelle ASL.

A livello locale l'inconferibilità, più breve (due anni), è relativa a coloro che siano stati amministratori locali nelle province e nei comuni maggiori della regione.

LA SITUAZIONE DI INCONFERIBILITÀ NON PUÒ ESSERE SANATA.

Nell' ipotesi in cui le cause di inconferibilità, sebbene esistenti ab origine non fossero note all' amministrazione ed emergessero nel corso del rapporto, il Responsabile della prevenzione è tenuto ad effettuare la contestazione all' interessato, il quale, previo contraddittorio, deve essere rimosso dall' incarico.

All'atto del conferimento dell'incarico, l'interessato presenta una dichiarazione in ordine alla insussistenza delle cause di inconferibilità.

Tale dichiarazione è prodotta prima del conferimento dell'incarico ed è condizione legale di efficacia dell'incarico.

Qualora siano stati conferiti incarichi in violazione delle norme contenute nel decreto in esame, scatta la nullità degli atti di conferimento e la conseguente nullità dei relativi contratti.

In caso di dichiarazione mendace, per 5 anni, il soggetto che ha reso la falsa dichiarazione non può essere destinatario di incarichi.

I) L' incompatibilità

Per incompatibilità, invece, si intende l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di direzione di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di 15 giorni, tra la permanenza dell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla P.A. che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali o l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico.

La dichiarazione in ordine alla insussistenza di cause di incompatibilità va prodotta annualmente, dal momento che tale situazione può sorgere in capo allo stesso titolare o a un suo congiunto, anche nel corso dell'incarico, a differenza della dichiarazione relativa all' insussistenza di cause di inconferibilità che va prodotta, evidentemente, prima del conferimento ed è condizione legale di efficacia dell'incarico.

La causa di incompatibilità può essere appunto rimossa mediante rinuncia dell'interessato ad uno degli incarichi che la legge ha considerato incompatibili tra loro.



a) Incompatibilità con incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal SSR o per lo svolgimento in proprio di attività professionale regolata o finanziata dal SSR

L'art. 10, c. 1 lett. a) e b) del d.lgs. n. 39/2013 disciplina le incompatibilità connesse all'assunzione di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal servizio sanitario regionale e con lo svolgimento in proprio, da parte del soggetto incaricato, di attività professionale, se questa è regolata o finanziata dal servizio sanitario regionale.

Questo divieto si aggiunge alla previsione, di cui all'articolo 4, comma 7, della l. n. 412/91. Tale disposizione stabilisce, per tutto il personale del Servizio Sanitario Nazionale, il principio dell'unicità del rapporto di lavoro, col quale è incompatibile ogni altra forma di lavoro dipendente, pubblico o privato, nonché ogni altro rapporto di natura convenzionale con il SSN.

Lo stesso articolo fa salvo l'esercizio di attività libero professionale, alle condizioni e nei limiti stabiliti dalla norma, con la sola esclusione delle strutture private convenzionate col SSN.

Il divieto sancito dall'art. 10 del d.lgs. n. 39/2013 assorbe quello, sancito dall'art. 3, comma 9, del d.lgs. n. 502/1992 di cumulare l'incarico direttivo con l'esistenza di rapporti, anche in regime convenzionale con l'unità sanitaria presso la quale sono esercitate le funzioni.

Pur condividendo la finalità di prevenzione dei conflitti di interesse, l'articolo 4, comma 7 della I. n. 412/91 e il d.lgs. n. 39/2013 dettano procedimenti diversi per l'accertamento delle cause di incompatibilità, che è rimesso, nei casi disciplinati dalla I. n. 412/1991, all'"amministratore straordinario della unità sanitaria locale", mentre, per le ipotesi di cui al d.lgs. n. 39/2013 resta in capo al Responsabile di prevenzione della corruzione.

Non è chiara, infine, la ragione per cui l'articolo 10 del d.lgs. n. 39/2013 limiti le ipotesi di incompatibilità solo nel caso in cui l'attività di finanziamento o regolazione sia riconducibile al servizio sanitario regionale e non anche, più in generale, a quello nazionale.

NB:

L' incompatibilità sussiste, altresì, allorché gli incarichi, le cariche e le attività professionali siano assunte o mantenute dal coniuge e dal parente o affine entro il secondo grado.

b) Incompatibilità con l'esercizio di cariche politiche

L'articolo 14 del d.lgs. n. 39/2013 si occupa, infine, delle incompatibilità tra incarichi di direzione nelle Aziende sanitarie locali e cariche di componenti degli organi di indirizzo politico nelle amministrazioni statali, regionali e locali, applicando il principio della coincidenza tra inconferibilità e incompatibilità.

Si pone un problema di coordinamento con le disposizioni del d.lgs. n. 267/2000 il quale, all'art. 66, dispone che "la carica di direttore generale, di direttore amministrativo e di direttore sanitario delle aziende sanitarie locali e ospedaliere è incompatibile con quella di consigliere provinciale, di sindaco, di assessore comunale, di presidente o di assessore della comunità montana".

Qualora la causa di incompatibilità sopravvenga nel corso del mandato, è previsto che sia il consiglio a contestarla, assegnando un termine di 10 giorni all'interessato per esercitare l'opzione. Inoltre, l'azione di accertamento può essere proposta da chiunque vi abbia interesse e la competenza a decidere e demandata al tribunale competente.

Anche in questi casi, al potere di accertamento del Consiglio, si aggiunge quello demandato al Responsabile di prevenzione della corruzione, diverso per il procedimento da seguire e per i termini da applicare.

Trattasi di un decreto che ha posto sin da subito dei problemi applicativi legati al fatto che tutti gli articoli che lo compongono fanno riferimento solo alle ASL ed è per questo che l' ANAC è intervenuta con delibera n. 149 del 22 dicembre 2014 a risolvere la questione applicativa, sottolineando come, in

realtà, nella nozione di aziende sanitarie ed ospedaliere, contenuto nell' art 1 c. 50 punto 2) l. n. 190/12, vadano incluse tutte le strutture preposte all' erogazione dei servizi sanitari, comprese anche le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliere universitarie e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

Successivamente, le difficoltà applicative della normativa sulle inconferibilità / incompatibilità riscontrate dall' ANAC, hanno spinto l' Autorità ad adottare una delibera n. 833 del 3 agosto 2016, con l' obiettivo di chiarire, da un lato, ruolo e compiti del RPCT nel procedimento di accertamento delle cause descritte dal d.lgs. n. 39/13 c.d. vigilanza interna, dall' altro, i delicati passaggi che connotano la distinta attività di verifica di quest' ultimo rispetto alla c.d. attività di vigilanza esterna e ai poteri di accertamento riconosciuti in capo all' ANAC.

In base a quanto previsto dall'art 15 del d.lgs. n. 39/13, il RPCT cura anche attraverso le misure di prevenzione del PTPC, che nell' amministrazione siano rispettate le disposizioni del decreto in esame; contesta all'interessato l'esistenza o l'insorgere di situazioni di inconferibilità o incompatibilità; segnala i casi di possibile violazioni all' ANAC, alla AGCM e alla Corte dei Conti, per eventuali responsabilità amministrative.

Nel caso di violazione delle norme sulle inconferibilità, la contestazione della violazione va fatta nei confronti tanto dell' organo che ha conferito l' incarico quanto del soggetto cui l' incarico è stato conferito e rappresenta l' atto iniziale di un' attività che può essere svolta solo dall' RPC, comprensiva di due distinti accertamenti uno relativo alla violazione delle disposizioni sulle inconferibilità ed uno successivo, destinato a valutare l'elemento psicologico in capo all'organo che ha conferito l' incarico, ai fini dell' applicazione della sanzione interdittiva di cui all' art 18 del decreto de quo.

A dire il vero, la disciplina vigente non sembra richiedere la sussistenza dell' elemento soggettivo del dolo o della colpa, limitandosi a descrivere la sanzione inibitoria (consistente nel divieto di conferire incarichi di loro competenza per 3 mesi), quasi come se fosse una conseguenza automatica della dichiarazione di nullità dell' incarico.

Sul punto l'ANAC ha ritenuto di escludere qualunque automatismo tant'è che, nonostante il silenzio della legge, con delibera n. 67/2015, ha provveduto a far precedere la sanzione precitata, da una verifica attenta del predetto elemento psicologico.

Accertata la sussistenza della causa di inconferibilità dell'incarico, il' RPC dichiara la nullità della nomina e procede alla verifica dell'elemento soggettivo del dolo o della colpa, anche lieve, dei soggetti che all' atto della nomina componevano l'organo che ha conferito l' ncarico, ai fini dell'applicazione della sanzione inibitoria prevista dall' art 18.

La ragione di questa presa di posizione da parte dell'ANAC si comprende se si considera che la sanzione inibitoria che vieta all' organo conferente di affidare incarichi di propria competenza per un periodo di 3 mesi, è cmq una sanzione personale, di natura interdittiva, fissa che, pertanto, non può essere irrogata a prescindere da un' indagine sull' elemento psicologico di chi deve subirla.

E' evidente, allora, come il RPCT è il soggetto cui la legge riconosce non solo il potere di avvio del procedimento di accertamento e di verifica in ordine alla sussistenza di una situazione di inconferibilità, ma è anche il dominus del procedimento sanzionatorio nei confronti degli autori della nomina dichiarata nulla perché inconferibile.

Per tali motivi, come precisato nella delibera n. 833/16 dell'ANAC, il RPCT è tenuto a differenziare la posizione del soggetto destinatario della contestazione ex art 15, d.lgs. n. 39/13, da quella del soggetto che ha proceduto alla nomina e per il quale è prevista la sanzione ex art 18, d.lgs. n. 39/13.

L'atto di accertamento della violazione delle disposizioni del decreto in esame va pubblicato sul sito dell'Ente che ha conferito l'incarico.



Nell'ipotesi in cui il RPCT riscontra, invece, una situazione di incompatibilità, è tenuto ad effettuare una contestazione all' interessato e la causa va rimossa entro 15 giorni; in caso contrario, la legge prevede la decadenza automatica dall' incarico e la risoluzione del contratto di lavoro subordinato o autonomo, decorso il termine perentorio di 15 giorni dalla contestazione all' interessato dell'insorgere della causa di incompatibilità.(art 19).

Ciò comporta per il RPCT, il dovere di avviare un solo procedimento, quello di accertamento di eventuali situazioni di incompatibilità e, una volta accertata la sussistenza di una situazione di incompatibilità a lui spetta contestare l'accertamento compiuto. Dalla data della contestazione decorrono 15 giorni, che impongono, in assenza di una scelta da parte del soggetto che verte in una situazione di incompatibilità tra l'incarico dirigenziale o di vertice e la carica in potenziale conflitto di interesse con tale incarico, l'adozione di un atto con il quale viene dichiarata la decadenza dall'incarico.

In tale contesto normativo, giova altresì, includere "il nuovo Regolamento" adottato con delibera n. 328 del 29 marzo 2017, che disciplina i procedimenti dell'Autorità concernenti l'esercizio dell'attività di vigilanza in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi, a norma del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, nonché sul rispetto delle regole sull'imparzialità dei pubblici funzionari.

Il Regolamento definisce, pertanto, le procedure per l'attuazione delle attività di vigilanza, le modalità di presentazione delle segnalazioni, l'avvio del procedimento di vigilanza.

In considerazione della complessità della materia e della applicazione particolare della misura di prevenzione della corruzione esaminata, è intenzione dell' Azienda procedere entro il mese di ottobre, alla predisposizione di una direttiva e alla adozione di una modulistica specifica per i diretti destinatari della normativa e di una modulistica generica per il restante personale che riveste in ogni caso funzioni dirigenziali che va equiparato al personale che si trova a lavorare nelle pubbliche amministrazioni.

AZIONI DA INTRAPRENDERE:

2020: introduzione di direttiva in materia ai fini dell' acquisizione delle autocertificazini e specifica modulistica. Il RPCT ha proceduto ad acquisire telematicamente le autodichiarazioni rilasciate all'atto del conferimento dell'incarico dal Direttore Generale, Sanitario e Amministrativo, (con nota prot. n. 62/2020).

2021: Verifica a campione ogni quadrimestre su almeno 5 dichiarazioni.

2022: Verifica a campione ogni quadrimestre su almeno 7 dichiarazioni.

SOGGETTI RESPONSABILI: il RPCT e chi rilascia la dichiarazione

9.6 M06) Incarichi d'ufficio, attività ed incarichi extra-istituzionali vietati ai dipendenti

L'art. 53 del d.lgs. 165/2001 disciplina lo svolgimento di incarichi e prestazioni non compresi nei doveri d'ufficio da parte dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, nonché del personale in regime di diritto pubblico di cui all'art. 3 del decreto.

In via generale i dipendenti pubblici con rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato non possono intrattenere altri rapporti di lavoro dipendente o autonomo o svolgere attività che presentano i caratteri dell'abitualità e professionalità o esercitare attività imprenditoriali, secondo quanto stabilito agli articoli 60 e seguenti del d.P.R. 10 gennaio 1957, n. 3, Testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato.

La possibilità per i dipendenti pubblici di svolgere incarichi retribuiti conferiti da altri soggetti pubblici o privati è regolata dalle disposizioni dell'art. 53 che prevede un regime di autorizzazione da parte dell'amministrazione di appartenenza, sulla base di criteri oggettivi e predeterminati che tengano conto della specifica professionalità e del principio di buon andamento della pubblica amministrazione. Ciò allo scopo di evitare che le attività extra istituzionali impegnino eccessivamente il dipendente a danno dei doveri d'ufficio o che possano interferire con i compiti istituzionali. La 1. 190/2012 è intervenuta a modificare l'art. 53 in ragione della connessione con il sistema di prevenzione della corruzione ove si consideri che lo svolgimento di incarichi extraistituzionali può determinare situazioni idonee a compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa per favorire interessi contrapposti a quelli pubblici affidati alla cura del dirigente o funzionario.

È stato pertanto aggiunto ai criteri per il rilascio dell'autorizzazione quello volto a escludere espressamente situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che possano pregiudicare l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite (art. 53, c. 5 e 7).

Il rilievo delle disposizioni dell'art. 53 ai fini della prevenzione della corruzione emerge anche considerando che il legislatore ha previsto una specifica misura di trasparenza all'art. 18 del d.lgs. 33/2013, ai sensi del quale le amministrazioni sono tenute a pubblicare i dati relativi agli incarichi conferiti o autorizzati ai propri dipendenti, con l'indicazione della durata e del compenso spettante.

Un'ulteriore modifica apportata dalla l. 190/2012 riguarda la previsione di appositi regolamenti (da adottarsi su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione, di concerto con i Ministri interessati, ai sensi dell'art. 17, co. 2, della l. 400/1988) con cui individuare, secondo criteri differenziati in rapporto alle diverse qualifiche e ruoli professionali, gli incarichi vietati ai dipendenti delle amministrazioni pubbliche (art. 53, co. 3-bis). L'Azienda Sanitaria ha provveduto all' adozione di un Regolamento in materia nel corso del 2017adottato con delibera n. 663 del 9 agosto 2017.

Il dipendente è tenuto a comunicare formalmente all'amministrazione anche l'attribuzione di incarichi gratuiti, ai quali è esteso l'obbligo per le amministrazioni di comunicazione al Dipartimento della funzione pubblica (art. 53, c. 12).

Resta comunque estraneo al regime di autorizzazione l'espletamento degli incarichi menzionati nelle lettere da a) ad f-bis) del co. 6 dell'art. 53 del d.lgs. 165/2001, per i quali il legislatore ha compiuto a priori una valutazione di non incompatibilità.

AZIONI DA INTRAPRENDERE:

2020 : avvio di un' attività di sensibilizzazione nei confronti del personale interno alla Azienda Ospedaliera su tale aspetto, al fine di eliminare situazioni di criticità, attraverso il rispetto del regolamento interno o la sua adozione nell' anno ove non ancora previsto. Avvio di un monitoraggio e verifica delle situazioni esistenti di cui il RPCT darà contezza nel prossimo semestre dell'anno 2020.

2021: implementazione della attività di verifica nei due presidi ospedalieri

2022: aggiornamento del Regolamento se necessario, per sopravvenuta modifica del quadro normativo.

9.7 M07) Formazioni di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi

L'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 si rivolge alle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, del d.lgs. 165/2001. In merito all'ambito oggettivo, l'art. 35-bis prevede, per coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, il divieto:

- di far parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- di essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici o privati;
- di far parte di commissioni di gara per l'affidamento di lavori, servizi e forniture, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari e per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

Si evidenzia, peraltro, che il codice dei contratti pubblici, nel disciplinare le commissioni giudicatrici, richiama espressamente l'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001 (art. 77, co. 6, del d.lgs. 50 del 2016). La nomina in contrasto con l'art. 35-bis determina la illegittimità del provvedimento conclusivo del procedimento.

L'art. 35-bis prevede, dunque, ipotesi interdittive allo svolgimento di determinate attività per qualsiasi dipendente, quale che sia la qualifica giuridica, condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale.

Ove la causa di divieto intervenga durante lo svolgimento di un incarico o l'espletamento delle attività di cui all'art. 35-bis del d.lgs. 165/2001, il RPCT non appena ne sia a conoscenza provvede tempestivamente a informare gli organi competenti della circostanza sopravvenuta ai fini della sostituzione o dell'assegnazione ad altro ufficio.

L'Azienda Ospedaliera ha provveduto con delibera n.212 del 9 Marzo 2017 ad adottare un regolamento ad hoc sulla formazione dei commissari di gara e di concorso.

AZIONI DA INTRAPRENDERE:

- **2020 :** avvio di un monitoraggio a cura del RPCT (nota prot. n. 65/2020) sul rispetto dell'obbligo di autocertificazione circa l'assenza delle cause ostative indicate dalla normativa citata per
 - a) membri commissione e segretari di commissioni di concorso e di aggiudicazione;
 - b) Titolari di uffici di direzione in aree a rischio.
- 2021: acquisizione da parte degli uffici interessati di una relazione semestrale sull' attuazione della misura.
- 2022: implementazione della misura.

SOGGETTI RESPONSABILI: Tutti i Dirigenti e dipendenti che facciano parte di commissioni di gara o di concorso

9.8 M08) Il Whistleblowing

In Italia la prima disciplina sul whistleblowing è stata introdotta con la legge 190/2012 (c.d. legge "Severino"), che ha inserito l'art. 54-bis nel corpo del Testo unico del pubblico impiego (d.lgs. 165/2001), prevedendo un regime di speciale tutela del dipendente pubblico che segnalava all'Autorità giudiziaria o alla Corte dei Conti o ancora all'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) ovvero riferiva al proprio superiore gerarchico condotte illecite di cui era venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, "al fine di incentivare i medesimi dipendenti a denunciare gli illeciti rilevanti partecipando all'emersione dei fenomeni di corruzione e di mala gestio". La disciplina è stata integrata dal decreto legge 90/2014, convertito nella legge 114/2014, che ha modificato l'art. 54-bis, introducendo l'ANAC quale soggetto destinatario delle segnalazioni. Da allora, l'ANAC è chiamata a gestire non solo le segnalazioni provenienti dal suo interno, ma anche quelle derivanti da altre amministrazioni pubbliche.

Al termine di un lungo e travagliato iter legislativo, il 30 novembre 2017 è stata approvata la legge 179/2017 recante "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui sono venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato". La legge in parola introduce quindi un sistema binario, prevedendo una tutela sia per i lavoratori del settore pubblico sia per i lavoratori del settore privato. Il provvedimento mira a incentivare la collaborazione dei lavoratori per favorire l'emersione di pratiche illegali realizzate all'interno di enti pubblici e privati.

Tra gli aspetti più salienti della novella (L. 29/12/2017 n. 179) si segnalano :

- Un ampliamento della tutela al dipendente di un ente pubblico economico o di un ente privato sottoposto a controllo pubblico.
- il RPCT diventa unico destinatario della segnalazione.
- E' prevista la nullità per ogni atto discriminatorio posto in essere dall'amministrazione pubblica nei confronti del segnalante;
- Previsione di sanzioni salatissime in capo a colui che ha adottato la misura discriminatoria (da € 5.000 ad € 30.000).
- Previsione di sanzioni salatissime in caso di mancato svolgimento da parte del RPCT di un'attività di verifica e analisi delle segnalazioni ricevute (da € 10.000 ad €50.000).
- Inversione dell'onere della prova in capo all' Ente, tenuto a provare che la misura ritorsiva adottata nei confronti del segnalante esula da ragioni legate alla segnalazione.
- Le tutele previste dalla legge per chi fa la segnalazione non sono offerte in caso di accertata responsabilità penale per calunnia o diffamazione.

La normativa che disciplina l'istituto del whistleblowing ha tardato ad affermarsi nel nostro Paese. Tale ritardo appare riconducibile in generale a un vecchio retaggio culturale secondo cui chi denuncia è un delatore o una spia e, in particolare, al fatto che i pubblici dipendenti non percepiscono il suo utilizzo come strumento di prevenzione della corruzione, non vogliono creare problemi ai colleghi che potrebbero essere coinvolti in pratiche illecite, sono diffidenti sulla possibilità che il sistema possa garantire loro una efficace tutela contro il rischio di ritorsioni da parte dei datori di lavoro.

In linea con le indicazioni della L. n. 179/17, l'Ente ha provveduto ad accreditarsi sulla piattaforma whistleblowingPA di Transparency International, pubblicando in Amministrazione Trasparente-Altri Contenuti-WHISTLEBLOWING il relativo link che di seguito si riporta:

https://sangiuseppemoscati.whistleblowing.it

Con nota prot .n. 64/2020, il RPCT ha provveduto a comunicare il link a tutti gli uffici dell'Azienda Ospedaliera Moscati.

Si segnala, infine, che il Parlamento Europeo ha approvato il 7/10/2019 la nuova direttiva sul whistleblowing destinata ad essere recepita in Italia entro due anni.

AZIONI DA INTRAPRENDERE NEL TRIENNIO

2020: accreditamento presso la piattaforma whistleblowingPA di Transparency International e comunicazione del link a tutti gli uffici per accedere alla piattaforma

2021: verifica esito procedura informatizzata

2022: implementazione della misura

SOGGETTI RESPONSABILI: il RPCT e tutto il personale



9.9 M09) Il Patto di Integrità

L'art 1 c. 17, l. n.1 90/12 impone a tutte le pubbliche amministrazione l'adozione dei patti di integrità per l'affidamento di commesse pubbliche, come misura di prevenzione della corruzione specifica per le gare d'appalto.

Si tratta di strumenti negoziali che integrano il contratto originario tra amministrazione e operatore economico con la finalità di prevedere una serie di misure volte al contrasto di attività illecite e, in forza di tale azione, ad assicurare il pieno rispetto dei principi costituzionali di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa (ex art. 97 Cost.) e dei principi di concorrenza e trasparenza che presidiano la disciplina dei contratti pubblici. Si tratta, in particolare, di un sistema di condizioni la cui accettazione è presupposto necessario e condizionante la partecipazione delle imprese alla specifica gara, finalizzato ad ampliare gli impegni cui si obbliga il concorrente, sia sotto il profilo temporale - nel senso che gli impegni assunti dalle imprese rilevano sin dalla fase precedente alla stipula del contratto di appalto che sotto il profilo del contenuto - nel senso che si richiede all'impresa di impegnarsi, non tanto e non solo alla corretta esecuzione del contratto di appalto, ma soprattutto ad un comportamento leale, corretto e trasparente, sottraendosi a qualsiasi tentativo di corruzione o condizionamento nell'aggiudicazione del contratto.

Inoltre, nelle Linee guida adottate con la delibera n. 494/2019, l'ANAC ha suggerito di utilizzare il patto di integrità per vincolare i soggetti privati con cui entra in contatto l' ente al rispetto dei codici di comportamento, della disciplina relativa al divieto di pantouflage e a quella relativa al conflitto di interessi. L'Autorità ha, poi, suggerito nella precitata linea guida, l'inserimento nei patti di integrità, di specifiche prescrizioni a carico dei concorrenti e dei soggetti affidatari mediante cui si richiede la preventiva dichiarazione sostitutiva della insussistenza di possibili conflitti di interessi rispetto ai soggetti che intervengono nella procedura di gara o nella fase esecutiva e la comunicazione di qualsiasi conflitto di interessi che insorga successivamente. È stata evidenziata, altresì, l'opportunità di prevedere, sanzioni a carico dell'operatore economico, sia in veste di concorrente che di aggiudicatario, nel caso di violazione degli impegni sottoscritti.

AZIONE DA INTRAPRENDERE

2020 : Adozione di un patto di integrità da richiamare nei bandi o contratti, quale misura specifica per le procedure di scelta del contraente. Con deliberazione del DG n. 495/2020 è stato adottato il patto di integrità

2021: avvio di monitoraggio sull' attuazione della misura tramite verifica a campione a cura del RPCT, le cui risultanze saranno incluse nella relazione annuale.

2022: implementazione della misura.

SOGGETTI RESPONSABILI:

il RPCT, i Direttori UU.OO.CC. Provveditorato e Economato e GRU, i Dirigenti in fase di attuazione .

9.10 M10) La Formazione

La l. n. 190/12 prevede che il RPCT definisca misure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti al rischio corruttivo.

La formazione in materia di anticorruzione e trasparenza è obbligatoria e non rientra nei limiti di spesa previsti dal d.l. n. 78/2010 come confermato dalla giurisprudenza contabile della Corte dei Conti Emilia Romagna – Deliberazione n. 276/2013.

La presente misura costituisce "obiettivo strategico" al punto 1) della Deliberazione del Direttore Generale n. 208 del 2/03/2020, nella parte in cui recita : "implementazione dei corsi di formazione del 15% rispetto all' anno precedente in materia di trasparenza e privacy al fine di garantire un coordinamento tra le due normative"

AZIONI DA INTRAPRENDERE:

2020: avvio della formazione base per Dirigenti dell'area amministrativa e dell' area medica;

2021: predisposizione di un piano di formazione annuale per Direttori / Responsabili di struttura e personale operante in aree a rischio;

2022: la verifica sul rispetto della misura verrà fatta prendendo in considerazione le attività che saranno deliberate nel piano di formazione adottato dall' Azienda Ospedaliera. Monitoraggio sulla formazione ai fini della rotazione del personale su base pluriennale.

SOGGETTI RESPONSABILI: RPCT, Direttori/ Responsabili di struttura/ Responsabile ufficio foramzione

9.11 M11) La rotazione ordinaria e straordinaria del personale

La rotazione ordinaria del personale è considerata quale misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione. L'alternanza riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività, servizi, procedimenti e instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate. In generale la rotazione rappresenta anche un criterio organizzativo che può contribuire alla formazione del personale, accrescendo le conoscenze e la preparazione professionale del lavoratore. La rotazione è una tra le diverse misure che le amministrazioni hanno a disposizione in materia di prevenzione della corruzione. Il ricorso alla rotazione deve, infatti, essere considerato in una logica di necessaria complementarietà con le altre misure di prevenzione della corruzione specie laddove possano presentarsi difficoltà applicative sul piano organizzativo. In particolare occorre considerare che detta misura deve essere impiegata correttamente in un quadro di elevazione delle capacità professionali complessive dell'amministrazione senza determinare inefficienze e malfunzionamenti Per le considerazioni di cui sopra, essa va vista prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione e utilizzo ottimale delle risorse umane da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva e, come tale, va accompagnata e sostenuta anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale.

Le condizioni in cui è possibile realizzare la rotazione sono strettamente connesse a vincoli di natura soggettiva attinenti al rapporto di lavoro e a vincoli di natura oggettiva, connessi all'assetto organizzativo dell'amministrazione. Tra i vincoli "soggettivi" ritroviamo: i diritti sindacali, la legge 5 febbraio 1992 n. 104 (il permesso di assistere un familiare con disabilità) e il d.lgs. 26 marzo 2001, n. 1513 (congedo parentale).

La rotazione va correlata all'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche (vincoli "oggettivi"): infatti, tra i condizionamenti legati all'applicazione della rotazione vi può essere quello della cosiddetta infungibilità derivante dall'appartenenza a categorie o professionalità specifiche.

Per tali motivi, ai fini della applicazione della misura è necessario procedere ad una programmazione della rotazione ed è necessario stabilire i criteri della rotazione: a) gli uffici che saranno coinvolti; b) le caratteristiche della rotazione, cioè funzionale o territoriale; c) la sua periodicità.

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

In base alle indicazioni dell'ANAC, sarebbe opportuno che l'organo politico, previa verifica dei contratti in scadenza e quindi, degli uffici potenzialmente interessati dalla applicazione della misura,



procedesse alla adozione di un atto di indirizzo che contenga i criteri della rotazione prima declinati,. All' uopo sempre l' Autorità, suggerisce di coinvolgere prima gli uffici più esposti al rischio di corruzione, per poi considerare gli uffici con un livello di esposizione al rischio più basso; potrebbe risultare, altresì, utile programmare in tempi diversi, e quindi non simultanei, la rotazione dell'incarico dirigenziale e del personale non dirigenziale all'interno di un medesimo ufficio, oltre al necessario distinguo tra l' area amministrativa, tecnica e medica, come tempi di applicazione della misura. Di qui l'importanza di adottare un "piano aziendale di rotazione" articolato su base pluriennale, che preveda la rotazione del personale dirigenziale e non dirigenziale.

Con la delibera n. 663 del 9 Agosto 2017, l'Azienda Ospedaliera ha proceduto alla adozione di un regolamento recante i criteri di rotazione del personale, che tuttavia è da considerarsi ormai superato dall'allegato 2 al PNA 2019.

Nei casi in cui non è possibile applicare la misura della rotazione ordinaria, l'Azienda procederà alla applicazione della misura alternativa, ovvero alla c.d. segregazione delle funzioni, nonché alla rotazione straordinaria degli incarichi nelle ipotesi di corruzione accertata nell'Ente alla luce delle modifiche introdotte dalla c.d. legge spazza- corrotti (1. 9/01/2019 n. 3) e dei suggerimenti contenuti nella linea guida ANAC n. 215 del 26/03/2019.

L'istituto della rotazione straordinaria è previsto dall'art. 16, co. 1, lett. 1-quater) d.lgs. n. 165/2001, come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi. La norma citata prevede, infatti, la rotazione del personale "nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva".

Dalla disposizione si desume l'obbligo per l'amministrazione di assegnare il personale sospettato di condotte di natura corruttiva ad altro servizio. Si tratta di una misura di natura non sanzionatoria dal carattere eventuale e cautelare, tesa a garantire che nell' area/ ufficio in cui si sono verificati i fatti oggetto di procedimento penale o disciplinare siano attivate idonee misure di prevenzione del rischio corruttivo al fine di tutelare l'immagine di imparzialità dell'amministrazione.

La rotazione straordinaria consiste in un provvedimento dell'amministrazione, adeguatamente motivato, con il quale viene stabilito che la condotta corruttiva imputata può pregiudicare l'immagine di imparzialità dell'ente e con il quale viene individuato il diverso ufficio al quale il dipendente viene trasferito.

Pur non trattandosi di un procedimento sanzionatorio di carattere disciplinare, è necessario che venga data all'interessato la possibilità di contraddittorio.

Il provvedimento, poiché può avere effetto sul rapporto di lavoro del dipendente/dirigente, è impugnabile davanti al giudice amministrativo o al giudice ordinario territorialmente competente, a seconda della natura del rapporto di lavoro in atto.

Con l'obiettivo di fornire chiarimenti sui profili critici sopra rappresentati, l'ANAC ha adottato la recente delibera 215/2019, recante «Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lettera l-quater, del d.lgs. n. 165 del 2001».

La norma in commento, se da un lato, afferma che la misura trova applicazione non appena l'amministrazione sia venuta a conoscenza dell'avvio del procedimento penale o disciplinare legato alla messa in atto da parte del dipendente di condotte di natura corruttiva, dall' altro non chiarisce né *i reati presupposti*, la cui commissione fa scattare l'applicazione della misura né *il momento del procedimento penale* in cui l'amministrazione è tenuta tramite l'adozione di un provvedimento formale a fare una valutazione sulla applicabilità della misura.

Per l'ANAC, il momento dell'applicazione della misura della rotazione deve coincidere con l'iscrizione del soggetto nel registro delle notizie di reato, in quanto con tale atto prende avvio il procedimento penale ed in considerazione del fatto che al registro possono accedere solo l'autore del reato, la persona offesa ed i relativi difensori; per cui, ad avviso dell' Autorità, l'ente è tenuto ad



adottare un provvedimento che disponga l'applicazione della misura o la conferma dell'incarico in attesa degli esiti del procedimento penale.

