



DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

39 / 2019 del 31/01/2019

Oggetto: APPROVAZIONE DEL NUOVO PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA TRASPARENZA E DEL PROGRAMMA DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ 2019 – 2021 DI AREU



OGGETTO: APPROVAZIONE DEL NUOVO PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA TRASPARENZA E DEL PROGRAMMA DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ 2019 – 2021 DI AREU

vista la seguente proposta di deliberazione n. 46/2019, avanzata dal Direttore della Unità Struttura Complessa Affari Generali e Legali

IL DIRETTORE GENERALE

PREMESSO che con provvedimento deliberativo n. 2013/144, in adempimento a quanto prescritto dalla vigente normativa nazionale di riferimento, è stato nominato il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e dell'integrità, individuato nella persona del Dott. Andrea Albonico;

CONSIDERATO che con successivi provvedimenti deliberativi n. 2013/200, n. 2014/026, n. 2015/24, n. 2016/10, n. 2017/25 e n. 2018/25 sono stati adottati, rispettivamente, il Piano di prevenzione della corruzione e il Programma per la trasparenza e l'integrità di AREU per gli anni 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 e 2018;

PRESO ATTO che ai sensi dell'articolo n. 1, comma 8 della Legge n. 190/2012 l'aggiornamento del Programma triennale avviene con deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda entro il 31 gennaio di ogni anno;

VALUTATO l'aggiornamento per l'anno 2019 del Piano di prevenzione della corruzione e Programma per la trasparenza e l'integrità, predisposto dal Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e dell'integrità di AREU, allegato e parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

CONSIDERATO che la Direzione Strategica dell'Azienda ritiene di poter adottare così da renderlo efficace e avviare il relativo processo di applicazione all'interno dell'Azienda l'aggiornamento per l'anno 2019 del Piano di prevenzione della corruzione e Programma per la trasparenza e l'integrità;

PRESO ATTO della dichiarazione, di seguito allegata quale parte integrante e sostanziale della deliberazione, resa dal Proponente del procedimento che attesta la completezza, la regolarità tecnica e la legittimità del presente provvedimento;

ACQUISITI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo facente funzioni e del Direttore Sanitario facente funzioni, giusti provvedimenti deliberativi di nomina n. 10/2019 e n. 11/2019, resi per quanto di specifica competenza ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.;

DELIBERA

Per tutti i motivi in premessa indicati e integralmente richiamati:

1. Di approvare la revisione per l'anno 2019 del documento n. 94 "Piano di prevenzione della corruzione e il Programma per la trasparenza e l'integrità 2019 – 2021 di AREU", allegato quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di disporre che il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e dell'integrità provveda tempestivamente a trasmettere a tutti gli Organi, gli Organismi, le Strutture, gli Uffici e il personale di AREU, così da permetterne l'applicazione, il Piano di prevenzione della corruzione e del Programma per la

trasparenza e l'integrità 2019 – 2021 di AREU, nella versione aggiornata;

3. di disporre, cosicché lo stesso sia pienamente disponibile e consultabile da parte dei dipendenti/collaboratori e stakeholder di AREU, che il predetto Responsabile provveda a pubblicare sul portale web dell'AREU, all'interno della sezione "Amministrazione trasparente", la nuova versione del documento n. 94 "Piano di prevenzione della corruzione e il Programma per la trasparenza e l'integrità 2019 – 2021 di AREU";
4. di disporre che ogni nuovo dipendente/collaboratore dell'Azienda venga informato dalla S.C. Gestione e Sviluppo Risorse Umane dell'esistenza del predetto documento n. 94, le cui prescrizioni costituiscono parte integrante delle obbligazioni contrattuali/convenzionali sottoscritte con l'AREU;
5. di dare atto che dall'adozione del presente provvedimento non derivano oneri economici a carico del Bilancio Aziendale;
6. di dare atto che, ai sensi della L. n. 241/1990, responsabile del presente procedimento è il Dott. Andrea Albonico;
7. di disporre che vengano rispettate tutte le prescrizioni inerenti alla pubblicazione sul portale web aziendale di tutte le informazioni e i documenti richiesti e necessari ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i., c.d. Amministrazione Trasparente;
8. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento all'Albo Pretorio on line dell'Azienda, dando atto che lo stesso è immediatamente esecutivo (ex art. 32 comma 5 L. n. 69/2009 s.m.i. e art. 17 comma 6 L.R. n. 33/2009).



La presente delibera è sottoscritta digitalmente, ai sensi dell'art. 21 D.Lgs. n. 82/2005 e s.m.i., da:

Il Direttore Amministrativo Luca Filippo Maria Stucchi

Il Direttore Sanitario Claudio Mare

Il Direttore Generale Alberto Zoli

Il/La proponente del provvedimento Andrea Albonico

DOCUMENTO 94

PIANO
DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
E
PROGRAMMA
PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ

2019 – 2021

© Copyright 2019



“La cultura della prevenzione della corruzione deve diventare parte integrante della cultura organizzativa dell’Ente”.

Sommario

Note Legali.....	6
Premessa	7
Organizzazione e funzioni dell'AREU	9
I valori guida	12
La comunicazione	13
Il contesto e le principali funzioni svolte da AREU.....	13
Il sistema di Emergenza Urgenza Extraospedaliera	13
Il territorio e i mezzi di soccorso	15
Il personale e i comportamenti organizzativi.....	15
Il coordinamento delle attività trasfusionali.....	16
Il trasporto di organi, tessuti ed équipe sanitarie	17
Il Servizio NUE 112.....	18
Numero Unico 116117.....	19
PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	20
Nozione di “corruzione”	21
I soggetti che partecipano al sistema dei controlli.....	23
Direttore Generale	23
Responsabile della prevenzione della corruzione	24
Dirigente	25
Collegio Sindacale.....	25
Nucleo di Valutazione delle Prestazioni.....	25
Ufficio Procedimenti Disciplinari	28
Internal Auditing	28
Dipendente	28
Collaboratore (a qualsiasi titolo compresi i Direttori aziendali)	29
Il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)	29
Il Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio	30
Sistema Regionale.....	31
Responsabile della prevenzione della corruzione	32
Compiti	32

Procedura condivisa per l'aggiornamento, l'adozione e il monitoraggio del Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	34
Poteri di vigilanza del Responsabile	35
Rilevazione delle aree a rischio e attività conseguenti	35
Obiettivi e rationale	36
Materiali e metodi	36
Processi analizzati	40
Segnalazione di fatti illeciti o di fatti anomali.....	42
Personale	42
Selezione	42
Formazione	43
Rotazione del personale	44
Incompatibilità.....	47
Svolgimento di incarichi d'ufficio - attività e incarichi extra-istituzionali	48
Conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti (pantouflage – revolving doors)	49
Incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali.....	49
Svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors)	50
Conflitto di interesse	51
Astensione in caso di conflitto di interesse.....	53
Sponsorizzazioni	54
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione	54
Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito - whistleblower.....	56
Anonimato.....	57
Segnalazione di condotte illecite – Whistleblowing	58
Divieto di discriminazione nei confronti del whistleblower	60
Sottrazione al diritto di accesso	60
Patti di integrità	60
Pubblicità del Piano per la prevenzione della corruzione	61
Codice di comportamento dei dipendenti pubblici.....	61

PROGRAMMA PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ	63
Introduzione	63
Nozione di "trasparenza"	64
Responsabile per la trasparenza e l'integrità.....	66
Compiti	66
Procedimento di elaborazione e adozione del Programma	67
Adozione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità	68
Strutture coinvolte nell'attuazione del Programma	69
Responsabili per la pubblicazione dei dati.....	69
Dati da pubblicare	70
Durata della pubblicazione.....	71
Requisiti dei dati pubblicati	71
Forma dei dati di tipo aperto	71
Pubblicità del Programma della trasparenza e dell'integrità	72
Iniziative di comunicazione della trasparenza.....	72
Processo di attuazione del programma.....	73
Monitoraggio interno	73
Monitoraggio del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni	73
Posta Elettronica Certificata (PEC)	74
Accesso civico	74
Registro degli accessi	76
Ulteriori dati	77
Sigle e acronimi utilizzati nel documento.....	78
ALLEGATO 1 - Processi analizzati.....	79
ALLEGATO 2 - Sponsorizzazioni	108



Note Legali

La presente documentazione è prodotta e di proprietà dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza – AREU e ne è vietata la riproduzione al pubblico.

La riproduzione (completa o parziale), l'inoltro (elettronico o mediante altri mezzi), la modifica, il collegamento o l'utilizzo delle informazioni di ogni tipo contenute nel presente documento sono consentiti solo previo consenso scritto dell'AREU. Il materiale è inteso a esclusivo uso personale.

È consentito scaricare, memorizzare, stampare o riprodurre in altro modo singole pagine e/o parti della documentazione a condizione che non venga rimossa la menzione del diritto d'autore né vengano apportate modifiche al documento. Tutti i diritti di proprietà e d'uso competono all'AREU, la quale potrà negare questo consenso in qualsiasi momento.

Premessa

La legge 6 novembre 2012, n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" prevede per le pubbliche amministrazioni una serie di adempimenti e l'adozione di un meccanismo di controllo interno finalizzati a monitorare e a prevenire i fenomeni di corruzione e illegittimità.

AREU si è dotata, dall'ottobre 2013, un proprio Piano di prevenzione della corruzione, annualmente aggiornato.

Nel presente documento il concetto di corruzione viene rappresentato in senso lato, omnicomprensivo di tutte le diverse situazioni in cui, nel corso dell'attività svolta in Azienda, potrebbe riscontrarsi un abuso da parte di un soggetto appartenente all'amministrazione, o con essa collaborante, nell'ambito del potere esercitato. Le situazioni rilevanti sono quindi più ampie della fattispecie penalistica, di quella disciplinata dall'articolo 2635 del codice civile (corruzione tra privati) e sono tali da comprendere non solo l'intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione (disciplinati nel Titolo II Capo I-II del codice penale) ma anche le situazioni in cui venga evidenziato un malfunzionamento dell'Azienda a causa di un distorto uso delle funzioni attribuite e svolte dai dipendenti e collaboratori, a qualsiasi titolo, di AREU.

Il fine del presente documento è quello di concorrere alla prevenzione del fenomeno dell'illegalità consistente nello sviamento di potere per fini illeciti mediante la strumentalizzazione oggettiva e soggettiva dell'ufficio pubblico tramite l'aggiramento fraudolento delle norme e più in generale lo sviamento delle funzioni e risorse pubbliche.

In relazione alle diverse disposizioni in materia di trasparenza intesa quale strumento di lotta all'illegalità e alla corruzione, l'AREU ha integrato, sin dalla prima versione adottata, nel Piano di prevenzione della corruzione anche il Programma per la trasparenza e l'integrità, ciò per dare piena attuazione anche ai principi di trasparenza e certezza delle proprie procedure, di qualità e imparzialità della propria attività, nonché di efficacia ed economicità della gestione delle risorse assegnate, che rappresentano i principali valori di riferimento dell'azione dell'Azienda.

La "trasparenza", infatti, è intesa come elemento di completezza, chiarezza e accessibilità delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività svolta dall'Amministrazione Pubblica, e quindi parte strettamente legata alla prevenzione della corruzione.

Nel presente documento vengono utilizzati un ridotto numero di acronimi, così da rendere lo stesso maggiormente fruibile e intellegibile anche da parte di soggetti non addetti ai lavori.

Il presente Piano e Programma è aggiornato sulla "rotta" di quanto indicato da ANAC.



Il Piano è anche uno strumento di programmazione strategica per la prevenzione dei fenomeni corruttivi e, in senso lato, finalizzato a prevenire situazioni di malfunzionamento dell'attività dell'amministrazione.

Le misure di prevenzione programmate nel presente Piano sono sviluppate e declinate anche nel piano Internal Audit e, a decorrere dall'anno 2018, concorreranno progressivamente a far parte del processo di programmazione aziendale (budget) e successivamente con il processo di assegnazione degli obiettivi individuali assegnati al personale di AREU.

Organizzazione e funzioni dell'AREU

L'AREU è stata istituita dalla Regione Lombardia con Legge Regionale n. 32 del 12.12.2007 "Istituzione dell'Azienda Regionale dell'Emergenza Urgenza, modifiche e integrazioni alla legge regionale 11 luglio 1997, n. 31 (Norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali)", successivamente abrogata e sostituita dalla Legge Regionale del 30.12.2009 n. 33 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità".

Quest'ultima norma regionale è stata aggiornata con Legge Regionale del 11.08.2015 n. 23 "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)", nella quale all'articolo 1, comma 1 lettera v) ha novellato il testo dell'articolo dedicato all'AREU (art. 16 L.R. n. 33/2009), consolidando le funzioni "storiche" attribuite all'Azienda e assegnandone nuove.

L'AREU è stata attivata dalla Giunta Regionale Lombardia con deliberazione n. 6994 del 02.04.2008 "Attivazione dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU) in attuazione della legge regionale n. 32/2007".