Tuttavia, se ci si sofferma sulle modifiche apportate dalla l. n. 3/2019 c.d. legge spazza-corrotti, colpisce che la linea guida nulla dice al riguardo.

L'avvento della legge e le modifiche da essa apportate al regime delle pene accessorie (art 317 bis c.p.), hanno, di fatto stravolto l'applicazione della misura in caso di sentenza di condanna superiore a 2 anni , se si considera che la nuova legge da un lato, dice che se il dipendente viene condannato con una pena superiore a 2 anni è sospeso ipso iure dalla legge, dall'altro non specifica di che tipo di sentenza si tratta (I grado o definitiva); si comprende come, di fatto queste lacune normative, hanno finito per restringere il campo di applicazione della misura da parte delle pubbliche amministrazioni in senso lato.

Per i motivi esposti, di conseguenza, la misura della rotazione **STRAORDINARIA** troverà applicazione :

- solo per la fase di mezzo tra il rinvio a giudizio o l' iscrizione nel registro delle notizie d reato (come sostenuto dall' ANAC) e la sentenza di condanna di primo grado solo ed esclusivamente per i reati di cui all' art 1 c. della l. n. 3/2019 e dell' art 3 del d.lgs. n. 39/13
- è rimodulata dal legislatore quella successiva alla condanna sotto i 2 anni, laddove non trova applicazione la pena accessoria;
- è cancellata l'applicazione della misura per le ipotesi di condanna sopra 2 anni, in considerazione del fatto che, in base alla legge c.d. spazza corrotti il dipendente è come chiarito in precedenza, sospeso *ipso iure*.

Per i motivi esposti, l'Azienda Ospedaliera si riserva nei casi di rinvio a giudizio e fino alla sentenza di primo grado per i reati indicati nella l. n. 3/2019 di decidere se adottare un provvedimento di conferma dell'incarico fino alla sentenza di primo grado o di revoca della fiducia e, in quest' ultimo caso, di procedere alla applicazione della misura della rotazione.

AZIONI DA INTRAPRENDERE :

- **2020:** avvio di una verifica interna volta ad individuare gli uffici che potrebbero essere interessati dalla applicazione della misura della *rotazione ordinaria*
- 2021: eventuale adozione di un atto di indirizzo volto alla fissazione dei criteri della rotazione laddove la verifica dei contratti in scadenza rivelasse buone condizioni per l'applicazione della misura
- 2022 predisposizione del piano aziendale di rotazione o, adozione della misura alternativa alla rotazione nota come la segregazione delle funzioni.

SOGGETTI RESPONSABILI: RPCT, DIRETTORE GENERALE,

9.12 M12) Il divieto di PANTOUFLAGE

La misura mira a prevenire il rischio che, durante il periodo lavorativo il dipendente possa, sfruttando il ruolo che ricopre all' interno dell'Ente pubblico, precostituirsi situazioni lavorative al fine di poter poi, una volta concluso il rapporto con l'amministrazione, ottenere un impiego più vantaggioso presso l'impresa o il soggetto privato con cui ha avuto contatti.

Per eliminare il rischio di accordi fraudolenti, il legislatore ha limitato la capacità negoziale del dipendente cessato dall'incarico pubblico per i tre anni successivì alla cessazione del rapporto di pubblico impiego. Ne deriva che "i dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali non possono svolgere in detto periodo attività lavorativa o professionale presso soggetti privati destinatari dell' attività della pubblica amministrazione o dell'ente, svolta attraverso i medesimi poteri".



Per "attività lavorativa o professionale" deve intendersi "qualsiasi tipo di rapporto di lavoro o professionale che possa instaurarsi con i soggetti privati, mediante l'assunzione a tempo determinato o indeterminato o l'affidamento di incarico o consulenza da prestare in loro favore".

Per <u>"poteri autoritativi e negoziali"</u> si intendono "i provvedimenti afferenti alla conclusione di contratti per l'acquisizione di beni e servizi per la p.a. sia i provvedimenti che incidono unilateralmente, modificandole, sulle situazioni giuridiche soggettive dei destinatari, atti volti a concedere in generale vantaggi o utilità al privato, quali autorizzazioni, concessioni, sovvenzioni, sussidi e vantaggi economici di qualunque genere".

I contratti conclusi e gli incarichi conferiti sono nulli; ai soggetti privati che li hanno conferiti o conclusi è vietato di contrattare con la P.A interessata per 3 anni successivi e sono tenui a restituire compensi eventualmente percepiti.

Per tali motivi:

- 1) Negli atti di gara è inserito l'obbligo di autocertificazione, da parte dei concorrenti di non avere stipulato rapporti di collaborazione/lavoro dipendente con ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali nei loro confronti. L'obbligo di rendere la predetta dichiarazione è stato ribadito nei bandi-tipo emanati dall'Autorità in attuazione del d.lgs. 50/2016, recante il codice dei contratti pubblici.
- 2) Analogo obbligo dovrà essere previsto dai Dirigenti, con apposita clausola da inserire nei contratti stipulati.
- 3) Infine, l'Azienda Ospedaliera si impegna a predisporre un'autodichiarazione da far sottoscrivere al dipendente in fase di cessazione del rapporto con l'Azienda, con cui si impegna al rispetto del divieto di pantouflage, allo scopo di evitare eventuali e successive contestazioni in ordine alla conoscibilità della norma.

Con la sentenza n. 7411/19 il Consiglio di Stato, dopo aver ribadito la competenza dell'ANAC in merito alla vigilanza ed all'accertamento delle fattispecie di pantouflage previste dall'art 53, c. 16-ter, D.lgs. n. 165/2001, ne ha riconosciuto anche i poteri sanzionatori (comunicato ANAC del 30 ottobre 2019).

AZIONI DA INTRAPRENDERE:

2020: predisposizione di autodichirazione da far firmare al dipendente all' atto della cessazione del rapporto di lavoro con l' Azienda Ospedaliera.

2021: avvio di un monitoraggio sulle dichiarazioni acquisite.

2022: implementazione della misura.

SOGGETTI RESPONSABILI: RPCT, Direttore U.O.C Provveditorato ed Economato e G.R.U.

10 IL MONITORAGGIO E IL RIESAME

Il monitoraggio e il riesame periodico costituiscono una fase fondamentale del processo di gestione del rischio attraverso cui verificare l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione nonché il complessivo funzionamento del processo stesso e consentire in tal modo di apportare tempestivamente le modifiche necessarie .

Monitoraggio e riesame sono due attività diverse anche se strettamente collegate.

Il monitoraggio è un'attività continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento del rischio, mentre il riesame è un'attività svolta ad intervalli programmati che riguarda il funzionamento del sistema nel suo complesso.

Per quanto riguarda il monitoraggio si possono distinguere due sotto-fasi:

- il monitoraggio sull'attuazione delle misure di trattamento del rischio;
- il monitoraggio sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio. I risultati dell'attività di monitoraggio sono utilizzati per effettuare il riesame periodico della funzionalità complessiva del "Sistema di gestione del rischio".

Al fine di disegnare un'efficace strategia di prevenzione della corruzione è necessario che il PTPCT individui un sistema di monitoraggio sia sull'attuazione delle misure sia con riguardo al medesimo PTPCT. L'attività di monitoraggio non coinvolge soltanto il RPCT, ma interessa i referenti, laddove previsti, i dirigenti e gli OIV, o organismi con funzioni analoghe, che concorrono, ciascuno per i propri profili di competenza, a garantire un supporto al RPCT.

Il RPCT ha provveduto ad attivare un sistema di monitoraggio interno semestrale, attraverso l'avvio di un attività di confronto e di interlocuzione con i Direttori di Dipartimento e di UU.OO.CC, diretto a verificare l'effettiva attuazione delle misure descritte nel piano adottato al 31 gennaio 2020 rispetto ai processi di loro competenza, perchè soltanto la loro concreta attuazione consente di comprenderne eventuali criticità e, in alcuni casi, svela la necessità di una loro integrazione.

Gli esiti di questa attività saranno inseriti entro il 30 ottobre 2020 nel PTPCT in occasione del completamento della mappatura dei processi in base al nuovo sistema di gestione del rischio di cui all' allegato 1 del PNA 2019 e del II aggiornamento che interesserà il piano anticorruzione.

Come ribadito dall' ANAC nel PNA 2019, tutti i responsabili degli uffici e i dipendenti, in caso di richiesta da parte del RPCT di informazioni relative alla attuazione delle misure di prevenzione, hanno il dovere di fornire supporto necessario al RPCT.

Tale dovere, laddove disatteso, può dar luogo a provvedimenti disciplinari.

Le risultanze del monitoraggio sulle misure di prevenzione della corruzione costituiscono il presupposto per la definizione del successivo piano anticorruzione.

Entro il 15 gennaio, ciascun Direttore di Dipartimento/ UU.OO.CC trasmetterà un report indicante un'autovalutazione sull' efficacia delle misure descritte in relazione ai processi/ procedimenti di sua competenza, evidenziando anche eventuali criticità, in modo da poterle implementare in vista della adozione del PTPCT 2021-2023.

In particolare, l'attività di verifica riguarderà gli aspetti di seguito declinati:

- a) il numero dei procedimenti per i quali non siano stati rispettati i tempi del procedimento e la percentuale rispetto al numero complessivo dei procedimenti e la motivazione;
- b) il numero dei procedimenti per i quali non siano stati rispettati gli obblighi in materia di trasparenza e pubblicità previsti dal Piano della trasparenza:
- c) l'attestazione, eventuale, della attuazione di misure ulteriori proposte al fine di prevenire e contrastare i connessi fenomeni di corruzione;
- d) Comunicazione del numero di proroghe contrattuali / affidamenti diretti;
- e) Comunicazione del numero totale degli affidamenti effettuati nel periodo di riferimento del report e il numero di affidamenti con almeno una variante;
- Comunicazione sul numero totale delle istanze di accesso civico semplice e generalizzato oltre che documentale trattate;
- g) Attestazione ai sensi dell'art 6 bis, l. n. 241/'90, art. 35 bis e 53 del d.lgs. n. 165/01.



Gli esiti del monitoraggio confluiranno in una tabella che verrà inserita nel piano.

Come ribadito più volte dall' ANAC, è opportuno che il monitoraggio delle misure non si limiti alla sola attuazione delle stesse ma contempli anche una valutazione della loro idoneità, intesa come effettiva capacità di riduzione del rischio corruttivo, secondo il principio guida della "effettività". Tale ultima attività spetta al RPCT.

11 PIANO DELLA PERFORMANCE/ OBIETTIVI STRATEGICI/PTPCT

A seguito delle modifiche apportate dal d.lgs. n. 97/16 e dal d.lgs. n. 74/17, gli obiettivi strategici in materia di anticorruzione e trasparenza declinati nel presente piano anticorruzione confluiscono di diritto nel Piano Performance; di conseguenza, gli adempimenti imposti dalla l. n. 190/12 e dai suoi decreti attuativi (il flusso costante delle pubblicazioni, l' obbligo di relazione annuale e l' obbligo della mappatura dei processi unitamente al monitoraggio a cura dei Direttori di Dipartimento o di Struttura complessa) costituiscono ex se " obiettivi performance".



II PARTE

12 La TRASPARENZA AMMINISTRATIVA

La disciplina sulla trasparenza nelle pubbliche amministrazioni è stata oggetto di penetranti interventi normativi. In particolare, in attuazione della delega contenuta nella l. n. 190/12, il Governo ha adottato il d.lgs. 14 marzo 2013 n. 33, recante il "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte della P.A.", in cui, nel ribadire che la trasparenza è intesa come accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l' attività delle pubbliche amministrazioni, quale livello essenziale delle prestazioni ai sensi dell'art. 117 della Costituzione, è stato evidenziato che essa è finalizzata alla realizzazione di un' amministrazione aperta e al servizio del cittadino, (art 1, comma 2, d.lgs. n.33/2013).

12.1 FINALITA' TRASPARENZA

La trasparenza rappresenta uno strumento fondamentale per la prevenzione della corruzione e per l'efficienza e l'efficacia dell'azione amministrativa.

Essa, infatti, consente:

- > la conoscenza del responsabile per ciascun procedimento amministrativo;
- ➤ la conoscenza dei presupposti per l'avvio e lo svolgimento del procedimento e, se ci sono blocchi anomali dello stesso;
- ➤ la conoscenza del modo in cui le risorse pubbliche sono impiegate e se l'utilizzo di tali risorse è deviato verso finalità improprie;

Come noto, infatti, la legge anticorruzione recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", ha fatto del principio di trasparenza uno degli assi portanti delle politiche di prevenzione della corruzione, prevedendo l'obbligo dell'elaborazione da parte delle amministrazioni pubbliche di un Piano Triennale di prevenzione della corruzione.

Successivamente, con il decreto n. 33/13 attuativo della legge 190, il Governo ha provveduto a consolidare l'idea della trasparenza intesa come accesso alle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, al fine di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche, promuovendo la partecipazione del cittadino al dibattito politico.

E' emerso, allora, con chiarezza, che la trasparenza non è da considerare un fine, ma uno strumento per avere una P.A. che operi con etica ed in modo efficiente ed economico.

12.2 ACCESSO AGLI ATTI DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

Tale provvedimento ha complessivamente operato una sistemazione dei principali obblighi di pubblicazione vigenti, introducendone anche di nuovi ed ha disciplinato per la prima volta l'istituto dell'"accesso civico", (art 5, d.lgs. n. 33/2013).

Successivamente, con il d.lgs. n. 97/16 attuativo della riforma Madia, sono stati apportati al decreto sulla trasparenza importanti modifiche, tanto che al termine della riforma è mutata la rubrica del d.lgs. n. 33/13 in "Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" in luogo del precedente titolo "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni".

L'art 2 del d.lgs. n. 97/16 nel novellare l'art 1 c. 1 del D.lgs. n. 33/13 ha modificato la nozione generale di "trasparenza" intesa ora come "accessibilità totale ai dati ed ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni" (e non più semplicemente come accessibilità totale alle informazioni relative all' organizzazione e all'attività delle pubbliche amministrazioni), perciò volta non solo a favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle



risorse pubbliche, ma anche a tutelare i diritti dei cittadini e promuovere la partecipazione degli interessati all' attività amministrativa.

L' art 2 novellato individua in maniera più dettagliata l'oggetto del decreto legislativo riferendosi alla libertà di accesso ai dati e ai documenti detenuti sia dalle PP. AA., sia dagli enti pubblici e dalle società controllate o partecipate da amministrazioni pubbliche, come meglio specificato dall' art 2 bis. Tale diritto può essere esercitato da "chiunque", ma tale libertà trova un limite nella tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, attraverso due strumenti : "la pubblicazione obbligatoria dei documenti della P.A. relativa alla propria organizzazione e attività e l'accesso civico", nella duplice accezione sia di diritto di accedere ai documenti che le amministrazioni pubbliche hanno omesso di pubblicare nonostante fossero obbligate per legge cd. "accesso civico semplice" disciplinato dall' art 5 c. 1 d.lgs. n. 33/13, sia di diritto di informazione generalizzata su tutti gli atti anche quelli non sottoposti a pubblicazione obbligatoria, pur nei limiti di cui agli artt. 5 bis , d.lgs. n. 33/13, c.d. accesso civico generalizzato disciplinato al c. 2 dell' art 5.

L'accesso generalizzato non sostituisce l'accesso civico "semplice", ma si tratta di diritti di accesso destinati a muoversi su binari differenti.

L' art 2 bis del d.lgs. n. 33/13, introdotto dal d.lgs. n. 97/16 ha poi, di fatto, ridefinito l'ambito soggettivo di applicazione della disciplina sulla trasparenza rispetto a quanto era, in passato, contemplato dall' ormai abrogato articolo 11 del d.lgs. n. 33/13.

Esso individua tre macro categorie di soggetti tenuti al rispetto delle regole sulla trasparenza:

- 1) Pubbliche amministrazioni di cui all' art 1, c. 2 del d.lgs. n. 165/'01, in cui sono ricomprese anche le aziende e gli enti appartenenti al SSN, le autorità portuali nonché le autorità amministrative indipendenti di garanzia, vigilanza e regolazione, (art 2 bis c.1, d.lgs. n. 33/13);
- 2) enti pubblici economici, ordini professionali, società in controllo pubblico, associazioni, fondazioni ed enti di diritto privato, sottoposti alla medesima disciplina prevista per le p.a. "in quanto compatibile", (art 2 bis, c. 2, d.lgs. n. 33/13);
- 3) società a partecipazione pubblica, associazioni, fondazioni ed enti di diritto privato soggetti alla medesima disciplina in materia di trasparenza prevista per le p.a. "in quanto compatibile" e, "limitatamente ai dati e ai documenti inerenti all' attività di pubblico interesse disciplinata dal diritto nazionale e dell'Unione Europea", (art 2 bis, c. 3, d.lgs. n. 33/13).

Al fine di operare una generale ricognizione dell'ambito soggettivo ed oggettivo degli obblighi di trasparenza, l'ANAC è intervenuta con una linea guida approvata con delibera n. 1310 del 28 dicembre 2016, sostitutiva della delibera n. 50/2013 e con la delibera n. 1309 sempre del 28 dicembre 2016, relativa all'accesso civico.

La delibera n. 1310/16 si sofferma su tre aspetti fondamentali andando a sigillare quanto previsto dal legislatore in termini di necessario aggancio tra il PTPCT e i documenti programmatici e, di riflesso, il contenuto oggi necessario che il PTPCT di un Ente deve recare per evitare di incorrere in sanzione (obiettivi strategici - nominativi dei soggetti responsabili della comunicazione e pubblicazione dei dati, documenti o informazioni); la modifica, poi degli obblighi di pubblicazione e quindi di alcuni articoli del d.lgs. n. 33/13 e le sanzioni per mancato adempimento agli obblighi di pubblicazione.

La delibera n. 1309/16, invece, si sofferma su un elemento importante della riforma tale da indurre le amministrazioni a modificare organizzazione e comportamenti, consiste nel c.d. ampliamento dei casi di ricorso all'accesso civico, oggi inteso nella duplice veste di "accesso semplice", che consente a chiunque di richiedere ad un Ente la pubblicazione di un atto, oggetto di pubblicazione obbligatoria, ma in realtà non pubblicato e di "accesso civico generalizzato" inteso come accessibilità totale non solo ad informazioni, ma anche a dati e documenti detenuti da un pubblica amministrazione fermo restando i limiti degli interessi pubblici o privati, indicati nell' art 5 bis, che richiedono un bilanciamento con il c.d. diritto alla conoscibilità che oggi alla luce del d.lgs. n. 97/16 merita di essere tutelato. Viene, inoltre, dettata una disciplina puntuale per tutelare eventuali contro interessati, cioè coloro che potrebbero subire un pregiudizio dall' accesso a:



- Dati personali
- Corrispondenza
- Interessi economici, commerciali, diritti d' autore.

Il legislatore, però, non ha modificato la L. n. 241/'90 sull' accesso agli atti amministrativi, per cui convivono 3 tipologie di accesso che necessitano di trovare una loro dimensione.

Nei paragrafi 2.2. e 2.3 delle Linee Guida (deliberazione ANAC n. 1309 del 28 dicembre 2016) l'Autorità anticorruzione ha fissato le differenze tra accesso civico semplice, accesso civico generalizzato ed accesso documentale ex legge 241/1990.

L'accesso civico semplice è attivabile per atti, documenti e informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria e "costituisce un rimedio alla mancata osservanza degli obblighi di pubblicazione imposti dalla legge, sovrapponendo al dovere di pubblicazione, il diritto del privato di accedere ai documenti, dati e informazioni interessati dall'inadempienza" (ANAC deliberazione 1309/2016 pag. 6).

Al contrario, l'accesso generalizzato "si delinea come affatto autonomo ed indipendente da presupposti obblighi di pubblicazione e come espressione, invece, di una libertà che incontra, quali unici limiti, da una parte, il rispetto della tutela degli interessi pubblici o privati indicati all'art. 5 bis, commi 1 e 2, e dall'altra, il rispetto delle norme che prevedono specifiche esclusioni (art. 5 bis, comma 3)".

L'ANAC sostiene che l'accesso generalizzato debba essere tenuto distinto dalla disciplina dell'accesso "documentale" di cui agli articoli 22 e seguenti della legge sul procedimento amministrativo. La finalità dell'accesso documentale è ben differente da quella dell'accesso generalizzato. E' quella di porre "i soggetti interessati in grado di esercitare al meglio le facoltà partecipative o oppositive e difensive — che l'ordinamento attribuisce loro a tutela delle posizioni giuridiche qualificate di cui sono titolari". Infatti, dal punto di vista soggettivo, il richiedente deve dimostrare di essere titolare di un "interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso".

Inoltre, se la legge 241/1990 esclude perentoriamente l'utilizzo del diritto d'accesso documentale per sottoporre l'amministrazione a un controllo generalizzato, l'accesso generalizzato, al contrario, è riconosciuto dal legislatore proprio "allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico".

Ne deriva che, l'accesso agli atti di cui alla 1. 241/1990 continua certamente a sussistere, ma parallelamente all'accesso civico (generalizzato e non), operando sulla base di norme e presupposti diversi" (ANAC deliberazione 1309/2016 pag. 7).

Nel caso dell'accesso documentale della legge 241/1990 la tutela può consentire "un accesso più in profondità a dati pertinenti", mentre nel caso dell'accesso generalizzato le esigenze di controllo diffuso del cittadino possono "consentire un accesso meno in profondità (se del caso, in relazione all'operatività dei limiti) ma più esteso, avendo presente che l'accesso in questo caso comporta, di fatto, una larga conoscibilità (e diffusione) di dati, documenti e informazioni".

Per i motivi esposti, l' AORN Moscati ha provveduto sia ad istituire un registro informatico per monitorare le istanze di accesso che ad adottare un Regolamento sull'accesso civico con delibera n. 358 del 21 aprile 2017, destinato ad essere aggiornato insieme alla modulistica allegata, in considerazione dell'entrata in vigore del GDPR n. 679/16 e del d.lgs. n. 101/18, che ha riscritto il Codice Privacy.



12.3 MISURE PER GARANTIRE L'EFFICACIA DELL'ISTITUTO DELL'ACCESSO CIVICO

Con l'accesso civico è stata riconosciuta la partecipazione e la collaborazione diretta del cittadinoutente. L'attivazione di questo strumento di tutela diffusa non richiedeva una motivazione, era gratuita e non presupponeva una situazione legittimante in capo all'istante. L'amministrazione era tenuta a rispondere entro 30 giorni e a procedere alla pubblicazione sul sito di quanto richiesto, con evidente beneficio non solo per il richiedente, ma anche per l'intera collettività.

Oggi, invece, a seguito della riforma ad opera dell'art 6 del precitato d.lgs. n. 97/16 e, in considerazione dell'obiettivo del c.d. FOIA, ovvero, quello di consentire l'accesso ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni per i quali non vi fosse l'obbligo della pubblicazione, è consentito a chiunque senza motivazione di accedere ai dati e documenti detenuti dalle amministrazioni pubbliche, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione", (art 5 c. 2, d.lgs. n. 33/13).

Il primo elemento da cogliere è che l'accesso civico non ha più solo come presupposto l'inadempimento degli obblighi di pubblicazione, ma è utilizzabile da chiunque senza motivazione sui dati e sui documenti detenuti dalla P.A. ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria.

Il Consiglio di Stato ha, al riguardo, parlato di trasparenza di tipo "reattivo" alle istanze di conoscenza avanzate dagli interessati, che si aggiunge a una trasparenza di tipo "proattivo" realizzata grazie alla pubblicazione sui siti istituzionali dei documenti, informazioni e dati indicati dalla legge.

In coerenza con il quadro normativo, il diritto di accesso civico c.d. generalizzato non richiede una situazione legittimante in capo all' istante e non richiede una motivazione oltre ad essere gratuito, salvo il rimborso del costo effettivamente sostenuto e documentato dall' amministrazione per la riproduzione su supporti materiali, (c.d. diritti di segreteria).

Ai sensi del c. 3 del medesimo articolo, l'istanza può essere trasmessa per via telematica e le istanze presentate per via telematica sono valide se :

- sottoscritte mediante firma digitale
- l'istante è identificato attraverso il sistema pubblico di identità digitale, nonché carta di identità elettronica
- sono state sottoscritte e presentate unitamente alla copia del documento di identità
- trasmesse dall' istante mediante la propria PEC

Resta salva la possibilità di presentare l'istanza anche a mezzo posta, fax o direttamente presso i seguenti uffici :

- all'ufficio che detiene i dati, le informazioni o i documenti
- all'ufficio relazioni con il pubblico o ad altro ufficio indicato dall' amministrazione nella sezione "
 Amministrazione- Trasparente" del sito istituzionale
- al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, ove l'istanza abbia ad oggetto dati, documenti, informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria in base al d.lgs. n. 33/13.



12.4 OBBLIGO DI RISPOSTA DELLA P.A.

N.B. La P.A. è tenuta a rispondere entro e non oltre 30 giorni.

Le risposte all'istanza di accesso civico di cui all' art 5 c. 2, saranno date al cittadino direttamente dal settore competente che detiene gli atti ; laddove la richiesta coinvolga più settori, il riscontro sarà dato da quello che detiene il provvedimento finale.

Nell'ottica di un necessario coordinamento tra la disciplina sulla trasparenza e la nuova disciplina introdotta dal GDPR n. 679/16, merita di essere richiamata la circolare n. 2/2017 del Dipartimento della funzione pubblica che ha introdotto, rispetto alle istanze di accesso civico generalizzato il c.d. principio di ragionevolezza, invitando, l'ente a fare una valutazione dell'istanza che arriva alla luce dei seguenti aspetti:

- 1. L'eventuale attività di elaborazione (ad es. oscuramento di dati personali) che l'amministrazione dovrebbe svolgere per rendere disponibili;
- 2. Le risorse che occorrerebbe impiegare per soddisfare la richiesta, da quantificare in rapporto al numero di ore di lavoro per unità personale;
- 3. La rilevanza dell'interesse conoscitivo che la richiesta mira a soddisfare.

Sempre in tale contesto giova richiamare la circolare n. 1/2019 del Ministro della pubblica amministrazione che è, invece, entrata nel merito di alcune lacune del decreto sulla trasparenza, in particolare l'ipotesi di un mancato coinvolgimento dei c.d. contro-interessati nel procedimento relativo alla istanza di accesso pervenuta all' ente. La circolare ha, infatti, chiarito che l'integrazione del contraddittorio può avvenire solo in sede in sede di riesame comunicando ai contro-interessati l'avvio del procedimento ai sensi dell'art 7, l. n. 241/'90 e che tale richiesta di riesame deve avvenire entro 30 giorni dalla decisione data dall' ente sulla prima istanza, termine che si ricava dalla legge del '71 sui ricorsi amministrativi.

Balza agli occhi, infine, sempre nella circolare n. 1/2019, l'obbligatorietà della nomina del c.d. Responsabile della transizione digitale, cioè di colui (soggetto interno all' ente), che dovrà aiutare l' ente pubblico nel processo di informatizzazione. A tal proposito si evidenzia che, l' AORN Moscati ha proceduto alla nomina di dott. Versace già responsabile del SIA "Servizio informatico Aziendale"

"Dati aperti e riutilizzo"

Il d.lgs. n. 97/16 non ha modificato il contenuto dell'art 7 del decreto sulla trasparenza; per cui la disposizione continua ad obbligare le PP.AA. a rendere pubblici secondo il paradigma dei "dati aperti" ed a "riutilizzare" documenti, dati ed informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria e di accesso civico.

La disposizione anche se formalmente è la stessa del decreto originario, richiama in larga parte riferimenti normativi interni ed esterni al d.lgs. n. 33/13, che, invece, hanno subito delle modifiche rilevanti nel corso di questi ultimi anni.

Da un lato, l'accesso civico è stato profondamente modificato, dall'altro, il d.lgs. n. 102/15 emanato in attuazione della direttiva europea sul riutilizzo dell' informazione nel settore pubblico, ha apportato delle modifiche rilevanti alle altre 2 disposizioni richiamate nell' art 7: l' art 68 del codice dell'amministrazione digitale, nella parte in cui declina la nozione di dato aperto e gran parte della disciplina italiana sul riutilizzo dei dati contenuta nel d.lgs. n. 36/'06, adattata alle nuove previsioni della direttiva 2013/37/UE.

E' utile, anche per comprendere il contesto giuridico culturale in cui si inserisce l'art 7, distinguere due concetti vicini, ma diversi.



Nella disciplina sul riutilizzo dei dati pubblici europea e nella sua declinazione italiana, prevale la gestione proprietaria dei dati, intesa alla loro valorizzazione economica e commerciale. Ne deriva che le PP.AA. hanno ampi margini di discrezionalità sull' an (se permettere o meno il riutilizzo), sul quantum (quali e quanti dati), sul quomodo (attraverso la commercializzazione diretta o strumenti di copyright pubblico, come la predisposizione di licenze) nel rilascio di dati e informazioni.

Quando parliamo di dati aperti, invece, facciamo riferimento a tipologie di dati che chiunque può utilizzare, riutilizzare e diffondere. In tal caso però, la P.A. non assume un atteggiamento "proprietario" nei confronti dei dati, ma i dati e le informazioni in suo possesso, per le loro caratteristiche intrinseche e per le loro modalità di raccolta sono considerati beni comuni. Ne deriva che gli scopi che vengono perseguiti con gli open data, non sono di valorizzazione economica e commerciale, ma la garanzia di una maggiore trasparenza amministrativa e la circolazione libera dei dati, informazioni per una maggiore conoscenza collettiva degli stessi.

La complementarietà tra dati aperti, trasparenza e il rapporto tra quest'ultima e il riutilizzo dei dati e delle informazioni pubbliche costituisce la ratio che ha portato il legislatore a prevedere un articolo come l' *art* 7 e mette in evidenza come la trasparenza non sia più solo sinonimo di prevenzione della corruzione attraverso un controllo sull' operato dell' ente, ma tende alla circolazione e diffusione dei dati e delle informazioni attraverso una nuova conoscenza collettiva.

Per comprendere la portata innovativa del decreto n. 33/13 bisogna leggere l'art 7 insieme con l' art 3, dal momento che il combinato disposto dell' art 3 e art 7 apporta un primo rilevante cambiamento : la trasformazione del riutilizzo da una facoltà discrezionale in capo alle PP.AA. ad un vero diritto in capo a tutti i cittadini.

N.B. - Sia l'art 52 del CAD che la disciplina sul riutilizzo contenuta nel d.lgs. n. 36/'06 avevano declinato il riutilizzo come una mera facoltà in capo alla P.A., verso la quale il cittadino poteva far valere solo un interesse di mero fatto.

L'art 52 del d.lgs. n. 82/'05 prevede solo l'obbligo di pubblicare i dati e i documenti che le PP.AA. scelgono discrezionalmente di pubblicare nel proprio sito come *dati aperti*; anche se si allarga lo sguardo ai diritti digitali (art 3-11) non è previsto alcun diritto al riutilizzo per il cittadino.

Allo stesso modo, il d.lgs. n. 36/'06 non disciplina alcun diritto al riutilizzo, neanche dopo le modifiche apportate dal d.lgs. n. 102/15 che ha dato attuazione alla nuova direttiva sul riutilizzo delle informazioni nel settore pubblico.

L'art 3 del decreto trasparenza, invece, prevedendo il diritto in capo a chiunque di conoscere documenti, dati e informazioni pubbliche oggetto di pubblicazione obbligatoria o di accesso civico semplice, ha previsto il diritto di fruire gratuitamente, di utilizzare e riutilizzare dati, documenti e informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria e di accesso civico, secondo le disposizioni dell'art 7.

Sono soggetti al riutilizzo e vanno pubblicati come dati aperti, tutti i documenti, dati e informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria, ma anche quei dati ulteriori accessibili ex art 5 c. 2 vanno considerati come potenzialmente riutilizzabili. Ciò in quanto la norma fa riferimento in generale all'art 5 del d.lgs. n. 33/13, per cui sia all'accesso civico "semplice" che "generalizzato".

N.B. - La scelta del legislatore, quindi sembra essere quella di legare il diritto al riutilizzo principalmente agli obblighi di pubblicità, ma anche al regime dell'accesso civico generalizzato. Inoltre, siccome l'art 7 afferma che "i documenti, i dati e le informazioni oggetto di pubblicazione e di accesso civico ai sensi del c. 2 dell'art 5, possono essere riutilizzati secondo le disposizioni del D.lgs. n. 36/06, per delineare l'ambito oggettivo della norma, occorre tener presente anche questo decreto.