L'Azienda regionale emergenza urgenza (AREU) è dotata di personalità giuridica di diritto pubblico, avente autonomia patrimoniale, organizzativa, gestionale e contabile. Rientra tra gli enti del servizio sanitario regionale e, nell'ambito dei LEA, deve garantire su tutto il territorio regionale lo svolgimento e il coordinamento intraregionale e interregionale delle funzioni sanitarie a rete.

Con la Legge regionale 11 agosto 2015, n. 23, recante: "Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità), ed in particolare con l'art. 16 l'Azienda ha avuto un ulteriore sviluppo e stabilizzazione delle proprie funzioni.

Per effetto della citata L.R. n. 23/2015 (e delle ulteriori e successive modifiche disposte) la *mission* è di garantire, nel territorio della Regione:

- l'indirizzo, il coordinamento e il monitoraggio dell'attività di emergenza-urgenza extraospedaliera (118);
- il coordinamento delle attività trasfusionali dei flussi di scambio e compensazione di sangue, emocomponenti ed emoderivati;
- il coordinamento logistico delle attività di prelievo e di trapianto di organi e tessuti;
- l'operatività del servizio numero unico emergenza (NUE) 112 sul territorio lombardo e, in ottemperanza alla relativa direttiva europea;
- il coordinamento dei trasporti sanitari e sanitari semplici come disciplinati dalla Regione anche finalizzati al rientro nel territorio regionale per il completamento delle

cure;

- l'attivazione, secondo le indicazioni regionali e in collaborazione con le ATS competenti, del numero unico armonico a valenza sociale per le cure mediche non urgenti (116117).



	Soccorso sanitario extraospedaliero in emergenza urgenza
	Attività di scambio e compensazione di sangue ed emocomponenti
	Coordinamento del trasporto di organi, tessuti e di equipe nelle attività di prelievo e trapianto
	Operatività dei Call Center Laici Numero Unico Emergenza (NUE) 112 sul territorio regionale
	Coordinamento dei Trasporti sanitari e sanitari semplici
	Attivazione del Numero unico armonico a valenza sociale per le cure mediche non urgenti

Inoltre, per le funzioni delegate, l'Azienda:

- svolge un supporto tecnico-specialistico nei confronti della Giunta regionale;
- svolge le funzioni di referente tecnico regionale nei confronti dei referenti tecnici delle altre Regioni, pubbliche amministrazioni e nei confronti del Ministero della Salute;
- esercita attività di coordinamento definita nei rapporti convenzionali con gli altri enti del servizio sanitario regionale, esercitando una funzione di indirizzo e monitoraggio;
- promuove il coinvolgimento dei soggetti del terzo settore in attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale.

L'AREU realizza gli obiettivi sopracitati attraverso:

- una struttura centrale di direzione (Direzione AREU) che ha come obiettivo

principale la gestione delle risorse aziendali per raggiungere gli obiettivi assegnati;

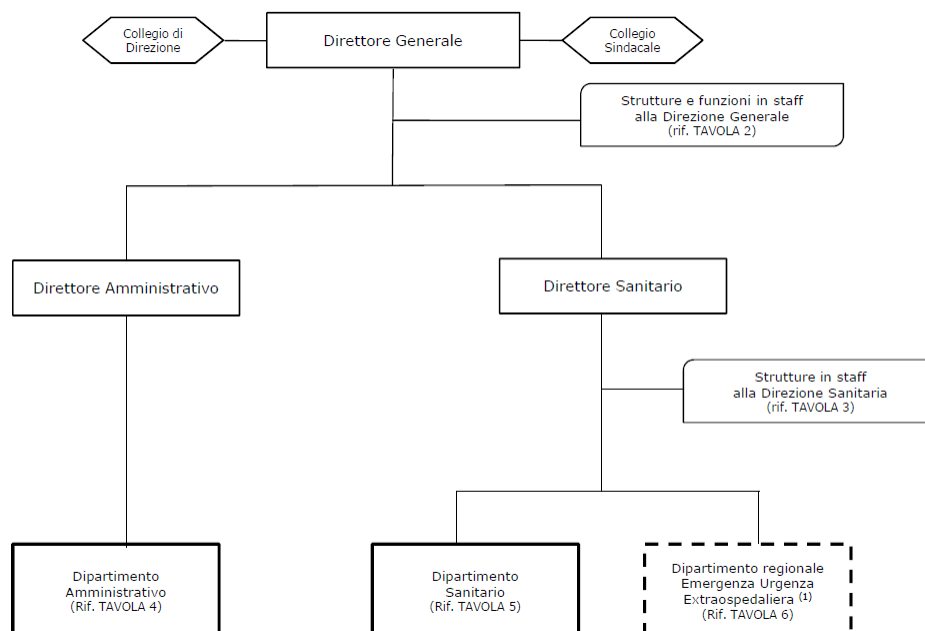
- molteplici strutture periferiche presenti sul territorio regionali che svolgono specifiche funzioni.

Uno dei caposaldi sul quale si basa l'attività dell'AREU, descrivendone dettagliatamente i rapporti istituzionali e la struttura aziendale (Organi, Direzione, organismi interni di supporto), è il Piano di Organizzazione Aziendale Strategico (POAS), approvato dalla Giunta regionale con propria deliberazione n. X/6249 del 20.02.2017, pubblicato e consultabile sul portale web aziendale.

Il POAS rappresenta uno dei cardini per poter procedere a una fattiva applicazione del disposto della Legge n. 190/2012.

A supporto della Direzione Strategica, sono presenti presso la sede direzionale una tecnostruttura che opera in line o staff alla medesima, con lo scopo di coadiuvare la Direzione nella realizzazione degli obiettivi predefiniti e di supportare le strutture periferiche nella realizzazione delle funzioni offrendo consulenza tecnico organizzativa.

L'organigramma dell'Azienda secondo il POAS 2016-2018 approvato con DGR n. X/6249/2017 è il seguente:



L'AREU è una realtà articolata, complessa e unica nel contesto sanitario regionale e nazionale, rappresenta, in relazione alla realtà sanitaria, un'azienda strutturata con un modello innovativo. Sul medesimo modello è stata (ottobre 2017) attivata l'Azienda Regionale per l'Emergenza-Urgenza della Sardegna (AREUS).

Nel contesto regionale occorre tenere in considerazione, altresì, che l'autonomia organizzativa e gestionale delle aziende sanitarie è stata oggetto, da parte di Regione

Lombardia, di una sensibile ridimensionamento a favore di una maggiore integrazione delle stesse, processo concretizzatosi con la Legge Regionale n. 30/2006, che ha istituito il "Sistema Regionale" (composto da: Regione, enti e aziende istituite da Regione, enti del Servizio Sanitario Regionale e le società regionali). In tale contesto l'integrazione delle attività tra gli Enti del sistema regionale è finalizzato a massimizzare l'attività di programmazione, controllo e razionalizzazione delle risorse presenti e messe in campo in Regione.

L'AREU ha sede in Via Alfredo Campanini n. 6 – 20124 Milano (codice fiscale 03128170135).

Il sito web istituzionale è consultabile al seguente url: www.areu.lombardia.it e l'indirizzo di posta elettronica certificata è: protocollo@pec.areu.lombardia.it

I valori guida

I valori ai quali si orienta l'intera organizzazione aziendale sono i seguenti.

Centralità del cittadino

L'AREU ritiene fondamentale sviluppare e gestire le attività ponendo al centro le esigenze e i bisogni del cittadino

Flessibilità e dinamicità

L'AREU ritiene fondamentale promuovere uno stile di lavoro flessibile, dinamico e orientato al raggiungimento degli obiettivi, al fine di favorire e supportare l'evoluzione organizzativa del sistema.

Efficienza organizzativa

L'AREU si impegna a ricercare il miglior assetto organizzativo e gestionale al fine di ottimizzare l'utilizzo delle risorse umane, economiche e tecnologiche e per sfruttare le sinergie tra le diverse attività aziendali.

Trasparenza

L'AREU si impegna a gestire in modo trasparente le scelte strategiche e i progetti di sviluppo relativi all'attività svolta.

Miglioramento della qualità

L'AREU si impegna a gestire le attività aziendali utilizzando strumenti di miglioramento continuo della qualità.

Qualificazione professionale

L'AREU si impegna a promuovere, ad ogni livello, le opportunità di qualificazione e sviluppo professionale degli operatori, attraverso la realizzazione di programmi di



formazione e aggiornamento finalizzati alla valorizzazione e responsabilizzazione degli stessi, con l'obiettivo di ottenere una costante evoluzione della loro professionalità a beneficio del sistema.

Collaborazione

L'AREU ritiene fondamentale ricercare forme di collaborazione con i soggetti che operano nel sistema e partecipare alle iniziative promosse a livello locale, regionale e nazionale in attuazione di specifici progetti e di programmi di coordinamento delle attività di competenza.

In particolare, in ossequio al principio di sussidiarietà orizzontale sancito dalla Costituzione e recepito dalla normativa vigente, l'AREU riconosce il ruolo strategico del Terzo settore che costituisce, da sempre, componente fondamentale della realtà lombarda.

Pari opportunità

L'AREU si impegna a garantire la partecipazione di donne e uomini a tutti i livelli e settori dell'attività aziendale; promuove la cultura delle pari opportunità e il rispetto della dignità della persona nel contesto lavorativo.

La comunicazione

Nell'ambito dell'AREU, l'attività di comunicazione si basa sulla convinzione che il processo di comunicazione non è rappresentato dalla sola esigenza di "dare notizie" ma è parte integrante dei processi decisionali della Direzione aziendale e può coinvolgere e orientare i cittadini e le Istituzioni verso l'appropriata fruizione dei servizi erogati dall'Azienda.

L'attivazione di percorsi di comunicazione rivolti agli operatori del sistema, alle Istituzioni, ai cittadini e ai media gioca un ruolo strategico nell'ambito dei cambiamenti organizzativi e alla luce dei progetti innovativi su cui l'Azienda è impegnata.

Tali percorsi, che tengono conto sia dello scenario regionale sia delle specifiche realtà locali, utilizzano tutti gli strumenti comunicativi disponibili con particolare attenzione all'introduzione e all'utilizzo dei social a livello di comunicazione istituzionale (account Twitter e canale YouTube dedicato).

Il contesto e le principali funzioni svolte da AREU

Il sistema di Emergenza Urgenza Extraospedaliera

La fotografia del sistema di emergenza urgenza sanitaria, a livello nazionale, mostra diversi sistemi "118": ogni Regione ha realizzato, infatti, un servizio di emergenza sanitaria con sistemi organizzativi, e percorsi formativi, a volte significativamente diversi, pur in



presenza di una specifica normativa di riferimento.

L'obiettivo da raggiungere è rappresentato dalla realizzazione di un sistema di soccorso sanitario di emergenza urgenza efficace e strettamente integrato con le realtà ospedaliere del territorio, al fine di garantire al cittadino la continuità dell'assistenza: ciò richiede una serie di interventi non solo dal punto di vista operativo-organizzativo, ma anche sul piano culturale, formativo, professionale.

In questo quadro si colloca, in Lombardia, l'attivazione dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza che rappresenta, nella realtà sanitaria, un'azienda strutturata con un modello innovativo, per alcuni aspetti molto simile a una società holding di diritto privato, con una popolazione di riferimento di circa 10 milioni di abitanti.

Per lo svolgimento della propria attività, infatti, l'AREU si relaziona, con rapporti funzionali ed economico finanziari, con 29 Aziende Sanitarie regionali e con la società civile (Enti, Associazioni di soccorso, Cooperative sociali, Onlus e loro organismi rappresentativi), secondo il principio di sussidiarietà orizzontale.

I rapporti di AREU con le Aziende Sanitarie della Regione Lombardia sono regolati da convenzioni (definite con D.G.R. n. 3591 del 6 giugno 2012), nelle quali vengono descritte le "regole del gioco" e i fattori produttivi (risorse umane, beni e servizi ...) che le stesse Aziende devono fornire ad AREU per lo svolgimento delle attività e il mantenimento del servizio.

Fortemente innovativa è stata l'istituzione, con il POAS 2017-2020 del DRIEU (Dipartimento Regionale Interaziendale Emergenza Urgenza) che vede l'AREU capofila mettere in rete i Dipartimenti di Emergenza Urgenza delle ASST/Fondazioni IRCCS Regionali al fine di rendere sempre più omogeneo e integrato il Sistema dell'Emergenza Urgenza sia Extra sia Intra Ospedaliero in Lombardia.

I rapporti tra AREU e gli Enti, le Associazioni di soccorso, le Cooperative sociali e le Onlus che garantiscono la risposta al fabbisogno di soccorso sanitario di base sul territorio regionale (Mezzi di Soccorso di Base), sono fissati da regole convenzionali dedicate. I soggetti operanti nell'ambito del servizio sanitario extraospedaliero sono individuati tramite avvisi selettivi pubblici riservati ai soggetti del terzo settore.

Il territorio e i mezzi di soccorso

Al fine di realizzare un'organizzazione del servizio di soccorso di emergenza extraospedaliero ancora migliore, la Direzione AREU analizza, a cadenze prefissate, i volumi di attività delle Sale Operative Regionali di Emergenza Urgenza (SOREU), i tempi di intervento, i motivi che generano gli eventi di soccorso (es. eventi medici, incidenti stradali, eventi violenti ...), i codici di gravità associati, le Strutture di destinazione dei Pazienti trasportati.