La disciplina italiana sulla falsariga di quella europea, fa riferimento però, solo ai documenti detenuti dalle PP.AA. e non ai dati, a differenza del d.lgs. n. 33/13.

Il nuovo art 3 del d.lgs. n. 36/06 elenca una serie di documenti a cui non si applica la disciplina sul riutilizzo. Oltre ad alcune tipologie di documenti, la disciplina tende ad escludere il riutilizzo in presenza di documenti e dati la cui diffusione potrebbe ledere interessi pubblici e privati protetti dal nostro ordinamento.

Il decreto trasparenza sembra consentire, almeno astrattamente il riutilizzo anche di dati personali (tranne di quelli sensibili o giudiziari), oggetto di pubblicazione obbligatoria con le eccezioni di cui all'art 7 bis, dal momento che questi dati sono volutamente compresi nei dati da rendere disponibili e da pubblicare obbligatoriamente e quindi sono dati conoscibili da chiunque.

Sul punto, il c. 2 dell' art 7 bis sottolinea come la finalità di trasparenza, sottesa alla pubblicazione obbligatoria sui siti istituzionali, costituisca finalità di rilevante interesse pubblico, compatibile con la disciplina sulla protezione dei dati personali.

Non possono, invece, essere riutilizzati, i dati personali che non sono oggetto di pubblicazione obbligatoria, dal momento che sia l'art 7bis che l'art 5 bis sottolineano come i dati personali non possono essere oggetto di pubblicazione libera sui siti web istituzionali né di accesso civico generalizzato.

Per tali motivi, i dati personali possono essere riutilizzati solo se oggetto di pubblicazione obbligatoria e con la copertura del 7 bis, in quanto a prescindere dalla finalità particolare per la quale i dati sono stati raccolti, la loro pubblicazione come dati aperti ai fini della trasparenza costituisce, integra la finalità del trattamento.

E' interessante notare come il legislatore, da un lato, abbia reso possibile il riutilizzo dei dati personali oggetto di pubblicazione ai sensi del d.lgs. n. 33/13, dall' altro, abbia escluso il riutilizzo dei dati personali che sono stati pubblicati come dati aperti all' interno dei siti web delle PP.AA. senza nessun obbligo normativo, ma ai sensi dell' art 52 c. 2 del CAD.

Alla pubblicazione come dati aperti ai sensi dell'art 68, infatti, sono soggetti tutti i dati e documenti pubblicati sui siti web delle PP.AA. al di là del fatto che questi possono essere anche oggetto di un obbligo di pubblicazione in base al decreto sulla trasparenza. L' art 52 c. 2 CAD, stabilisce che i dati e i documenti che le PP.AA. titolari pubblicano con qualsiasi modalità, senza l'espressa e motivata adozione di una licenza, ai sensi del d.lgs. n. 36/06, si intendono rilasciati come dati di tipo aperto, in base all' art 68 c. 3 CAD.

A conferma di tutto il discorso fatto, va segnalato che il d.lgs. n. 102/2015 ha ristretto il numero dei dati personali pubblicati come dati aperti, affermando che l' art 68 CAD non si applica se la pubblicazione riguarda dati personali. In questo modo, gli unici dati personali riutilizzabili, proprio perchè pubblicati come dati aperti, saranno quelli oggetto di pubblicazione obbligatoria in base al d.lgs. n. 33/13.

Con queste modifiche, il legislatore ha dato una certa coerenza alla disciplina sul riutilizzo dei dati personali, possibile solo con la copertura dell' art 7 bis c. 2 del d.lgs. n. 33/13

Per tali motivi, l'AORN Moscati si impegna ad inserire un *ALERT* sul sito istituzionale, al fine di richiamare l'attenzione degli utenti sul concetto di riutilizzo dei dati pubblici nel pieno rispetto della nuova normativa privacy (GDPR679/16 e d.lgs. n. 101/18).



12.5 LA TRASPARENZA NEL SETTORE SANITARIO: GLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE RICADENTI SULL' AZIENDA OSPEDALIERA

Nell'ambito del capo V del d.lgs. n. 33/13 avente ad oggetto gli obblighi di pubblicazione in settori speciali, l' art. 41 è dedicato a garantire l' attuazione del principio generale di trasparenza da parte delle amministrazioni e degli enti sanitari.

Nell'ambito del Servizio Sanitario, la trasparenza presenta, infatti, una finalità ulteriore rispetto al controllo del perseguimento delle funzioni istituzionali e sull' utilizzo delle risorse pubbliche, costituendo strumento essenziale per una maggiore consapevolezza e responsabilità individuale e sociale del cittadino al momento della scelta delle modalità e delle condizioni di accesso allo stesso servizio e strumento di attuazione concreta dei principi di uguaglianza su cui di fonda il Sistema Sanitario pubblico.

Per tali motivi, la promozione della trasparenza costituisce un obiettivo cruciale nel settore sanitario in considerazione del divario che, prima dell'introduzione della nuova normativa in materia di trasparenza, si registrava tra l'enunciazione dei diritti di informazione e partecipazione e dei cittadini, contenuta nell' art 14 del d.lgs. n. 502/'92 e la loro concreta attuazione.

Di sicuro, appare calzante al settore sanitario la nuova definizione di trasparenza di cui all' art 1 del d.lgs. n. 33/13, che dopo le modifiche apportate dal d.lgs. n. 97/16, individua quali scopi primari della trasparenza "la tutela dei diritti dei cittadini e la promozione della partecipazione degli interessati all' attività amministrativa"

In questa prospettiva, appaiono rilevanti, non solo gli obblighi enunciati dall' art 41, ma anche gli obblighi di pubblicità concernenti le prestazioni offerte ed i servizi erogati di cui all' art 32, che vanno a sommarsi agli specifici obblighi di pubblicità contenuti nell' art 41, ora estesi a tutti gestori di pubblici servizi.

L'art. 41 si apre offrendo una definizione di "amministrazione sanitaria" ampia ed omnicomprensiva: sono, infatti, ricomprese sia le amministrazioni e gli enti del SSN, secondo la definizione utilizzata già dall' art 1 c. 2 del d.lgs. n. 165/'01, ora espressamente richiamato nel nuovo art 2 bis del decreto, sia le amministrazioni e gli enti dei Servizi sanitari regionali.

All'art. 41 è stato aggiunto il c. 1-bis che dispone la pubblicazione dei dati relativi alle spese e ai pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio : in particolare, in base alla disposizione in commento, le amministrazioni sanitarie sono tenute alla pubblicazione integrale di tutti i dati relativi a spese e pagamenti per lavori, servizi e forniture, attraverso la previsione di una forma di pubblicazione tale da consentire la consultazione, in forma sintetica e aggregata, in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito territoriale di riferimento e ai beneficiari.

Destinata a rafforzare il controllo sociale su una delle c.d. aree a rischio corruzione, cioè quella degli incarichi e nomine, sono gli obblighi di pubblicità previsti, invece, dal c.2 dell'art 41, concernente le informazioni ed i dati, compresi avvisi e bandi di selezione relativi allo svolgimento di procedure ed atti di conferimento degli incarichi di:

- direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo;
- > responsabile di dipartimento e di strutture semplici e complesse

A completamento degli obblighi di pubblicità sanciti dal c. 2, il comma 3 dell' articolo in commento opera un rinvio agli obblighi di pubblicazione dell' art 15, specificando che tra le attività professionali da dichiarare ai sensi del c. 1 lett. c) del precitato articolo, va considerata anche l'attività professionale svolta in regime intramurario.

Infine nel c. 6 dell' art 41 viene affrontato il tema delle liste d'attesa; infatti, tra gli specifici obblighi di trasparenza posti a carico degli enti, aziende e strutture pubbliche e private, preposte all' erogazione



delle prestazioni sanitarie vi è quello relativo alla predisposizione, sul proprio sito di un' apposita sezione denominata "liste di attesa", nel quale inserire i criteri di formazione delle liste, i tempi di attesa previsti ed i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata.

Nonostante le prescrizioni contenute nell'art 41, l'intenzione del legislatore è stata sin da subito, da un lato, quella di equiparare l'amministrazione sanitaria alle altre pubbliche amministrazioni, per quanto concerne il rispetto degli obblighi di pubblicità previsti negli altri capi del decreto, dall'altro, di ampliare l'area della pubblicità a specifici e rilevanti aspetti riguardanti l'organizzazione, le attività strumentali e le prestazioni fornite da tali strutture, in considerazione della peculiare natura del Servizio Sanitario.

13 ATTI SOGGETTI ALL'OBBLIGO DI PUBBLICAZIONE

Di seguito l'analisi di alcuni obblighi di pubblicazione ricadenti sull'azienda ospedaliera recentemente oggetto di modifica a cura del d.lgs. n. 97/16, della legge di bilancio 2020 (l. n.160/2019) e dal c.d. decreto mille-proroghe (d.l. n. 162/2019).

- Coordinamento con il Piano triennale per la prevenzione della corruzione (art. 10) all'art 10 del d.lgs. n. 97/16 si deve l'eliminazione dell'obbligo, per le P.A., di redigere il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità ("PTTI"), demandando a ciascuna P.A. il compito di indicare, in un'apposita sezione denominata "sezione Trasparenza" del Piano triennale per la prevenzione della corruzione ("PTPC"), i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati.
- Obblighi di pubblicazione concernenti gli atti di carattere normativo e amministrativo generale (art. 12) E' stato ampliato dal d.lgs. n. 97/16 il novero dei dati di carattere normativo e amministrativo generale oggetto di pubblicazione obbligatoria alle misure integrative della prevenzione, ai documenti di programmazione strategico-gestionale e agli atti degli OIV.
- Obblighi di pubblicazione concernenti l'organizzazione delle P.A. (art. 13) E' scomparso l'obbligo di pubblicazione dei dati relativi alle risorse assegnate a ciascun ufficio.
- Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali (art. 14) – nella versione originaria, l'art. 14 del d.lgs. n. 33 del 2013, al comma 1, già imponeva alle amministrazioni interessate la pubblicazione di una serie di documenti e informazioni, ma tale obbligo si riferiva solo ai titolari di incarichi politici di livello statale, regionale e locale. La novella di cui al d.lgs. n. 97 del 2016 ha poi, aggiunto all'art. 14 del d.lgs. n. 33 del 2013 cinque nuovi commi, tra i quali, appunto, quello dichiarato poi incostituzionale dalla Corte Costituzionale n. 20/2019, che estendeva gli obblighi di pubblicazione richiamati dall' articolo in commento anche ai titolari di incarichi dirigenziali a qualsiasi titolo conferiti. In tal modo, la totalità della dirigenza amministrativa è stata sottratta al regime di pubblicità congegnato dall'art. 15 del d.lgs. n. 33 del 2013 – che per essi prevedeva la pubblicazione dei soli compensi percepiti, comunque denominati - ed attratta nell'orbita dei ben più pregnanti doveri di trasparenza originariamente riferiti ai soli titolari di incarichi di natura politica. Come noto la vicenda della pubblicazione dei dati reddituali dei dirigenti pubblici ai sensi dell'art. 14, comma 1, lett. f), D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 si è complicata a seguito della declaratoria di incostituzionalità da parte della Corte Costituzionale con la sentenza 23 gennaio 2019 n. 20 "nella parte in cui prevede che le pubbliche amministrazioni pubblicano i dati di cui all'art. 14, comma 1, lettera f), dello stesso decreto legislativo anche per tutti i titolari di incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione, anziché solo per i titolari degli incarichi



dirigenziali previsti dall'*art. 19, commi 3 e 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165* (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche)". Con ordinanza cautelare il *TAR Lazio Roma, Sez. I, 21 novembre 2019 n. 7579*, in accoglimento dell'istanza cautelare di due dirigenti sanitari titolari di struttura complessa dell'Azienda sanitaria locale di Matera, ha sospeso la deliberazione dell'omonima Asl con cui veniva richiesta ai suddetti dirigenti la trasmissione dei dati ex *art. 14, comma 1, lett. f), D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33* e rinviata la causa al merito del 22.04.2019. Sulla base di questi presupposti e dell'incertezza normativa che ne è derivata l'Autorità ha ritenuto opportuno, con *Del. 4 dicembre 2019 n. 1126*:

- "- In attesa dell'intervento legislativo nazionale chiarificatore sull'applicazione dell'*art. 14, co. 1, lett. f), d.lgs. 33/2013*, di rinviare alla data del 1 marzo 2020 l'avvio della propria attività di vigilanza sull'applicazione dell'*art. 14, co. 1, lett. f), d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33* dati reddituali e patrimoniali-con riferimento ai dirigenti delle amministrazioni regionali e degli enti da queste dipendenti;
- Fermo restando quanto previsto nella *delibera ANAC n. 586/2019* per i dirigenti del SSN, di sospendere, alla luce dell'ordinanza cautelare del TAR Lazio n. 7579 del 21 novembre 2019, l'efficacia della richiamata delibera limitatamente alle indicazioni relative all'applicazione dell'*art. 14, co. 1, lett. f) del d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33* ai dirigenti sanitari titolari di struttura complessa fino alla definizione nel merito del giudizio".

La Corte Costituzionale ha posto fine, con la sentenza n. 20 del 21 febbraio scorso, alla querelle sorta all'indomani dell'entrata in vigore del d. lg. 97/2016 che, con un inaspettato colpo di "penna" dell'ultimo momento, aveva inserito nell'ambito soggettivo di applicazione dell'art. 14 c. 1 lett. da a) ad f) del d. lg. 33/2013 anche ai dirigenti pubblici. La Corte è stata chiamata a verificare se l'obbligo imposto a tutti i dirigenti pubblici di pubblicare le dichiarazioni patrimoniali fosse compatibile con la tutela del diritto alla riservatezza. ha espresso un giudizio di ragionevolezza sulle scelte legislative e ha operato un bilanciamento tra due diritti fondamentali di rilievo analogo avvalendosi del test di proporzionalità: da una parte, il diritto alla riservatezza dei dati personali, quale manifestazione del diritto all'intangibilità della sfera privata, che attiene alla tutela della vita degli individui nei suoi molteplici aspetti e trova il suo fondamento nella Costituzione italiana (artt. 2, 14 e 15 Cost.) e protezione anche nelle varie norme europee e convenzionali riportate dal giudice remittente; dall'altra parte con lo stesso rilievo vi sono i principi di pubblicità e trasparenza, riferiti non solo, quale corollario del principio democratico (art. 1 Cost), a tutti gli aspetti rilevanti della vita pubblica e istituzionale, ma anche, ai sensi dell'art. 97 Cost., al buon funzionamento dell'amministrazione e ai dati che essa possiede e controlla.

In particolare, <u>con riferimento alla lettera c) del comma 1 dell'art. 14</u>, la Corte ha dichiarato non fondata la questione di legittimità costituzionale. Il regime di piena conoscibilità dei *compensi* di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica, nonché degli importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici, risulta, ad avviso della Corte, proporzionato rispetto alle finalità perseguite dalla normativa sulla trasparenza amministrativa e volto a consentire la valutazione circa la congruità rispetto ai-risultati raggiunti e ai servizi offerti delle risorse utilizzate per la remunerazione dei soggetti responsabili, ad ogni livello, del buon andamento della pubblica amministrazione. La Corte ha ancora precisato che la pubblicazione dei dati inerenti alla situazione economica dei dirigenti pubblici non è tale da costituire un rischio per valori costituzionalmente tutelati quali la sicurezza e la libertà degli interessati (art. 2 e 13 Cost.), né può in alcun modo rappresentare fonte per questi di un pregiudizio alla dignità personale. Si tratta, infatti, di dati che esulano dalla sfera prettamente personale e sono direttamente connessi all'espletamento dell'incarico e delle funzioni di natura dirigenziale assegnati.

La piena conformità costituzionale dell'art.14, comma 1, lett. c) è riconosciuta dalla Corte adottando come parametro di riferimento una definizione molto ampia di incarico dirigenziale riferita "ai soggetti responsabili, ad ogni livello, del buon andamento della PA".

La pronuncia riguarda direttamente tutti i dirigenti pubblici, indipendentemente dalla tipologia di amministrazione presso cui prestano servizio.

In sostanza la Consulta ha riconosciuto nell' art 14 la base giuridica, contenuta nella disciplina sulla trasparenza e che consente di rendere visibile al pubblico, rispetto a taluni soggetti, informazioni personali concernenti il tipo e la durata dell' incarico (ad esempio atto di nomina, durata incarico o mandato elettivo) e l' entità dei corrispettivi e dei compensi percepiti.

La Corte, invece, si è pronunciata in modo differente con riferimento <u>all'art. 14, comma 1, lett. fy</u> del d.lgs. n. 33/2013 dichiarando l'incostituzionalità dell'art. 14, comma 1 bis del d.lgs. 33 del 2013 " nella parte in cui prevede che le pubbliche amministrazioni pubblicano i dati di cui all'art. 14, comma 1 lett. f), dello stesso decreto legislativo anche per tutti i titolari di incarichi dirigenziali previsti dall'art. 19, comma 3 e 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche).

Secondo la Corte costituzionale, in relazione al bilanciamento tra il diritto alla riservatezza dei dati personali e i principi di pubblicità e trasparenza, l'art. 14 comma 1 lett. f) d.lgs. 33 del 2013 non risulta conforme al principio di proporzionalità, in quanto alla compressione del primo non corrisponde un incremento né della tutela del contrapposto diritto dei cittadini alla trasparenza e alla corretta informazione, né l'interesse pubblico alla prevenzione e repressione dei fenomeni corruttivi.

La Corte ha ritenuto, infatti, che la conoscenza del complesso delle informazioni e dei dati di natura reddituale e patrimoniale contenuti nella documentazione oggetto di pubblicazione, per come è formulata la norma, rivolta in modo indiscriminato a tutti i dirigenti pubblici, non appare né necessaria né proporzionata rispetto alle finalità perseguite dalla legislazione sulla trasparenza.

La norma censurata, infatti, omette di fare una gradazione degli obblighi di pubblicazione in base al ruolo, alle responsabilità e alla carica ricoperta dai dirigenti.

Il livello di potere decisionale e gestionale degli incarichi influenza certamente sia la gravità del rischio

corruttivo sia le conseguenti necessità di trasparenza ed informazione dei dati" la cui conoscenza sia ragionevolmente ed effettivamente connessa all'esercizio di un controllo, sia sul corretto perseguimento delle funzioni istituzionali, sia sul corretto impiego delle risorse pubbliche".

La previsione normativa di un tale obbligo è stata, pertanto, dichiarata non conforme a Costituzione in quanto contrastante sia con il principio di ragionevolezza sia con quello di uguaglianza non operando

alcuna distinzione tra i diversi incarichi dirigenziali.

Con la sentenza della Consulta non si è avuta la vittoria della privacy sulla trasparenza, come in primissima battuta e mediaticamente detto da alcuni, ma rispetto alla norma contestata, si è operato un importante bilanciamento tra le esigenze di trasparenza amministrativa quale esplicazione del diritto di conoscere e di cittadinanza "attiva" e l'aspettativa di tutela della sfera di riservatezza come diritto a controllare la circolazione delle informazioni riferite alla propria persona

Pubblicare i dati patrimoniali della generalità dei dirigenti, non soddisfa alcun bisogno di trasparenza in quanto si tratta di dati che non ampliano la sfera conoscitiva del cittadino con riguardo all'attività dell'amministrazione (ad esclusione degli importi per lo svolgimento dell'incarico dirigenziale).

Le dichiarazioni patrimoniali di questi soggetti non consente, infatti, di avere maggiore contezza dell'organizzazione, dell'attività e della spesa pubblica.

Un dirigente pubblico, normalmente reclutato per concorso, i cui incarichi sono autorizzati dall'amministrazione di appartenenza e di cui sono noti i relativi compensi, che resta alle dipendenze della stessa amministrazione per periodi di tempo significativamente lunghi, vede, quindi, sacrificata in modo sproporzionato l'aspettativa di tutela dei propri dati patrimoniali a fronte di uno scarso ritorno in termini di maggiore trasparenza dell'amministrazione in cui è incardinato.

Con la sentenza n. 20 del 21 febbraio 2019 la Corte ha deciso le questioni rimesse nei termini che seguono:

a) ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 14, comma 1bis del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, nella parte in cui prevedeva che la pubblicazione dei dati di cui all art. 14, comma 1, lettera f), dello stesso decreto legislativo per tutti i titolari di incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione, anziché solo per i titolari degli incarichi dirigenziali previsti dall'art. 19, commi 3 e 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165;

b) <u>ha dichiarato inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'art. 14, comma 1ter del d.lgs. n. 33/2013 per difetto di rilevanza;</u>



c) ha dichiarato non fondate la questione di legittimità costituzionale dell'art. 14, comma 1bis del d.lgs. n. 33 del 2013, in ordine alla pubblicazione dei dati di cui all'art. 14, comma 1, lett.c) dello stesso decreto legislativo anche per i titolari di incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti: si tratta dell'ostensione di compensi o rimborsi spese direttamente connessi all'espletamento dell'incarico dirigenziale.

NB:

Il legislatore è intervenuto nella partita relativa alla pubblicità dei patrimoni dei dirigenti pubblici col decreto legge Milleproroghe 2020 (dl n.162/2019) provando a fornire una soluzione definitiva alla vicenda innescata dalla dichiarazione di incostituzionalità dell' articolo 14, comma 1-bis, nella parte in cui estendeva anche ai dirigenti non appartenenti ai vertici massimi delle amministrazioni statali scelti per via fiduciaria gli obblighi pubblicitari, disposta con la sentenza della Consulta 20/2019. Il milleproroghe, nel testo pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 31 dicembre, contiene una norma finalizzata a riordinare il sistema.

In primo luogo, conferma, come doveroso, che ad attuare la sentenza della Corte costituzionale 20/2019 deve essere solo ed esclusivamente il Parlamento. Pertanto, nelle more dell' adozione dei provvedimenti di adeguamento alla sentenza della Consulta 20/2019 lo schema di decreto stabilisce che ai titolari di incarichi o cariche di amministrazione, di direzione o di governo comunque denominati, salvo che siano attribuiti a titolo gratuito, e ai titolari di incarichi dirigenziali non si applicano le sanzioni previste dagli articoli 46 e 47 del d.lgs 33/2013 per la mancata pubblicazione dei dati.

La sospensione della vigilanza e delle sanzioni disposta sembra applicarsi a tutti i soggetti di cui all'art 14, d.lgs. n. 33/13 e con riferimento a tutti i dati, non limitandosi agli aspetti oggetto della Corte Costituzionale.

Tuttavia, va evidenziato che <u>la sospensione riguarda l'applicazione della vigilanza e delle sanzioni e non l'obbligo in sé.</u>

In aggiunta, lo schema di d.l. milleproroghe demanda ad un regolamento delegato di delegificazione la specificazione dei dati, che le pubbliche amministrazioni e i soggetti a vario titolo partecipati di cui all'articolo 2-bis, comma 2, del dlgs 33/2013, devono pubblicare con riferimento ai titolari amministrativi di vertice e di incarichi dirigenziali, comunque denominati, ivi compresi i funzionari incaricati nelle posizioni organizzative ad essi equiparate, nel rispetto di due criteri: il primo è la graduazione degli obblighi di pubblicazione, funzionale al rilievo esterno dell' incarico svolto al livello di potere gestionale e decisionale esercitato correlato all' esercizio della funzione dirigenziale; il secondo è che i dati patrimoniali siano oggetto esclusivamente di comunicazione all' amministrazione di appartenenza.

- Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi di collaborazione o consulenza (art. 15) Le P.A. sono tenute alla pubblicazione e all'aggiornamento di tali dati relativamente ai titolari di incarichi di collaborazione o consulenza. Il contenuto della norma è rimasto invariato quanto agli atti da pubblicare, ovvero i cv, gli estremi dell'atto di conferimento dell'incarico, la durata e il compenso. Quanto a quest' ultimo aspetto si precisa che i compensi vanno pubblicati al lordo degli oneri sociali e fiscali a carico del collaboratore consulente. In base a quanto indicato nella linea guida dell'ANAC n. 1310/16, alla luce del nuovo Codice dei Contratti pubblici, in questa sezione devono essere pubblicati i dati relativi al conferimento di incarichi e consulenze non rientranti e non riconducibili al c.d. "appalto di servizi". Diversamente, qualora i dati si riferiscano ad incarichi riconducibili a tale nozione, (esempio gli incarichi legali), dovranno essere pubblicati nella sezione relativa a "bandi e contratti".
- Bandi di concorso (art 19) L'articolo 1, comma 145 della legge di bilancio 2020 ha modificato l'art. 19 del d.lgs. 33/2013 prevedendo che le PP.AA. debbano pubblicare, oltre al bando di concorso e i criteri di valutazione della commissione valutatrice, anche le tracce delle prove e le graduatorie finali, aggiornate con l'eventuale scorrimento degli idonei non vincitori avvenute nel

tempo. Tutti i suddetti dati devono essere mantenuti aggiornati. Il **comma 145**, inoltre, ha aggiunto il comma 2 bis all'art. 19 del d.lgs. 33/2013, disponendo che le amministrazioni pubbliche e gli organismi partecipati assoggettati alla normativa in materia di trasparenza dovranno assicurare, tramite il Dipartimento della FP, la pubblicazione del collegamento ipertestuale di tali dati. A tal proposito, la stessa disposizione ha previsto che con d.m., da adottarsi entro 60 gg (29/02/2020), saranno definite le relative modalità attuative delle nuove disposizioni

- Responsabile per la trasparenza (art. 43) in conseguenza della soppressione dell'obbligo di redazione del PTTI, è stato modificato dal d.lgs. n. 97/16 anche l'art. 43 del D.lgs. n. 33/2013, che individua i compiti del responsabile per la trasparenza. Si estende inoltre ai dirigenti responsabili della P.A. il compito di garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare e assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico.
- Autorità Nazionale Anticorruzione (art. 45) Si attribuisce all'ANAC il potere di ordinare, nei confronti di una P.A. inadempiente, la pubblicazione, entro un termine di 30 giorni, degli atti oggetto di pubblicazione obbligatoria, nonché di segnalare il mancato rispetto degli obblighi di pubblicazione (che costituisce illecito disciplinare), all'ufficio disciplinare della P.A., ai fini dell'attivazione del relativo procedimento a carico del responsabile della pubblicazione e del dirigente tenuto alla trasmissione delle informazioni.

Responsabilità derivante dalla violazione delle disposizioni in materia di pubblicazione e accesso civico / Sanzioni per violazioni degli obblighi di trasparenza per casi specifici (artt. 46 e 47) si segnala che:

L'art 1 c. 163, legge di stabilità 2019 n. 160 ha modificato gli articoli 46 e 47 del decreto sulla trasparenza: in particolare è stato sostituito il comma 1 dell'art 46 e il comma 1 bis e 2 dell'art 47, con importanti ripercussioni sugli inadempimenti agli obblighi di trasparenza e pubblicità, ma soprattutto si tratta di novità che confermano un passo indietro fatto dal legislatore nel percorso della trasparenza. Di seguito le novità:

- l'inadempimento degli obblighi di pubblicazione, previsti dalla normativa vigente, e il rifiuto, il differimento e la limitazione dell'accesso civico, al di fuori dei casi previsti dalla legge, costituiscono elemento di valutazione negativa della performance individuale dei dirigenti (oltre alla sanzione applicabile ai sensi dell'art. 47, comma 1 bis) e dei responsabili, nonché eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione (art. 46, comma 1);
- la sanzione amministrativa pecuniaria, prevista dal comma 1, si applica anche nei confronti del dirigente che non effettua la comunicazione relativa agli emolumenti complessivi percepiti a carico della finanza pubblica. Nei confronti del responsabile incaricato, per la mancata pubblicazione di tali dati, verrà applicata una sanzione amministrativa consistente nella decurtazione dal 30% al 60% dell'indennità di risultato o dell'indennità accessoria spettante, e il relativo provvedimento dovrà essere pubblicato sul sito internet dell'ente. La stessa sanzione si applica anche al responsabile incaricato per la mancata pubblicazione dei dati inerenti i pagamenti dell'ente (art. 47, comma 1 bis);

La struttura deputata alla pubblicazione dei dati è il S.I.A. (Servizio Informatico Aziendale) aziendale nella persona del Dirigente_dott. Giuseppe Versace.

N.B. - <u>Ciascun Direttore</u> è tenuto per il settore di propria competenza, a trasmettere al Responsabile del servizio SIA, nei tempi e modalità richieste dalle vigenti disposizioni, i dati, i documenti e le informazioni da pubblicare nella sezione "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE".

Sulla pubblicazione dei dati il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza opererà una verifica a controllo a campione semestrale, al fine di consentire una più agevole disamina della situazione all'interno dell'Ente.





14 ASSETTO AZIENDALE: DIPARTIMENTI, UU.OO.CC. e UU.OO.

<u>Di seguito si riportano i nominativi dei Direttori di Dipartimento, delle UU.OO.CC. ed</u>

<u>UU.OO., compresi il personale dei Presidi Ospedalieri "Landolfi" di Solofra e della"</u>

<u>Città ospedaliera" di Avellino.</u>

		DIPARTIMEN'	rr o	
DIPARTIMENTO	DIRETTORE	E.MAIL	· PEC	TELEF. 0825
Dipartimento Emergenza e Accettazione	Dott. Antonio Medici	medurgenza@aosgmoscati.av.it	medicinaurgenza@cert.aosgmoscati.av.it	203272
Dipartimento Cardiovascolare	Dott. Emilio di Lorenzo	cardiologia@ aosgmoscati.av.it	cardiologia@cert.aosgmoscati.av.it	203100
Dipartimento Medicina Generale e Specialistica	Dott. Biagio Raffaele Di Iorio	nefrologiaa@aosgmoscati.av.it	nefrologiaa@cert.aosgmoscati.av.it	203222
Dipartimento Chirurgia Generale e Specialistica	Dott. Vincenzo Landolfi	chirurgiagenerale@cert.aosgmoscati. av.it	dipartimento.chirurgia@cert.aosgmoscati.av.it	203476
Dipartimento Onco-Ematologia	Dott. Cesare Gridelli	oncologia@aosgmoscati.av.it	oncologia@cert.aosgmoscati.av.it	203574
Dipartimento Materno Infantile	Dott. Antonio Vitale	pediatria@aosgmoscati.av.it	pediatria@cert.aosgmoscati.av.it	203414
Dipartimento Servizi Sanitari	Dott. Paolo Miletto	pamiletto@aosgmoscati.av.it	pamiletto@cert.aosgmoscati.av.it	203368



U.O.C.	DIRETTORE	E' XAA YY	**************************************	TELEF.
o.o.c.	DIKETTOKE	E.MAIL	PEC	0825
Direzione Medica Presidio Ospedaliera	Dott. Vincenzo Castaldo	disanitariapresidio@aosgmoscati.a	disanitariapresidio@cert.aosgmoscati.av.it	203706
U.O.C. Anestesiologia e Rianimazione	F.F. Dott. Angelo Storti	anestesiarianimazione@aosgmosca ti.av.it	anestesíarianimazione@cert.aosgmoscati.a v.it	203324
Ortopedia e Traumatologia	Dott. Antonio Medici	ortopedia@aosgmoscati.av.it	ortopedia@cert.aosgmoscati.av.it	203272
Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza	Dott. Antonino Maffei	medicinaurgenza@aosgmoscati.av.	medicinaurgenza@cert.aosgmoscati.av.it	203323
Cardiologia UTIC	Dott. Emilio Di Lorenzo	cardiologia@aosgmoscati.av.it	cardiologia@cert.aosgmoscati.av.it	203100
Cardiochirurgia	Dott. Brenno Fiorani	cardiochirurgia@aosgmoscati.av.it	cardiochirurgia@cert.aosgmoscati.av.it	203150
Chirurgia Vascolare	Dott. Loris Flora	chirurgiavascolare@aosgmoscati.a v.it	chirurgiavascolare@cert.aosgmoscati.av.it	203264
Geriatria	F.F Dott. Albino Cesare Landi	geriatria@aosgmoscati.av.it	geriatria@cert.aosgmoscati.av.it	203512
Malattie Infettive	F.F. Giuseppina Dell'Aquila	malattieinfettive@aosgmoscati.av.i t	malattieinfettive@cert.aosgmoscati.av.it	203966
Medicina Interna	Dott.ssa Maria Amitrano	medicinainterna@aosgmoscati.av.it	medicinainterna@cert.aosgmoscati.av.it	203850
Nefrologia	Dott. Biagio Di Iorio	nefrologia@aosgmoscati.av.it	nefrologia@cert.aosgmoscati.av.ít	203222
Neurologia	F.F. Dott. Daniele Spitaleri	neurologia@aosgmoscati.av.it	neurologia@cert.aosgmoscati.av.it	203181
Chirurgia Generale e Oncologica	Dott. Crafa Francesco	chirurgiagenerale@aosgmoscati.av. it	chirurgiagenerale@cert.aosgmoscati.av.it	203190
Neurochirugia	Dott. Armando Rapanà	neurochirurgia@aosgmoscati.av.it	neurochirurgia@cert.aosgmoscati.av.it	203122
Oculistica con Trapianto di cornea	Dott. Lucio Zeppa	oculistica@aosgmoscati.av.it	oculistica@cert.aosgmoscati.av.it	203554
Otorinolaringoiatria	Dott. Giuseppe Malafronte	otorinolaringoiatra@aosgmoscati.a v.it	otorinolaringoiatra@cert.aosgmoscati.av.it	203170



U.O.C.	DIRETTORE	E.MAIL	PEC	TELEF. 0825
Urologia	Dott. Vittorio Imperatore	urologia@aosgmoscati.av.it	urologia@cert.aosgmoscati.av.it	203384
Ematologia	Dott. Antonio Risitano	ematologia@aosgmoscati.av.it	ematologia@cert.aosgmoscati.av.it	203235
Fisiopatologia del Dolore	F.F. Giovanni De Falco	gidefalco1288@aosgmoscati.av.it	gidefalco1288@cert.aosgmoscati.av.it	203839
Oncologia Medica	Dott. Cesare Gridelli	oncologia@aosgmoscati.av.it	oncologia@cert.aosgmoscati.av.it	203574
Radioterapia	Dott. Massimo Elmo	radioterapia@aosgmoscati.av.it	radioterapia@cert.aosgmoscati.av.it	203937
Servizio Immunotrasfusionale	F.F. Dott. Silvestro Volpe	simt@aosgmoscati.av.it	simt@cert.aosgmoscati.av.it	203873
Ostetricia e Ginecologia	Dott. Elisario Struzziero	ostetricia@aosgmoscati.av.it	ostetricia@cert.aosgmoscati.av.it	203413
Patologia Neonatale e TIN	Dott. Sabino Moschella	neonatologia@aosgmoscati.av.it	neonatologia@cert.aosgmoscati.av.it	203435
Pediatria	Dott. Antonio Vitale	pediatria@cert.aosgmoscati.av.it	pediatria@cert.aosgmoscati.av.it	203414
Anatomia Patologica	Dott. Giovanni De Chiara	anatomiapatologica@cert.aosgmos cati.av.it	anatomiapatologica@cert.aosgmoscati.av.i	203460
Medicina Nucleare	Dott. Paolo Miletto	medicinanucleare@cert.aosgmosca ti.av.it	medicinanucleare@cert.aosgmoscati.av.it	203368
Patologia Clinica	F.F. Dott.ssa Ernesta Palermo	,	laboratoriopatologiaclinica@cert.aosgmos cati.av.it	203218
Radiologia	Dott. Lanfranco Musto	radiologia@cert.aosgmoscati.av.it	radiologia@cert.aosgmoscati.av.it	203215
Medicina Preventiva del Lavoro e Radioprotezione	F.F. Dott.ssa Rossana Formato	medicinapreventiva@cert.aosgmos cati.av.it	medicinapreventiva@cert.aosgmoscati.av.i t	203331

DIR	ETTORI STRUT	TURE COMPL	ESSE P.O. "LANDOLFI" DI SOLOFRA	
U.O.C.	DIRETTORE	E.MAIL	PEC	TELEF. 0825
Direzione Medica di Presidio	Dott.ssa Rita Perrotta		disanitariasolofra@cert.aosgmoscati.av.it	30205
Chirurgia Generale	Dott. Vincenzo Landolfi		chiurgenzasolofra@cert.aosgmoscati.av.it	30274
Medicina Generale	Dott. Efrem Piermatteo		medurgenzasolofra@cert.aosgmoscati.av.it	30375
Ostetricia e Ginecologia	Dott. Nicola Tesorio		osteginesolofra@cert.aosgmoscati.av.it	30308
Pediatria	F.F. Dott.ssa Rosa Tedesco		pediatriasolofra@cert.aosgmoscati.av.it	30266
Anestesia e Rianimazione	Dott. Gabriele Ferrante		rianimazionesolofra@cert.aosgmoscati.av.i t	30265



Pag. 56 a 57

	DIR	ETTORI STRUTTURA COMPLESSA	P.T.A	
U.O.C.	DIRETTORE	E.MAIL	PEC	TELEF. 0825
Affari Generali	Dott.ssa Raffaela Genzale	aagg@aosgmoscati.av.it	aagg@cert.aosgmoscati.av.it	203060
Affari Legali	F.F. Avv. Lydia D'Amore	legale@aosgmoscati.av.it	ufficiolegale@cert.aosgmoscati.av.it	203094
Controllo di Gestione	Direttore Amministrativo	cogestione@aosgmoscati.av.it	ppc@cert.aosgmoscati.av.it	203068
Economico/Finanziario	Dott. Andrea Tortora	fiscale@aosgmoscati.av.it	economico.finanziario@cert.aosgmos	203073
Gestione Risorse Umane	Dott.ssa Amy Morrison	gestionegiuridica@aosgmoscati.av.it	risorseumane@cert.aosgmoscati.av.it	203005
Provveditorato/Economato	Dott.ssa Genoveffa Vitale	segreteria provveditorato@aosgmoscati.av.it	segreteriaprovveditorato@cert.aosgm oscati.av.it	203016
Tecnico e Patrimonio	Ing. Sergio Casarella	areatecnica@aosgmoscati.av.it	areatecnica@cert.aosgmoscati.av.it	203538

15. REGOLE PROCEDURALI DI RESPONSABILIZZAZIONE

La sezione sulla trasparenza destinata a confluire nel PTPCT in sostituzione del Programma sulla trasparenza è innanzitutto uno strumento rivolto ai cittadini e alle imprese con cui le amministrazioni rendono noti gli impegni in materia di trasparenza.

Alla sua corretta attuazione concorrono, oltre al RPCT, tutti gli uffici dell'Azienda Ospedaliera, dirigenti e i titolari di P.O, in base alla loro esclusiva ed autonoma competenza gestionale. Per tali motivi, il PTPCT sarà messo a disposizione di tutti gli uffici in formato elettronico e pubblicato sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione trasparente" nella sotto-sezioni altri contenuti/ corruzione e in disposizioni generali / atti generali.

16 TUTELA DEI DATI PERSONALI

A seguito dell'entrata in vigore, il 25 maggio 2018, del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 «relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (Regolamento generale sulla protezione dei dati)» (si seguito RGPD) e, il 19 settembre 2018, del decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101 che adegua il Codice in materia di protezione dei dati personali - decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679, sono stati richiesti chiarimenti all'Autorità sulla compatibilità della nuova disciplina con gli obblighi di pubblicazione previsti dal d.lgs. 33/2013.

Occorre evidenziare, al riguardo, che l'art. 2-ter del d.lgs. 196/2003, introdotto dal d.lgs. 101/2018, in continuità con il previgente articolo 19 del Codice, dispone al comma 1 che la base giuridica per il trattamento di dati personali effettuato per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri, ai sensi dell'art. 6, paragrafo 3, lett. b) del Regolamento (UE) 2016/679, «è costituita esclusivamente da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento».

Inoltre il comma 3 del medesimo articolo stabilisce che «La diffusione e la comunicazione di dati personali, trattati per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di

pubblici poteri, a soggetti che intendono trattarli per altre finalità sono ammesse unicamente se previste ai sensi del comma 1».

N.B. IL REGIME NORMATIVO PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI DA PARTE DEI SOGGETTI PUBBLICI È, QUINDI, RIMASTO SOSTANZIALMENTE INALTERATO RESTANDO FERMO IL PRINCIPIO CHE ESSO È CONSENTITO UNICAMENTE SE AMMESSO DA UNA NORMA DI LEGGE O DI REGOLAMENTO.

Pertanto, occorre che le pubbliche amministrazioni, prima di mettere a disposizione sui propri siti web istituzionali dati e documenti (in forma integrale o per estratto, ivi compresi gli allegati) contenenti dati personali, verifichino che la disciplina in materia di trasparenza contenuta nel d.lgs. 33/2013 o in altre normative, anche di settore, preveda l'obbligo di pubblicazione.

Giova rammentare, tuttavia, che l'attività di pubblicazione dei dati sui siti web per finalità di trasparenza, anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo, deve avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Regolamento (UE) 2016/679.

In particolare assumono rilievo i principi di adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali i dati personali sono trattati («minimizzazione dei dati») (par. 1, lett. c) e quelli di esattezza e aggiornamento dei dati, con il conseguente dovere di adottare tutte le misure ragionevoli per cancellare o rettificare tempestivamente i dati inesatti rispetto alle finalità per le quali sono trattati (par. 1, lett. d)

Il medesimo d.lgs. 33/2013 all'art. 7 bis, co. 4, dispone inoltre che «Nei casi in cui norme di legge o di regolamento prevedano la pubblicazione di atti o documenti, le pubbliche amministrazioni provvedono a rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione».

Si richiama anche quanto previsto all'art. 6 del d.lgs. 33/2013 rubricato "Qualità delle informazioni" che risponde alla esigenza di assicurare esattezza, completezza, aggiornamento e adeguatezza dei dati pubblicati. Al riguardo, si rinvia alle più specifiche indicazioni fornite dal Garante per la protezione dei dati personali.

Si ricorda inoltre che, in ogni caso, ai sensi della normativa europea, <u>il Responsabile della Protezione dei Dati-RPD</u> (vedi infra paragrafo successivo) <u>svolge specifici compiti, anche di supporto, per tutta l'amministrazione essendo chiamato a informare, fornire consulenza e sorvegliare in relazione al rispetto degli obblighi derivanti della normativa in materia di protezione dei dati personali (art. 39 del RGPD)</u>

Entrata in vigore del PTPCT

Il piano aggiornato entra in vigore il giorno successivo alla pubblicazione in Amministrazione Trasparente sia nella sotto sezione "altri contenuti – corruzione" sia in "disposizioni generali".



e des

	Diffsure of	Preventions 65 September 65 (Feding State	MO1, MO2, MO3, MO4, MO9, M10 M11 M11 M11 MEDIO DIRIGENTE UO
		Impatto	BASSO N NO N
		Impatto organizzativo	MEDIO SI (Coinvolge più unità operative)
JE dell/Azienda	Indicatori	economico	MEDIO SI
CETTAZION NALE piti istituzionali		ta nlevanza esterna	MEDIO SI (HA SILEVANZA ANCHE ESTERNA)
TIMENTO EMERGENZA E ACCETTA ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE OI PARTE intramoenia, nel pieno rispetto del compiti istitu		descrezionalità del processo	MEDIO SI (limitata discrezionalità in da norincolata da norincolata regolamenti e procedure informatizzate)
O EMER A' LIBERO Ol Po	ou/is	9	00 00 00 00 00
DIPAR	teanicouedas enear eje euro a conossopriama d ejap audirement duringo roma.	assenza di misure trattamento del rischio	Rispetto dell'ordine eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa prenotazioni, libera scella da parte dell'Itente del Scarsa responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto Scalsa responsabilitzazione interna inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi tracciabilità delle prestazioni rese Inadeguata diffusione della cultura della legalità mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione
Struttura Responsabile Costrumine un professo INPUT OUTRUI			н

,)

		Responsabili	CAPOUP.	DIANG. U.O.
		SINTETICO SINTETICO (Mullo, Besso, Medio, Atro)	MEDIO	
		Misure of preventione da introducre	MO1, MO2, MO3, MO9, M10, M11	
4		- Impatto economico	BASSO	
RIALI		Impatto Impatto organizzativo economico	MEDIO SI (Coinvolge più unità operative e la gestione dei	pazienti)
AMBULATO	ili priorità	Valore	NO BASSO	
TAZIONE IL E VISITE A	e delle eventua	rilevanza esteina	MEDIO SI (HA RILEVANZA ANCHE	
SENZA E ACCE	Jelle liste di attesa	descrezionalità del processo	MEDIO SI (limitata discrezionalità in quanto vincolata da norme, regolamenti e procedure informatizzate,	modificabili solo con valida motivazione)
D EMERGENZA E RDINARI, DAY HO	on rispetto	on on	6 6 6 6	2 g
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE LISTE DI ATTESA PER RICOVERI ORDINARI, DAY HOSPITAL E VISITE AMBULATORIALI	Chlara gestione di tutti i ricoveri con rispetto delle liste di attesa e delle eventuali priorità Fattori Abstianti Ivaluranone della pressonali assenza masson alla	assenza di misure trattamento del rischio	es esercizio prolungato ed inadeguatez	Inadeguata diffusione della cultura della legalità mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione
	Esemplificatione dal rischio		Evitare gestione Personale delle liste di attesa	
Struttura Responsabile Descrisione del processo INPUT	N" Processo		~	

Ø

Content Cont	Exemptificatione del principio di distinzione della Cartella Clinica Exemptificate e generica indicazione della cartella competen della Cartella Clinica Exemptificatione del principio di distinzione della Cartella Clinica Assenza di misure tr., mancanza di misure tr., mancanza di eccessiva regolamentazione della cartella clinica della cartella Exemptificazione della Cartella Clinica I attori Abultanti, ivalianzione del principio di distinzione della Cartella Clinica I attori Abultanti, ivalianzione del principio di distinzione della Cartella Clinica I attori Abultanti, ivalianzione del principio di distinzione della Cartella Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità de competence della Cartella Clinica I attori Abultanti, ivalianzione del principio di distinzione della Cartella Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilitzzazione, scan esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilitzzazione della cumpetenza di trass Basenza di misure trattari mancanza di trass esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilitzazione, scan esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilitzazione della cumpetenza di trass mancanza di diffusione della cumpetenza di competenza di diffusione della cumpetenza di competenza di competen	Contral gallone Contral ga	PRINTINGENING CONTRIGUENCY PRINTINGENING	County C
Fattor Abilitanti (valutarione della processiva regolamentazione esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilinadeguatezza o assenza di misure trattar mancata di trasponsabilità de eccessiva regolamentazione del principio di disti mancata attuazione del principio di disti mancata attuazione del principio di disti mancata di trasponsabilità de eccessiva regolamentazione, scar: esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità de Scarsa responsabilità de l'adequatezza o assenza di competenze de inadeguatezza o assenza di competenze de inadeguatezza o assenza di competenze de inadeguateza o assenze di competenze de inadeguateza di competenze de inadeguateza di competenze de inadeguateza di competenze de inad	Fattor Abilitanti (valutarione della processiva regolamentazione esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilinadeguatezza o assenza di misure trattar mancata di trasponsabilità de eccessiva regolamentazione del principio di disti mancata attuazione del principio di disti mancata attuazione del principio di disti mancata di trasponsabilità de eccessiva regolamentazione, scar: esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità de Scarsa responsabilità de l'adequatezza o assenza di competenze de inadeguatezza o assenza di competenze de inadeguatezza o assenza di competenze de inadeguateza o assenze di competenze de inadeguateza di competenze de inadeguateza di competenze de inadeguateza di competenze de inad	Contrata gestione della principia del processo del principia personale della processo del principia personale addetto a processo del principia personale addetto a processo del principia personale addetto a processo del principio del distributore della companione della companione della companione della companione della companione della companione della principio di distributore della principio di strubi. La principio di trubi. La principio di distributore di principio di una saggetto non di differentatione. DIPARTIMENTO EMERGENZA EACETTAZIONE DIPARTIMENTO EMERGENZA EACETTAZIONE DIPARTIMENTO EMERGENZA EACETTAZIONE DIPARTIMENTO EMERGENZA EACETTAZIONE DIPARTIMENTO EMERGENZA EACETTAZION	Contrat section (delication delication and include to the process of the proces	Contrib period collection collection and period collection collection and period period collection and perio
SIDI MEDICI E FARMACI DI PARTE TO PARTE TO ALTA TO ALTA TO Codice degli TO Appalti; Particolare To dispositivi definiti Tinfungibiil'' Tinfungibiil'' Tin O MEDIO ME	SIDI MEDICI E FARMACI DI PARTE Tre attenzione nella scelta del contraenette e del prodol ALTA no ALTA no ALTA no Codice degli Appalit; Particolare Tinfungibili") no MEDIO Tinfungitiza discrezionalità infuraziate e estrana infurmatizzate e estrana infurmatizate e estrana infurmatizzate e estrana infurmatizate e estrana infurm	SIDI MEDICI E FARMACI DI PARTE are attenzione nella scelta del contraenete e del prodotto da acquista no ALTA no SI (discrezionalità del contraenete e del prodotto da acquista no ALTA no SI (discrezionalità specifiche degli RILEVANZA ALTO procedure e dal SI (HA Appalti; Particolare peri dispositivi definiti "infungibii") no DECESSO INTRA-OSPEDALIERO DECESSO INTRA-OSPEDALIERO DECESSO INTRA-OSPEDALIERO DARTE ERGENZA E ACCETTAZIONE L DECESSO INTRA-OSPEDALIERO DARTE ENGENZA E ACCETTAZIONE L DECESSO INTRA-OSPEDALIERO SI limitata del mmodifiabilità della cartella clinica procedure del processo esterna SI (HA quanto l'azienda SI (HA quanto l'azienda RILEVANZA ANCHE procedure del RILEVANZA ANCHE SI S	BASSO MO1, MO2, MO MO1, MO2, MO MO9, M11, M12, M12, M13, M14, M15, M14, M15, M16, M16, M16, M17, M17, M18, M18, M18, M18, M18, M18, M18, M18	BASSO MOI, MO2, MO3, MO4, MO9, MI1, MI2, MO monthico introdurre introdure introdurre introdure
ICI E FARMACI e nella scelta del contraenet ALTA (discrezionalità detatta da specifiche occedure e dal SI (HA Appalti; Particolare tenzione per i Particolare tenzione per i SI (HA Appalti; Particolare tenzione per i SI (EVANZA Appalti; Particolare tenzione per i SI (HA Appalti; Particolare tenzione per i SI (HA Appalti; Particolare tenzione per i SI (HA SI (HA INCHE ESTERNA)) E ACCETTAZIONE D INTRA-OSPEDALIER D INTRA-	E ACCETTAZIONE E ACCETTAZIONE ALTA (discretionalità dettatta da specifiche cocedure e dal Appalti; Particolare Erancoperi iramaci e/o costivi definiti nfungibiii") EDIO mitata mocesso E ACCETTAZIONE D INTRA-OSPEDALIERO SI CHA INCICATORIO SI CH	E ACCETTAZIONE E nella scelta del contraenete e del prodotto da acquista del brocesso esterna economico despirate degli contraenete e del prodotto da acquista del brocesso esterna economico despirate degli contraenete e del SI (HA Appalti; ANCHE brancione peri ESTERNA.) E ACCETTAZIONE D INTRA-OSPEDALIERO DINTRA-OSPEDALIERO DINTRA-OSPEDALIERO DINTRA-OSPEDALIERO DINTRA-OSPEDALIERO DINTRA-OSPEDALIERO DINTRA-OSPEDALIERO SI (HA Ilevanza Conomico organizzativo organizza	BASSO MO1, MO2, MO9, M11, M12 Impatto introdurre di marcino di ma	BASSO MOI, MO2, MO3, MO MOI, MO2, MO3, MO (non MO1, MO2, MO3, MO MO1, MO2, MO3, MO1, MO2, MO3, MO1, MO1, MO2, MO3, MO1, MO1, MO2, MO3, MO1, MO2, MO1, MO2, MO1, MO2, MO1, MO1, MO2, MO1, MO2, MO1, MO1, MO2, MO1, MO1, MO2, MO1, MO1, MO1, MO1, MO1, MO1, MO1, MO1
del contraenet del contraenet lità ALTA SI (HA RILEVANZA ANCHE ESTERNA) BI ILEVANZA SI (HA RILEVANZA ANCHE ESTERNA) SI (HA RILEVANZA ANCHE ESTERNA)	del contraenete e del prodoi lità lità si (HA RILEVANZA ALTO ANCHE ESTERNA) ACTONE AZIONE A	del contraenete e del prodotto da acquista del contraenete e del prodotto da acquista la filevanza Valore esterna Ceconomico Granitza ANCHE ESTERNA) MEDIO SI (HA ANCHE ESTERNA) Indicatori In	BASSO MO1, MO2, MO MO1, MO2, MO MO9, M11, M12, M12, M13, M14, M15, M14, M15, M16, M16, M16, M17, M17, M18, M18, M18, M18, M18, M18, M18, M18	BASSO MOI, MO2, MO3, MO4, MO9, MI1, MI2, MO monthico introdurre introdure introdurre introdure
	te e del prodol Indicatori Valore Valore Valore Valore SI	te e del prodotto da acquista Indicatori Valore SI Cononico SI Coinvo più unita operative incide su bilancio aziendale, SI Impatto valore Valore Valore Unicatori SI Impatto SI S	BASSO MOI, MO2, MO MIL, MI2 MISURE di introdure conomico MOI, MO2, MO3, MO0, MO1, MO2, MO3, MO4, MO9, MI0, MI1, MI2	Masure di prevenzione da introdurre (d. M11, M12) Masure di prevenzione da priori) Masure di prevenzione da priorio priori da pr
BASS NO (n quantifi e a prio	BASS NO (n quantifi e a prio			GIUDITIO SINTETICO GIUDIZIO GI

Responsabile Description del		DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE	EMERG!	NZA E ACCET	TAZIONE						
processo		INCARICHI DIRIGENZIALI (UNITA' SEMPLICI INCARICHI PI ALTA EBECLALIZZANI	SEMPLICE	INCARICHID	ALTACOE	1272717	12160				
INPUT			O'DEBIO		250	יושרוכלשלו	Cine)				
OUTPUT		ellah attacasi	2	2 .							
		nispetto della	a normativa e	nispetto della normativa e delle professionalità	ità						
N. December	Esemplificazione del					Indicatori				GIUDIZIO	
N 100030	roctoo	Fattou Abhtanti (valutazione della presental assenta in sene atta realcà organizzativa)	silvio	descrezionalità del processo	rilevanta esterna	Valore	Impatto	impatto	prevenzione da introduire	[Mullo,64450,Medio,Alto]	Responsabili
		assenza di misure trattamento del rischio	2								
		mancanza di trasparenza	90								
	Sommaria valutazione	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	9	8ASSO SI (limitata							
	der der curricula der dipendenti e non	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	9	discrezionalità			ALTO SI (Coinvolge				
S	corretta attribuzione dei	Scarsa responsabilizzazione interna	2	di norme e	BASSA	BASSO	più unità	_	M01, M02, M03,	CICE	CAPODIP.
	rispetto delle	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	OL	regolamenti,		Б	operative ed il	2	M11, M12		DIRIG. U.O.
	graduatorie	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	. 2	nonché dalla documentazione dei curricula)		_	dell'Azienda)		3		
		mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	92								

.

Responsabile		DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE	EMERGE	NZA E ACCETT	AZIONE						
processo		SPERIM	IENTAZIO	SPERIMENTAZIONI CI INICHE							
INPUT		ā	D'UFFICIO/DI PARTE	PARTE							
OUTPUT		Dati oggettivi riscontrabili e tracciabili su procedure clinico-assistenziali	e tracciabili s	u procedure clinico	-assistenziali						
N" Processo	Esemplificatione del	Estroi Abiliant feebasaan dab waanaa sa s				Indicatori			Misure di	GIUDIZIO	
	rischio	(CONTACTURED DEPOLE OF SUBSECTIONS AND ARTISTS OF THE SUBSECTION O	Ou/is	descrezionalità del processo	csterna	Valore	impatto impatto	Impatto	prevenzione da introdurre	(Mullo, Gasso, Medio, Alto)	Responsabili
		assenza di misure trattamento del rischio	92		E C						
		mancanza di trasparenza	0								
	Sperimentazioni	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	OU.	ALTA Si / limitata							
	rilevanti al fine	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	9	discrezionalità	MEDIO						
9 9	agli scopi istituzionali	Scarsa responsabilizzazione interna	2	dovuta al rispetto	SI (HA	ATTO.	MEDIO		M01, M02, M03,		CAPODIP
	dell'Azienda, con	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Т		RILEVANZA			valutabile a	M04, M09, M10,	MEDIO	DIRETT. U.O.C.
Ω	pericolo di favorire il proponente la sperimentazione .	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	9	indicazioni ministeriali e regolamenti aziendali)	ESTERNA)		7-0	priori)	M11, M12		DIRIG. U.O.
		mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	og.								

				-	_		_	-	_		_	_
								N. Processo	TOUTO	processo	Descrizione del	Responsabile
			SCORRIMENTO DELLE LISTE D'ATTESA	ALTERAZIONE DEL			rischio	Esemplificazione del				
	mancala attuatione del principio di distinsione tra politica e amministrazione	Inadequata diffusione della cultura della legalità	Scarsa esponsabilizatione interna inadequatersa o assensa di competense del pessonale addetto ai processi	eccesiva regolamentatione, stayas bilaresta ormativa estecisio de describio prolunçato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un reggetto	mancanta di trasparenza	assensa di misure trattamento del rischio	Fatton Abilianti (valutatione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)					
	No	NO		N N	NO	NO G	silao	СОЯЯ		LISTE DI A		
			INFORMATIZATA DELLE			descretionalità del processo		TTA EROGAZIONE DELLE		TTESA PER RICOVE	DIPARTIMENTO N	
			SI-ALTA			nievanta esterna		CORRETTA EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI RELATIVA ALLA MISSION	Oncomani, DAY H	RI OBDINABI DAY	NEDICO CHIRURGICO	
			NON QUANTIZZABILE			Valore economico	Indicatori	A MISSION ASSISTENZIALE DELLE UOC	COMMAN, DAT HOSPITAL E VISITE AMBULATORIALI		DIPARTIMENTO MEDICO CHIRURGICO DEL CUORE E DEI VASI	
			51 - ALTO			Impatto organizzativo		SELLE NOC	BULATORIALI		SI	
		TOT QUANTIZABILE				Impatto economico						
	M01.2.3.4.6.9.12					introdure	Minus					
		ALTO				OMITTARE	Ostories					
T .		DIRETTORI UOCE UOSD				Responsabili						

								Nº Processo	OUTPUT	TUEST	biotesso	Descrizione del	Responsabile
	STITOZIONALE	ALL'ALPI ALTERATO RISPETTO ALL'ATTIVITA'	DELL'ALPI IN ORARIO DI				rischip	Exemplifications del					
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	Inadesuara diffusione della cultura della legalità	Scarsa responsabilizazione interna inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto al processi	esercizio prolungato	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	mantanza di trasparenza	assenta di misure trattamento del rischio	rattori Alliffanti fraktitazione della presenza/assenza in seno alla realta organizzativa)						
NO	NO	NO MED	NO G	5	NO	NO GE	sa/ma	COB					
	DELLE AGENDE	MEDIA - LIMITATA DALLA GESTIONE INFORMATIZATA				descresionalità del protesso		RETTA EROGAZIONE DE		AIT		DIPARTIMENTO I	
		SI-MEDIA				rdevanta externa		LLE PRESTAZIONI LIBERO	D'UEEICIO	ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE		DIPARTIMENTO MEDICO CHIRURGICO DEL CUORE E	
		NON QUANTIZZARII E		-		Valore economico	Indiraton	CORRETTA EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI LIBERO - PROFESSIONALI IN REGIME DI ALPI		ESSIONALE		O DEL CUORE E DEI VASI	
	DELLA ORGANIZZAZIONE	SI - MEDIO NELL'AMBITO				Impatto organizzativo		DIALPI				ISI	
	NON QUANTIZABILE	ti				Ampatto economico							
	M01,2,3,4,6,9,12					introdurre	Minute di presentinone de						
	MEDIO					Confedent ottes	contains						
	DIRETTORI UOC E UOSD					Responsabili							

					Fattort Ablitanti (salutazione della presenza) asserza in acini alla realta sorganizzativa)		assenza di misure trattamento del rischio	Mancanza di trasparenza	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto NO	Scarsa responsabilizzazione Interna	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Inadeguata diffusione della cultura dalla legalità	mancata attuatione del principio di distinzione tra politica e amministrazione
OTIMANITA MIC	DIPARTIMENTO MEDIC	GARE PR		TEMPESTIVA FORNITURA	ou/ss	descretionalità del processo			To	0		CODICE APPALTI		7
	DIFARTIMENTO MEDICO CHIRURGICO DEL CUORE E DEI VASI	GARE PRESIDI MEDICI E FARMACI	D'UFFIZIO	TEMPESTIVA FORNITURA BENI SANITARI E RISPETTO CODICE APPALTI	Indicators	editorics account	Value econormico				AITA. AITERAZIONE	CONCORRENZA NEL CONSUMO DI BENI	MERCATO INFUNGIBILI	·
	'ASI					F	impatto organizativa				_	SULLA PERFORMANCE		
					The second of the		Impatto economico					PROPORZIONALE AL	INFUNCIBILI	
						Misute di prevenzione da	attendire.						MO 1,2,3,4,6,7,12	
					Cintrico	SHATETICO	(Baus Media Anai						ALTO	, established
							Herpansabili						DIRETTORI UOC E UOSD	

Descrizione del				DIPARTIMENTO	MEDICO CHIRURGICO	DIPARTIMENTO MEDICO CHIRURGICO DEL CUORE E DEI VASI					
Drocesso				ATTIVITA' CONS	EGUENTI AL DECESSO	ATTIVITA' CONSEGUENTI AL DECESSO INTRA-OSPEDALIERO					
CUTPUT					OUTSTILL	OUT TO THE PURE					
				0	CORRETTA RILEVAZIONE DEL DECESSO	SCESSO					
N. Processo	Csemp					Indicatori					
	rischio	penalations della presental assenta in seno alla realta degantziala)	au/is							CHOREGO	
			5	descrier analità del processo	rileyanza externa	And Section Section 1975			יייייייי פיייייייייייייייייייייייייייי	SWITTING	
		assenta di misure trattamento del rischlo	Q.			Obmorota sides	Empatto organizativa	Impatto economico		(Gasta, Medio, ano)	nespousapie
3		mancanza di trasparenza	OV.								
		eccessiva regolamentatione, scarta chiarezza normativa	ON ON								
	0.000	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	ON								
	ALTRAZIONE DEI DATI		ON	TATA DALLA CECTO	NO IIMITATA DAILA CECTOSIO						
	CARTELLA	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	NO	INFORMATIZATA DELLE	MEDIA PER IPATTO SULLE						
		Inadéguara diffusione della cutura della legalità		CARTELLE	DEMOGRAFICHE	NON HOAN TIZZABILE	NON RILEVABILE	NON QUANTIZABILE	MO 1,2,3,4,0	BASSO	DIRETTORI VOCE VOSD
		mancata attuazions del principio di distinzione tra politica e amministrazione	Q.								
			_					_			