Queste analisi consentono di effettuare un monitoraggio dell'attività dei mezzi di



soccorso, con l'obiettivo di disegnare una distribuzione più funzionale degli stessi, sia dal punto di vista del numero che della tipologia.

L'obiettivo prefissato è un'operatività sempre più flessibile dei mezzi di soccorso su gomma, basata non più esclusivamente su postazioni fisse, ma su posizioni baricentriche degli stessi in relazione alle rispettive aree di competenza, secondo un concetto di gestione dinamica del servizio, che consenta di garantire interventi più tempestivi e omogenei sul territorio.

Il personale e i comportamenti organizzativi

Al fine di migliorare il soccorso extraospedaliero e omogeneizzare lo stesso sul territorio regionale, AREU pone attenzione:

- allo sviluppo dei percorsi formativi delle équipes di soccorso (personale sanitario e tecnico, soccorritori);

- alla standardizzazione dei comportamenti organizzativi, gestionali e operativi nell'ambito dell'intera Azienda.

L'AREU considera la formazione e l'aggiornamento scientifico leve strategiche indispensabili per lo sviluppo professionale degli operatori del sistema emergenza urgenza: esse sono garanzia di qualità delle prestazioni rese ai cittadini, oltre che importante elemento motivazionale e di miglioramento. Per questo motivo, all'interno dell'AREU, la formazione riveste un ruolo essenziale e ad essa vengono destinate importanti risorse umane e economiche.

Per consentire un razionale funzionamento degli "ingranaggi" del sistema, AREU, inoltre, persegue e promuove l'identificazione e la condivisione di comportamenti organizzativi da adottare e l'individuazione di obiettivi precisi a cui tendere.

Il coordinamento delle attività trasfusionali

Negli ultimi anni, le attività trasfusionali sono state oggetto di un'ampia produzione normativa, comunitaria e nazionale, cui è seguita un'attenta programmazione regionale finalizzata a realizzare il Sistema Sangue Regionale e il mantenimento dell'autosufficienza di sangue, emocomponenti ed emoderivati anche attraverso il lavoro sinergico di tutti gli attori coinvolti nel processo donazione-trasfusione, ovvero le istituzioni, gli operatori sanitari e le Associazioni di volontariato.

Obiettivo di Regione Lombardia è mantenere costantemente monitorati gli standard di autosufficienza e i livelli di sicurezza, attraverso:

- la previsione di modelli organizzativi in grado di garantire elevata capacità in termini di esperienza professionale e di innovazione tecnologica;
- il miglioramento della qualità e della sicurezza delle attività trasfusionali tramite la valutazione dell'efficienza e dell'efficacia delle organizzazioni coinvolte.

A tali fini, con D.G.R. n. 3825 del 25 luglio 2012, è stata istituita la Struttura Regionale di Coordinamento (SRC). Tale Struttura è stata inserita nell'assetto organizzativo della Direzione AREU.

La SRC è il riferimento regionale per il Centro Nazionale Sangue, per la Consulta nazionale e per i tavoli tecnici interregionali incaricati di approfondire tematiche in materia di attività trasfusionali.

La SRC coordina la Conferenza Scientifica dei Dipartimenti di Medicina Trasfusionale e di Ematologia (DMTE) che è l'organismo consultivo regionale sulle attività trasfusionali.

La SRC svolge le proprie funzioni nel pieno rispetto degli indirizzi e degli obiettivi assegnati dalla Direzione Generale Sanità e dalla Direzione Strategica AREU.

Restano in capo alle ATS (le ex ASL) le funzioni di controllo dei requisiti di accreditamento delle Strutture trasfusionali, e alle ASST (le ex Aziende Ospedaliere) e

alle Fondazioni IRCCS la direzione e la gestione delle strutture trasfusionali inserite nei propri POA.

Per adempiere ai propri fini istituzionali, la SRC si relaziona con le altre Strutture facenti parte del Sistema trasfusionale regionale:

- i Dipartimenti di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale ed Ematologia (DMTE) che svolgono compiti di coordinamento delle attività trasfusionali sul territorio di specifica competenza;
- i Servizi di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale (SIMT), e loro articolazioni, a cui è affidato il compito di svolgere le attività di medicina trasfusionale ai sensi della Legge n. 219 del 21 ottobre 2005;
- le Unità di raccolta associative e le loro articolazioni organizzative che svolgono le funzioni attribuite ai sensi della Legge n. 219 del 21 ottobre 2005.

Le Associazioni e Federazioni dei donatori e donatrici di sangue, plasma e di cordone ombelicale svolgono funzioni di promozione dello sviluppo della donazione volontaria, anonima, non remunerata e organizzata di sangue, emocomponenti, midollo osseo e cellule staminali emopoietiche, nonché della promozione della salute dei donatori; ad esse la Regione riconosce un ruolo fondamentale e insostituibile.

Anche per questo motivo, l'AREU ha attivato la Consulta delle Organizzazioni e delle Federazioni di donatori di sangue, plasma e di cordone ombelicale (Consulta del buon uso del sangue) maggiormente attive e rappresentative sul territorio regionale, attribuendo ad essa funzione consultiva e propositiva in tema di programmazione e organizzazione delle attività trasfusionali regionali.

Il trasporto di organi, tessuti ed équipe sanitarie

L'attività di coordinamento del trasporto di organi e tessuti e il trasferimento delle équipe chirurgiche per i prelievi d'organo costituisce una tappa cruciale per l'assetto organizzativo del sistema nazionale dei trapianti. La conferenza permanente Stato-Regioni del 21 dicembre 2006 ha, inoltre, incluso in questa funzione di coordinamento, il trasporto dei pazienti riceventi in occasione della convocazione al trapianto.

La gestione operativa di tale attività compete alle Regioni: esse individuano una struttura sul territorio munita di Centrale Operativa h 24 che, qualora fosse un organismo diverso dal Centro Regionale Trapianti (CRT) o Centro Interregionale Trapianti (CIR), opera in stretto riferimento con gli stessi.

La Regione Lombardia ha individuato nel CIR del Nord Italia Transplant program (NITp) la Struttura Regionale di riferimento per gli aspetti organizzativi e nell'AREU la propria Struttura di coordinamento dell'attività di trasporto di organi, tessuti ed équipe chirurgiche.



Tale funzione, svolta attualmente dalla SOREU (Sala Operativa Regionale Emergenza Urgenza) Metropolitana (che ha sede a Milano), è stata attivata dal 1 maggio 2010 con gli obiettivi di integrare la rete dell'emergenza e quella dei trapianti, migliorare l'efficienza del sistema, rendendolo omogeneo sul territorio regionale e favorire il perseguimento di risultati di maggiore qualità attraverso l'utilizzo corretto delle risorse umane e materiali messe a disposizione.

La SOREU Metropolitana costituisce la sede esclusiva per le attività di:

- ricezione centralizzata delle richieste di trasporto avanzate dal CIR del NITp;
- gestione centralizzata delle richieste mediante comunicazioni rapide e tracciabili, affidate ad una rete telefonica, un collegamento radio e un data base dedicato all'attività di trasporto organi e trasferimento équipe chirurgiche;
- individuazione ed attivazione dei mezzi (auto e/o aereo e/o elicottero) più appropriati per l'espletamento delle missioni.

Per l'esecuzione delle attività di trasporto di équipe, organi e tessuti, AREU si può avvalere del supporto operativo di Associazioni di Volontariato e di società specializzate nei trasporti sanitari con consolidata esperienza, che operano con mezzi veloci e conformi alla normativa vigente.

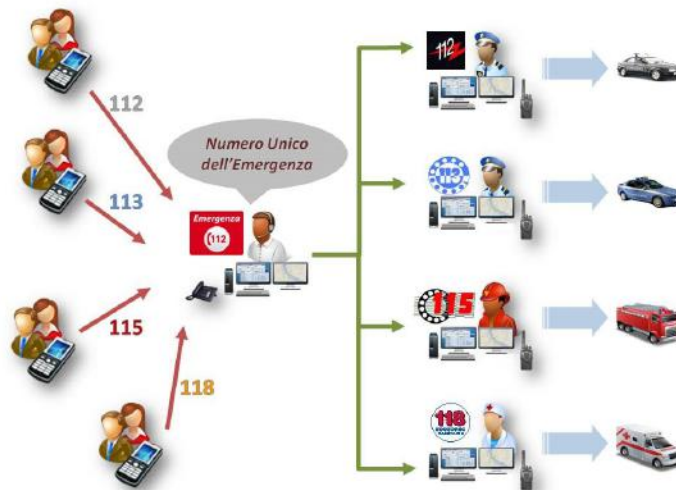
Il Servizio NUE 112

Il contributo, in termini di competenze manageriali, dell'attività svolta dalla Struttura Complessa NUE 112 si concretizza nell'elaborazione progettuale e strategica delle azioni atte a garantire:

- lo sviluppo, mantenimento e il miglioramento delle performances del NUE 112;
- la standardizzazione dell'operatività delle tre Centrali Uniche di Risposta (CUR) NUE 112, con particolare attenzione alle modalità di accesso e di risposta al cittadino;
- la collaborazione attiva con i PSAP 2 (Emergenza Sanitaria, Arma dei Carabinieri, Polizia di Stato e Vigili del Fuoco) al fine di migliorare le modalità gestionali di presa in carico delle chiamate di emergenza;
- il supporto agli Enti Regionali preposti all'attivazione delle CUR NUE 112 sul territorio nazionale, per quanto concerne la formazione e la selezione del personale e l'affiancamento operativo.



Di seguito si rappresenta il flusso della chiamata di soccorso effettuata al Servizio NUE 112:



Numero Unico 116117

Consolidata in AREU, la gestione della Centrale Operativa di Continuità Assistenziale (COCA) sita presso l'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda. Tale Centrale Operativa riceve le chiamate per la Continuità Assistenziale provenienti dalle Province di Mantova e Cremona e, dal mese di dicembre 2016, anche dalla Provincia di Milano.

La Giunta di Regione Lombardia con propria deliberazione n. X/7600/2017 ha incaricato AREU di formulare una soluzione unitaria per prevedere la concentrazione presso un'unica Centrale Operativa Integrata (da C.O.C.A. a C.O.I.) anche del coordinamento e dell'organizzazione dei trasporti sanitari semplici (Dializzati) e sanitari (inter-ospedalieri ed intra-ospedalieri) di tutta la Regione, soluzione che è stata presentata da AREU e recepita dalla Giunta regionale con proprio provvedimento deliberativo n. XI/373/2018.

PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Il Piano Nazionale Anticorruzione, in un'ottica di semplificazione, ha precisato la necessità di unificare in un solo strumento il Piano triennale di prevenzione della corruzione e il Programma triennale della trasparenza e dell'integrità.

Il presente Documento è adottato nel contesto della normativa inerente la prevenzione della corruzione e la trasparenza, che si intende integralmente richiamata e che costituisce il quadro degli obblighi che l'Azienda, e tutti i suoi dipendenti e collaboratori a qualsiasi titolo, deve applicare in tutte le attività:

- Legge 06.11.2012 n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- Decreto Legislativo 14.03.2013 n. 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- Decreto Legislativo 08.04.2013, n. 39 "Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190";
- Decreto del Presidente della Repubblica 16.04.2013 n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del D.Lgs. 30.03.2001, n.165";
- Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) approvato con delibera CIVIT n. 72 del 11.09.2013;
- Aggiornamento del PNA – Determinazione ANAC n. 12 del 28.10.2015;
- PNA 2016 – Delibera ANAC n. 831 del 04.08.2016;
- PNA 2017 – Delibera ANAC n. 1208 del 22.11.2017;
- D.Lgs. 18.04.2016, n. 50 (Nuovo codice dei contratti);
- D.Lgs. 25.05.2016 n. 97 "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33";
- Legge 16.01.2019 n. 3 "Misure per il contrasto dei reati contro la pubblica amministrazione, nonché in materia di prescrizione del reato e in materia di trasparenza dei partiti e movimenti politici".

Rileva chiarire che il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) è atto generale di indirizzo rivolto a tutte le amministrazioni e fornisce ulteriori indicazioni sul contenuto del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione. In particolare, il Piano assume un valore programmatico ancora più incisivo, dovendo necessariamente prevedere gli obiettivi strategici per il contrasto alla corruzione fissati dall'organo di indirizzo. L'elaborazione del presente Piano presuppone, dunque, il diretto coinvolgimento del vertice

dell'Azienda in ordine alla determinazione delle finalità da perseguire per la prevenzione della corruzione, decisione che è elemento essenziale del Piano stesso e dei documenti di programmazione strategico-gestionale.

Al pari altro contenuto essenziale del Piano riguarda la definizione delle misure per l'attuazione effettiva degli obblighi di trasparenza. Devono essere chiaramente identificati i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati, dei documenti e delle informazioni.

La violazione da parte dei dipendenti di AREU delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare.