Formphilicatione ded Institut Abhilianti (ashiranoan defla preventa/atenta in sent alla organization) assenta di misure tratamento del fitchio mancana di traspatenta ATTAILUZIONE ATTAILUZIONE ATTAILUZIONE FORCIFICHE Secreta di competente del personale addetto al processi Inadeguateza o astenza di competente della personale addetto al processi Inadeguateza o astenza di competente della personale addetto al processi Inadeguateza di distribione della cultura della legalità mancata alturatione ATTAILUZIONE	Struttura											
INCARICHE DIALTA SPECIALIZAZIONE Internable internal definitione della cultura della legatica Internatione della cultura della legatica Internationa della cultura della legatica Internatio	Descrizione del				DIPARTIMENTO M	TEDICO CHIRURGICO	DEL CUORE E DEI VASI					
TITUDO ALLE COMPTENZE ATTRIBUTIONE TOTALIC CHARGE AND ALLE COMPTENZE TOTALIC CHARGE AND ALLE COMPTENZE ATTRIBUTIONE TOTALIC CHARGE AND ALLE COMPTENZE TOTALIC CHARGE AND ALLE AND ALLE CHARGE A	NPUT			INCARICH	I DIRIGENZIALI (UNI	ITA' SEMPLICI, INCAR	ICHI DI ALTA SPECIALI	7747IONEI				
Forming the complete complet	DUTPUT					D'UFFICIO		The state of the s				
Transfer Particul Abilia particular and modern and procession designation of the regions and integrate an anticular political deligioner deligible Particular political political deligible Particular political political deligible Particular political political political deligible Particular political politica					SARANZIA DELLA CORRETT	TA VALUTAZIONE DEI CURR	CULUM E DELLE COMPETENZE					
SECRETARY REPORTS ALTERNATION CHILD PROMISE	ossesso.	_	Faither Ability man final provisions and				Indicatori					
escrizio attenza di miure trattamento del rizchio mancana di trasparena mancana di trasparenta mancana mancana		rischio	יייים בייים בייים בייים המשביעה בייים להכאבה לה המשביעה בייים המשביעה בייים המשביעה בייים בייים בייים בייים בי בייים בייים בי	n/no			Nullo, Basso, Medio, Alto, Critic	(0		Mirror of secures days	CHUBOTO	
Series de la fincipio				6	Meremonalità del processo	riferanta esterna	Valoria and and			introdure	SIMILINGS	Bernandi
recessive regolamentations, scars chizeran comparison. Scars responsability and processed a parter disposition of sample processed parter disposition of sample processed and processed			assenza di misure trattamento del rischio	NO			District and a second	Oditestine die otteduri	Impatto economico		(Besto, Medio, alto)	
excessivo regolamentatione, cara a charetza normativa exercisio probugato ed escusivo della rezponsabilità del processo da parte di pochi o di un segetto Scara rezponsabilità ali processo da parte di pochi o di un segetto Scara rezponsabilità ali processi NO ALL'ASPETTO DELL'INCARICO TROLOGIA DELL'INCARICO TRO			mancanza di trasparenza	N _O								
ALTO-LEGATO ALTA-PETTO GEL sectobios abilità del processo da parte di pochi o di un segento ALTA-PETTO GELLA ALTA-PETTO ALTA-PETTO ALLA ALTA-PETTO GELLA ALTA-PETTO GELLA ALTA-PETTO GELLA ALTA-PETTO GELLA ALTA-PETTO GELLA ALTA-PETTO GELLA ALTA-PETTO ALLA ALTA-PETTO GELLA ALTA-PETTO GELLA ALTA-PETTO GELLA ALTA-PETTO ALLA ALTA-PETTO GELLA ALTA-PETTO ALLA ALTA-PE		ATTRIBUTIONS	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	S _O								
Script responsibilitazione interna No vall'AZIONE SCORRELATO BLILA Inadegualezza e assenza di competenza di competenza di competenza del com			esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto									
Inadeguatera e assenza di competenze del personale addetto al processi NO DELLE PROFESSIONALITA* Inadeguatera e assenza di competenze della personale addetto al processi NO DELLE PROFESSIONALITA* Inadeguatera di distributore della tegalità NO MO 12.2.4.5.10.12 ALTO AND 12.2.4.5.10.12 ALTO MA 12.2.4.5.10.12 ALTO MA 12.2.4.5.10.12 ALTO		SPECIFICHE	Scarsa responsabilizzatione interna		JIAZIONE SOGGETTIVA	ALTA PER IMPATTO SULLA	MEDIO E CORRELATO ALLA	ALTO MA RELATIVO ALLA	MEDIO E CORRELATO ALLA			
			inadegualezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi		LE PROFESSIONALITA'	למשרווש חבר זבאמולום	TIPOLOGIA DELL'INCARICO	TIPOLOGIA DELL'INCARICO	TIPOLOGIA DELL'INCARICO	MO 1,2,3,4,5,10,12	ALTO	DIRETTOR! UOC E UI
			Inadeguata diffusione della cultura della legalità	N N								
			mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	2								

				_					>	00	INPUT	pro	Res.
		_							N' Processo	OUTPUT	ST.	Diocesto Descriptions as	Struttura
	A SPERIMENTAZIONE	DISPOSITIVI SOGGETTI	UTILIZZO					111211	Esemplificazione del rischio				
mancata actuacione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	inadeguata diffusione della cultura della legalità	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Scarsa responsabilizzazione interna	esercidio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	mancanza di trasparenza	assenta di misure trattamento del rischio	にはなる とうしょり 一大のない はいかい できるので	fattori Abilitanti (valviazione della presenza/essenza in seno alla realta organizzativa)	APPRI			
Š	NO	NO	NO	NO	NO	S	NO		sı/no	ROPRIATA INC			
4	SPERIMENTATORE	CELTA DELL'OPERATORE,	ALTA - LEGATA ALLA					descrezionalità del precesso		DIVIDUAZIONE E VALUTA			DIPARTIMENTO
	DEL MERCATO	SCELTA DELL'OPERATORE/ POTENZIALE ALTERAZIONE	MEDIO E CORREIATO ALLA					nievanza esterna		APPROPRIATA INDIVIDUAZIONE E VALUTAZIONE DEI DISPOSITIVI E CORRETTA APPLICAZIONE DEI PROTOCOLLI SCIENTIFICI	DI PARTE E D'UFFICIO	SPERIMENTAZIONI CLINICHE	DIPARTIMENTO MEDICO CHIRURGICO DEL CUORE E DEI VASI
		MEDIO E VARIABILE						Valore economico	Indicatori	TTA APPLICAZIONE DEI PRO		ICHE	EL CUORE E DEI VASI
	The control of	BASSO						Outstanced outstant		TOCOLLI SCIENTIFICI			
		MEDIO E VARIABILE						Impallo cronomico					
1		MO 1.2.3.4.5.6.7.10.12						Distriction	l'Alcure Ci prevenzione da		,		
	13	MEDIO						(Grit Desire Stirs)	Sintituco				
		DIRETTORI UOC E UOSD							Responsabili				

		DIPARTIMENTO MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA	ICINA GEI	VERALE E SP	ECIALISTIC	Ą					
Descrizione del processo											
INPUT		ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE	BERO PRO	JFESSIONAL	щ						
OUTPUT			Ufficio								
		ow.	monitoraggio ALPI	ILPI							
N. Processo	Esemplificazione del rischio	Fatton Abildani (valutazione della presenza/assenza in seno alla realta organizzativa)	ou/s			Indicatori			Misure di	OIZIGNIS	
			0	descrezionalità del	rifevanza	Valore	tenpatto	Impatto	prevenzione da	Hanlo Rang Media Ale	Responsabili
	•	assenza di misure trattamento del rischio	o _N	processo	esterna	economico	Organizzatwo	economico	3.000	Critical	g .
	svolgimento dell'ALPI	mancanza di trasparenza	No		4			-		MEDIO	
	dirottamento dei	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	is								
	pazienti dalle liste di attesa istituzionali:	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	90								
,	violazione quantitativa	Scarsa responsabilizzazione interna	70	si (anche se		si/no	(attualmente				
<u> </u>	del numero di	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Τ		immagine	5					
<u> </u>	prestazioni autorizzate; assenza di analisi comparate tra volume visite istituzionali e	Inadeguata diffusione della cultura della legalità		regolamento ALPI)	aziendale)	tipo di prestazione)	autonoma del dirigente medico)	aziendale)	MU2, MU2, MU6		
	attività ALPI	mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	2								

Exemplificatione delle liste di attessi e accessiva regolamentazione adel inadeguata diffusione della cultura della legalità e coltura della legalità e di successi attuazione della processo di distinzione della cultura della legalità e coltura della legalità e mancata attuazione della cultura della legalità e mancata attuazione della cultura della legalità e mancata attuazione della cultura della legalità e personabilità del processo di parte di pochi o di un soggetto si limadeguata diffusione della cultura della legalità e processi e mancata attuazione della cultura della legalità e personabilità del processo di parte di pochi o di un soggetto e prenotazioni) Diffuso principali e competenze del personabilità del processo di parte di pochi o di un soggetto e controla addetto ai processi e principali del processo di distinzione della cultura della legalità e processi e mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione Si prenotazioni e controla attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione e controla attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione e controla attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione e controla attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione e controla attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione e controla attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione e controla attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione e controla attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione e controla attuazione della cultura della erganita di processi e controla attuazione della cultura della erganita di processi e controla attuazione della cultura della erganita di processi e controla attuazione della cultura della erganita di processi e controla attuazione della erganita di processi e controla attuazione della erganita di processi e controla attuazione della erganita di processi e controla			ORIALI			Olione di Giudizzo	Inspatto Impatto introdure (Millo	ofganizativo economico		si (impatto	Sulio	svoigimento no MO3, M10, M11	prestazioni sanitarie)	
Fattori Abilitanti (volutazione della presenza/a assenza di misure trattar mancanza di tras Rancanza di tras Recessiva regolamentazione, sca Scarsa responsabilità d Scarsa responsabilità d Inadeguatezza o assenza di competenze d Inadeguatezza o della competenze d	SENERALE E SPECIALISTICA		DAY HOSPITAL E VISITE AMBULA		liste di attesa		ezuexaju	esterna	 		- FE	aziendale)		
Exemplificatione del mychio alterazione delle liste di attesa per interessi privati (intra moenia, ecc)	DIPARTIMENTO MEDICINA C	THE COURT OF THE C	LISTE DI MILESA PER RICOVERI ORDINARI, L	Uffici	corretta gestione i			0		parte di pochi o di un soggetto				e amministrazione
Responsabile Descritione del processo INPUT 3UTPUT 2						_				alterazione delle liste di	attesa per interessi	privati (intra moenia,		

											9				_	_
			4								N' Processo	CHAIR	INPUT	processo	Descrizione del	Responsabile
		funebri a determinate imprese	servizi di onoranze	dell'assegnazione dei	gestione poco						Esemplificazione del rischio					
	mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Scarsa responsabilizzazione interna	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	mancanza di trasparenza	assenza di misure trattamento del rischio			Fatton Abiltanti (salutazione della presenza/assenzi in seno alla reatta organizativa)	CORRETTA GESTIONE ATTIVITÀ POST DECESSO INT		ATTIVITA' CONSEGUENTI AL DECESSO INTRA-OSPEDALIERO		DIPARTIMENTO MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA
	SI	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO			on/us	Tà POST D	UFFICIO	AL DEC		CINA GE
			700						processo	descrezionalità del		ECESSO INTRA-O		ESSO INTRA-		NERALE E SP
			si (immagine	i i					esterna	rdevanza		TRA-OSPEDALIERO		OSPEDALI		ECIAI ISTI
		alterazione)		si (dipende					economico	Valore	Indicatori			ERO		C D
			70						organizzatwo	Ottedal						
		risarcitorie)	azioni	si (per					economico	othedus						
		OTTA	M02, M03, M06,							introdurre	Misure di prevenzione da		1			
								basso	Craico)	(Nulla, Basso, Medio, Alto,	CHARINE					
INDIVIDUALE											Responsabili					

		•	ш							N' Processo	Bearing	TO THE REAL PROPERTY.	processo	Descrizione del	Responsable
	operatori economici - violazione sulle norme del conflitto di interesse	per favorire determinati	attribuzione dei nunteggi	fabbisogni -	definizione quantitativa					Exemplificazione del rischio					
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Scarsa responsabilizzazione interna	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	mancanza di trasparenza	assenza di misure trattamento del rischio			Fatton Abilitano (valutazione della presenta/assenza in seno alla realtà organiziativa)	corrett		GARE PRESIDI MEDICI E FARMACI		DIPARTIMENTO MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA
NO	70	Si.	no	ī.	S:	8	70		di	sı/no	corretto svolgimento gare	ufficio	DI MEDICI		INA GEN
		appalti)	no (codice					processo	descrezionalea del		gare		E FARMAC		ERALE E SF
מכון פנוניום	per l'immagine anche	azioni	ritardate,	caso di forniture	negativo in	si (impatto		esterna	rilevanta						ECIALISTIC
		si (variabile)						rconomico	Valore	indicatori					Ä
	budget)	innovazione,	forniture					organizativo	Impatto						
	di lavoro del personale per gare)	_	maggiore		si (danno			егопапіко	onedwi						
L.	1	M07, M11	M01 M02 M04						introdurre	Misure di prevenzione da					
i i							alto	Critico)	(Mullo, Basso, Medic, Alto,	SINTETICO					
PROVVEDITOR								自なないが		Responsabil					

Descrizione del processo inpeut OUFPUT Escrizio escrizio escrizio escritere el elementario el	Exemplificatione del rischio del rischio delle delle graduatorie per criteri di valutazione criteri di valutazione	INCARICHI DIRIGENZIALI (UNITA' SEMPLICI, INCARICHI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE) ATTRIBUZIONE INCARICHI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE) ATTRIBUZIONE INCARICHI IN SEGUITO A VALUTAZIONE Fattori Abdituarti ivalua ascenza di misure trattamento del rischio assenza di misure trattamento del rischio mancanza di trasparenza eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto Scarsa responsabilizzazione interna Si al (dipende della le della la contra di un soggetto se la decisioni Scarsa responsabilizzazione interna El la contra della la contra della la contra di un soggetto se la decisioni Allo della della la contra di un soggetto se la decisioni Scarsa responsabilizzazione interna	MPLICI, INC INDIVIDUALE INCHIIN SEGUI SI	NCARICHI DI. ILE GUITO A VALUTAZ Gescrerornanca dei si (possibilità di decisioni	ALTA SPEC	IALIZZAZIO Indicatori Valore Si (dipende dalla	Impatto si si (funzionamnet	Impatto si si (increment l	INE) Minute di Introdure di In	GILDRIDO SINTETICO INUITO, BESSO, ANCHIO, ALIO, In edio	Responsabili
	non ufficiali	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi Inadeguata diffusione della cultura della legalità	225	individuali per gli stessi parametri)	strutture, immagine aziendale)	5 _	o Dipartimento, UOC)	o casti per r propaste incongrue)	M04, M05, M07, M11		
		mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	is								

Responsabile Descrizione del		DIPARTIMENTO MEDICINA GENERALE E SPECIALISTICA	INA GEN	JERALE E SF	ECIALISTIC	Ą					
processo		SPERIMENTAZIONI CINICHE	ITAZIONI	CHNICEE							
MPUI		INIGNI	INDIVIDUAL E/LIEFICIO	יונוט							
COLLOG		CORRETTA GESTIONE SPERIMENTAZIONI CLINICHE	IE SPERIMEN	VTAZIONI CLINI	CHF						
N' Processo	Esemptificazione del rischio	Fatton Abiltanti (valuiazione della presenza/assenza in seno alla realta organizzativa)	Sifro			Indicatori			Misure G	OIZHONES	
			_	descrezionalità del		Valore	Impatto	Impătto	prevenzione da	Mullo Baco Madio Ana	Responsabil
		assenza di misure trattamento del rischio	No	processo	esterna	economico	Organizzativo	-		Critica)	
		Mancanza di trasparenza	N _o								_
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	No							medio	
	condizionamento da	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	ıs					si (risparmi			
	parte degli sponsor -	Scarsa responsabilizzazione interna	i.	no (se ci si	7			su spesa			
9	manipolazione dei dati -	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	T	regolamentazion	positiva su		si (uso di	farmaceutic	_		
	Denent mayadale o per la propria equipe	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	No Gire	e nazionale ed europea Good Clinical Practice)	immagine aziendale)	si/no	farmaci innovativi)	utilizzo farmaci, apparecchia	M11		
		mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	N _O					ture)			
			1								

						W Processo		CUTPUT	INPUT	Descrizione del processo	
						eschio eschiolaristica					
Scarca responsabilizazione interna	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	mancanza di trasparenza	assenza di misure trattamento del rischio		Fatton Abiltanti (valotazione della presenza) assenza in seno ana tenia organizzano or		COLLECT WOULD HOST TO A THE STATE OF THE STA		LISTE DI ATTESA PER RICOVERI ORDINARI, DAY HOSPITAL E	Dipartimento
0	50	8	70	70			de	a pet ticoaci.	and discussion of	DINARI, DA	o Chirurgia Ger
						descrezionalità del		on the state of	odinari dav ho	AY HOSPIT/	Dipartimento Chirurgia Generale e Specialistica
						esterna			snital e visite a	LE VISITE	stica
						Valore		indicatori	mbulatoriali	VISITE AMBULATORIALI	
						organizativo economico				DRIALI	
_						etonomico					1
						introdurre	preventione da				
2					alto	n,Alto,Entica)	-	GIZIGUIÐ			
							Responsabili				

e 2

									W. Processo		TURTUG	TURN	processo	Descrizione del	Responsabile	Struttura
T)		delle liste di attesa							Esemplificazione del ruschio							
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Scarsa responsabilizzazione interna	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	mancanza di trasparenza	assenza di misure trattamento del rischio		Fattori Abilitanti (valularinne della presenta (assenta in seno alla realta organizativa)		COTTENT CONTROL CONTRO	accepte monity		ΑΤΤΙΝΙΤΑ'	Openimens	Disartimento
no	70	8	00	8	no	no	70		sı/no		n aggin attri	reagio attiv	d' ufficio	LIBERO	0,0	Chirurgia G
2		informatici aziendali	sistemi	vincolata dai				DIOCESSO	descrenenalità del	The second	COTTELLO INCIDIO ARGIN ARTICLE PROFITS	vità lihero-professi	cio	ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE		Dinartimento Chirurgia Generale e Specialistica
		esterni	riguarda	si, in quant				Publis	riceanta			onale		ĮĘ.		tica
		priori	non	si, in quanto no, in quanto				Company	Valore	multaton.	- directions					
								. Games and a	_							
		introito	mancato	si, in quanto					eronomico							
	14 30: 1		M03, M10						introdurre	Misure di						
								alto	[Mulio,Basso,Medi o,Atto,Critico]	SWITETICO	SHIPTING					
personale		-								Responsabili						

M03, M10					
si, in quanto connesso al mancato introiro	aziendale	-			_
si, in ambito dipartimental e aziendale					
si, in quanto no, in quanto riguarda non si, in ambito connesso al soggetti definibile a dipartimental mancato priori e aziendale introlin					_
si, in quanto riguarda soggetti esterni					
vincolata dai sistemi informatici aziendali					
ę		00	0)	2	
inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi		Inadeguata diffusione della cultura della legalità		mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	
non corretta gestione delle liste di attesa					

Secretarion del la control del la responsibilità di Inndeguateza o assenza di competenza di Informatione del principio di distritione del principio di distrition						RODGINGO SAND, Cinited				2.	delle	
Content of the cont				on		-			si, ricadute su	innovazione e	su budget economico	
Care Preside Gamerale e Specia	stica	וכו	di gara	Indicat	-			100	garantire il		volgimento el mercato	
Fatton Abintans (valutazione della prosenza/assenza in seno alta scalta prega assenza di trasparenza di trasparenza esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi capitolate e dichiarazione (sarsa responsabilità del processo da parte di pochi all'infungibilità (infungibilità) Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processo del principio di distinzione tra politica e amministrazio	ia Generale e Speciali	AEDICI E FARMA	lgimento procedure		descrezionalità dei processo				-	_		
Fatton Abintanti (valutatione della protenza/assenza in seno alta scalta pregasciato del rischio mancanza di trasparenza esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi Capitolatte elichiarazione (scassi del competenze di competenze del personale addetto ai procesio del infungibilità (inadeguatezza o assenza di ffusione della cultura della legalità)	nto Chirurg	RESIDI A	corretto svo	ou/is	1	8 8			00	00	2	6
Esemplificatione de rescho	Dipartir	GARE			assenza di misure trattamento del rischin	mancanza di trasparenza	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa		inadeguatezza o assenza di comparazza del	competence of personale addetto a processi	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione
Strottura Per perupipa Per perupipa NUTPUT NUTPUT			emplificazione del	dischip				predisposizione	apitolati e dichiarazione di infungibilità			

			Missie di	prevenzione da SHATETICO Responsabili introdurre (Mullo, Basso, Medi
nerale e Specialistica	CESSO INTRA-OSPEDALIERO	e tella clinica	Indicaton	Processo esteina coondino condino impatto
Dipartimento Chirurgia Generale e Specialistica	ATTIVITA' CONSEGUENTI AL DECESSO INTRA-OSPEDALIERO	di parte corretta diana cartella clinica	Fattino Abbitanti (valujazinene della presenza/assenza in seno alla realta organizzatea) sylno	
Struttura Responsable Descrizione del	11	Francisto		
Struttura Responsa Descrizio processo	NPU		2	

Givens	Indication	
	corretta attivazione e gestione	OUTPUT
	d'ufficio/di parte	YPUT TURK
	SPERIMENTAZIONI CLINICHE	Descritone del
	Dipartimento Chirurgia Generale e Specialistica	Responsabile

direttore Dipartimento

OUFFUT Exemplificazione dal Fatteri Athil tanti (voluntazione della presenza) assenza di misure trattamento del rischio assenza di misure trattamento del rischio mancanza di trasparenza in senze alla realtà organizzati mon corretta attribuzione di incarico professionale professionale inadeguatezza o assenza di ffusione della cultura della legalità lnadeguata diffusione della cultura della legalità	Resoonsabile Descrizione del		Dip	artimento CI	artimento Chirurgia Genera	artimento Chirurgia Generale e Specialist	Dipartimento Chirurgia Generale e Specialistica	artimento Chirurgia Generale e Specialistica	artimento Chirurgia Generale e Specialistica	artimento Chirurgia Generale e Specialistica	artimento Chirurgia Generale e Specialistica	artimento Chirurgia Generale e Specialistica
Exemphirezzone del Fatton Athitanti (volurazione della precenza/axienza in sense sibare inschio assenza di misure trattamento del rischio mancanza di trisure trattamento del rischio mancanza di trasparenza eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza norma etribuzione di incarico prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parti professionale inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetti inadeguata diffusione della cultura della legalità	Thans			d.	di parte	parte	parte	parte	parte	parte	parte	parte
Examplificazione del irschio non corretta attribuzione di incarico professionale	OUTPUT		attribuzione di incarico a se		to di adegua	to di adeguata valutazione	to di adeguata valutazione comparativa	attribuzione di incarico a seguito di adeguata valutazione comparativa	to di adeguata valutazione comparativa	to di adeguata valutazione comparativa	to di adeguata valutazione comparativa	
		icezione del	Fatton Abilitanti (valutazione della presenza) assenza in seno alla realtà organizzativa)	12	u/no desco	descreponalità del		descreponalità del	descreponable del rilevante la	descrezionalità del rilevanza Valore	descrettenalità del rilevanza Valore impatto impatto pre	descretionalità del rilevanza Valore impatto impatto
			assenza di misure trattamento del rischio		8	по	70	по	по	по	по	no
			mancanza di trasparenza		8	0	no	8	70	8	8	8
			eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	I . I	8	attività	Ш	Ш	Ш	Ш	Ш	Ш
	non corrett	corretta	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	_	no par	_		parzialmente	parzialmente	parzialmente	parzialmente alterazione connesso al	parzialmente alterazione connesso al
	attribuzione di in	ne di incarico	Scarsa responsabilizzazione interna	1 1	- N	no norme e		norme e	norme e interna all'incarico	norme e interna all'incarico	norme e interna all'incarico	norme e interna all'incarico del modello valore
lnadeguata diffusione della cultura della legalità	professional	ssionale	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi		no reg	2		regolamenti	regolamenti	regolamenti	regolamenti	regolamenti
	100		Inadeguata diffusione della cultura della legalità		70 a	aziendali	700	700	700	700	700	700
									N La			

	200	alterazione atti cartella clinica								
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Scarsa responsabilizzazione interna	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	mancanza di trasparenza	assenza di misure trattamento del rischio			
8	5	no ii	00	no	no	8	no			
	cartella clinica	ਰ	vincolato a							
Į.	si, per diffusione di notizie si, non si, rilevanza ir giornalistiche quantificabil interna ed e social e esterna que network									
	9	quantificabil	si, non							
		interna ed esterna	si, non si, rilevanza immediata							
	ര	quantizzabil	immediata	non						
		mente MUZ, MU3, MID								
							medio			

W Processo	Jel Fatton Abilitanti (valusazione della presetta/assenta in seno alla realta organizzativa)	00/6	THE PARTY OF					preventione da	SINTETICO	Recnoncebill
AMERICA .			descrezionalità del		Valore	cheqmi	-	introdurre	intuito, Basso, Medi	
	assenza di misure trattamento del rischio	2	arocesso	esterna	economico	Office the office of the offic	economico		o, cho. Erithai	
	mancanza di trasparenza	2							9	
	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	9								
	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	9								
	Scarsa responsabilizzazione interna	92	parzialmente		dipendente	a)/		M01, M02, M03,		
non corretta gestione	ne inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	9	vincolato alla	90	dalla finologia di	2	non	M04, M05, M05,		
neo lao	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	6	gestione del protocollo	!	sperimentazi one	<u>!</u>		M07, M10, M11, M12		
	mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	92							ži.	

comitato etico

	·	۳								Nº Processo	OUTPUT	INPUI	processo	Responsabile
	inserimento in lista di attesa pazienti senza la richiesta del MMG, attività extramoenia in strutture convenzionate con SSN.	svolgimento dell'attività in orario di servizio (se attività intramuraria), se	attività autorizzata,	violazione paziente,	attesa. Mancata	Alterations lists di			reaction	Esemplificazione del				
	mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Scarsa responsabilizzazione interna	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	mancanza di trasparenza	assenza di misure trattamento del rischio		Fatton Abiltanti Ivalutazione della presenza/assenza in seno alla realta organizzativa)	Corretto m		ATTIVI	DIPARTIF
	No	N _O	No	No	N _o	No	No	No		ou/k.	onitoraggio		ra' Libei	MENTO
	ALPI)	No (esistenza regolamento							descrezionalna del		Corretto monitoraggio attività libero-professionale	Ufficio	ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE	DIPARTIMENTO ONCO-EMATOLOGICO
	aziendaie	Si (impatto su immagine							rilevanta		fessionale		ONALE	OLOGICO
	g								economico	Indicatori				
		Si (in Si (mancato relazione al Si (impatto su tipo di liste di attesa) parte							organizzativo					
	dell'azienda }	Si (mancato introito da parte							economico					
y.	·	M2,M10							introdurre	Misure di prevenzione da				
*	ī							АЦТО	(Nullo,Basso,Medio,Aho, Critico)	CONTRACTO				
		Personale, Direttori UOC								Responsabili		33		

					Responsabili				Personale,	Direttori UOC			
				GIUDIZIO	(Nello, Sasso, Medio, Alto, Criticol	ALTO							
				Misure di	preventione da introdurre				M01, M02, M10				
					нирано	o Z							
	ATORIALI				Impatto	Si (impatto su corretta gestione delle liste di attesa e dello svolgimento delle prestazioni contrazioni contrazioni corretta			11				
	TE AMBUL			Indication	Valore				o _N				-
OLOGICO	ITAL E VISI				rifevanta			Ci (impante)	su immagine	aziendale)			
DIPARTIMENTO ONCO-EMATOLOGICO	, DAY HOSP	Ufficio	Corretta gestione liste di attesa		descrezionalità del mocesso			No (note		prenotazione	(11013)		
MENTO O	ORDINAR	בֿ	rretta gestio	si/no		o N	No No	No	o _N	8	T	9	§ 2
DIPART	LISTE DI ATTESA PER RICOVERI ORDINARI, DAY HOSPITAL E VISITE AMBULATORIALI			Fatton Abilitant (valuranore della presenza/assenza in seno alla realta organizzana)		assenza di misure trattamento del rischio	mancanza di trasparenza	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	Scarsa responsabilizzazione interna	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione
ie del				esso Esemplificazione del nischio		La gestione è informatizzata. Si potrebbe chiamare ed effettuare la prestazione ad un paziente anticipandolo rispetto alla sua posizione in	effettuare una prestazione a paziente	non inserito in lista di	ricoverare un paziente	facendolo transitare	attraverso il Pronto	Soccorso. In caso di attività libero professionale in	extramoenia inserimento in lista di attesa di pazienti senza la richiesta del MMG.
Descrizione del	processo INPUT	OUTPUT		W Processo				r	4				

			Ü	л						Nº Processo		OUTPUT	IIIFO!	processo	Descrizione de	Responsabile
	Generale.	finale è della Direzione	professionista incarichi	Direzione Generale di numero, tipologia e	incarichi. Proposta alla	Alterazione accesso apli				Esemplificazione del rischio					6	
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Scarsa responsabilizzazione interna	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	mancanza di trasparenza	asserted of till sole (1 detailed to DELLISCOTO	acconta di micros trattamente del cierti		Fatton Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realta organizzativa)	Antipedume contraring a reference contraring	Attribusions in		INCARICHI DIRIGENZIALI (UNITA' SEMPLICI, INCARICHI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE)		DIPARTI
No	N _O	No	No S	No	No	S S	No			ou/r.	cancil ill segu	carichi in com	Di	A' SEMPLI		MENTO
		decisione)	Si (possibilità di						descrezionalità del		ILO 9 ABIDITAZION	***************************************	Di parte	CI, INCARIO	ACO-CIVINI	DIPARTIMENTO ONCO EMATOLOGICO
	aziendale)	immagine		(funzioname Si (variabile	?			The state of the s	Ethevanta		e comparativa			HI DI ALTA	OFFICE	0.000
		incarico)	in base alla	Si (variabile				Commence	Valore	Indicatori				SPECIALIZ		
	Dipartimento) incongrue	incarico) di UOC e di proposte	in base alla funzionament costi nel	corretto (incremento				OAMPTHUBBIO	impatto					ZAZIONE)		
	incongrue)	proposte	costi nel	Si (incremento				Conditions	_							
		M05	MO1, MO2, MO4,						introdurre	Misure di						
			- 14 T				MEDIO									
	oparimentale	incarichi a valenza	Direttore Dipartimento per	Direttori UOC,					Kesponsaom							-

		4 all'att								Nº Processo Eser		OUTPUT	INPUT	processo	Descrizione del	Responsabile	Struttura
	×	all'attività ospedaliera	Alterazione atti collegati		_					Esemplificazione del rischio							
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	inadeguata diffusione della cultura della legalità	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Scarsa responsabilizzazione interna	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	mancanza di trasparenza	assenta di misure trattamento dei rischio			Fattori Abidianti (valutazione della presenta/assenza in seno alla realta organizzativa)	Corretta ge		CONST.	ATTIVITA' CONCECTIONTI AL DECESSO		Dibabi	
No	No Fi	No C	No	No	No	N _o	No		d,	sa/no	stione attività	Uff	OCIVIT ACT	IENTI ALI	ALEMAN O	MENTO O	
	informatizzata)	cartella clinica	No (esiste					processo	descrezionalità del		Corretta gestione attività post-decesso ospedaliero	Ufficio	VECESSO II	ECECCO II	DIT ANTIMIENTO DINCO-EMIATOLOGICO	200	
	aziendale)	Si (immagine	10000					esterna			ospedaliero		IN I KA-OSPEDALIERO	000	OTORICO		
	alterazione)	Si (immagine in base alla	Si (variabile					cranamica	Valure	Indicators			DALIEKO				
		N _o						organizzativo	Impatto								
	azioni risarcitorie)	di eventuali	Si (in caso					o econonica	Impatto								
. ,	M04, M06, M010	di eventuali MO1, MO2, MO3,							introdurre	Misure di prevenzione da							
							ALTO	Cetticol	(Nullo, Basso, Media, Alto,	SIGNETICO							
	Direttori UOC	Personale,								Barrancahil							

		Γ	7	T		15/2					-				
						Responsabili								Personale, Direttori UOC	
					GIUDIZIO	(Nulla, Bessa, Media, Alto.	MEDIO								
					Misure di	prevenzione da introdurre								MO1, MO2, MO3, MO4, MO5, MO6, MO10	
						Impatto	-		īS	(risparmio	farmaceutic	a per	utilizzo farmaci gratuiti	della sperimentaz interca con possibilità borse di studio e acquisto apparecizio appare le prossibilità non più possibilità non più possibilità non più possibilità non più appare le nuove apper le nuove appare la nuova normativa sui confitti di interesse	
						Impatto								Si (possibilità di trattamento li pazienti con farmati innovativi)	
					Indicatori	Valore								Si (variabile di no base alla trattamento sperimental di patenti con firmaci innovativi)	
	OTOGICO	Ĭ		ioni clinicho		colevanta								Si (riduzione della migrazione sanitaria anche extra-regionale per disponibilità si farmaci innovativi, ricaduta postitiva sull'immagin e aziendale)	
	DIPARTIMENTO ONCO-EMATOLOGICO	SPERIMENTAZIONI CLINICHE	di parte/di ufficio	Corretta attivazione e gestione sperimentazioni cliniche		descrezionalità del processo								No (esistenza a protocolo e regolamentazion e europea/nazional ri e delle Good Clinical Practice)	
	MENTO C	IMENTA	di parte	zione e gest	00/65	_	No	No.	No	S	No.	No	S S	O O	
	DIPART	dS		Corretta att	Fattor Abitomi (valerazione della presenzalassero in seno alla realta prigintzatra)		assenza di misure trattamento del rischio	mancanza di trasparenza	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	Scarsa responsabilizzazione interna	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	
					Esemplificazione del recebio									eleggibili per la sperimento pazienti non eleggibili per la sosicuare un farmaco improvativo e di implementare il finanziamento. Alterazione dati dei rimplementare il finanziamento. Alterazione dati dei risultati per Pavorire azienda farmaceutica anche se poco rilevante dal punto di vista dei risultati della sperimentazione considerando che tutti i dati sono verificati a ilvelio centralizzato da parte della CRO.	
Struttura	Descrizione del	brocesso	INPUT	OUTPUT	II' Processo									ω	
_		-													