Nozione di “corruzione”

Ai fini del presente Piano il concetto di corruzione è inteso in senso lato, così come specificato anche nella Circolare n. 1/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica e nel PNA 2015, e pertanto comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere “pubblico” a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati. Le situazioni rilevanti sono quindi evidentemente più ampie della fattispecie penalistica, disciplinata nei seguenti articoli:

- a) 317 (reato di concussione);
- b) Reati di corruzione:
 - 1) 318 (corruzione per l'esercizio della funzione);
 - 2) 319 (corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio);
 - 3) 319-bis (aggravanti specifiche);
 - 4) 319-ter (corruzione in atti giudiziari);
 - 5) 319-quater (induzione indebita a dare o promettere utilità);
 - 6) 320 (corruzione di persona incaricata di pubblico servizio);
 - 7) 321 (pene per il corruttore);
 - 8) 322 (istigazione alla corruzione);
 - 9) 322-bis (peculato, concussione, corruzione e istigazione alla corruzione di membri e funzionari C.E.);
- c) 346-bis (traffico di influenze illecite);

e da quanto previsto nel codice civile all'articolo 2635 in tema di corruzione tra privati.

Devono, pertanto, essere ricomprese tutte le situazioni in cui venga evidenziato un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite ovvero l'inquinamento dell'azione amministrativa *ab externo*, sia che tale azione abbia successo sia nel caso in cui rimanga a livello di tentativo.

Assumono pertanto rilevanza, ai fini dell'applicazione del Piano, gli atti adottati, anche di natura endoprocedimentale, i rapporti tra colleghi e uffici con i soggetti esterni

all'Azienda.

Ne deriva l'imprescindibile principio che l'azione e l'attività amministrativa devono sempre basarsi sul principio di legalità, inteso nella sua accezione più ampia, comprendente tutti i comuni principi intrinseci del corretto agire e dell'ordinaria diligenza.

Il Piano di prevenzione della corruzione costituisce atto sovraordinato a ogni altro atto o provvedimento dell'Azienda, fatta eccezione per i provvedimenti soggetti ad approvazione da parte degli organi regionali. Le disposizioni e i principi in esso contenuti, pertanto, possono comportare la modifica di altri atti o provvedimenti aziendali nel caso in cui si pongano in contrasto con il dettame del Piano stesso.

Tutto ciò premesso è necessario focalizzare e confermare che in AREU vige l'imprescindibile convinzione, e dato di fatto, che le risorse umane rappresentano il più grande patrimonio dell'Azienda e ne costituiscono il vero "motore".

Tale presupposto è confermato attraverso il pieno e costante coinvolgimento, a ogni livello, di tutti i propri dipendenti e i collaboratori nella condivisione degli obiettivi, nonché nella tutela e promozione dei valori quali, ad esempio, onestà – integrità – imparzialità – equità – riservatezza – dedizione – responsabilità – rispetto, cosicché l'Azienda possa offrire un servizio pubblico veramente "degnò" di questo nome a tutti i propri stakeholder (portatori di interesse) esterni e interni.

L'AREU ribadendo i principi contenuti nel codice penale e nel proprio codice di comportamento del dipendente pubblico che vietano ogni forma di corruzione, anche indiretta, e di illegalità che possa anche includere per sé o per altri:

- omaggi e regali;
- spese (a titolo esemplificativo e non esaustivo: pasti, trasporti, viaggi);
- utilizzo di beni o servizi dell'Azienda per fini personali;
- opportunità di lavoro;
- contributi, quali ad esempio sponsorizzazioni;
- sconti o crediti personali o facilità di pagamento;
- assistenza e supporti variamente intesi;
- altre utilità, vantaggi diversi e facilitazioni.

Con l'adozione del presente Piano si prefigurano specifiche azioni di intervento nel triennio, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- adozione di protocolli attuativi e controlli interni dei processi aziendali;
- monitoraggio di appalti di lavori, di servizi e forniture e concessioni, così come i rapporti con i fornitori/appaltatori;
- introduzione dello strumento dei "Patti di integrità", che dovranno essere sottoscritti dai concorrenti delle procedure di gara con espressa previsione di

esclusione immediata, in caso di violazione (ex comma 17, articolo 1 Legge n. 190/12);

- approfondimento e monitoraggio delle procedure e dei processi interni quali, ad esempio, selezione e formazione del personale, acquisto di beni e servizi.

Nell'ambito dell'applicazione del Piano sono tutelate e sostenute le segnalazioni di rischio o di illiceità o di negligenza che perverranno al Responsabile della prevenzione della corruzione, così da rendere il Piano stesso strumento efficace ed efficiente nella prevenzione della corruzione in Azienda.

Vige in capo a tutti i dipendenti, i comandati e i collaboratori a qualsiasi titolo di AREU l'obbligo di effettuare tempestivamente le predette segnalazioni.

Nonostante la previsione normativa concentri la responsabilità per il verificarsi di fenomeni corruttivi in capo al Responsabile per la prevenzione, tutti i dipendenti coinvolti nell'attività amministrativa mantengono, ciascuno, il personale livello di responsabilità in relazione ai compiti effettivamente svolti.

Inoltre, al fine di realizzare un'efficace azione di prevenzione, l'attività del Responsabile deve essere strettamente collegata e coordinata con quella di tutti i soggetti presenti nell'organizzazione dell'amministrazione.

I soggetti che partecipano al sistema dei controlli

I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno dell'AREU sono:

Direttore Generale

Il Direttore Generale è un Organo dell'Azienda.

Assolve i seguenti compiti e funzioni:

- Designa il Responsabile della prevenzione della corruzione;
- adotta il Piano triennale della prevenzione della corruzione e i suoi aggiornamenti e li comunica al Dipartimento della funzione pubblica e, se del caso, alla regione interessata;
- adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione (ad es.: criteri generali per il conferimento e l'autorizzazione allo svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti ex art. 53 del Decreto Legislativo n. 165/2001);
- definisce obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza (art. 1, comma 8, come novellato dall'art. 41 del Decreto Legislativo n. 97/2016);
- decide in ordine all'introduzione di modifiche organizzative per assicurare al Responsabile della Prevenzione della Corruzione funzioni e poteri idonei allo

svolgimento del ruolo con autonomia ed effettività;

- riceve la relazione annuale del Responsabile, può chiamare quest'ultimo a riferire sull'attività e riceve dallo stesso segnalazioni su eventuali disfunzioni riscontrate inerenti l'attuazione delle misure di prevenzione e di trasparenza.

Responsabile della prevenzione della corruzione

Assolve, principalmente, i seguenti macro compiti e funzioni:

- elaborare la proposta di piano della prevenzione, che deve essere adottato dall'organo di indirizzo politico;
- svolge i compiti indicati nella circolare del Dipartimento della funzione pubblica n. 1 del 2013 e i compiti di vigilanza sul rispetto delle norme in materia di inconfiribilità e incompatibilità;
- elabora la relazione annuale sull'attività svolta e ne assicura la pubblicazione;
- coincide con il Responsabile della trasparenza e ne svolge conseguentemente le funzioni;
- verificare l'efficace attuazione del piano e la sua idoneità.

La figura del Responsabile è stata oggetto, in modo significativo, dalle modifiche introdotte dal Decreto Legislativo n. 97/2016:

La nuova disciplina rafforza il ruolo, prevedendo che ad esso siano riconosciuti poteri e funzioni idonei a garantire lo svolgimento dell'incarico con autonomia ed effettività, eventualmente anche con modifiche organizzative. Pertanto il Responsabile viene identificato con riferimento ad entrambi i ruoli come Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Il responsabile svolge stabilmente 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.

Ulteriori e rilevanti competenze in materia di accesso civico sono attribuite al Responsabile dal richiamato Decreto, che prevede, oltre alla facoltà di chiedere agli uffici della amministrazione informazioni sull'esito delle istanze, deve occuparsi, per espressa disposizione normativa, dei casi di riesame (sia che l'accesso riguardi dati a pubblicazione obbligatoria o meno).

Dirigente

Assolve i seguenti compiti e funzioni per l'area di rispettiva competenza:

- svolge attività informativa nei confronti del Responsabile, dei Referenti e dell'Autorità Giudiziaria;
- partecipa al processo di gestione del rischio;
- propone le misure di prevenzione;
- assicura l'osservanza del Codice di comportamento e verifica le ipotesi di violazione;
- adotta le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale interno alla Struttura;
- riferisce al Responsabile in merito alle richieste di contatto e di informativa dallo stesso formulate;
- osserva le misure contenute nel presente Piano.

I Dirigenti devono predisporre e presentare, su richiesta e secondo le tempistiche indicate dal Responsabile, una relazione sull'applicazione delle disposizioni contenute nel presente Piano.

Collegio Sindacale

Il Collegio Sindacale è un Organo dell'Azienda.

Il Collegio Sindacale svolge, secondo quanto stabilito dall'ordinamento, le funzioni di verifica dell'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico, amministrativo, contabile e sull'osservanza delle leggi.

Sono sottoposti a controllo del Collegio Sindacale tutti gli atti aventi natura provvedimento adottati dal Direttore Generale.

Nel caso in cui il Collegio Sindacale nell'esercizio delle proprie funzioni istituzionali venga a conoscenza di atti o fatti corruttivi, commessi da personale, dipendente o comandato, o da collaboratori, a qualsiasi titolo, dell'AREU deve, nel termine perentorio di 7 giorni, informare in merito agli stessi il Responsabile della prevenzione della corruzione.

Nucleo di Valutazione delle Prestazioni

L'Organismo Indipendente di Valutazione è rappresentato in AREU, al pari delle altre Aziende sanitarie pubbliche lombarde, dal Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, il quale è l'organismo istituito in applicazione della disciplina legislativa in materia di sistema di valutazione del personale e dell'attività delle strutture organizzative aziendali e di misurazione delle performance di cui al Decreto Legislativo n. 150/2009.

Al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni sono demandate, principalmente, le seguenti competenze:

- verifica il rispetto del principio del merito e il funzionamento complessivo del sistema di valutazione della performance organizzativa e aziendale;
- verifica l'effettiva e corretta identificazione delle performance perseguite dall'ente di appartenenza, attraverso la definizione di obiettivi, indicatori e target, in coerenza con il sistema di programmazione regionale;
- verifica l'attribuzione degli obiettivi assegnati ai dirigenti e al personale del comparto;
- valuta la correttezza della misurazione del grado di raggiungimento delle performance;
- valuta la correttezza della valutazione delle performance individuali del personale secondo i principi di merito ed equità;
- verifica la valutazione delle attività dei dipendenti del comparto titolari di posizioni organizzative o incarichi di coordinamento;
- assicura il coordinamento e lo scambio di informazioni con l'Organismo Indipendente di Valutazione regionale;
- verifica la correttezza delle applicazioni contrattuali, limitatamente agli istituti rimessi alle attribuzioni del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni;
- verifica l'esecuzione e la metodologia in uso per le rilevazioni aziendali in tema di benessere organizzativo;
- verifica l'attuazione delle disposizioni normative in tema di trasparenza;
- verifica l'attuazione delle disposizioni normative in tema di anticorruzione.

L'Organismo svolge un controllo costante e sistematico sull'appropriatezza ed effettività del ciclo di gestione della performance, svolto in maniera sistematica e costante durante tutto il ciclo, attraverso un continuo aggiornamento, effettuato in collaborazione con l'Azienda, del Piano delle Performance così da poter tempestivamente individuare eventuali criticità, ritardi e omissioni in sede di attuazione e consentire, così, la promozione di azioni correttive.

Il Piano delle Performance costituisce un documento di programmazione triennale previsto e disciplinato dal Decreto Legislativo n. 150/2009, e predisposto dalle Aziende sanitarie lombarde in applicazione delle Regole di Sistema per l'anno 2012, ex delibera della Giunta regionale n. IX/2633/2011, e dal documento "Il sistema di misurazione delle performance nelle aziende sanitarie lombarde" che contiene gli indirizzi dati dall'Organismo Indipendente di Valutazione regionale ai Nuclei di Valutazione delle Prestazioni Aziendali.

Il Piano delle Performance costituisce la base del processo di modernizzazione della Pubblica Amministrazione, che implica rilevanti cambiamenti a livello organizzativo fondati su una nuova centralità dei servizi, sull'orientamento all'utente-cliente, su nuovi

criteri di economicità e qualità, su responsabilità verso obiettivi e risultati, sulla semplificazione e miglioramento dei processi, sull'innovazione dei sistemi di gestione del personale ispirati alla centralità delle persone e delle competenze.

Il Piano delle Performance dell'AREU è strutturato come un documento snello, redatto in maniera sintetica e schematica, attraverso il quale la Direzione Strategica si propone di portare a conoscenza degli stakeholder i propri valori guida, i principi ispiratori, gli obiettivi individuati sulla base degli stessi e delle indicazioni regionali e i risultati che si intendono perseguire, tutto ciò in coerenza con i contenuti e il ciclo di programmazione finanziaria e di bilancio.

Con tale documento, AREU esplicita quindi i propri obiettivi strategici e operativi e individua gli indicatori che permettono di valutare il livello di performance raggiunto al termine di ogni anno, consentendo agli stakeholder di acquisire elementi utili alla valutazione dei risultati raggiunti dall'Azienda, all'insegna della massima trasparenza.

Il Piano delle Performance viene aggiornato con cadenza annuale in relazione a:

- obiettivi definiti in sede di programmazione regionale;
- modifiche del contesto, interno ed esterno, di riferimento;
- modifiche della struttura organizzativa e delle modalità di funzionamento dell'Azienda.

La Direzione Strategica, annualmente, attraverso una relazione evidenzia lo stato di attuazione dei contenuti del Piano e predispone il Piano per il nuovo anno. I predetti documenti vengono presentati e validati dal Nucleo di Valutazione delle Prestazioni di AREU.

Il Piano delle Performance vigente, e i risultati di quello relativo all'esercizio precedente, sono pubblicati sul portale web dell'azienda, in formato aperto.

L'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, posta in capo al Responsabile, è svolta con il coinvolgimento del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, al quale il Responsabile segnala i casi di mancato o ritardato adempimento.

L'Organismo esprime parere obbligatorio sul codice di comportamento che l'Azienda adotta.

Le modifiche che il Decreto Legislativo n. 97/2016 ha apportato alla Legge n. 190/2012 rafforzano le funzioni già affidate al Nucleo in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, anche in una logica di coordinamento con il Responsabile e di relazione con l'ANAC. Infatti detti organismi, anche ai fini della validazione della relazione sulla performance, verificano che i PTPC siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e, altresì, che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione

e alla trasparenza.

Nel caso in cui il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni nell'esercizio delle proprie funzioni venga a conoscenza di atti o fatti corruttivi, commessi da personale, dipendente o comandato, o da collaboratori, a qualsiasi titolo, dell'AREU deve, nel termine perentorio di 7 giorni, informare in merito agli stessi il Responsabile della prevenzione della corruzione.

Ufficio Procedimenti Disciplinari

Assolve i seguenti compiti e funzioni per l'area di rispettiva competenza:

- svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza;
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'Autorità Giudiziaria;
- propone l'aggiornamento del Codice di comportamento.

Internal Auditing

Con provvedimento deliberativo aziendale n. 306 del 09.12.2015 è stato adottato il Manuale di Internal Auditing di AREU, in fase di prima applicazione è stato adottato il Manuale di Internal Audit Regionale, acquisendone i principi e i criteri in esso enunciati, i quali devono essere letti, interpretati e applicati in base all'effettiva organizzazione aziendale e alle risorse dedicate alla funzione stessa.

Con provvedimento deliberativo n. 358 del 29.12.2016 2016 è stata nominata, a decorrere dal 01.01.2017, quale nuovo Responsabile Internal Audit di AREU la Dott.ssa Stefania Favetti, Dirigente Amministrativo presso la Struttura Semplice Qualità e risk management aziendale già Risk Manager di AREU.

Per l'assolvimento della funzione l'Internal Auditor il predetto Responsabile può avvalersi di ogni altra professionalità aziendale in funzione della specificità dell'area, delle attività monitorate e delle problematiche oggetto di verifica. Allo stesso è garantita piena indipendenza e autonomia nello svolgimento delle attività di audit assicurando accesso diretto a tutti i dati, alle informazioni e ai beni aziendali necessari allo svolgimento delle proprie attività.

Oltre alle attività di audit interno nel corso dell'anno 2018 AREU provvederà ad attivare un percorso di risk assessment con riferimento a tutte le funzioni/Strutture della Direzione aziendale. Tale attività sarà coordinata dalla Struttura Semplice Qualità e risk management e dal Responsabile aziendale della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Dipendente

Assolve i seguenti compiti e funzioni per l'area di rispettiva competenza:

- partecipa al processo di gestione del rischio;
- osserva le misure contenute nel presente Piano;
- segnala le situazioni di illecito al proprio Dirigente o all'Ufficio Procedimenti Disciplinari;
- rispetta il Codice di comportamento;
- riferisce al Responsabile in merito alle richieste di contatto e di informativa dallo stesso formulate;
- segnala casi, anche potenziali, di personale conflitto di interessi.

Collaboratore (a qualsiasi titolo compresi i Direttori aziendali)

- osserva le misure contenute nel presente Piano;
- segnala le situazioni, anche potenziali, di illecito;
- riferisce al Responsabile in merito alle richieste di contatto e di informativa dallo stesso formulate;
- rispetta il Codice di comportamento.

Il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)

La nomina è prevista del RASA è stata prevista nel Comunicato del Presidente dell'AVCP del 16.05.2013, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 28.05.2013. Detta nomina è richiamata anche nel Piano Nazionale Anticorruzione 2016 il quale prevede che "Al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA), il Responsabile è tenuto a sollecitare l'individuazione del soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati e a indicarne il nome all'interno del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione. Occorre considerare, infatti, che ogni stazione appaltante è tenuta a nominare il soggetto responsabile (RASA) dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante stessa. Si evidenzia, al riguardo, che tale obbligo informativo - consistente nella implementazione della BDNCP presso l'ANAC dei dati relativi all'anagrafica della s.a., della classificazione della stessa e dell'articolazione in centri di costo - sussiste fino alla data di entrata in vigore del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti previsto dall'art. 38 del nuovo Codice dei contratti pubblici (cfr. la disciplina transitoria di cui all'art. 216, co. 10, del d.lgs. 50/2016). L'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione. In caso di mancata indicazione nel PTPC del nominativo del RASA, previa richiesta di chiarimenti al RPCT, l'Autorità si riserva di esercitare il potere di ordine ai sensi dell'art. 1, co. 3, della l. 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."

AREU ha provveduto a nominare quale Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) la Dott.ssa Eleonora Zucchinali, Direttore della S.C. Gestione degli Approvvigionamenti dell'AREU, con proprio provvedimento deliberativo n. 272 del 30.12.2013 ad oggetto "NOMINA DEL SOGGETTO RESPONSABILE DELL'ANAGRAFE PER LA STAZIONE APPALTANTE AI SENSI DEL COMUNICATO AVCP 28.10.2013".

Il Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio

La figura del Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio è disciplinata dalla normativa antiriciclaggio:

- Decreto del Ministero dell'Interno del 25.09.2015 recante "Determinazione degli indicatori di anomalia al fine di agevolare l'individuazione delle operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo da parte degli uffici della pubblica amministrazione";
- art. 35 del Decreto Legge n. 90/2014 (convertito con modificazioni dalla Legge 11.08.2014, n.114) recante "Divieto di transazioni della pubblica amministrazione con società o enti esteri aventi sedi in Stati che non permettono l'identificazione dei soggetti che ne detengono la proprietà o il controllo";
- provvedimento della Banca d'Italia del 04.05.2011 recante "Istruzioni sui dati e le informazioni da inserire nelle segnalazioni di operazioni sospette".

Il Gestore deve garantire l'adozione di adeguate procedure interne di valutazione idonee a garantire l'efficacia della rilevazione di operazioni sospette e la tempestività della segnalazione all'Unità di informazione finanziaria (UIF) istituita presso la Banca d'Italia.

L'AREU garantisce al Dirigente individuato una adeguata formazione, ai sensi del Decreto Ministeriali del Ministero dell'Interno del 25.09.2015, art. 8, che riconosce alla formazione una particolare rilevanza in quanto stabilisce che:

1. gli operatori adottano misure di adeguata formazione del personale e dei collaboratori ai fini della corretta individuazione degli elementi di sospetto;
2. periodici programmi di formazione sono volti a consentire di riconoscere attività potenzialmente connesse con il riciclaggio e il finanziamento del terrorismo, anche attraverso la valutazione dell'esito delle segnalazioni acquisito in fase di feedback;
3. la formazione deve avere carattere di continuità e sistematicità, nonché tenere conto dell'evoluzione della normativa in materia antiriciclaggio.

AREU ha provveduto a nominare un proprio dirigente quale Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio, con proprio provvedimento deliberativo n. 23 del 29.01.2018. A fronte delle dimissioni rese dallo stesso il Direttore Generale ha disposto, con nota prot. AREU n. 4133 del 04.05.2018, la revoca immediata dall'incarico in parola,

il quale a tutt'oggi risulta vacante.

Sistema Regionale

A seguito delle modifiche e integrazioni apportate al Decreto Legislativo n. 502/1992, l'attività di controllo da parte delle Regioni sugli atti fondamentali è stata notevolmente ridotta.

Rimangono in capo alle Regione i controlli sui provvedimenti quali l'atto aziendale (Piano di Organizzazione Aziendale), i bilanci e le convenzioni con l'Università.

Regione Lombardia, ai sensi dell'art. 48 del proprio Statuto, ha stabilito che tutti gli Enti del Sistema Regionale siano "sottoposti al controllo e alla vigilanza della Regione", una sorta di controllo interno, attraverso il sistema degli audit, svolto da un'apposita struttura di Regione Lombardia, l'Unità Organizzativa Sistemi di controlli e coordinamento organismi indipendenti, con finalità dirette a verificare l'efficacia dei controlli interni all'Azienda, la conformità delle procedure e dei processi alle norme, l'effettiva implementazione delle raccomandazioni rilasciate dalla predetta Struttura regionale a seguito degli audit effettuati.

Si è aggiunta, inoltre, la disciplina della Legge regionale 4 giugno 2014 n. 17 "Disciplina del sistema dei controlli interni ai sensi dell'articolo 58 dello Statuto d'autonomia", norma che prevede che "... ai sensi dell'articolo 58 dello Statuto d'autonomia, determina modalità, strumenti e procedure per il controllo finalizzato a garantire la legittimità, la regolarità e la correttezza dell'azione amministrativa e a verificarne l'efficienza, l'efficacia, la trasparenza e l'economicità."

La norma prevede che deve essere garantito:

- il controllo di regolarità amministrativa e contabile per garantire la legittimità, la regolarità e la correttezza dell'azione amministrativa;
- il controllo strategico per valutare l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione del programma regionale di sviluppo di cui all'articolo 5 della legge regionale 31 marzo 1978, n. 34 (Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione), in termini di congruenza tra risultati conseguiti e obiettivi predefiniti;
- il controllo di gestione per verificare l'efficacia, l'efficienza e l'economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati;
- la valutazione delle prestazioni del personale, anche ai fini dell'attribuzione della quota variabile della retribuzione definita in sede contrattuale.

In tale contesto la norma regionale prevede e istituzionalizza, per valutare e migliorare il sistema dei controlli interni, la funzione di audit.

Responsabile della prevenzione della corruzione

A seguito dell'adozione del provvedimento deliberativo n. 144 del 24.07.2013 è stato individuato quale Responsabile¹ della prevenzione della corruzione e della trasparenza e dell'integrità di AREU il Dott. Andrea Albonico.

Al fine di consentire nel miglior modo possibile l'esercizio della funzione in parola, nell'affidamento di detta responsabilità è opportuno che la Direzione dell'Azienda segua il criterio della rotazione/alternanza tra diversi dirigenti presenti, compatibilmente con quanto previsto della legislazione in materia.

Compiti

Il Responsabile aziendale della prevenzione della corruzione è il soggetto preposto in Azienda all'applicazione di quanto prescritto dalla Legge n. 190/2012, la quale assegna allo stesso i seguenti compiti:

- elaborare la proposta di Piano di prevenzione della corruzione, che deve essere adottato dall'Organo di indirizzo politico dell'Amministrazione;
- definire procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad adoperare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- verificare l'efficace attuazione del Piano e la sua idoneità;
- proporre la modifica del Piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione aziendale;
- verificare, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- individuare il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità;
- pubblicare sul portale web dell'amministrazione, entro il 15 dicembre di ogni anno (o altro termine disposto da ANAC), una relazione recante i risultati dell'attività svolta e la trasmissione della stessa all'Organo di indirizzo politico dell'Azienda.

È importante evidenziare come il Responsabile della prevenzione della corruzione è il soggetto preposto in Azienda a collaborare con la Direzione Strategica e tutta l'infrastruttura aziendale di AREU, affinché il complesso delle azioni e delle attività amministrative, da chiunque compiute in nome e per conto di AREU, siano basate sul principio di legalità.

Pertanto la figura del Responsabile deve essere interpretata come un utile supporto allo

¹ di seguito per brevità detto anche solo Responsabile.

svolgimento della corretta azione amministrativa, intesa nel senso ampio dell'agire della Pubblica Amministrazione, e non come quella di un "delatore" con funzione ostativa o di denuncia.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione è coadiuvato dai Referenti individuati, tra il personale dipendente dell'Azienda, da parte dei Dirigenti/Responsabili di ogni Unità Organizzativa o Struttura dell'Azienda.

I nominativi dei Referenti devono essere comunicati formalmente al Responsabile entro 15 giorni dall'approvazione del Piano. In caso di mancata individuazione i relativi compiti sono posti a carico del Dirigente/Responsabile dell'Unità Organizzativa o Struttura.

L'attività di supporto dei Referenti è svolta nell'ambito dell'orario di lavoro dovuto e non prevede corresponsione di indennità economiche aggiuntive.