9	w								Nº Processo	DAIDO	I Date	processo	Descrizione del	Responsabile	Struttura
l'acquisto di un prodotto rispetto ad un altro. Rischio nullo per quanto riguarda la partecipazione dei Direttori di UOC a commissioni in quanto non partecipano a commissioni di gara	corrispondenti alle necessità reali. Scarsa motivazione sulle ragioni tecniche che giustificano	fabbisogni non	e qualitativa di	di infungibilità.	Predisposizione				Esemplificazione del rischio				12		The second secon
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	inadeguata diffusione della cultura della legalità	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Scarsa responsabilizzazione interna	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	mancanza di trasparenza	assenza di misure trattamento del rischio		Fattori Ablitanti (valintazione della presenza/assenza in seno alla realta organizzativa)	Com		GARE		DIPARTIN	
20	No	S _o	N _o	N _O	No	N _o	No		59/no	etto svolgin		PRESIDI	210	MENTO	
tecniche dei presidi e dell'apparecchiat ure etc. evidenti)	No (esistenza codice degli appalti, caratteristiche							descrizionalità del		Corretto svolgimento procedure	Ufficio	GARE PRESIDI MEDICI E FAI	O. CO. LINIX	DIPARTIMENTO ONCO-EMATOLOGICO	
forniture, eventuali azioni giudiziarie, immagine aziendale)	sulle attività sanitarie in caso di ritardo	negativo	si (impatto					nievanza		gare		RMACI	OF CORP	0100100	
tipologia di gara)	Si (variabile	= 1 = 3	_					Valore	Indicatori						
forniture, iricaduta su budget, ricaduta su innovazione)	svolgimento delle gare, e tempistica	!		-											
e, per acquisto su a costo su maggiore) su ne)	nto re, Si (danno ca economico			-		-		-							
								- Line	Dieve M						
M03,M04, M05, M06, M09	M01, M02,				į				Misure di prevenzione da						
							ALTO	(Mullo, Basso, Medio, Alto,	SINTETICO			- 1			No. of the last of
Direttori UOC									Responsabili						

Struttura Responsabile		DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE	MATERNO	-INFANTILE							
Descrizione del		ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE	ERO PROFES	SIONALE				3			
MPLII			di parte								
The second second		trasparente e corretto monitoraggio delle attività libero profesionale	raggio delle atti	ività libero prof	esionale						
Julian					Indicatori	110		Section 41	OZIGNIS	0:2	
	trouselibe second del			STATE OF STREET				preventione da		nco .	Responsabili
W. Processo	Eagurphinedicions occ	Fatton Abditanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realta organizzativa)	-	descrezionalda del rule	rdevanza Val	Valore	impatte impatto		[Nullo,6	Medio, Alto,	
	O DESCRIPTION OF THE PERSON OF		pro		esterna	economico organ	organizzativo economico	mico	Criticol	(0)	
		assenza di misure trattamento del rischio	ON						ALTO	0	
		mancanta di trasparenta	ON		* .						
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	OZ.		IS	<u>c</u>					
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	N ON	ON	pas	base al	2	M02			
	Svolgimento dell'attività	Scarsa responsabilizzazione interna	No Risp	Rispetto per	per il buon consuntivo di	consuntivo di					CAPODIP, DIREIT.
н.	libero professionale	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	NO regolame	regolamento ALPI	nome presta	prestazioni ginec		0W	VI07		U.O.
	servizio istituzionale	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	NO		dell'Azienda libero- profession rese	=	e a priori	M10			
		mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	ON								

Struttura		DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE	TO MATE	RNO-INFAN	JILE						1
Descrizione del processo		LISTE DI ATTESA PER RICOVERI ORDINARI, DAY HOSPITAL E VISITE AMBULATORIALI	INARI, DA	Y HOSPITAL	E VISITE AN	ABULATOF	IALI		ľ		١
NPUT			Ufficio								
OUTPUT		Corretta	Corretta gestione liste d'attesa	te d'attesa						CHINIS	
				The second second		Indicatori			Misure di	OFFICE	
	Exemplificazione del	forter constant of least file countries are second as second of the seco	4/00						preventione da	SINTETICO	Responsabili
N. Processo		FARDI AGARANI Wedindone from presentatosector in scremes entra	_	descrezionalica del processo	esterna	Valore	Impatto	Impatto	introdurre	(Nullo, Basso, Medio, Alto, Critico)	
		assenza di misure trattamento del rischio	ON							ALTO	
		mancanza di trasparenza	ON								
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	ON								
	Mancato rispetto liste	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	ON	NO Prenotazioni			SI Su l'organizzazion		M01		CAPODIP, DIRETT.
	d'attesa al fine di	Scarsa responsabilizzazione interna	ON	vincolate al	Immagine	pocu	e delle UO di	_	M02 M03		U.O.C., DIRIG.
7	favorire utenti nella	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	ON.	Sistema	-	e comunque	e comunque p del suo buon e a priori	quantizzabil e a priori	M11		_
	e/o procedure	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	9	Aziendale		a consuntivo	поте				т т т
		mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	O.								
											L

	4							10000000	Nº Processo	CUTPUT	INPUT	processo	Responsabile					w						Nº Processo	OUTPUT	INPUT	processo	Descrizione del
proprio funzioni (es. vestizione della salma da parte dell'operatore sanitario)	di onoranze funebri; Richiesta/accettazione di regali o denaro per	di una specifica impresa	funebri in cambio di utili;	impresa di onoranze	anticipo di un decesso ad	Comunicazione in		rischio	Esemplificazione del						.0			del codice d'appalto						Esemplificazione del rischio				
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Scarsa responsabilizzazione interna	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	mancanza di trasparenza	assenza di misure trattamento del rischio	rauori suumanu (valuuztuse usiis piesenzajassenza in seno ana realta organiztativa).	Estroi Abilitant (valus como della constant)	Tracciabilità		ATTIVITA' CONSEGUENTI AL DECESSO INT	DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE		mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Scarsa responsabilizzazione interna	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	mancanza di trasparenza	assenza di misure trattamento del rischio		Fatton Abiltanti (valutazione della presenza/ascenza in seno alla realta organizzativa)	Evitare il ricorso alle proroghe e corretto svol		GARE PRESIDI MEDICI E FA	
NO O	NO dall'ir	NO	S O	O	NO	NO	NO	si/no desc		Tracciabilità delle attività ospedaliere	Ufficio	AL DECES	O MATERI		NO	ő		NO	NO	NO	NO	NO		sa/no	roghe e corre	Ufficio	IDI MEDIC	
	NO Limitato dall'informatizzaz ione							descrezionalità del		ospedaliere		SO INTRA-	VO-INFAN				codice d'appalto	Attenersi al	3				Diotesto del				I E FARMACI	
· ·	SI Per l'immagine delliAzienda							rdevanza				RA-OSPEDALIERO	TILE			forniture	_	negativo per	51				Furblish	1	gimento delle gare		ū	
·	SI Non quantizzabile							Valore	indicatori			RO				tipologia di gara	_	perché vario	non	SI			economico	Indicatori				
	SI						c	organizativo									Ξ.	sull'uo					organizzativo					
	NO Non quantizzabil e a priori							otonomico									e a priori	Non	N				o economico					
MIO	M02 M03 M04 M06	MOI						preventione da introdurre	Misure di					,		M12	MIO		M02 M03				introdurre	Misure di prevenzione da				
							ALTO	(Nullo,Basso,Medio,Alto,	Giunizio													АЦТО	(mico)	CONTENCO				
	CAPODIP. DIRETT. U.O.C., DIRIG. U.O.							Responsabili									U.O.	U.O.C., DIRIG.						Responsabili				

					College of the Colleg		The second secon				
Descrizione del		INCARICHI DIRIGENZIALI (UNITA' SEMPLICI, INCARICHI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE)	EMPLICI,	INCARICHI DI	ALTA SPEC	IALIZZAZI	ONE)				
INPUT			UFFICIO/CCNL	CCNL							
OUTPUT		Corretta	ta attribuzio	Corretta attribuzione incarichi							
						Indicatori			Misure di	OiZionis	
Nº Processo	rischio rischio	Fatton Abintanti fodunazione della prevental/assensa in sego alla realta organizativa)	sı/ne	descrezionalea del processo	rilevanza esterna	Valore	Impatto	impatto	preventione da introdurre	(Nullo,Basso,thedia,Alto, Critica)	Responsabili
		assenza di misure trattamento del rischio	ON							MEDIO	
		mancanza di trasparenza	ON.								
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	ON								1 1
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	N N	NO Limitata da		25		SI relativo al	M03 M04		
ın	Alterazione dei	Scarsa responsabilizzazione interna	ON.	погте,	15	поп	SI	valore	M06		T
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	ON	regolamenti e CV		quantizzabile		dell'incarico	M10 M11		
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	ON.				=				
		mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	S.								
INPUT		Uff Corretta ap	Uffiocio/Di parte	Uffiocio/Di parte Corretta applicazione delle regole							
		では、これでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これ			Dr.	Indicatori			Misusadi	GIUDIZIO	
N' Processo	Esemplificazione del rischio	Fattori Abditanti (valutazione della prexenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	ou/is	descrezionalità del processo	rilevanza	Valore	impatto	impatto	prevenzione da introdurre	SINTETICO (Nullo, Basso, Medio, Alto, Crisco)	Responsabile
		assenza di misure trattamento del rischio	ON							BASSO	
		тапсалга di trasparenza	ON .								
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	ON	S							
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	8	Limitato da		ıs	i	,	M01		
		Scarsa responsabilizzazione interna	NO	protocolli, regolamenti e		non quantizzabile	si rilevante per	7 5	MO3		CAPODIP. DIRETT.
9	Alterazione dei risultati	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	ON	-0.00	Immagine dell'azionda	o solo in via	le UO	quantizzabil	MO6		U.O.C., DIRIG.
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	N N	parere favorevole del Comitato Etico		approssimati va	convolte	o	M10 M12		
		mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	N O								

							į	-	_	-		
			N					N' Processo	DUTPUT	TURNI	Descrizione del	Responsabile
		CORRETTA GESTIONE	DELL'ORDINE DI				rischio	Esemplificazione del			4	
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto al processi	Scarsa responsabilitzatione interes	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa esercizio prolungato ed eschirino della	mancanza di trasparenza	assenza di misure trattamento del rischio	Fatten Aphtans (valutatione della present of asserta in seno alla realta organizzativa)	Corretta gestione e cronologia della prestazioni sanitaria richieste		LISTE DI ATTESA PER RICOVERI ORDINARI, DAY HOSPITAL E VISITE AMBIJI ATOBIALI	OF AKTIMEN IO SERVIZI SANITARI	DIBORTAN
S O	NO ST	NO NO	N Si	NO.	NO	No	wine	gia delle pr	D'UFFICIO	IARI, DA	VIO SER	
	procedure informatiche)		BASSO NO (vincolato o			processo		estazioni san		Y HOSPIT	/IZI SANIT,	
	prestazioni sanitarie)	nell'erogazio	MEDIO			neralisa esternia		taria richiest		AL E VISIT	R	
			_			u economico	Indicatori		2000	FAMRIII		
prestazionij	programma ne delle	economico ripercuote non sulla	ore SI (Si può				3.		COMME	TOBIAL		
on!	programmazio quantificabii ne delle e a priori)	ec SI	_			Organizativo eco						
			MEDIO		_	trapatto						
- Eg	M10, M11	M01,M02, M03,				introdurre	Misure di					
		8				(Nullo,Basso,Medio,ass	OPTIGUES					
	e UO	PERSONALE,				Responsabili						

parties.

(6)

	HATTA BARRA ST							
	H		Nº Processo	COTRUIT	INPUI	processo	Decrusione del	Struttura Responsabile
İstituzionali	Poco accorta analisi delle richieste di attività libero professionale che potrebbe causare disservizi all'attività aziendale e conflitti di interesse con le attività interesse con le attività		Esemplitausione del rischie			-		
Inadeguata diffusione della cultura della legalità mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	mancanza di trasparenza eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto Scarsa responsabilizzazione interna inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto al processi	assenza di misure trattamento del rischio	Farton Alabhaon (valutamone della presenta/ossente in sepo alla realia organizativa)		ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE		DIPARTIME	
NO lor	SI MEDIO (at valutazi	NO	ività libero-pi	DI PARTE	BERO PRO		ENTO SERV	
sanitari e della loro tipologia)	tenta ione dell	processo	rofessionale in		FESSIONA		DIPARTIMENTO SERVIZI SANITARI	
sull'affidabilit à dell'Azienda)	MEDIO SI (può influire sule e liste di attesa	esterns	intramoenia		E		2	
priori)		Valore	Indicatori					
ne delle attività aziendali)	MEDIO SI (può MEDIO inflirer sulla SI (non corretta Valutabile a programmazio	organizativo						22
aziendale)	MEDIO SI (sul	economico economico						
M11,M12	MOI, MOZ, MO3, MO4, MO5,	nitrodurre	Misure o					
,	MEDIO	(Mulfo,Basso,Madio,Ah	GIUGIZIO					
e uo	PERSONALE,	Responsabili						

Night.

Packerson deta Pack	Struttura Responsabile		NIDADTIRA	02.02								
TENNINGIBLE TOTALESCE A PROMOGIE TOTALESCE	Descrizione del		DIPAKIINIE	EN IO SEK	VIZI SANITAR							
Equipilitectourne 985 Fattor Abilitatip (split recent delignation delignatio	processo		GARE PRES	SIDI MEDI	CIFEADNAN	ī						
Figure Control of the	INPUI				TIME I	5						
Facestiphicazione del Fattori Abbitancia della processo della responsabilità del processo della responsabilit	GUIPUT		- CANADARA	DUFFICK								
Ferright Ability of East Control of East Contr			CURREITAG	GESTIONE D	EGLI ACQUISTI							
assenza di mancara di trasparenza mancara di trasparenza mancara di trasparenza di trasparenza di trasparenza mancara di trasparenza di competenza del personale addetto ai processi NO informatiche prestazione del principio di distinzione della cultura della legalità no mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione no mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione no mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione no mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione del principio di distinzione del principio di distinz	of Processo	Esemplificazione del rischio	Fatton Abilitanti ivalutazione della presensa/assenzi in seno alla realta espaintzalusa)	stino			Indicatori			theore do	OEIGNE	
mancanza di misure trattamento del rischio NO mancanza di trasparenza di di trasparenza di di di di trasparenza di di di di trasparenza di					descrenonalità de		Valore	-	ottedan	prevenzione da introdurre	(Mullo, Casco, Medito, ru	Responsabili
esercizio prolungato e de scdusivo della responsabilitzazione interna Scarsa responsabilitzzazione della processo da parte di pochi odi un soggetto Scarsa responsabilitzzazione della personale addetto ai processo Inadeguate attiuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione Redescrizio prolungato e escusivo della responsabilitza adia processo da parte di pochi odi un soggetto Scarsa responsabilitza adi processo da parte di pochi odi un soggetto Scarsa responsabilitza adi processo da parte di pochi odi un soggetto Scarsa responsabilitza adi processo da parte di pochi odi un soggetto Redescrizio prolungato e escusivo della responsabilità adi processo da parte di pochi odi un soggetto Scarsa responsabilità del processo da parte di pochi odi un soggetto Redescrizio prolungato e escusivo della responsabilità ad processo da parte di pochi odi un soggetto Redescrizio prolungato e escusivo della responsabilità ad processo da parte di pochi odi un soggetto Redescrizio prolungato e escusivo della responsabilità ad processo da parte di pochi odi un soggetto Redescrizio prolungato e escusivo della responsabilità ad processo da parte di pochi odi di processo da parte di pochi odi un soggetto Redescrizio prolungato della responsabilità ad processo da parte di pochi odi di processo da parte di pochi odi di processo da parte di pochi odi un soggetto di processo da parte di pochi odi un soggetto di processo da parte di pochi odi processo di pochi odi processo di pochi di processo di pochi odi processo di pochi di processo di pochi di pochi odi processo di pochi di processo di pochi di pochi di pochi di pochi di pochi di pochi di			assenza di misure trattamento del rischio	ON	DISCOUNT OF THE PARTY OF THE PA	chema	CCONCIDICO	-	economico		16	
ecessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa SI BASSO esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto SI MCDIOLO SCarsa responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto SI MCDIA POLITICA			mancanza di trasparenza	N O								
esercizio prolungato ed esdusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto Scara responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto Scara responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto Scara responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto Scara responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto Scara responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto Scara responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto Scara responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto Scara responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto Scara responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto Scara responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto Scara responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto		RICORSO A PROROGHE	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	15								
inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi NO rispetto di inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi NO rispetto di legge re della cultura della legalità NO rinformatiche) rendenti attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione NO rinformatiche) rendenti della personale addetto ai processi NO rinformatiche) rendenti attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione NO rinformatiche) rendenti alla conditiona della legalità no rinformatiche della principio di distinzione tra politica e amministrazione NO rinformatiche rendenti alla conditiona della principio di distinzione tra politica e amministrazione no rinformatiche rendenti alla conditiona della principio di distinzione tra politica e amministrazione no rinformatiche rendenti alla conditiona della principio di distinzione tra politica e amministrazione no rinformatiche rendenti alla conditiona della principio di distinzione tra politica e amministrazione no rinformatiche rendenti alla conditiona della principio di distinzione della principio di distinzione tra politica e amministrazione del principio di distinzione del principio di distinzione del principio di distinzione rendenti alla re		FORNITURA, MANCATA	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	ıs	BASSO	MEDIO	BASSO NO (valore		MEDIO			
inadeguatezza o assenza di Competenze del personale addetto ai processi NO normo di digitazione della cultura della legalità NO informatiche mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione		ANALISI DEL MERCATO E	Scarsa responsabilizzazione interna	T	NO (vincolato dal		_	BASSO	SI (importo	EDAN COM LON		
Inadeguata diffusione della cultura della legalità NO informatiche sanitarie) preventivam e Budget) quantificabil M10, M11 Procedure prestazioni e Budget) quantificabil M10, M11 e a priori) e a priori) e a priori)	1	POCO ACCORTA	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	1	nspetto di norme di legge e		_	SI (Si può	economico	M05, M06, M09,		DIRETTORI UDC
		RICHIESTE DI FARMACI	Inadeguata diffusione della cultura della legalità		procedure informatiche)		e preventivam ente)		quantificabil e a priori)	M10, M11		e NO
			mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	ON								

Responsabile Descrizione del		DIPARTIMENTO SERVIZI SANITARI	NTO SER	IIZI SANITAR	≂						
INPUT		ATTIVITA' CONSEGUENTI AL DECESSO INTRA-OSPEDALIERO	AL DECE	SSO INTRA	-OSPEDAL	ERO					
OUTPUT			D'UFFICIO								
5	Manager Constitution	CORRETTA GESTIONE E COMPILAZIONE PUNTUALE DELLE CARTELLE CLINICHE	ZIONE PUN	TUALE DELLE C	ARTELLE CLIN	SE					
W Processo	Esemplificatione del reschio	Fatton Abstract (valuazione dolla presenza/assenza in seno alta realta organizativa)	svac			Indicatori			Misure di	GUISIDO	
				descrezionalità del	100	Valore	-	-	introdurre	(Nullo,Sasso,Medio,Alt	Responsabili
		assenza di misure trattamento del rischio	ON	MARTINO	carema	CCOUGUNCO	Organizativo	* occupanto		6	
		mancanza di trasparenza	ON								
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	īS			a					
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	IS							Cost	
	POCO ACCORTA	Scarsa responsabilizzazione interna	NO NO	BASSA		MEDIO		MEDIO SI (ner		Occasi	
4	CRTELLA CLINICA E/O	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi		manipolazione	Gmmaein	_	QV	ä			PERSONALE,
	ALTERAZIONE DEI DATI	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	ON	dati e/o indicazioni)		dal tipo di alterazione)	BASSO	successive azioni risarcitorie)	M11		e UO
		mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	O _Z								

		61							A STATE OF THE PARTY OF THE PAR	Al Processo		OUTPUT	INDUT	processo	Descrizione del	Suggeriodsau
	sperimentazione, percepire benefit da sponsor	risultanti dalla	alterazioni dei dati	Favorire un produttore in danno di altri,					Olithon	Esemplificazione del						
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Scarsa responsabilizzazione interna	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	mancanza di trasparenza	asserted of Hilsure (Fattamento del rischio	3000000 di minus tatt	(CAS) Clabilla Dinat time fands in sections (section and	Fatton Abintaen teeletatone della grecore Assonra e	CENTRATION OF THE CONTRACT OF	CORRETTA E DOCUMENTATA GESTIONE DELLE COS	OF COUNTY	CDEDINATA	DIPAK I IVIENTO SERVIZI SANITARI	
NO	NO		NO	SIB	NO	NO	NO		Syna		CKINENIAL	O'UFFICIO	MOIDE	NT A TION	NTO SERV	
	e nazionale ed europea Good Clinical Practice)	alla	(se ci si attiene	BASSA NO				processo	de celenorarion del		IONI CLINICHE		SE CHIMEINI AZIONI CLINICHE		/IZI SANITAR	
		(ricaduta s	MEDIO SI					caterna	1		ON ATTENTA				_	
	con riduzione dei costi assistenziali)	_	_	MEDIO SI				ocunomico ocunomico		Indicatori	ANALISI DEI RIS					
Vi	2.	SI (uso di	A TO				-	Caleduri			ULTATI					
ture innovative)	nuovi farmaci ed apparecchia	a per	farmaceutic	SI (risparmi	ALTO		-	ottedini								
	M04, M06, M07, M09, M10, M11	M01, M02, M03,						untrodurra	prevenzione de	Misure di			1			
e.				200	Medical			(Wulla, Gasso, Wiedio, Alt	SINTETICO	OIZIGNIS					9	The second second second
	DIRETTORI UOC e UD	PERSONALE,							Responsabili							

				n						M* Processo			DURING	INGUI	processo	Descrizione del	Responsabile
		GRADUATORIA	DEI CANDIDATI E	VALUTAZIONE DEI TITOLI PROFESSIONALI	MANCATA E/O ERRATA					Esemplificazione del rischio							
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	lnadeguata diffusione della cultura della legalità	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Scarsa responsabilizzazione interna	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	mancanza di trasparenza	assenza di misure trattamento del rischio			Fattori Atilikansi (valisfanisa)e della presamz/assenza in seno alla rosita dispanizzativa)		CORREITA VALUTAZIONE DEI CURRICULA E CORRISPONDENZA ALLE ESIGENZE AZIENDALI		THE PROPERTY OF THE SEMECIAL PROPERTY OF THE S	INCARICHI DIRIGENZIALI (LINUTA) CE	DIFANTIWI	
NO	N _O	NO	NO	SI	SI	NO NO	NO			W/tro		ULA E CORRI	D'UFFICIO	ואורנים, וו		EINIO SEKV	
	requisiti analoghi)	presenza di	individuali	valutazioni	ALTA			processo	descrezionalità del			PONDENZA AL		CAKICHI		DIPARTIMENTO SERVIZI SANTIARI	
	azielidale)	immagine	strutture,	ALTA S				esterna	dievana	(Multo, B		TE ESIGENZE					
	incaricoj		dalla	SI MEDIO				Oconomico	Valore	(Nullo, Basso, Medio, Alto, Critico)	Indiana.	AZIENDALI		ALTA SPECIALIZZAZIONE)			
	obc	tipologia di Dipartimento,	O	SI MEDIO				ONTENTENCESTO	Impatto	to,Critico)				IONE)			
	incongrue)		costi a	SI SI	MEDIO			o economico	Impatto								
11	,f	MII	strutture, dalla o costi a M04 M06 M07						mirodunie	Micure di							***************************************
			MEDIO							(Hulio,Sessa,Medio,Al							
		e UO	PERSONALE,						The state of the s	All							

Struttura											
alingeringical				NOC GES	UOC GESTIONE RISORSE UMANE	MANE					
Descrizione del processo					PENCIONI						
INPUT				ē	OI PARTE/O'I IEEICIO						
OUTPUT		CORRETTA	GESTIONE	CORRETTA GESTIONE DEI DATI CONTRIBUTIVI E E RISPETTO CRONOI OGIA DEI IE BICHIERTE	SUTIVI E E RISPE	TTO CRONOLOG	A DELLE PICHIES	4			
N' Processo	Esemplificazion e	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in se	oa/is			Indicatori			Misure di prevenzione da	A CONTRACTOR OF THE PARTY OF	
	rischio	realta organizzativa)		descrezionalità del processo	rilevanza	Valore	Impatto	Impatto	introdurre	(Nutio, Basso, Medio, Alto)	Responsabili
		assenza di misure trattamento del rischio	no				O Prince of the Control	Company of the Compan			
		mancanza di trasparenza	9								
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	9								
n	NEWICKONCOLA	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	is	SI (vincolato dal	NO (il processo ha come	NO (valore	SI (Si ripercuote sulla	NO (nessun			
-	TO DI BENEFICI	Scarsa responsabilizzazione interna	2	rispetto di norme	destinatari	economico non	programmazion	impatto	M01,M02, M03, M10.		
ß	NON SPETTANTI	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	2	di legge e regolementari)	dipendenti	quantificabile a priori)	e del Piano Fabbisogno Personale	prevedibile a	M11, M12	BASSO	Direttore UOC
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	2		genere)		triennale)				
		mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	92								

						Responsabili					And the second	Direttore UOC		
						(Nulla,Basso,Media, Alto)					7	MEDIO		
					Misure di prevenzione da	introdurre					M01, M02, M03, M04,	M05, M07, M09, M10, M11, M012		
						Impatto	eronomico)	<u></u>		
				Jon		Impatto	0.2000		ol (si ripercuote	programmazion e delle attività	aziendali e sulla	formulazione del Piano	Triennale di Programmazion e del personale))	
	DIMANE	Ą		VALUTAZIONE TIT	Indicatori	Valore					NO (non	(prevalenteme quantificabile a nite)		
PHANNE SECTIONS OF STREET	OINE AISONSE	CONCORSI/MOBILITA'	D'UFFICIO	PUNTEGGI E		rilevanza				į	5	prevalenteme nte)		
1530 2011	200 000	CONC		CORRETTA ATTRIBUZIONE PUNTEGGI E VALUTAZIONE TITOLI		descrezionalità del processo				NO (vincolata da	norme di legge,	CCNL e regolamenti)		
				CORR	color	_	OU	00	92	īs	9	9	ou Ou	2
					Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla	realtà organizzativa)	assenza di misure trattamento del rischio	mancanza di trasparenza	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	Scarsa responsabilizzazione interna	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	mancata attuazione del principlo di distinzione tra politica e amministrazione
					Esemplificazion	del				MANCATO RISPETTO DI	NORMEIN	MERITP ALLA VALUTAZIONE	CURRICULARE	
Struttura	Descrizione del	processo	INPUT	OUTPUT	N* Processo						2	1		

			4						N" Processo		OUTPUT	INPUT	processo	Descrizione del	responsabile	-
	LE 00.55.	CON RISCHIO DI	CONTRATTUAL	NORME	MANCATO			rischio		Esemplificazion						
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Scarsa responsabilizzazione interna	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	mancanza di trasparenza	assenza di misure trattamento del rischio		Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realta organizzativa)							
no .	no	no	no	Si.	si	8	3		si/no	CORRE	2000					
		disposizioni contrattuali)	di norme e	SI (non osservanza		20.0		descrezionalità del	*	CORRETTA FURNIULAZIONE DELLA CONTRATTAZIONE INTEGRATIVA	01	200	BC	טטר מבא		
		ā	Š				Control of the Contro	rilevanza		DELLA CON	DI PARTE/D OFFICIO	NECAZIONI SINDACALI	AZIONII SINIDA	OUC GESTIONE RISORSE UMANE		
		priori)	NO (non				Continue	_	Indicatori	RATTAZIONE I	Cio	CAL		SE UMANE	iii	
	contrattuali)	azie	n programmazion	SI (si ripercuote sulla			-	-		NTEGRATIVA						* C
	tuali)	i e sui	mazion	ercuote la			Organizzativo									
		SI					есопописо	Impatto								
		M05, M06, M09, M10, M11, M012	M01,M02, M03, M04,					introdurre	Misure di prevenzione da							
		MEDIO						Alto)								
		Direttore UOC						Kesponsabili	100000000000000000000000000000000000000		8					

			ω						N' Processo		OUTPUT	INPUT	processo	Descrizione del	responsabile
(MINISTERIAL)	NE DI RETRIBUZIONE AGGIUNTIVA	CORRESPONSIO	VERIFICA	MANCATA -	GIURIDICI ED	INSERIMENTO DEI DATI		rischio	del	Esemplificazion					
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Scarsa responsabilizzazione interna	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	mancanza di trasparenza	assenza di misure trattamento del rischio	9	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)						
no	ъ	70	no	şi	no	no	no		sı/no	Owner	OBBETTA				
		CCNL e regolamenti)	norme di legge,	NO (vincolata da				descrezionalità del processo		COMPETENZE SPETTANT	COBBETTONICO	OTITE CO	STIBEN	OOC GE	
	bilancio aziendale)	dipenente priori)	e di somme	corresponsion	SI (la non	b		esterna		DELLE COMPETER	DOFFICIO	DILICENCI/INDENNITA VARIE	DI /INIDENINITATA	UOC GESTIONE RISORSE UMANE	
		priori)	NO (non				- Continued	Valore	Indicatori	NZE SPETTANTI A		VARIE		UMANE	
	aziendali)	e delle attività	sulla	SI (si ripercuote			Organizativo	'mpatto		I AI DIPENDENTI					
		2					economico	Impatto				ŀ		hi	
		M07, M09, M10, M11	M01 M02 M03 M04				9	_	Misure di prevenzione da						
		MEDIO				3		Aito)							
		Direttore UOC						Responsabili							

Struttura											
responsabile				UOC GESTI	UOC GESTIONE RISORSE UMANE	UMANE					
Descrizione del											
processo				U.P.D. (UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI)	ROCEDIMENTI	DISCIPLINARI)					
INPUT					D'UFFICIO						
OUTPUT		CORRETT	TA VALUTAZ	CORRETTA VALUTAZIONE CONTESTAZIONI E RISPETTO TEMPI CHIUSURA PROCEDIMENTI	ONI E RISPETT() TEMPI CHIUSUR	A PROCEDIMENTI				
N' Processo	Esemp	Fattori Abilitanti (valut	oujis			Indicatori			Misure di prevenzione da	GIUDIZIO SINTETICO	Darroga
	del	realtà organizzativa)		descrezionalità del processo	rilevanza	Valore	Impatto	Impatto	introdurre	Alto)	
		assenza di misure trattamento del rischio	OU								
		mancanza di trasparenza	9								
	MANCATO	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	9				5				
	RISPETTO DI NORME	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	įs	NO (rispetto		,	sospensione dal	ì			
v	LEGISLATIVE,	Scarsa responsabilizzazione interna	9	previsioni	Q	NO (non	NO (non servizio puo	non) is	MUI, MUZ, MUS, MOS,	0380	
n	CONTRATTUALI	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	on 9	egislative, CCNL e regolamenti)	2	priori)	sull'organizzazio		M10, M11	Occasi	חוובווסוב חחר
	REGOLAMENTA RI	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	2				aziendali)				
		mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	2								