Ai predetti Referenti competono i seguenti compiti all'interno dell'Unità Organizzativa o Struttura di assegnazione:

- procedere alla pubblicazione sul portale web dell'Azienda di provvedimenti/atti/documenti/dati, in adempimento alla vigente normativa in materia di prevenzione della corruzione;
- coordinare le attività connesse all'anticorruzione della propria Unità Organizzativa o Struttura;
- monitorare l'adeguatezza dei protocolli/procedure in uso e valutare la necessità di proporre modifiche agli stessi, d'intesa con il proprio Dirigente/ Responsabile;
- proporre l'adozione di nuovi protocolli/procedure per colmare carenze documentali, d'intesa con il proprio Responsabile.

Per poter porre in essere in maniera efficace l'azione volta alla prevenzione della corruzione risulta fondamentale procedere alla mappatura delle attività e dei relativi processi operativi aziendali. Ciò premesso si deve proseguire nell'attività di analisi dei processi in essere presso le Unità Organizzative e Strutture dell'Aziende, così da permettere di porre in essere, nel caso se ne ravvisasse la necessità, le necessarie azioni correttive per le quali è indispensabile attivare azioni prioritarie di intervento e monitoraggio.

È opportuno, in ultimo e come già segnalato nei precedenti Piani, rilevare come con l'introduzione della nuova figura del Responsabile della prevenzione della corruzione l'ordinamento giuridico italiano intraprenda una "nuova strada" in relazione alla responsabilità dei soggetti.

Infatti il Decreto Legislativo n. 231/2001, come precedentemente argomentato, si basa sul principio generale dell'ordinamento giuridico italiano, "*ubi commoda, ibi incommoda*" ["dove (vi sono) cose vantaggiose, lì (vi sono anche) cose svantaggiose"].

La Legge n. 190/2012 contrariamente collega al fatto o all'atto illecito commesso da un soggetto la responsabilità di un altro individuo estraneo al fatto o atto. Nella fattispecie l'individuo estraneo è il Responsabile della prevenzione della corruzione aziendale, il quale non trae alcun giovamento, per sé o per altri, dal fatto o dall'atto *contra legem* commesso da un terzo, ma riveste semmai anch'esso il ruolo di "vittima". In tale contesto appare di tutta evidenza che è attribuibile una responsabilità certa al Responsabile della prevenzione della corruzione nel caso in cui lo stesso tragga, per sé o per altri, giovamento dall'illecito o dal reato altrui, ravvisandosi invece seri dubbi circa la costituzionalità della nuova fattispecie giuridica.

Procedura condivisa per l'aggiornamento, l'adozione e il monitoraggio del Piano di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

Il Piano deve dare evidenza al processo effettivamente seguito per la sua adozione. Rilevano, a tal fine, le soluzioni adottate per assicurare il forte coinvolgimento degli organi di indirizzo, sia nella definizione del contenuto del Piano e delle misure adottate, sia nelle indicazioni date al personale dell'amministrazione sulla necessaria e piena attuazione delle misure di prevenzione. Tali soluzioni devono, pertanto, essere descritte nello stesso Piano.

Soggetti da coinvolgere nella procedura di adozione del Piano aziendale:

- Dipendenti in:
 - a) termini di partecipazione attiva al processo di autoanalisi organizzativa e di mappatura dei processi;
 - b) termini di partecipazione attiva in sede di definizione delle misure di prevenzione;
 - c) sede di attuazione delle misure;
- Direzione aziendale;
- Consultazione pubblica: pubblicazione bozza del Piano sul portale web dell'Azienda e acquisizione di osservazioni e proposte.

Il D.Lgs. n. 97/2016 ha fornito ulteriori indicazioni sul contenuto del Piano, infatti assume un valore programmatico ancora più incisivo, dovendo necessariamente prevedere gli obiettivi strategici per il contrasto alla corruzione fissati dall'organo di indirizzo. L'elaborazione del Piano presuppone il diretto coinvolgimento del vertice dell'amministrazione in ordine alla determinazione delle finalità da perseguire per la prevenzione della corruzione, decisione che è elemento essenziale e indefettibile del Piano stesso e dei documenti di programmazione strategico-gestionale.

La responsabilità del monitoraggio del Piano è attribuita al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza che ogni anno deve predisporre una relazione sulle attività di monitoraggio svolte e gli esiti rilevati.

Tale relazione contiene indicatori sull'efficacia delle politiche di prevenzione e sul conseguimento degli obiettivi annualmente pianificati.

Poteri di vigilanza del Responsabile

Il Responsabile della prevenzione della corruzione deve di vigilare affinché:

- il Piano venga osservato e proporre le modifiche allo stesso quando vengano accertate violazioni o intervengono dei mutamenti nell'organizzazione dell'Azienda;
- vengano rispettati i termini per la conclusione dei procedimenti;
- nei rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano i contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione etc., non sussistano relazioni di parentela o affinità fra titolari, soci, dipendenti dei soggetti contraenti/beneficiari e dipendenti dell'amministrazione;
- ricevere e vagliare segnalazioni di violazioni del piano o di condotte illecite.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione può effettuare:

- controlli all'interno delle Strutture dell'Azienda, considerando comunque che la responsabilità primaria del controllo delle attività è in capo ai Dirigenti/Responsabili aziendali, in quanto parte integrante delle responsabilità dirigenziali o di coordinamento;
- controlli a campione su determinati ambiti attraverso sopralluoghi e/o audit;
- incontri con gli Organi e Organismi aziendali preposti ad attività di controllo, vigilanza e ispezione per effettuare le verifiche e gli accertamenti connessi alle segnalazioni di violazione al Piano;
- richieste ai singoli Dirigenti/Responsabili atte a verificare lo stato dei singoli procedimenti di competenza e il rispetto dei relativi termini previsti dalla vigente normativa per la conclusione.

Rilevazione delle aree a rischio² e attività conseguenti

Il presente Piano è per sua natura, e in adempimento al disposto della Legge n. 190/2012, un documento dinamico.

Nell'ambito del periodo di validità del Piano si è provveduto e si provvederà a effettuare un'analisi delle aree più esposte a eventi corruttivi ("aree di rischio") al fine di identificare i possibili rischi e quindi di individuare gli strumenti applicabili per l'eliminazione (se possibile) o la riduzione degli stessi.

Nello svolgimento di tale attività sono direttamente coinvolti i Dirigenti/Responsabili

² Per "rischio" si intende l'effetto dell'incertezza sul corretto perseguimento dell'interesse pubblico e, quindi, sull'obiettivo istituzionale dell'ente, dovuto alla possibilità che si verifichi un dato evento.

aziendali competenti sotto il coordinamento congiunto della Struttura Qualità e Risk Management di AREU e del Responsabile.

Obiettivi e rationale

Nell'ambito delle attività di prevenzione della corruzione e di risk management, la Direzione AREU ha avviato, nel corso dell'anno 2018, un percorso di mappatura e analisi dei processi svolti nell'ambito della Direzione aziendale.

Tale attività, che sarà ulteriormente sviluppata e consolidata nel corso del 2019 e dei successivi esercizi, è finalizzata a:

- evidenziare le attività e le aree critiche o maggiormente vulnerabili;
- identificare e valutare i possibili rischi;
- valutare se le misure di risposta al rischio (misure per la mitigazione del rischio) associate alle stesse, siano presenti ed efficaci (e, in caso contrario, provvedere all'implementazione o alla rimodulazione).

L'identificazione dei rischi è stata effettuata con riferimento ai possibili illeciti (prevenzione della corruzione) nonché agli aspetti organizzativi, operativi ed economici (inefficienza), considerando lo specifico contesto e l'assetto organizzativo aziendale.

L'attività di cui sopra, sostenuta dalla Direzione Strategica aziendale, è stata coordinata dal Responsabile della prevenzione della corruzione e dal Risk Manager/Responsabile dell'internal auditing aziendali.

Tale approccio ha permesso e agevolato la valutazione dei processi aziendali e l'integrazione delle competenze delle diverse componenti professionali coinvolte.

I processi da mappare e analizzare sono stati identificati sulla base dei seguenti criteri (alternativi):

- processi strategici per l'Azienda e/o con significativo impatto economico e/o di immagine;
- processi/Strutture ad alta complessità e/o trasversali;
- processi il cui esito impatta in modo significativo sull'efficacia dei servizi/prestazioni erogati;
- processi ordinariamente associati a un significativo rischio corruttivo.

Sono stati considerati unicamente i processi pienamente operativi (sono stati, quindi, esclusi quelli in fase di progettazione/sviluppo).

Materiali e metodi

L'attività di mappatura e analisi dei processi è stata effettuata utilizzando la tecnica

della FMECA (Failure Mode and Effects and Critically Analysis - analisi critica dei guasti e dei loro effetti).

Tale tecnica, formale e documentata, permette:

- di individuare le possibili criticità (failure mode) associate a uno specifico processo e le relative cause;
- di verificare la presenza e, in caso positivo, di stimare l'efficacia delle barriere, intendendo per "barriere" tutti gli strumenti adottati dall'organizzazione per intercettare e neutralizzare la possibile causa di failure mode o ridurre la probabilità di accadimento o contenerne il danno o incrementarne la rilevabilità;
- di evidenziare la necessità di intraprendere azioni, in funzione del rischio residuo rilevato.

La FMECA è una tecnica proattiva, in grado, cioè, di identificare e prevenire le eventuali criticità prima che esse si verifichino.

Uno dei punti di forza della FMECA è rappresentato dal rigore metodologico, rigore che consente di coagulare esperienze, competenze e conoscenze disperse in diversi operatori in un unico percorso, consentendo così all'organizzazione di analizzare un processo da diversi punti di vista ma con una unità di visione e di intenti e tenendo conto della specificità delle attività svolte.

L'attività di mappatura e analisi è stata effettuata utilizzando uno specifico file.xls, recante lo schema per l'esecuzione delle attività previste e i valori numerici ("pesi") da attribuire alle seguenti voci:

- probabilità di accadimento delle possibili cause del failure mode;
- gravità degli effetti (magnitudo, severità del danno);
- rilevabilità delle possibili cause del failure mode;
- efficacia delle barriere.

come di seguito specificato.

Probabilità di accadimento delle possibili cause del failure mode	
Frequenza con cui si verifica nella realtà la specifica causa del failure mode (probabilità di accadimento).	
1	Remota (improbabile, meno di una volta ogni 3 anni)
2	Occasionale (poco probabile, meno di una volta l'anno)
3	Moderata (una volta all'anno circa)
4	Frequente (molto probabile, tre/quattro volte l'anno)
5	Molto frequente (una volta al mese o più)

Gravità degli effetti (magnitudo, severità del danno)	
Entità del danno che l'Azienda/gli utenti possono subire in conseguenza dell'accadimento del failure mode.	
1	Nessun danno
2	Danno lieve
3	Danno medio
4	Danno grave
5	Danno gravissimo
Rilevabilità delle possibili cause del failure mode	
Possibilità che gli operatori hanno di accorgersi dell'accadimento della causa del failure mode.	
1	Altissima (causa del failure mode sempre rilevata)
2	Alta (causa del failure mode spesso rilevata)
3	Media (causa del failure mode a volte rilevata)
4	Bassa (causa del failure mode di difficile rilevazione)
5	Nulla (rilevazione della causa del failure mode sostanzialmente impossibile)
Efficacia delle barriere	
1	Indifferente (nessuna efficacia), assenza barriere
2	Scarsamente efficace
3	Mediamente efficace
4	Abbastanza efficace
5	Molto efficace

Dal punto di vista operativo l'attività di mappatura e analisi dei processi si è svolta come di seguito indicato:

- a) individuazione del processo da analizzare;
- b) costituzione del gruppo di lavoro (di norma almeno 3 persone coinvolte nella gestione del processo - tra cui il Responsabile - una persona estranea al processo ma "parte interessata" e con competenze tali da poterlo valutare e 2 facilitatori per gli aspetti operativi e metodologici);

e, quindi, una volta costituito il gruppo di lavoro:

- c) delimitazione del processo (individuazione delle attività di inizio e fine);
- d) individuazione delle fasi del processo;
- e) per ogni fase del processo, individuazione delle attività di cui la stessa si compone;

- f) per ogni attività, identificazione di tutti i potenziali (possibili) failure mode che si possono verificare (failure mode = modo di guasto, modalità di errore, criticità);
- g) per ogni failure mode, identificazione dello specifico effetto, cioè delle specifiche conseguenze che si potrebbero verificare in caso di accadimento, sia sulla base dell'esperienza sia sulla base della letteratura, ove esistente;
- h) per ogni effetto, stima della gravità;
- i) per ogni failure mode, identificazione e descrizione, in sintesi, delle possibili cause;
- j) per ogni possibile causa del failure mode, stima della probabilità e della rilevabilità. Il file.xls genera in automatico l'IPR (IPR = Indice di Priorità di Rischio = gravità degli effetti x probabilità di accadimento della causa di failure x rilevabilità della causa di failure) che rappresenta una stima del rischio associato ad ogni singola causa di failure (l'IPR associato al singolo failure mode è rappresentato dal più elevato IPR associato alle cause del failure mode);
- k) per ogni possibile causa del failure mode, identificazione della/e barriera/e, già operative e formalizzate (non dipendenti dal caso, quale ad esempio, l'intercettazione casuale da parte di un operatore). Le barriere possono concretizzarsi in: applicazione di regolamenti/procedure, utilizzo di check - list, definizione di limiti/criteri specifici inerenti una azione/attività, utilizzo di strumenti (informatici e non) vincolanti rispetto a una o più attività;
- l) stima dell'efficacia della/e barriera/e associata/e a ogni causa di failure mode. Per la stima dell'efficacia non rileva la previsione dell'esistenza in astratto della barriera ma il suo reale impatto in relazione alla causa di failure mode considerata;
- m) individuazione del "nuovo IPR", che evidenzia il rischio residuo associato alla specifica attività.

IPR = gravità degli effetti x probabilità di accadimento della causa di failure x rilevabilità della causa di failure.

Identifica il rischio associato a una specifica attività.

"Nuovo" IPR (rischio residuo) = (gravità degli effetti x probabilità di accadimento della causa di failure x rilevabilità della causa di failure) / efficacia delle barriere.

Identifica il rischio residuo associato a una specifica attività, poiché tiene conto delle barriere esistenti.

Considerando i pesi sopra riportati, il valore teorico massimo dell'IPR è pari a 125 (5 x 5 x 5); tale valore rappresenta anche il valore teorico massimo del "nuovo" IPR (rischio residuo), nel caso in cui le barriere associate alla singola attività siano inefficaci o assenti.

L'attività di mappatura e analisi dei processi ha permesso quindi di:

- determinare l'entità del rischio in relazione ad ogni attività costituente il processo in esame, individuando gli indici di valutazione del livello di rischio maggiormente rispondenti alle caratteristiche delle attività stesse;
- identificare le misure di mitigazione del rischio (barriere) e valutare lo stato di attuazione e di efficacia delle stesse, al fine di identificare il rischio residuo;
- individuare, per ogni processo, le attività su cui focalizzare l'attenzione in termini di risposta al rischio;
- identificare i processi necessitanti di rimodulazione o reingegnerizzazione.

Processi analizzati

Al 31 dicembre 2018 è stata effettuata la mappatura e l'analisi di 13 processi, le cui schede sono allegato al presente Piano (Allegato n. 1) in capo alle Strutture della Direzione AREU:

- gestione della chiamata da parte dell'operatore NUE 112, dalla presa in carico all'inoltro al PSAP 2 (chiamata proveniente da dispositivo telefonico fisso/mobile, da utenti di lingua italiana che si trova nel luogo dell'evento);
- gestione della chiamata da parte dell'operatore COI, dalla presa in carico al trasferimento al medico di Continuità Assistenziale;
- gestione dei DAE/PAD di proprietà di AREU;
- gestione eventi/manifestazioni organizzati che prevedono assistenza sanitaria;
- gestione dei contatti con i media per casi rilevanti di cronaca;
- accettazione delle donazioni di apparecchiature biomediche;
- assegnazione delle mail personali (...@areu.lombardia.it);
- esecuzione degli audit interni programmati;
- gestione delle procedure di acquisto sotto soglia (sotto i 40.000 €, qualità/prezzo);
- attività di verifica delle rendicontazioni presentate dalle Associazioni di soccorso;
- ciclo attivo, con riferimento alle convenzioni con le Aziende sanitarie pubbliche e private in relazione all'attività di trasporto secondario tempo dipendente;
- ciclo passivo, con riferimento agli incarichi di docenza a soggetti esterni (dipendenti di Aziende pubbliche);
- avviso pubblico per titoli e colloquio a tempo determinato del Comparto.

Processo	Indice di rischio*	Indice di rischio residuo**
Gestione della chiamata da parte dell'operatore NUE 112, dalla presa in carico all'inoltro al PSAP 2	75	45
Gestione della chiamata da parte dell'operatore COI	16	16
Gestione dei DAE/PAD di proprietà di AREU	48	32

Gestione eventi/manifestazioni organizzati che prevedono assistenza sanitaria	36	24
Gestione dei contatti con i media per casi rilevanti di cronaca	48	48
Accettazione delle donazioni di apparecchiature biomediche	32	32
Assegnazione delle mail personali (...@areu.lombardia.it)	12	2
Esecuzione degli audit interni programmati	30	10
Gestione delle procedure di acquisto sotto soglia (sotto i 40.000 €, qualità/prezzo)	40	13
Attività di verifica delle rendicontazioni presentate dalle Associazioni di soccorso	32	16
Ciclo attivo, con riferimento alle convenzioni con le Aziende sanitarie pubbliche e private in relazione all'attività di trasporto secondario tempo dipendente	50	50
Ciclo passivo, con riferimento agli incarichi di docenza a soggetti esterni (dipendenti di Aziende pubbliche)	80	80
Avviso pubblico per titoli e colloquio a tempo determinato del Comparto	50	40

* IPR (considerato il valore massimo tra quelli attribuiti a tutte le attività componenti il processo)

** "Nuovo" IPR (considerato il valore massimo tra quelli attribuiti a tutte le attività componenti il processo)

In esito a tale attività, sono stati individuati i processi meritevoli di prioritaria attenzione, in considerazione dell'entità del rischio residuo, secondo quanto specificato di seguito:

Rischio residuo:

- 0 – 30: monitoraggio del processo da parte del Responsabile dello stesso, rivalutazione nel corso del 2019;
- 31 – 60: monitoraggio del processo e attuazione di azioni non urgenti (da implementare entro 6 mesi dalla conclusione dell'attività di mappatura e analisi del processo);
- 61 – 90: monitoraggio del processo e attuazione di azioni urgenti (da implementare entro 3 mesi dalla conclusione dell'attività di mappatura e analisi del processo);
- 91 – 125: monitoraggio del processo e attuazione di azioni urgentissime (da implementare entro 30 giorni dalla conclusione dell'attività di mappatura e analisi del processo).

Si sottolinea, comunque, che al 31 gennaio 2019, risultano già intraprese le opportune azioni di risposta al rischio, per quanto concerne gli aspetti in capo all'AREU.

I processi sopra elencati saranno oggetto di rivalutazione nel corso del 2019; tale attività sarà propedeutica all'attività di mappatura e analisi di ulteriori processi.

Segnalazione di fatti illeciti o di fatti anomali

L'onere di segnalare tempestivamente al Responsabile della prevenzione della corruzione la conoscenza di eventuali fatti illeciti o anche solo anomali, così come precedentemente definiti nel presente Piano, è posto in capo a tutti i dipendenti, comandati o collaboratori, a qualsiasi titolo, dell'Amministrazione.

Nel caso in cui le contingenti situazioni ne rivelassero l'esigenza, viene pienamente garantita l'adozione di idonee e tempestive misure correttive da parte del Responsabile per impedire qualunque tipo di ritorsione a carico del segnalante.

Il conseguente onere di informare la Direzione aziendale è posto in capo al Responsabile della prevenzione della corruzione.

Nel caso in cui pervengano delle segnalazioni è compito del Dirigente/Responsabile della Struttura aziendale interessata indicare al Responsabile della prevenzione della corruzione le proposte per attivare le necessarie procedure di correzione e reazione.

Per consentire un'efficace attuazione del presente Piano tutti i dipendenti, i comandati e i collaboratori, a qualsiasi titolo, di AREU devono contribuire fattivamente con il Responsabile della prevenzione della corruzione.

Al fine di permettere la piena aderenza con i principi declinati dal Legislatore, il Responsabile dovrà valutare anche le eventuali segnalazioni anonime che gli dovessero essere recapitate.

È posto in capo a tutti i dipendenti, i comandati e i collaboratori, a qualsiasi titolo, di AREU l'obbligo di informare tempestivamente il Responsabile della prevenzione della corruzione nel caso in cui gli stessi ricadano in una delle fattispecie previste dall'articolo 6-bis della Legge n. 241/1990: *"Il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale."*

La mancata risposta alle richieste di contatto e/o di informativa effettuate dal Responsabile ai soggetti obbligati in base alle disposizioni del presente Piano, così come prescritto nel capito "I soggetti che partecipano al sistema dei controlli", si configura come un comportamento assoggettabile a procedimento disciplinarmente.

Personale

Selezione

Nell'ambito delle procedure di selezione del personale le singole Commissioni esaminatrici devono sempre integrare le relative prove, per reclutamento sia a tempo

indeterminato o determinato sia di unità di personale dell'area del comparto o della dirigenza, con un quesito per prova (scritta e orale) dedicato a uno dei seguenti argomenti:

- la prevenzione della corruzione nell'ambito della Pubblica Amministrazione;
- la trasparenza nell'ambito della Pubblica Amministrazione;
- il Codice di comportamento del dipendente pubblico;

così da verificare la conoscenza della predetta fondamentale legislazione.

Dette prove devono rientrare, in aggiunta a quanto previsto dalle specifiche norme di riferimento, nel processo di valutazione del candidato con attribuzione di un punteggio autonomamente definito dalle singole Commissioni.

Particolare attenzione dovrà essere posta alla composizione delle Commissioni delle selezioni pubbliche, affinché venga escluso ogni potenziale pericolo che metta a rischio l'imparzialità nella valutazione dei candidati, ponendo, altresì, particolare attenzione ai possibili casi di incompatibilità dei componenti delle Commissioni stesse.

Formazione

Verranno dedicati al personale dell'Azienda eventi formativi e informativi in materia di prevenzione della corruzione atti a illustrare la vigente normativa in materia [come i reati e le connesse responsabilità personali, le possibili sanzioni penali e disciplinari (come quella prevista dall'articolo 1, comma 14 Legge n. 190/12 la quale stabilisce la sanzione dell'illecito disciplinare a carico del dipendente che violi le disposizioni delle misure di prevenzione stabilite dal Piano)].

Il personale dovrà essere formato con le modalità individuate congiuntamente con la Struttura Formazione di AREU, in conformità alle indicazioni fornite dal Piano Nazionale di prevenzione della corruzione.

I predetti corsi rientreranno nell'ambito dei percorsi di formazione obbligatoria previsti annualmente dal Piano formativo aziendale a carico di tutti i dipendenti (area dirigenza e area del comparto) di AREU.

La mancata partecipazione, non autorizzata e senza idonea e giustificata motivazione, del personale convocato agli eventi formativi e informativi sarà oggetto, al fine di verificarne la condotta, di valutazioni disciplinari e verrà segnalato all'Ufficio Provvedimenti Disciplinari aziendale.

All'interno dei predetti eventi verranno trattate anche tematiche inerenti la pubblicità, la trasparenza e la diffusione di informazioni da parte della Pubblica Amministrazione, concernenti la cosiddetta "trasparenza".

Il fondamentale ruolo della formazione è stato riconosciuto anche dalla Corte dei Conti

– Sezione Controllo per l'Emilia-Romagna, la quale con propria deliberazione n. 276 del 20 novembre 2013, ha determinato che stante il carattere obbligatorio della formazione in tema di prevenzione della corruzione la stessa è fuori dal campo di applicazione dell'articolo 6, comma 13 del Decreto Legge n. 78/2010, disposizione con la quale è stato disposto che dall'anno 2011 la spesa per la formazione deve essere non superiore al 50 % della spesa sostenuta nell'anno 2009.

Nel corso dell'anno 2018 è stato effettuato il primo corso FAD, autoprodotta con il contributo e il supporto del Responsabile della prevenzione della corruzione dell'ATS della Città Metropolitana di Milano, dedicato al personale dell'Azienda. Il corso è stato rivolto al personale, dirigente e del comparto, in servizio presso: la sede di AREU, la Centrale Operativa Integrata (COI) e i Coordinatori delle Centrali Uniche di Risposta (CUR) del NUC 112 di Brescia e Milano, per un totale di n. 94 operatori.

Nel corso dell'anno 2019 il corso verrà esteso agli altri dipendenti dell'Azienda, compresi gli eventuali nuovi assunti.

Rotazione del personale

Il Piano Nazionale Anticorruzione, approvato dall'ANAC, indica specifiche misure da adottare quali possibili soluzioni organizzative per preservare il Servizio Sanitario Nazionale dal rischio di eventi corruttivi e per innalzare il livello globale di integrità, di competenza e di produttività del sistema sanitario nazionale a partire dall'aumento dell'efficacia e dell'efficienza delle singole unità operative in cui si articola.

Fra queste misure rientra il ricorso alla rotazione degli incarichi, in merito alla quale vengono fornite alle aziende sanitarie indicazioni generali di tipo organizzativo e di pianificazione strategica, che inducano un percorso virtuoso finalizzato a rendere praticabile la rotazione degli incarichi nell'organizzazione sanitaria attraverso un'adeguata programmazione nei tempi e nelle modalità, secondo criteri che non vadano a detrimento del principio di continuità dell'azione amministrativa.

In tale contesto viene precisato che, con particolare riferimento alle aree a più elevato rischio, la rotazione 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 accompagnato e sostenuto anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale.

Viene, altresì, tenuto conto che in sanità l'applicabilità del principio della rotazione presenta delle criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni apicali.

Quanto sopra premesso in relazione all'applicazione della "effettiva rotazione del personale" prevista dalla Legge n. 190/2012 è necessario, pertanto, sin da subito porre

in attenzione che l'organizzazione di AREU, Azienda essenzialmente con funzioni di coordinamento e di gestione, con competenza estesa a tutta la Regione Lombardia, prevede per il suo "quartiere generale" un assetto agile e snello. Quasi la totalità delle Strutture Organizzative - Semplici e Complesse - e dei Servizi sono composte da un unico dirigente, particolarmente formato nel proprio ambito di specializzazione e con un altissimo grado di autonomia gestionale e organizzativa.