			2							N' Processo		OUTPUT	INPUT	processo	Descrizione del
	SCADUTE)	TARDIVO SOLLECITO	EMISSIONE DI	RISCOSSI (I.E.:	INESIGIBILITA' DEI	PRESCRIZIONE/			rischio	Esemplificazione del					
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	scarsa responsabilizzazione interna	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	mancanza di trasparenza	assenza di misure trattamento dei rischio		Decimand of the second	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realià organizzativa)					
no	no	по	70	no	no	no	no			si/no	KISCOSSI		MOM		
			S					processo	descrezionalità del	•	RISCOSSIONE PUNTUALE E TEMPESTIVA DEI CRI		MONITORAGGIO È SOLLECITO DEI CREDITI NON RISCOSSI		U.O.C. SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO
		3	SI						rilevanza		EMPESTIVA D	DI UFFICIO	CITO DEI CRE		CONOMICO F
		90 E	Si.					ec	Valore	Indicatori	EI CREDITI AZIENDALI		DITI NON RISCO	Service of the servic	INANZIARIO
			52				_	organizzativo	Imnatto		VDALI		SSI		
		valutabile a	(potenziale,	NO O			-	economico	lancare,						
		M11	M01, M02, M03, M10,						introdurre	Misure di prevenzione da					
		MEDIO	N. C.				The state of the s	o,Alto,Critico)	Ž	GIUDIZIO					
		Clienti Direttore SEF	Contabilità						Responsabili			•8			

			,							N° Processo		UNITION	INPUT	processo	Descrizione del	WIEG OI LISCUIO
	TEMPISTICA DISCRIMINATORIA	CONTRIBUTIVE E	DI VERIFICHE	AUTORIZZATIVO/LIQUI	FORNITORI (I.E.: IN	PAGAMENTO			rischio	Esemplificazione del						
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	inadeguata diffusione della cultura della legalità	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	scarsa responsabilizzazione interna	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	mancanza di trasparenza	assenza di misure trattamento del rischio		(Dasservence)	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla	PAGAMENTO DE					
no	no	no	no o	ъ	no	no	no			si/no	FORNITOR					
	ne de la constante	regolamenti	quanto stabilito	SI (nel senso delle possibilità elusive di				processo	descrezionalità del		PAGAMENTO DEI FORNITORI IN CONFORMITA' ALLE PRESTAZIONI RESE	DIPART	PAGAIVIENT		O.O.C. SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO	מו סובווומזה ה סובו
			Si					esterna	rilevanza		LLE PRESTAZ	DI PARTE / DI UFFICIO	PAGAINENTO DEI FORNITORI		ONOMICOF	
	o	8	SI					economico	Valore	Indicatori			ORI		NANZIARIO	200 TEST
			5				\dashv	07	Impatto		ED ALLA TEMPISTICA DI LEGGE					
		valutabile a	(potenziale,	NO			_	D	Impatto) LEGGE					
	E.	M11	M01, M02, M03, M10,						introdurre	Misure di prevenzione da		2 6				
		Ş	À				A SERVICE DESCRIPTION OF THE PERSON OF THE P	o,Alto,Critico)	(No	GIUDIZIO						
		Fornitori Direttore SEF	Contabilità						di Responsabili							

Descrizione del				U.O.C. SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO	ECONOMICO FIL	VANZIARIO					
INPUT		PAGAMENTO AI	IL PERSONA	PAGAMENTO AL PERSONALE DELLE COMPARTECIPAZIONI PER ATTIVITÀ' LIBERO-PROFESSIONALI	RTECIPAZIONI P	ER ATTIVITA' LIBE	RO-PROFESSIO	1140			
OUTPUT		DAGANAENTO		٥	DI UFFICIO						
		TAGAMMENTO AT PENSONALE DELLE CORRETTE QUOTE DI COMPARTECIPAZIONE STABILITE DAI REGGI AMENITI AZIENICALI	E DELLE CC	RRETTE QUOTE DI	COMPARTECIP	AZIONE STABILIT	E DAI REGOLAN	ENT! AZIENDA!			
N' Processo	Esemplificazione	Fattori Abilitanti (valutazione della pres				Parameter A		CIVIL AZIENDALI			
	'n	realtà organizzativa)	ou/is			Indicatori			Misure di prevenzione da	GIUDIZIO	
				descrezionalità del	rilevanza	Valore	otteaml	impatte	introduce	_	Responsabili
		assenza di misure trattamento del rischio	2	processo	esterna	economico	Organizzativo	economico		o,Alto,Critico)	
		mancanza di trasparenza	92								
	CORRESPONSIONE DI	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	2								
	QUOTE DI COMPARTECIPAZION	esercizio prolungat		SI (nel senso delle							
м	E (I.E.: IMPORTI DI COMPARTECIPAZIONE	Scarsa responsabilizzazione interna		possibilità elusive di quanto stabilito				NO (potenziale,			Settore
	NON CONGRUI O CORRISPOSTI A FRONTE	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	7-	dalla legge e dai regolamenti		īs	55	ma non valutabile a	M01, M02, M03, M10, M11	MEDIO	Contabilità Paghe-ALPI
	DI FATTURATO NON RISCOSSO)	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	2	aziendali)				priori)			Direttore SEF
		mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	9								

		pac		2	de	d.			AL PROPRISO			Citation (others are no processo		States of the Care
	ricorso a MEPA o CONSIP	acquisitioni in economia	artificioso di contratti	frazionamento	della'area P.E . Il rischio	discrezionalità da parte	attività che non		Openition (At Autority emittages)						
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	Inadequata diffusione della cultura della legalità	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Scarsa responsabilizzatione interna	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	mancanza di trasparenza	assenta di misure trattamento del rischio	1. 文字 · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	Fatton Abilidati (Apiduton e della presenta laberta in senti al areata organizzata a)		UO competente preposta allo svolgimento del procedimento		adesioni a contratti o convenzioni, adesioni a convenzioni consip, acquisti su piattaforma mepa di consip		
No.	No	No.	No.	No	No	8	No		E Porto		ova olle etaoc	UO richiedente	ni, adesioni a	CONTRATTI PUBBLICI	
			Basso					Services (Services (Servic			gimento del p	ente	convenzioni co	UBBLIC	
			Basso					Seators and a season a	stilustry.		rocedimento		onsip, acquist		
			Basso					estinames sections	Historians Mediciano Critical	indiration			su piattaforn		I
			Basso					distriction of the state of the	feather par				a mepa di cons		
			Basso					datore organization engineers					Ü		
	Basso							substances de-							
			M01,M03,M04, M10 Provveditorato/Econ					antrodurre	Misure di						
		omato	Provveditorato/Eco					Responsabili							

UC	C Provv	edi	tora	ato) E	E	CC	nom	at	0				
	. H .								14) Processor			STARTING.	Description del processo	
subappalto, ritardo nella stipulatione ed l Contratto per eventuali ed nono del concorrente vincitore. Il trovicte a nomina di componenti, violazione delle norme sul confitto di interessi o sulla incompatibilità o incompatibilità incompatibilità	controllo dei requisit), uso distorto del criterio dell'OEPV, accordi collusivi tra partecipanti volti a manipolare gli esiti usando il meccanismo del	requisiti ad hoc al fine di favorire un detrminato fornitore, mancato	a MEPA o CONSIP,	per avvalersi delle	diverso, frazionamento	affidamenti che	Utilizzo improprio delle		SERVICE STATES					
mancata attuatione del principio di distintione tra politica e amministrazione	inadegusta diffusione della cultura della legalità	inadepuatezza o assenza di competenze del personale addetto al processi	Scarsa responsabilizzazione interna	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	mancanza di trasparenza	assenza di misure trattamento del rischio		Figure Administration of the contraction of the con		UO competente preposta allo avolgimento del procedimento		Gare Jopin Joglia comunitaria, gare sottopoglia, affidamento diretto, nomine: Jeelta dei componenti delle commissioni giudestrici	Ω
No	N	ž	N _o	No	N _O	8	No				ove olle es	UO richiedente	affidamen	CONTRATTI PUBBUCI
	Alto							Thusbell og			gimento del pi	ente	to diretto, non	DBBUCI
	Alto							e de la constitución de la const	O.J.		ocediment		ine: scelta	
	Alto							O Marches	Paul o Europ Alvaro Alto Factors	Sept Man	,		dei componer	
-	Alto							caption	Alle Cottess				ti delle commis	
	Alto							Communication (Communication)					ioni giudicatrici	
	Alto							व्यवस्थात्त्वका चर्चा						
	M01.M02.M03,M04, Direttore UOC M07.M08.M09.M11, Froweditorac/Econ M12 omato							introdure	Misure di					
	Direttore UOC Provveditorato/Econ omato							Responsabili						

Il divieto di Pantoufiage	Displina sule cause di inconferibilità / incompatibilità	riduzione del ricorso alla procedura delle proroghe e dell'alfidamento diretto dei contratti	Pantouflage	Patto di integrità per gli affidamenti dei lavori, serviti e fornitura	Monitoraggio dei tempi procedimentali	Monitoraggio dei rapporti Ente/Soggetti esterni	Formatione	Monitoraggio del comportamenti in caso di conflitto di interessi	Rotazione del personale	Codice di comportamento	Trasparenza	Maure di preventione du intindure
M 12	TIW	M10	M09	MO8	M07	M06	MOS	M04	EOW	MD2	TOW	INDENTIFICATIVO MISURA

Area de mehio		0)	CONTRATT! PUBBLIC	IBBUCI				l			
Descrizione del processo	9	Estilate massaina evenamaje servicas economais	tions carrie	- demonstrate	and the second						
Milita		A 6.1.	UO richiedente	ote ote	באומטכ מבו עו	sgazzino, gest	ione inventario				
Quiteut		UO competente preparta allo svolgimento del procedimento	tta allo svolg	imento del pre	ocedimento						
						Indistration					
M Processo	Exemplifications del	Factors Abstract Fountations and Chapter Calacter and Control Control of Cont			etinio il	challo Basis Wedle And Unitrol	10 Arthrop			Misser or	
	on Little			delicitionalis, mesants delicitorismo essenta	Presents estema	editabadas sageji	Value inpatto	respective or	Validation der	prevenzione du entrodorre	Responsible
	nella perplessità che si	assenza di misure trattamento del rischio	2								
	verifichino furti interni di beni economali o	הבנחשופטונים לו נרשטחבות	o _N					Sign			
	Comma demaceutico.	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	S.								
1	trimestralmente al	esercisio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	2								
•	Tunzionario delegato	Scarsa responsabilizzatione interna	Š	Medio	Alto	Alto	Medio	Alto		MOLMOS MOS MIG	
	minore entità per cui il	Inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	ž								
	nischio si ravvisa in acquisti non rispettori delle procedure di legge	Inadeguata diffusione della cultura della legaltà	g						Alto		Direttore UOC
	Controllo errata e	mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	Q.								Provveditorato/E

солгані начині da gara d'appalto, emisione ordini e liquidatione (atture UO rempetente prepasta allo volgimento del procedimento	Contra
	contrate and a few or a series of services of the contrate of the series
describingha zet processa	
No	assenza di misure trattamento dei rischio
No	mancanza di trasparenza
No.	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa
foggetto No	rcitlo prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto
No Medio	Scarsa responsabilizzatione interna
o _Z	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto al processi
o _N	inadeguata diffusione della cultura della legalità
No.	mancata attuatione del principio di distinzione tra politica e amministrazione

-	c	F						N' Processo		OUTPUT	INPUT	Descrizione del processo	Area di rischio
	ALL'OPPORTUNITÀ PER L'AORN	SCELTA DELLA CONTROPARTE - INADEGUATA ANALISI IN ORDINE ALLA CONVENZIENZA ECONOMICA ED	POCA TRASPARENZA IN ORDINE ALLA		y!			del rischio	Esemplificazione				
	mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	inadeguata diffusione della cultura della legalità	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Scarsa responsabilizzazione interna	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	mancanza di trasparenza erressiva resolamentazione, scarsa chiarezza normativa	assenza di misure trattamento del rischio	Organizzativa)	Fattori Abilitanti (valutazione della pressurzo) assenza in seno alla realta	GARANZIA DEI LIVELLI ESSENZIIALI DI ASSISTENZA , MIGLIORAMIENTO ED AMPLIAMENTO DELL'ASSISTENZA	II II	CONVENZION	
	N _O	NO	NO	NO		N NO	S	oute.		ESSENZIIAL	PARTE/D'U	CON SOG	
	.3	parzialemnete vincolato da norme di legge e regolementari e CCNL ed esigenze aziendali	8					descrezionalità del processo		I DI ASSISTENZA, M	DI PARTE/D'UFFICIO SU RICHIESTA DELLE VARIE UU.OO. AZIENDALI	CONVENZIONI CON SOGGETTI PUBBLICI E PRIVATI/ASSOCIAZIONI/ORGANIZZAZIONI ETC	
		come destinatari soggetti esterni e unità opertive interne all'AORN	il processo ha			·		rilevanza		GLIORAMENTO	DELLE VARIE	RIVATI/ASSOCIA	
		attribuisce benefici economici si all'AORN cho che a sogget esterni						Valore	Indicatori	ED AMPLIAME	JU.OO. AZIENDA	ZIONI/ORGANIZ	
		3.4	il processo	î				Impatto		NTO DELL'ASSISTEN	E	ZAZIONI ETC	
		nessun impatto economico						Impatto		ZA			
	אחואיכואו ליחואין	Q.	acquisizione del parere preventivo favorevole					da introdurre	Misure di prevenzione				
	1	MEDIO		1			,	(Nullo,Basso,Me dio,Alto,Critico)	GIUDIZIO				
		Dr.ssa Raffaela Genzale	,					A STATE OF THE PARTY OF THE PAR	Property				

מבארווייים ווכים											
processo		GESTIONE PRO	TOTOCOLL	GESTIONE PROTOCOLLO GENERALE INFORMATIZZATO, DEI FLUSSI DOCUMENTALI E DEGLI ARCHIVI	1ATIZZATO, DEI	FLUSSI DOCUME	NTALI E DEGLI AR	CHIVI			
INPUT				7d IQ	DI PARTE/D'UFFICIO						
OUIPUI			REG	REGOLARE FLUSSO DOCUMENTALE IN ENRATA E IN USCITA	JMENTALE IN E	NRATA E IN USC.	TA				
ļ	Esemplificazion e	Fattori Ablitianti (valutazione della presenza/sssenza in seno alla				Indicatori				GIUDIZIO SINTETICO	0
7.00C#550	del rischio	realtà organizzativa)	syno	descrezionalità del processo	rileve: za ester a	Valore	Impatto organizzativo	impatto	introdure	(Nullo, Basso, Medio, Alto, Cruco)	o. Responsabili
		assenza di misure trattamento del rischio	ou								
		mancanza di trasparenza	9								
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	9								
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	iz							-1	
		Scarsa responsabilizzazione interna	2					. =02			
		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	9		il processo ha				מימיום פון בנחביותם		
2	ALI ERAZIONE ORDINE CRONOLOGICO FLUSSI DOCCUMENTALI IN ENTRATA ED	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	5	parzialemnete vincolato da norme di legge e regolementari e CCNL ed esigenze aziendali		il processso non attribuisce alcun valore economico	il processo riguarda tutte le strutture aziendali abilitate all'utilizzo del protocollo	nessun impatto economico	osseroiate de floudo manuale di gestione del protocollo informatic, del flussi documentali e degli archivi di cui alla Deliberazione n. 580 del 18.06.2020 Mo1, Mo2,	BASSO	Sig.ra Maria Teresa luliano
		mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	ē								

		w								N" Processo		CONFUL	INPUT	processo	Descrizione del
		INFORMATIZZATA DI GESTIONE, PUBBLICAZIONE, ARCHIVIAZIONE DI ATTI DELIBERATIVI.	PROCDURA NON						orassu	Esemplificazione del					
	mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Scarsa responsabilizzazione interna	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	mancanza di trasparenza	assenza di misure trattamento del rischio		Fattori Abilitanti (TRAS		РИЯ	
at a	по	no	8	no	s.	no	70	Si		5/100		SPARENZA	T	BLICAZIO	חסרי
		parzialemnete vincolato da norme di legge e regolementari							descrezionalità del processo			TRASPARENZA SULL'OPERATO E SUI PROVVEDIMENTI ADOTTATI DALL'	TUTTE LE UU.OO.CC. ABILITATE ALLA PREDISPOSIZIONE DI DELIBERE	PUBBLICAZIONE DELIBERAZIONI DIRETTORE GENERALE IN ALBO PRETORIO	OUC AFFANI GENERALI - DIFETTORE Dr. ssa Raffeala Genzale
		a - s e s e	il processo ha						el rilevanta osterna	[Nullo,		UI PROVVEDIME	ABILITATE ALLA	DIRETTORE GEN	Directore Dr.55
		il processso non attribuisce alcun valore economico							Valore economico	(Nullo,Basso,Medio,Alto,Critico)	Indicatori	ENTI ADOTTATI D	PREDISPOSIZION	ERALF IN ALBO P	Deliga President
		Aff	ll processo		á?				impatto	o,Critico)		ALL'ENTE	NE DI DELIBERE	RETORIO	π
-		NESSUN IMPATTO ECONOMICO					•		Impatto						
-	+M01,M02.M0 3	ESECUTIVITA' ARCHIVIAZION E DI ATTI DELIBERATIVI. IN CORSO DI IMPLEMENTAZ	INFORMATICH E DI GESTIONE, PUBBLICAZION E	PROCEDURE					da introdurre	Misure di					
-		BASSO							lto,Critico)						
		Dr.ssa Brunella Russo			1				Kesponsabili	Section 1997					

			T		Resp	onsabili			DIRETT	ORE UO	c
			l		endlesio	Sintetico				Occasion	
					Misure di	introdurre				M03 - M04	
						Impatto		0	Correlato al valore del	affidato	
						Impatto		II processo	coinvolge la UOC Affari Legali e la	Direzione Strategica	
					Indicatori	Valore		Vincolato dai parametri di cui	al DM 55/14 e succ.mm.ii. e dal	regolamento aziendale interno	
	Lydia D'Amore	Corresion	CSTEKNI	00		rilevanza esterna		Il processo ha	natari nisti	esterni	
	U.O.C. AFFARI LEGALI: Direttore f.f. Avv. Lydia D'Amore	AFFIDAMENTO INCARICHI A I FGALL ESTERMIN	D'HEELCHO	DIFESA DELL'AZIENDA IN GIUDIZIO		descrezionalità del processo	Parzialmente	vincolato. Si attinge dalla Short List	aziendale nel rispetto dalle	ANAC n.	
	FARI LEGALI:	DAMENTO IN		DIFESA DELL	outs	N _O	8 8	is	N _O	No	No No
	U.O.C. AFI	AFFIC			Fattori Abilitanti (valutazione della pressnas/assenza in seno alla realta organizzativa)	assenza di misure trattamento del rischio	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	sociativo protungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un Soggetto	Scarsa responsabilizzazione interna	inareguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione
				Exemplificazione	rischio	SCELTA DI	PROFESSIONISTI SENZA PREVENTIVA VALUTAZIONE DEI	REQUISITI DI PROFESSIONALITA' SPECIFICA E DI ASSENZA	DI CONFLITTI DI INTERESSE E/O DI	CAUSE DI INCOMPATIBILITA'	
Area di rischio	piocesso	TUPUT	OUTPUT	M. Dentenden				1 8			

		Respons	abili	DIRETTORE UOC
		grudizio		BASSO
		Misure di prevenzione da introdurra		M01 - M02 - M03 - M04
		Impatto	economico	variabile in relazione al valore del procedimento affidato, nei limiti dei parametri minimi
		Impatto	Organizzativo	il processo Coinvolge la UOC Affari Legali e il Servizio Economico Finanziario
	NALE		economico	determinato dal valore del singolo procedimento
rdia D'Amore ARICATI	TIVITA' PROFESSIC	rilevanza esterna		Il processo ha Come Come destinatario il professionista esterno
U.O.C. AFFARI LEGALI: Direttore f.f. Aw. Lydia D'Amore PAGAMENTO PARCELLE AVVOCATI INCARICATI	RONTE DI PRESTAZIONE DI AT	descrezionalita		Vincolato dai parametri delle tabelle forensi di cui al DM 55/14 e ss.mm.ii e dal regolamento aziendale interno
ILEGALI: C	RONTE DI	55/110	No	N N N N N N N
U.O.C. AFFAR	PAGAMENTO DOVUTO A FRONTE DI PRESTAZIONE DI ATTIVITÀ PROFESSIONALE Fatteri Abilitanti (valutazione della presenza) accompa	assenza di misure trattamento del colo		esercizio prolungato ed esclusivo Scarss inadeguatezza o assenza Inadeguatez o mancata attuazione del prir
	Esemplificatione del		MANCATO RISPETTO ORDINE CRONOLOGICO	PAGAMENTO AL FINE DI FAVORIRE ALCUNI AVVOCATI - ATTRIBUZIONE DI COMPETENZE NON DOVUTE O PER ATTIVITA' NON SVOLTE
Area di rischio Descrizione del processo INPUT	N" Processo		<u> </u>	2
0				Mary a State of the State of th

				4					N' Processo	OUTPUT	INPUT	processo	Descrizione del
		PERSONALI	ASSICURATIVA PER	LA COMPAGNIA	DANNEGGIATO O CON	POSSIBILI ACCORDI		rischio	Esemplificazione del				
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Scarsa responsabilizzazione interna	Possesses of management and bioresse as batter of bottle of bottle of bottle	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	mancanza di trasparenza	assenza di misure trattamento del rischio	the state of fourteenant	Fattori Abilitanti (volutazione della pressona/acceana in sono alla parte accessionali	MINORE AGGRAVIO POSSIBILE DI SPESA PER L'A:			U.O.C. AFFARI LEGALI: Direttore f.f. Avv. Lydia D
No	No	No	No	No sf	No	N _O	No	S) House		AVIO POSSIBII	DI PARTE E/O D'UFFICIO	TRANSAZIONI	EGALI: Dirett
		controversia	l'esito di una	sfavorevole circa	previsione	incolato dalla		descrezionalita del processo		E DI SPESA PE	D'UFFICIO	ZIONI	ore f.f. Avv. Ly
		dell'accordo		6	l'altra parte			rilevanza esterna		R L'AZIENDA			dia D'Amore
		an accordo	interessi sottesi	valutazione degli	correlato alla			Valore	Indicatori				
Finanziario	Economico	/Servizio	_	Strategica /	Direzione	coinvolge l'UOC Affari Legali /	il processo	Impatto organizzativo					
		ridisacione	valore della	seconda del	variabile a			Impatto					
			M03 - M04	M01 - M02 -				introdurre	Misure di				
	8			MEDIO				sintetico	grudizio				
		oor	1 3¥	οп	.381	a		ilidaeni	odsay				

Descrizione dei processo		RIMBORSO SPESE LEGALI SOSTENUTE DAL DIPENDENTE PER LA DIFESA IN GIUDIZIO PER FATTI AVVENUTI IN SERVIZIO	NDENTE PER	LA DIFESA IN (SIUDIZIO PER FATT	AVVENUTI IN SER	VIZIO			
TURIN		0	DI PARTE: DIPENDENTE	PENDENTE						
OUTPUT		GARANTIRE IL RISPETTO DEGLI ARTT. 25 E 26 CCNL SANITA' IN MATERIA DI PATROCINIO LEGALE	25 E 26 CC	IL SANITA' IN N	ATERIA DI PATRO	CINIO LEGALE				
	Econolificazione					Indicatori				
N' Processo	del	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	symp.						Misure di prevenzione da	giudizio
	FISCHIO			descrezionalità	rilevanza esterna	Valore	Impatto	Impatto	introdurre	Option of
		assenza di misure trattamento del rischio	No							
	ALTERAZIONE	mancanza di trasparenza	N ₀							
	DELL'ORDINE	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	No	verifica di						_
	RIMBORSO DELLE SPESE	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	No	conformità ai	destinatario è il	determinato in	il processo	variabile in base		
w	FAVORIRE ALCUNI	Scarsa responsabilizzazione interna	No ta	tabelle forensi di	dipendente	base ai minimi	Affari Legali e il	ai giudizi conclusi	M01 - M02 -	
	DIPENDENTI OVVERO DI	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	No	cui al DM 55/14	avente diritto al	tariffari e	Servizio	favorevolmente	M03 - M04	BASSO
	ATTRIBUIRE COMPETENZE NON			e ss.mm.li e al regolamento	rimborso	all'attività svolta	Economico Finanziario	per il dipendente		
	DOVUTE E/O NON DOCUMENTATE	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	N _o	aziendale interno						
		mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	N _o							

Area di rischio		U.O.C. AFFARI LEGALI: Direttore f.f. Avv. Lydia D'Amore	SALI: Direttor	e f.f. Avv. Lydi	a D'Amore						
Descrizione del processo		GESTIONE DEI SINISTRI IN AUTOASSICURAZIONE E/O IN GESTIONE ASSICURATIVA	OASSICURAZI	IONE E/O IN GI	ESTIONE ASSICURAT	IVA))	
INPUT		SU INIZIATIVA DI PARTE / UO AZIENDALE / D'UFFICIO	PARTE / UO,	AZIENDALE / L	YUFFICIO						
OUTPUI		CORRETTA GESTIONE DEL CONTENZIOSO ATTIVO E PASSIVO	E DEL CONTE	NZIOSO ATTIV	O E PASSIVO						
	Esemplificazione					Indicatori			Misure di	okipina	Respi
N. Processo	del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	elb on/is	del processo	rilevanza esterna	Valore	Impatto	Impatto	prevenzione da introdurre	sintetico	onsabili
		assenza di misure trattamento del rischio	No	vincolata alla							
		mancanza di trasparenza	ON ON	notifica di atti e/o							N1#1-QL
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	No								
	CONFLITTO D'INTERESSE	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	i2		i destinatari sono soggetti (persone	1200	coinvolge la UOC	correlato ai	M01 - M02 -		DIRETT
S	INCOMPATIBILITA' /	Scarsa responsabilizzazione interna	o _N		fisiche o		Affari Legali / S.E.F.	sinistri in	M03 - M04 - M	MEDIO	ORE
	IMPERIZIA	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	No No	ovvero alla	grurdiche) esterni o dipendenti	contenzioso	/ G.K.U.	gestione	9		UO
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	o N	agire per la difesa di interessi							C
		mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	No.	aziendali							

Area di rischio		U.O.C. AFFARI LE	EGALI: Diret	U.O.C. AFFARI LEGALI: Direttore f.f. Avv. Lydia D'Amore	a D'Amore						
processo			PARERI LEGALI	LEGALI							
INPUT			U.O. RICHIEDENTE	EDENTE							
OUTPUT		SUPPORTO GI	IURIDICO AL	SUPPORTO GIURIDICO ALLE ATTIVITA' AZIENDALI	ENDALI						
	Esemplificazione					Indicatori			Misure di		
Nº Processo	del rischio	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assanza in seno alla realtà organizzativa)	ou/s	si/no descrezionalità del processo	rilevanza esterna	Valore	impatto	Impatto	prevenzione da introdurre	Sintetico	spons abili
		assenza di misure trattamento del rischio	No								
	SCELTA DI PROFESSIONISTI SENZA	mancanza di trasparenza	ON.								
	PREVENTIVA	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	_N	Vincolato dalle			Il processo				
9	VALUTAZIONE DEI REQUISITI DI	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	ON	norme di legge e agli	norme di legge e Destinatari sono i		Rientra nelle coinvolge le linee di attività IUU.OO. richiedenti		M01 - M02 -	4120000	DIRETT
9	PROFESSIONALITA'	Scarsa responsabilizzazione interna	N	orientamenti	=	dell'U.O.C. Affari	e può influire	Nessuno	M03 - M04 - M	BASSO	ORE
	DI CONFLITTI DI	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	No	giuresprudenzial	richiedenti	Legali	sull'adozione di		2		UO
	INTERESSE E/O DI CAUSE DI INCOMPATIBILITA'	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	0 2	i consolidati			provvedimenti				c
		mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	No								

			2						10000000	N. Drocesso	OUTPUT	INPUT	processo	Descrizione del	Area di rischio
	CONTABILIZZAZIONE	RELATIVA	LAVORI DA	APPROSSIMATIVA O	INDICAZIONE			injenio	rischio	Esemplificazione					
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	scarsa responsabilizzazione interna	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	mancanza di trasparenza	assenza di misure trattamento del rischio	いっていることにいるとはなるがらなるとうとしている。	realtà organizzativa)	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla					
no	по	no	no	si	no	no	no			sı/no	QUA				
	aziendali)	vincoli dettati dai regolamenti	regionale nonché	normativa sia	bassa NO			processo	descrezionalità del		QUANTIFICAZIONE ANALITICA E PUNTUALE	D	CONTABILIZZAZIONE DEI LAVORI		U.O.C. /
			media SI					esterna	rifevanza		ITICA E PUNT	DI UFFICIO	ZIONE DEI L		U.O.C. AREA TECNICA
			medio SI					есопотисо	Valore	Indicatori	UALE DEI LAVORI		AVORI		
			SI medio					organizzativo	impatto						
		a priori)	quantificabile	medio NO				economico	Impatto						
				M01 M02 M03 M04					muoduite	Misure di prevenzione da					
			MEDIO					O'MINO'MINEO	Avenue Control						
		2	Direttore UOC					Constitution of the		Responsabili					

			—						N Processo		OUTPUT	INPUT	processo	Area di rischio
	PREVISIONE- PIANIFICAZIONE DEI LAVORI	MANCATA	IN ECONOMIA E/O	RICORSO ALL'AFFIDAMENTO	PROGRAMMAZIONE	NON CORRETTA			rischio	Esemplificazione				
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	scarsa responsabilizzazione interna	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	mancanza di trasparenza	assenza di misure trattamento del rischio		realtá organizzativa)	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla	Ω			
3	no	70	no	Si.	20	8	no		-	s/no	ORRETTA E		AFFII	
	aziendali)	vincoli dettati dai regolamenti	regionale nonché	(presenza di normativa sia	media SI			processo	descrezionalità del		CORRETTA E TRASPARENTE PROCEDURA DI AFFIDAMENTO DEI LAVORI	10	AFFIDAMENTO LAVORI IN ECONOMIA E/O D'URGENZA	U.O.C. A
			alta SI					esterna	rilevanza		EDURA DI AFI	DI UFFICIO	ECONOMIA	U.O.C. AREA TECNICA
	X.		medio SI					economico	Valore	Indicatori	IDAMENTO DEI		E/O D'URGENZA	
			SI medio			-		organizzativo	Impatto		LAVORI			
		a priori)	quantificabile	medio NO				economico	impatto					
		MIT	M05. M	M01, M02, M03. M04,					introdurre	Misure di prevenzione da				
i			MEDIO					farmer family	O Alto Cutto)					
			Direttore UOC							Responsabili				

.

AOM-0011825-2020 del 31/07/2020 15:25:48

INPUT OUTFUT	Defini	Processo (Processo di Negoziaz d'uffici zione del budget da a	Processo di Negoziazione del Budget d'ufficio lizione del budget da assegnare alle U	Processo di Negoziazione del Budget d'ufficio 'zione del budget da assegnare alle UU 00	Processo di Negoziazione del Budget d'ufficio 'zione del budget da assegnare alle UU 00	Processo di Negoziazione del Budget d'ufficio 'zione del budget da assegnare alle UU OO	Processo di Negoziazione del Budget d'ufficio 'zione del budget da assegnare alle UU OO	Processo di Negoziazione del Budget d'ufficio 'zione del budget da assegnare alle UU OO
1601	Definition	e del l	e del budget da :	e del budget da assegnare alle U	Definizione del budget da assegnare alle UU 00	e del budget da assegnare alle UU 00	e del budget da assegnare alle UU OO	e del budget da assegnare alle UU OO	e del budget da assegnare alle UU 00
N' Processo del rischio	o Faxtori Ablikanti (volutatione della presenta/assente in seno alla realtà organistativa)	ž.	s/no	si/no.	si/iso des:rezionalità de grocesso	sidac des:rezionalità intevanza de grocesso esterna	Si/iac des:rezionalità inlevanza Valore de orocesso esterna econonico	Si/inc descrezionalità intevanza Valore impatto de grocesso esterna acconomica accompanio	Si/inc descrezionalità intevanza Valore impatto de grocesso esterna acconomica accompanio
L'attività in descrizione afferisce alla fase di programmazione con contrestuale definizione del budget da assegnare alle strutture, il	cce mancanza di trasparenza con eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto ce inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	5	diun no no	7 70 70 70 70	no no NO (rispetto	no no NO (rispetto	no no no NO (rispetto	no no NO (rispetto	no no no no no no NO (rispetto
rischio corrutivo si configura nella possibile individuazione di un budget artificiosamente sottostimato per garantire il raggiungimento del risultato finale, nella logica costi/ricavi.	m		70 o		ē	legislative, vincoli detraid degli objettivi strategici)	previsioni legislative, vincoli dettari dagli oblettivi strategici)	previsioni SI (vincola legislative, vincola legislative, vincola legislative, vincola vincola della dettati dagli NO si singole obiettivi uuoo)	previsioni legislative, vincoli dettari dagli oblettivi strategici)
struttura			Of Controllo di Go	IOC Controllo di Gestione	Of Controllo di Gastione	Of Controlla di Gastiana	Of Controlle di Gostione	Of Controlle di Gastione	Of Controlled Gostone
processo		/alutazio	Valutazione del per	Valutazione del personale	Valutazione del personale	Valutazione del personale	Valutazione del personale	Valutazione del personale	Valutazione del personale
OUTPUT	corretta carco	ta dati in	d'ufficio	d'ufficio	d'ufficio	d'ufficio	d'ufficio	d'ufficio	d'ufficio
N' Processo del	Fattori Abilitati i valutasione della presenta /scessos la compalia					inoicatori			Indicatori
3.	1877 and to see the masses of masses of masses and masses of masses and masses of mass		ou/re		ou/re	descretionalità rilevanza del processo esterna	descretionalità rilevanta valora del processo esterna economico	si/no descretionalità rilevanta Valore impatto del piocesso esterna economico organizzativo	descretionalità rilevanta valora del processo esterna economico
	assenza di misure trattamento del rischio		no	-					
	mancanza di trasparenza		٥٥	סה	סה	٥٥	00	700	30
Alterazione o	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	+	8	8	8	8	no	no	no
impropria gestione	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto		ПО		ПО	no dal direttore di	no dal direttore di	no dal direttore di da cui	no dal direttore di
	Scarsa responsabilizzazione interna		00 VI	no struttura quale		valutatore di	valutatore di NO	valutatore di l'erizazione SI	valutatore di l'erigazione SI raggiungime
personale		-	no pr			prima istanza)	prima istanza)	prima istanza) della	prima istanza)
	Inadeguata diffusione della cultura della località		100						premialită)

per le lloc Controllo L gertione.

AZIEMDA OSPEDALIERA S. J. MOSCETI, AVELLAND II Dipersoto Ambanti Bilikatua Gerk Germano Perizo

										To	1=	(5)	0	70
			2						N" Processo	DUTPUT	INPUT	processo	Descrizione del	Area di rischio
	200	soluzioni informatiche	scelta delle	Il rischio è connesso alla				rischio	Esemplificazione					
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Scarsa responsabilizzazione interna	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	mancanza di trasparenza	assenza di misure trattamento del rischio	alia realtà organizzativa)	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno			Informatizzazione del processi Aziendali attraverso la fornitura e l'adeguamento delle tecnologie informatiche		
חס	70	no	no	Si	no	no	no	Sirins				rocessi Az		
	-	obblighi di legge)	NO (vincolata da					descrezionalità del processo		ADEGUAMENTO TECNOLOGICO AZIENDALE	0	iendali attraverso		
		<u> </u>	2					rilevanza esterna		ECNOLOGICO	D'UFFICIO	la fornitura e l		U.O. SIA
		a priori)	montificabile	NO GO				Valore	Indicatori	AZIENDALE		'adeguamento		
		Ē	g					Impatto Impatto organizzativo economico				delle tecnologi		
	r process	prevedibile a priori)	mparro	NO (nessun				Impatto				informatiche		
		prevedibile a priori)	מנות בחות כחות וחות					da introdurre	Misure di prevenzione					Control of the Contro
		MICOLO	MEDIO					O (No	GIUDIZIO					
	10	UO SIA	Responsabile	Dirigente				Kesponsabill						

			1						OSSBOOLA N		OUTPUT	INPUT	processo	Area di rischio
	informatici	affidamento contratti	procedure di	connesso alla	Il rischio è			rischio	Gel	Esemplificazione				
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Scarsa responsabilizzazione interna	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	mancanza di trasparenza	assenza di misure trattamento del rischio		olla realtà organizativa)	Pattori Abilitanti Ivalutazione dello presenza/assenza in seno	ACQUISTI			
70	no	no	no	S.	Si	no	по		si/no		CONFOR		Defi	
		di legge e regolementari)	rispetto di norme	NO (vincolato dal				del processo	decorationalità		ACQUISTI CONFORMI AI REQUISITI E CORRISPONDENTI A	0	Definizione specifiche tecniche e acquisiti Hardware	
		35	٥					esterna			CORRISPONDE	D'UFFICIO	tecniche e acc	U.O. SIA
			۵					economico	Walter	Indicatori	NTI ALLE ESIGE		uisiti Hardwar	
	aziendali)	ne delle prevedibile	nrogrammazio	ripercuote	2 (3)			organizzativo economico			LLE ESIGENZE AZIENDALI		ю	
	7	prevedibile	Bronomico	NO (nessun				economico						
	,	10	M02,M04,M04,M05,M						da introduccia	Misure di prevenzione				
ě		į	ALTO					o,Alto,Critico)	2	SINTETICO				
		UO SIA	Responsabile	Dirigente					Responsabili					

Descrizione del					U.O. SIA						
processo		Analisi di	mercato	Analisi di mercato, studio organizatiwa analisi esimana utanta analisi	ivo analici ocio	22 0400411 0400	1				
INPUT				0	D'I IEELCIO	בווגב חובוווב' אר	ella prodotto				
OUTPUT		AC	COUISTO	ACOUISTO MATERIALE TECNOLOGICO CONEORME ALLE ESIGENZE	NO COURT	JANE ALLE ECL	CENTA				
					Tools of the	ONINE ALLE COL	GENZE				
N* Propage	Esemplificazione	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno				Indicatori					
	rischio	alla realtà organizzativa)	ou/ss	descrezionalità del processo	rilevanza	Valore	Impatto	Impatto	Misure of prevenzione da introdurre	(Mullo, Basso, Medi	Responsabili
		assenza di misure trattamento del rischio	9								
		mancanza di trasparenza	92								
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	9								
	34. 51. 52. 53.	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del									
	Il rischio e	processo da parte di pochi o di un saggetto	5				e e	NO (nessun			ć
6	connesso alla	Scarsa responsabilizzazione interna	9	į	18		sulla	impatto			Dirigente
	gestione dati e progettazione	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto	9	ā	īs	 	programmazio ne delle	economico	programmazio economico M02, M03, M04, M10 ne delle prevedibile	ALTO	vesponsabile UO SIA
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	ou					a priori)			
		mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	ou								

Area di rischio				-	VID 011						
Descrizione del										27.5	
processo		Analisi di m	nercato.	Analisi di mercato, studio preanizzativo analisi ocimente de mercato studio preanizzativo	oiso isilene ovi	***************************************	office and district				
INPUT				10	חיו וכבוכוט	בוודב חובוווב' אר	בונם הנסמונם				
OUTPUT		ACOL	M OTSIU	ACOUISTO MATERIALE TECNOLOGICO CONEORME ALLE ESTERNA	I OGICO CONE	OPANE ALLE EST	SCHOOL				
					2000000	ONIVIE ALLE ESI	GENZE				
N. Brocesco	Esemplificazione	Fattori Abiiltanti (valutazione della presenza/essenza in seno				Indicatori				GIUDIZIO	
Occasion in the	rischio		ou/is	descrezionalità del processo	rilevanza	Valore	Impatto		da introdurre	(Nullo, Basso, Medi	Responsabili
							Or Ballice alling	econoninco		מישונסירווונים)	
		assenza di misure trattamento del rischio	no								
		mancanza di trasparenza	2								
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	.s.								
		esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del					SI (si				
61	Il rischio è	processo da parte di pochi o di un soggetto	5				ripercuote	NO (nessun			Division
4	connesso alla	Scarsa responsabilizzazione interna	9	ī	,		sulla	impatto			Paragraphile
	tempistica di attuazione	nze del personale addetto	9	ā	7	īs	programmazio economico	economico	M02, M03, M04, M10	ALTO	UO SIA
		of process	T				attività	a priori)			
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	2				aziendali)	.2			2
	٠	mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e	e								

		σ	n						N" Processo		OUTPUT	INPUT	processo	Descrizione del	Area di rischio
		gestione dei ticket di assistenza	connaturato alla	Il rischio è					del rischio	Esemplificazione					
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Scarsa responsabilizzazione interna	processo da parte di pochi o di un soggetto	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	mancanza di trasparenza	assenza di misure trattamento del rischio	oila realtă organizzativa)	Farrori d'Allicanti (valunazione della presenza/assenza in seno	S				
no	8	no	по	Si		No	ПО	no	SJ/mo	-	UPPORTO		Supp		
		Î	N O						descrezionalità del processo	•	SUPPORTO ALLE PROBLEMATICHE DI CARATTERE TECNOLOGICO	0	Supporto agli utenti Aziendali utilizzatori		
		9	SI						rilevanza esterna		TICHE DI CARA	D'UFFICIO	endali utilizzat		U.O. SIA
		ğ	SI						Valore economico	Indicatori	TTERE TECNOL		ori di procedure		
		Y S	<u>s</u>						organizzativo economico		OGICO		е		
		prevedibile a priori)	economico	impatto	NO Inessuin				Impatto economico						
		MIGO, INITO	economico MOS M10	201 200 200					da introdurre	Misure di prevenzione					
			BASSO						o,Alto,Critico)	-					
			UO SIA	Responsabile						Responsable					

		Ų	n					N° Processo		INAINO	INPUT	processo	Descrizione del	Area di ricchio
		tempistica di attuazione	connesso alla	Il rischio è				del rischio	Esemplificazione					
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e	inadeguata diffusione della cultura della legalità	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Scarsa responsabilizzazione interna	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	mancanza di trasparenza	assenza di misure trattamento del rischio	alla realtà organizzativa)	Fattori Abilitoriti (valutozione della presenza/assenza in seno					
DO	no	70	no	s.	Si	no	no	SVIII			-	Coordina		
		- 3	Si			ja .		descrezionalità del processo		ADEGUAMENTO TECNOLOGICO AZIENI	D.	Coordinamento dei progetti informatici assegnati al Settore		_
			S					rilevanza esterna		CNOLOGICO	D'UFFICIO	ti informatici		U.O. SIA
	,	e	S					Valore economico	Indicatori	AZIENDALE		assegnati al Set		
	aziendali)	ne delle attività	programmazio	ripercuote sulla	SI (si			organizzativo economico				tore		
		prevedibile a priori)	economico	NO (nessun impatto				economico						
	1		programmazio economico M02, M03, M04, M08					de introdutre	Misure di prevenzione					
·			ALTO					o,Alto,Critico)						
			UO SIA	Dirigente Responsabile					Responsabili					

Area di rischio				Ü,	U.O. SIA						
Descrizione del		Garanz	zia di cont	Garanzia di continuità di servizio della infrastruttura periferiche e rete	della infrastru	uttura periferich	e e rete				•
INPIT				D'U	D'UFFICIO						
OUTPUT			SICURE	SICUREZZA RISPETTO ALLE MINACCE INFORMATICHE	LE MINACCE II	NFORMATICHE					
	Evenalificatione					Indicatori			Misura di oravanzione	GIUDIZIO	
N* Processo	del rischio	Fattori Ablittenti (valutazione celle presenza/assenza in sero olla realtè organizzativa)	ou/ss	descrezionalità del processo	rilevanza	Valore	Impatto	Impatto	da introdurre	(Nullo,Basso,Medi o,Alro,Critico)	Responsabili
		assenza di misure trattamento del rischio	2								
		mancanza di trasparenza	2								
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	No No								
	Il rischio è		0 2					NO (nessun			Dirigente
1	connesso alle		no	CZ	5	ON	15	economico	economico M02, M03, M04, M10	MEDIO	Kesponsabile
_	minacce informatiche	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Ou Ou	!	i			prevedibile a priori)			No.
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	0								
		mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	00								

									1						
			,						N° Processo		OUTPUT	INPUT	processo	Descrizione del	Struttura
	DELL'UTENTE	ALTERAZIONI	MANIPOLAZION	CONNESSO ALLE POSSIBILI	RISCHIO			rischio	del	Esemplificazion					
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	inadeguata diffusione della cultura della legalità	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Scarsa responsabilizzazione interna	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	mancanza di trasparenza	assenza di misure trattamento del rischio		realtá organizzativa)	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla	CORRETTA				
no	по	70	70	Si.	по	ПO	по		Surfee	ei/oo	GESTION				
	aziendaii)	informatiche	vincolato da	SI (in parte	65			processo	descrezionalità del		CORRETTA GESTIONE DELLE PRENOTAZIONI SENZA INTERFERIRE NELLA SCELIA DELLO I ENZA		00011014	GESTIONE	c
	professionisti							esterna	rdevanza		ONI SENZA INTER	DIPARIE	The state of the s	GESTIONE PRENOTAZIONI AI PI	UO CUP TICKET
		priori)	non)	MEDIO				economico	Valore	Indicatori	FERIRE NELLA S		200	AI PI	
	buon nome dell'Azienda)	e delle prestazioni e il	programmazion	sulla erogazione e	SI (si ripercuote	MEDIO		organizzativo	Impatto		CELIA DELL'OTEN				
		qua	non economico		A EDIO			economico	impatto		ICA.				
			M06, M09,M10,M11	MO1 MO2 MO3 MO4.					IIIIOOOIIG	Misure di prevenzione da					
			MEDIO						Alto)	(Nullo, Basso, Medio,					
			Direttore DO	!					TO COLUMN TO SERVICE AND ADDRESS OF THE PARTY OF THE PART	Responsabili					

									M* Processo		Undino	INPUT	processo	Descrizione del	responsabile	Struttura
	GESTIONE	E/O SUA NON	BRENOTAZIONE	RISPETTO	TO TO			rischio	del	Esemplificazion						
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	Inadéguata diffusione della cultura della legalità	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Scarsa responsabilizzazione interna	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	mancanza di trasparenza	assenza di misure trattamento del rischio		realta organizzativa)	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla						
70	ПО	по	9	s.	no	no	no		Curtie		CORRETT					
	morniaucie)	procedure	rispetto di norme	NO (vincolato dal				processo	descrezionalità del		CORRETTO RISPETTO DEI TEMPI DELLA CRONOLOGIA DI PRENOTAZIONE			GESTION		
	attesa)	prolungament quantificabile	delle	nell'erogazione	MEDIO			esterna	rilevanza		PI DELLA CRONC	Orrido	D' LIEERCIO	GESTIONE PRENOTAZIONI CUP	טט כטר ווכאבו	O CI IB TICKET
		quantificabile a priori)	economico non	ALTO NO (valore				economico	Valore	Indicatori	COGIA DI PRENC			ICUP		
	prestazioni)	70	е	SI (Si ripercuote sulla erogazione	MEDIO			organizzativo	Imparto		DIAZIONE	MAZIONE				
		qua	_	0 0	MEDIO			economico								
			M10, M11	M01.M02, M03, M06,					muoume	one da						
F	<i>T</i>		MEDIO						Alto)	(Nullo, Basso, Medio,						
			Direttore 00	5						Responsabili						

Struttura responsabile				Ď	UO CUP TICKET						
Descrizione del processo			l oo	CONTABILIZZAZIONE. RISCOSSIONE F SERVIZIO DI CASSA	RISCOSSIONE F	FRVIZIO DI CASS	٨				
INPUT					D'UFFICIO						
OUTPUT				CORRE	CORRETTA CONTABILITA'	TA'					
	Esemplificazion				A STATE						
N* Processo		Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla	Ou/is			Indicatori			Misure di prevenzione da	na con	
	del rischio	realta organizzativa)	_	descrezionalità del processo	rilevanza	Valore	Impatto	Impatto	introdurre	Alto)	mossuodsav.
		assenza di misure trattamento del rischio	ou				n Periodical Control of the Control	_			
	MANCATO	mancanza di trasparenza	02								
	INCASSO	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	92								
	TICKET, ERRATA INDICAZIONE	TICKET, ERRATA esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da INDICAZIONE	is	BASSO	BASSO	MEDIO	8ASSO SI (si ripercuote	MFDIO			
m	PRESTAZIONE	Scarsa responsabilizzazione interna	2	(vincolata da	SI (non	NO (non	sul budget		M01,M02, M03, M04,	92711	
i	RICHIESTA ED IMPORTO,	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	9	procedura informatizzata)	incasso del	quantificabile a priori)	quantificabile a aziendale e sulla valutabile a priori) programmazion priori)	valutabile a priori)	M09, M10, M11	BASSO	Direttore UO
	MANCATO CONTROLLO ESENZIONE	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	2		(invert	1 1	e delle attività)	8			
		mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	9								

									×						
		,	2						N Processo		OUTPUT	INPUT	processo	Descrizione del	Area di rischio
		e informazioni	gestione di dati	Noncorretts				rischio	del	Esemplificazion e					
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Scarsa responsabilizzazione interna	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	mancanza di trasparenza	assenza di misure trattamento del rischio		realtà organizzativa)	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla					
по	по	8	no	s.	no	no	no			su/mo	0				
		regolamenti)	ge,					processo	descrezionalità del		Corretta e chiara Informazione degli satndards aziendali		Redazio		UOS RI
		a dei dati informativi	approssimativa	Si (la non corretta o				esterna	rilevanza		mazione degli sa	D'UFFICIO	Redazione Carta Dei Servizi		UOS RELAZIONI ESTERNE
		priori)	quantificabile a	NO (non				economico	Valore	Indicatori	atndards azienda		Vizi		Æ
		e delle attività aziendali)	approssimativa quantificabile a programmazion	SI (si ripercuote sulla				organizzativo	Impatto		ali				
			NO					economico	Impatto						
		INIOS, INITO, INITA	MOS MID MII			7			introdurre	one da					
			MEDIO						Alto,Critico)	(Nullo, Basso, Medio, Responsabili					
			Direttore UOC						神となるがい	Responsabili					

		ŀ	_						N' Processo		OUTPUT	INPUT	processo	Descrizione del	Area di rischio
	all'istanza	e e alla non	dell'informazion	connesso alla	0			rischio	del	Esemplificazion e					
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Scarsa responsabilizzazione interna	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	mancanza di trasparenza	assenza di misure trattamento del rischio		realtà organizzativa)	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla					
no	8	70	no	S.	no	no	no		confis				Raci		
		ccnl e regolamenti)	norme di legge,	NO (vincolata da				processo	descrezionalità del		Corretta e chia		Raccolta e distribuzione al pubblico di materiale informativo		UOS R
		nte)	(prevalenteme	<u>s</u>				esterna	rilevanza		Corretta e chiara informazione all'utenza	D'UFFICIO	al pubblico di n		UOS RELAZIONI ESTERNE
		priori)	quantificabile	NO (non				economico	Valore	Indicatori	all'utenza		nateriale inform		NE
		aziendale	(prevalenteme quantificabile a sull,immagine quantificabile	SI (si ripercuote		-		organizzativo	Impatto				ativo		
		a priori)	quantificabile	NO (Non		-		0	Impatto						
		ואוטא, ואובט, ואובב	-				1		introdurre	Misure di prevenzione da					
	i.		MEDIO						Alto,Critico)	GIUDIZIO SINTETICO (Nullo,Basso,Medio, Responsabili					
			Dirigente UOS							Responsabili					

Area di rischio				UOS RE	UOS RELAZIONI ESTERNE	NE					
Descrizione dei processo				Inform	Informazioni telefoniche	he					
NPUT					D'UFFICIO						
DUTPUT				Corrette	Corrette risposte all'utenza	ezu					
W. Brococco	Esemplificazion e	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla	onegos			Indicatori			Misure di prevenzione da		
	del rischio	realtà organizzativa)		descrezionalità del processo	rilevanza	Valore	Impatto	Impatto	introdurre	Alto, Critico)	necapourage .
		assenza di misure trattamento del rischio	OU								
		mancanza di trasparenza	2								
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	įs								
	Mabncata	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	is				SI (si ripercuote	ŧir			
r	risposta e/non	Scarsa responsabilizzazione interna	ou	NO (vincolata da	Ū	C	sulla immagine e	2	M01, M02, M03, M04,	harre	Ollosottosio
,	dell'informazion e.	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	2	norme di legge)	i	2	affidabilità aziendale	2	M07, M09, M10, M11		0 V V V V V V V V V V V V V V V V V V V
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	2								
		mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	2								

Area di rischio				NOSR	UOS RELAZIONI ESTERNE	NE SNE					
Descrizione del											
processo			Racco	Raccolta delle segnalazioni di disservizio e reclami degli utenti	ni di disservizio	e reclami degli ut	enti				
NPUT				Dip	Di parte /D'UFFICIO						
OUTPUT				Corretta e trasparente gestione delle istanze	arente gestione	delle istanze					
N* Processo	Esemplificazion e	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla	pe/is						Misure di prevenzione da Mullo Basso Madio	GIUDIZIO SINTETICO	Document
	del rischio	realtà organizzativa)	-	descrezionatità dei processo	esterna	Valore	Impatto	trapatto	introdurre	Alto,Critico]	
		assenza di misure trattamento del rischio	ou.								
		mancanza di trasparenza	ou								
	-	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	9								
	connesso alla	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si	SI (vincolato dal	SI (il processo	NO (valore		NO (nessun			
•	non corretta	Scarsa responsabilizzazione interna	02	rispetto di norme	destinatari	economico non	Ū	Impatto	M01,M02, M03, M04,	Apolio	001
F 0	conservazione dei dati e delle	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	2	di legge e regolementi)	soggetti in	quantificabile a priori)		prevedibile a	M09, M10, M11		o parities of the control of the con
	informazioni	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	9								
		mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	2								

			2							N* Processo		OUTPUT	INPUT	Descrizione del	Responsabile	Struttura
	produttrici di beni sanitari	singole equipe da parte di aziende	professionisti o di	prescrittivi di singoli	dei comportamento				rischio	Esemplificazione del						
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Scarsa responsabilizzazione interna	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	mancanza di trasparenza	assenza di misure trattamento del rischio	100mmの対象とでは、100mmの対象に対象をした。	Contraction of Contraction of	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla			PARTECIPAZIONE			
no	ло	no	no	Si	si	8	no			sı/no			AD EVENT			
		vincolato da norme)	SI (E' parzialmente	MEDIO				processo	descrezionalità del		NULLA OSTA	AD INIZIATIVA DEI RESPONSABILI UOC	PARTECIPAZIONE AD EVENTO FORMATIVO SPONSORIZZATO DA AZIENDE PRODUTTRICI DI BENI SANITARI		U.O. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO	
	dell'AORN)	soggetti	na come	NO (il processo					Eznavalis		NULLA OSTA ALLA PARTECIPAZIONE	DEI RESPONS	NSORIZZATO I		ONE E AGGIOF	
		PARTECIPA ALLA SPESA)	L'AZIENDA NON	NO (-	есопольсо	Valore	Indicatori	PAZIONE	ABILI UOC	DA AZIENDE PROD		NAMENTO	
	aziendale)	delle UU.OO. e		MEDIO SI (il processo				Ovisermegro	Impatro				UTTRICI DI BENI S			
		NO	BASSO					economico	Imnatto				ANITARI			
		MII	M01, M02, M04, M10,						introdurre	Misure di prevenzione da		1				
		MEDIO						Monopart occopy	Mallo Barrio Maratio A	ONTETICO						
	STRATEGICA-	rihiedente – DIREZIONE	Direttore UOC	DIRIGENTE UO						Rasmoncahili			V. V	6		

			-							N' Processo	A COLUMN	OHIDHI	processo	Descrizione dei	Responsabile
	DIPENDENTI	FAVORIRE	OPPORTUNISTICI	BASE DI CRITERI	CONCESSIONE DI				rischio	Esemplificazione del					
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Scarsa responsabilizzazione interna	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	mancanza di trasparenza	assenza di misure trattamento del rischio		rearra or Barnesarva)	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla			SVOLGIMENTO CO		
no	no	no	no	si	Si	70	si.			sy/no	AU		RSI ESTERN		
ĺ		dipendenti da	individuazione dei	MEDIO				processo	descrezionalità del		AUTORIZZAZIONE PRTECIPAZIONE EVENTO FORMATIVO	D'UFFICIO (AD INIZI	II DA PARTE DEL PEI		U.O. FORMAZI
	dell'AORN)	soggetti	destinatari	NO (il processo				esterna	rilevanza		CIPAZIONE EVE	ATIVA DEI RESP	RSONALE DIPEN	000000	ONE E AGGIORI
SVOLIGIMENTO CORSI ESTERNI DA PARTE DEL PERSONALE DIPENDENTE CON ONERI A CARICO DELL'AZIENDA D'UFFICIO (AD INIZIATIVA DEI RESPONSABILI UOC) AUTORIZZAZIONE PRTECIPAZIONE EVENTO FORMATIVO SI SI MEDIO MEDIO MEDIO Individuazione del destinatari l'attribuzione di Altro dipendenti da oni oni oni dipendenti da oni oni offormare) dell'AORN) legalità no legalità no legalità no legalità no legalità no legalità no legalità				RESPONSABILI UOC)	MANGENTO										
patto impatto impatto patto economico economico olde le la NO orocazione e onalità)						L'AZIENDA									
	,	M11	M01,M02, M04,M10,			AIT COM			introdurre	Misure di prevenzione da					
		BASSO						6)	(Mullo,Basso,Medio,A)	SINTETICO					
	STRATEGICA-	rihiedente – DIREZIONE	Direttore UOC	DIRIGENTE UO				The second second		Recognisabili					

Struttura Responsabile				UO FO	UO FORMAZIONE						
Descrizione del processo		AFFII	IDAMENT	AFFIDAMENTO SERVIZIO DI FORMAZIONE DEI DIPENDENTI AD ENTI ESTERNI	ZIONE DEI DIP	ENDENTI AD EN	TI ESTERNI				
INPUT			1	D'UFFICIO (AD INIZIATIVA RESPONSABILI UO/UOC)	IVA RESPONSA	BILI UO/UOC)					
OUTPUT				AFFIDAMENTO DEL SERVIZIO DI FORMAZIONE	SERVIZIO DI FO	RMAZIONE					
N, Processo	Esemplificazione	Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla	Sifnic			Ińdicatori			Misure di prevenzione da	GIUDIZIO	Democratic
	rischio	realtà organizzativa)		descrezionalità del processo	esterna	Valore	Impatto Organizzativo	Impatto	introdurre	(Nullo,Basso,Medio,Al	
		assenza di misure trattamento del rischio	OU								
		mancanza di trasparenza	9								
		eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	:55	MEDIO							
	ECCESSO DI	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si	SI (limitata discrezionalità in	MEDIO						DIRIGENTE UO FORMAZIONE
	DISCREZIONALITA -	Scarsa responsabilizzazione interna	92	quanto II processo	SI (HA	MEDIO	MEDIO SI	BASSO	M01, M02, M03, M04,	0,000	Direttore UOC
	NON RISPETTO DI NORME	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	OU	pacchetti formativi è disciplinato da	ANCHE ESTERNA)	S	unità operative)	ON.	M09, M10, M11, M12		rihiedente – DIREZIONE
		inadeguata diffusione della cultura della legalità	9	norme legislative dlgs 50/2016)	i T						STRATEGICA-
	•	mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	2								

Struttura Responsabile				UO FOI	UO FORMAZIONE						
Descrizione del processo			AFF	AFFIDAMENTI OCCASIONALI INCARICHI DI DOCENZA	VALI INCARICE	II DI DOCENZA					
INPUT				0,0	D'UFFICIO						
OUTPUT			6	ASSEGNAZIONE INCARIO DI DOCENZA	NCARIO DI DC	CENZA					
OSBSOCIA	Esemplificazione	Fattori Abilitanti (valu	si/nn			Indicatori			Misure di prevenzione da	GIUDIZIO	Becomeshill
0000000	rischio	realtà organizzativa)	1.0	descrezionalità del processo	rifevanza	Valore	Impatto	Impatto	introdurre	(Mullo, Basso, Medio, Al	
		assenza di misure trattamento del rischio	is								
		mancanza di trasparenza	įs								
	FUCESSODI	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	īs								
	DISCREZIONALITA'	DISCREZIONALITA esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da NELA SCELTA DEL	si	ALTA		ALTA SI (comporta	BASSA SI	BASSO			on.
4	DOCENTE -	Scarsa responsabilizzazione interna	ou	SI (possibilità	ALTA	l'attribuzione di	l'attribuzione di PRINCIPALMENT		M01, M02, M04, M10,	ALTO	FORMAZIONE -
	INFLUENZATA DA INTERESSI PRIVATI	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	92	soggettive)	ā	soggetti	E IL RESP SCIENTIFICO)	valutabile a priori)	MITT, MIZ		scientifico-
		Inadeguata diffusione della cultura della legalità	6			(mayes	5				
		mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	ou								

								1	÷		\T =	· In		I m
			6						N* Processo	COLFUI	NPOT	processo	Descrizione del	Responsabile
		dei tirocinanti	discrezionalita	Eccessiva				riscino	Esemplificazione del					
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	inadeguata diffusione della cultura della legalità	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Scarsa responsabilizzazione interna	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	mancanza di trasparenza	assenza di misure trattamento del rischio		Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)					
Б	по	no	по	S.	Si	no	по		symo					
	diministrativi)	vincolato dalla legge e da atti	(E' parzialmente	BASSO SI				processo		AMISSIO		SVOLGIMENT		UC
	esterni)	direttamente ad utenti	rivolto	SI (il risultato	2			esterna		AMISSIONE DEL TIROCINANTE	DI PARTE	SVOLGIMENTO TIROCINI CURRICULARI		UO FORMAZIONE
		NO	BASSO					economico	Indicatori	NTE		ICULARI		
		unità operative)	SI (coinvolge nii				-	organizzativo						
		NO	BASSO				_	economico						
		M09,M10,M11	M01, M02, M03, M04,					annoduire.	Misure di prevenzione da	*				
		BASSO	BASSO					(Nullo,Basso,Medio,A	CONTENUE					
	Direttore UOC- Tutor-	Direttore Dipartimento -	Presidio-	FORMAZIONE -	UO O				Responsabili			-		

			U						N° Processo	OUPUI	INPUT	processo	Responsabile
l'evento formativo	proposte dalle Ditte che sponsorizzano	benefit e	prodotti/presidi	e/o uso di specifici	scientifico o altri;	di interesse con il responsabile	Rischio di conflitto	iscino	Esemplificazione del				
mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	Scarsa responsabilizzazione interna	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	mancanza di trasparenza	assenza di misure trattamento del rischio		Fattori Abilitanti (valutazione della presenza/assenza in seno alla realtà organizzativa)	Corretta form		Eventifor	
no	no	no	no	S.	si	no	no		s/no	nazione de		rmativi cor	
		regolamenti)	SI (regolato da	MEDIO				processo		l personale sanitario i		Eventi formativi con sponsorizzazioni di ditte con interessi commerciali in campo sanitario	UO
		NO	BASSO					esterna		interessato agli	DI PARTE	ditte con interessi c	UO FORMAZIONE
	Valore economico BASSO NO						Indicatori	eventi formativi		ssi commerciali			
	Impatto Impatto co organizzativo economico MEDIO SI (convolge più NO unità operative)						in campo sanitari						
						Impatto conomico BASSO NO							
	į	UIW OIM	M01,M02, M04, M09,					The state of the s	Misure di prevenzione da				
		Sec. Co.						(Nulto, Basso, Medio, A	SINTETICO				
	Strategica -	Direttore UOC-	Responabile	FORMAZIONE -					Responsabili				

Struttura Responsabile				3 OU	UO FORMAZIONE						
Descrizione del processo				RIMBORSO SPE	RIMBORSO SPESA per eventi formativi	mativi					
INPLIT				0	DI PARTE						
OUTPUT				RIMB	RIMBORSO SPESE						
N* Processo	Esemplificazione del	Fattori Abilitanti (valu	outs			Indicatori			Misure di prevenzione da	GIUDIZIO	
	rischio	realtà organizzativa)		descrezionalità del processo	rilevanza	Valore	Impatto	Impatto	introdurre	(Nullo, Basso, Medio, Al	Kesponsabili
		assenza di misure trattamento del rischio	si								
		mancanza di trasparenza	9								
	etterroz dod	eccessiva regolamentazione, scarsa chiarezza normativa	15		0000						
	tipologia e ed	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità del processo da parte di pochi o di un soggetto	si	BASSO Si (E' parzialmente	NO						
7	si chiede il	Scarsa responsabilizzazione interna	9		(ii risultato del	MEDIO	BASSO	BASSO	M01, M02, M03,	0.00	90
	rimborso/false attestazioni dei	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	5 a s	Œ E	rivolto direttamente	Ŋ	ON	O _N	M09,M10,M11	BASSO	FORMAZIONE - Direttore UOC
	rimborsi	Inadeguata diffusione della cultura della legalità	2		ai dipendenti)						
		mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione	2								