In tale contesto per quanto concerne la rotazione dei dirigenti si ritiene, in ragione dei predetti fattori organizzativi caratterizzanti l'Azienda (limitato numero di dirigenti e loro infungibilità), che l'esigenza di contemperare il principio normativo della rotazione degli incarichi con i principi di continuità e certezza dell'azione amministrativa, i quali implicano la valorizzazione delle professionalità acquisite dai dipendenti in specifici ambiti e settori di attività, debba essere verificata almeno dopo un medio periodo di assegnazione degli incarichi.

Ciò premesso si rileva come il principio normativo dell'effettiva rotazione degli incarichi risulti attualmente sostanzialmente inapplicabile alla realtà aziendale. La sua applicazione implicherebbe l'altissimo rischio concreto del venir meno dell'efficacia, dell'efficienza e dell'economicità dell'azione sanitaria e amministrativa dell'Azienda stessa. L'affidamento di responsabilità dirigenziali a personale non qualificato comporterebbe sicuramente l'interruzione sostanziale dell'attività, oltre che incertezze nell'applicazione delle disposizioni normative, un danno economico derivante dall'inefficienza nell'organizzazione dell'Amministrazione, un'elevata esposizione a errori, e, quindi, a potenziali richieste di risarcimento dei danni subiti, con l'inevitabile conseguenza di cagionare anche un danno anche all'immagine dell'Azienda.

L'impostazione di "lavoro" in AREU prevede un costante e un continuo trasversale coinvolgimento del personale dirigente alla quasi totalità delle problematiche aziendali e all'attività e vita della stessa Azienda. Questa modalità operativa, che equivale a una sorta di "controllo incrociato", garantisce una gestione critica e condivisa delle attività poste in essere in AREU, estrinsecamente e realmente trasparente.

Nel ribadire la forte caratterizzazione e specializzazione dei Dirigenti ai quali sono stati affidati gli incarichi, che prevedono professionalità in molti settori non intercambiabili tra loro, si evidenzia come in alcuni casi, nella realtà di AREU, manchino persino i titolari di alcune strutture, le quali vengono gestite *ad interim* (con o senza una vera formalizzazione di assegnazione delle funzioni vicarianti) da altri dirigenti.

La non applicabilità a tutte le pubbliche amministrazioni del principio della rotazione impone all'amministrazione di operare scelte organizzative nonché ad adottare altre misure di natura preventiva che possono avere effetti analoghi.

AREU ha quindi avviato un processo di implementazione inerente sia le modalità organizzative sia gli strumenti informatici in uso, principalmente negli ambiti inerenti le

aree del personale, degli approvvigionamenti, dei pagamenti e dell'adozione dei provvedimenti aziendali. L'inserimento degli strumenti informatici, che prevedono il rispetto dei singoli ruoli dirigenziali (soggetti diversi abilitati alla verifica e all'autorizzazione del proseguimento dell'iter procedurale degli atti amministrativi/contabili) e dei tempi dell'azione amministrativa nei processi aziendali consente di prevenire e evitare la segregazione delle funzioni e l'accentramento in capo a unico soggetto del processo decisionale.

In tale contesto il principio dell'effettiva rotazione degli incarichi dirigenziali negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione viene attuato in AREU in applicazione dei seguenti principi:

- l'affidamento di tutti gli incarichi di Struttura Complessa, di Struttura Semplice o di altri incarichi dirigenziali presso uffici potenzialmente esposti al rischio della commissione di reati di corruzione, devono prevedere l'espletamento di un'apposita procedura a evidenza pubblica di selezione, a conclusione della quale la Direzione aziendale assegna l'incarico;
- l'istituto della rotazione è applicabile al solo personale operante nei processi aziendali caratterizzati da maggior rischio di corruzione, ovvero con un valore di rischio pari o superiore a 9-10 nella ponderazione del rischio effettuata dai referenti aziendali;
- nel caso di condanna, anche non passata in giudicato, di un dirigente/responsabile o di un dipendente dell'area del comparto a cui è stata conferita una posizione organizzativa per un reato di corruzione ovvero per comportamenti tali da comprendere non solo l'intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione ma anche le situazioni in cui venga evidenziato un malfunzionamento dell'Amministrazione stessa a causa dell'uso a fini privati, per sé o per altri, delle funzioni attribuite e svolte all'interno dell'amministrazione, la Direzione aziendale, su istanza del Responsabile della prevenzione della corruzione, provvede affinché il dirigente/responsabile/dipendente con posizione organizzativa stesso sia assegnato a una diversa e nuova funzione all'interno dell'amministrazione, così da prevenire la possibilità di reiterazione di azioni delittuose.

L'attuazione delle predette misure comporta che:

- in caso di notizia formale di avvio di procedimento penale a carico di un dipendente (a esempio perché l'amministrazione ha avuto conoscenza di un'informazione di garanzia o è stato pronunciato un ordine di esibizione ex art. 256 c.p.p. o una perquisizione o sequestro) e in caso di avvio di procedimento disciplinare per fatti di natura corruttiva, ferma restando la possibilità di adottare la sospensione del rapporto, l'Azienda:

- per il personale dirigenziale procede con atto motivato alla revoca dell'incarico in essere e il passaggio ad altro incarico ai sensi del combinato disposto dell'articolo 16, comma 1, lettera l quater, e dell'articolo 55 ter, comma 1 del Decreto Legislativo n. 165 del 2001;
- per il personale non dirigenziale procede all'assegnazione ad altro servizio ai sensi del citato articolo 16, comma 1, lettera l quater;
- per le categorie di personale di cui all'articolo 3 del Decreto Legislativo n. 165 del 2001 applica le misure cautelari previste nell'ambito di ciascun ordinamento e, salvo disposizioni speciali, l'articolo 3 della Legge n. 97 del 2001;
- l'attuazione della mobilità, specialmente se temporanea, costituisce un utile strumento per realizzare la rotazione tra le figure professionali specifiche e gli enti di più ridotte dimensioni.

Il Legislatore ha sicuramente la difficoltà a porre in essere la misura della rotazione nella realtà pubbliche con dimensioni ridotte come appunto quella di AREU.

Detto principio, dedicato agli Enti Locali, è contenuto all'articolo 1, del comma 221 della legge del 28 dicembre 2015, n. 208, il quale prevede che *“Le regioni e gli enti locali provvedono alla ricognizione delle proprie dotazioni organiche dirigenziali secondo i rispettivi ordinamenti, nonché al riordino delle competenze degli uffici dirigenziali, eliminando eventuali duplicazioni. Allo scopo di garantire la maggior flessibilità della figura dirigenziale nonché il corretto funzionamento degli uffici, il conferimento degli incarichi dirigenziali può essere attribuito senza alcun vincolo di esclusività anche ai dirigenti dell'avvocatura civica e della polizia municipale. Per la medesima finalità, non trovano applicazione le disposizioni adottate ai sensi dell'articolo 1, comma 5, della legge 6 novembre 2012, n. 190, ove la dimensione dell'ente risulti incompatibile con la rotazione dell'incarico dirigenziale.”*.

Incompatibilità

È fatto obbligo, ai sensi del Capo V e del Capo VI del Decreto Legislativo n. 39/2013 e dell'articolo 41, comma 2 del Decreto Legislativo n. 33/2013, al Direttore Generale, al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario, e a tutto il personale Dirigente con incarico di Direttore di Dipartimento, di Struttura Complessa e di Struttura Semplice non inserita in Struttura Complessa, dipendente e comandato, dell'Azienda di presentare idonea dichiarazione con cadenza annuale alla Struttura Complesso Gestione e Sviluppo Risorse Umane dell'insussistenza di condizioni di incompatibilità alla carica ricoperta. Tale dichiarazione deve essere trasmessa per conoscenza anche al Responsabile della prevenzione della corruzione.

Le predette dichiarazioni andranno pubblicate, in formato aperto, sul sito internet aziendale all'interno dell'area dedicata alla "Amministrazione trasparente" a cura della Struttura Semplice Politiche del Personale.

Svolgimento di incarichi d'ufficio - attività e incarichi extra-istituzionali

Il cumulo in capo a un medesimo dirigente o funzionario di incarichi conferiti dall'Azienda può comportare il rischio di un'eccessiva concentrazione di potere su un unico centro decisionale. La concentrazione del potere decisionale aumenta il rischio che l'attività amministrativa possa essere indirizzata verso fini privati o impropri determinati dalla volontà del dirigente stesso. Inoltre, lo svolgimento di incarichi, soprattutto se extra-istituzionali, da parte del dirigente o del dipendente può realizzare situazioni di conflitto di interesse che possono compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa, ponendosi altresì come sintomo dell'evenienza di fatti corruttivi.

Per questi motivi è necessario che:

- in Azienda deve essere adottato di un regolamento per disciplinare i criteri di conferimento e i criteri di autorizzazione degli incarichi extra-istituzionali;
- in sede di autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali, l'Azienda deve valutare tutti i profili di conflitto di interesse, anche solo potenziali;
- l'istruttoria effettuata relativa al rilascio dell'autorizzazione deve essere condotta in maniera molto accurata, tenendo presente che talvolta lo svolgimento di incarichi extra-istituzionali costituisce per il dipendente un'opportunità, in special modo se dirigente, di arricchimento professionale utile a determinare una positiva ricaduta nell'attività istituzionale ordinaria; ne consegue che, al di là della formazione di una "black list" di attività precluse, la possibilità di svolgere incarichi va attentamente valutata anche in ragione dei criteri di crescita professionale, culturale e scientifica nonché di valorizzazione di un'opportunità personale che potrebbe avere ricadute positive sullo svolgimento delle funzioni istituzionali ordinarie da parte del dipendente;
- il dipendente comunichi formalmente all'Azienda anche l'attribuzione di incarichi gratuiti (sono solo quelli che il dipendente è chiamato a svolgere in considerazione della professionalità) che lo caratterizza all'interno dell'amministrazione di appartenenza; i quali dovranno essere, pur non essendo necessario il rilascio di una formale autorizzazione, comunque valutare tempestivamente e l'eventuale sussistenza di situazioni di conflitto di interesse anche potenziale e, se del caso, comunicare al dipendente il diniego allo svolgimento dell'incarico;

- che le comunicazioni da effettuarsi dall'Azienda, in via telematica entro 15 giorni, al Dipartimento della Funzione Pubblica avente ad oggetto gli incarichi si estende anche agli incarichi gratuiti.

Conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti (pantouflage – revolving doors)

La legislazione (art. 53 comma 16 ter del Decreto Legislativo n. 165/2001, introdotto dalla Legge n. 190/2012 e il Decreto Legislativo n. 39/2013) in tema di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni, in un'ottica di prevenzione, ha disciplinato:

- delle particolari ipotesi di inconferibilità di incarichi dirigenziali o assimilati in relazione all'attività svolta dall'interessato in precedenza;
- delle situazioni di incompatibilità specifiche per i titolari di incarichi dirigenziali e assimilati;
- delle ipotesi di inconferibilità di incarichi dirigenziali o assimilati per i soggetti che siano stati destinatari di sentenze di condanna per delitti contro la pubblica amministrazione.

In particolare le ipotesi di inconferibilità degli incarichi si riferiscono a due diverse situazioni:

- incarichi a soggetti provenienti da enti di diritto privato regolati o finanziati dalle pubbliche amministrazioni;
- incarichi a soggetti che sono stati componenti di organi di indirizzo politico.

Gli atti e i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni sono ex lege nulli e a carico dei componenti di organi che abbiano conferito incarichi dichiarati nulli sono applicate le specifiche sanzioni (previste dall'articolo 18 del richiamato Decreto Legislativo).

La situazione di inconferibilità non può essere sanata. Per il caso in cui le cause di inconferibilità, sebbene esistenti ab origine, non fossero note all'amministrazione e si appalesassero nel corso del rapporto, il Responsabile della prevenzione è tenuto a effettuare la contestazione all'interessato, il quale, previo contraddittorio, deve essere rimosso dall'incarico.

Incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali

Per "incompatibilità" si intende "l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di 15 giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce

l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico" (articolo 1 Decreto Legislativo n. 39/2013).

La situazione di incompatibilità, a differenza che nel caso della inconfiribilità, può essere rimossa mediante rinuncia dell'interessato a uno degli incarichi che la legge ha considerato incompatibili tra di loro.

Se si riscontra nel corso del rapporto una situazione di incompatibilità, il Responsabile della prevenzione deve effettuare una contestazione all'interessato e la causa deve essere rimossa entro 15 giorni; in caso contrario, la legge prevede la decadenza dall'incarico e la risoluzione del contratto di lavoro autonomo o subordinato (articolo 19 Decreto Legislativo n. 39/2013).

Svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors)

La Legge n. 190/2012 ha introdotto una nuova regolamentazione (articolo 53 del Decreto Legislativo n. 165/2001) volta a contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro.

Il rischio valutato dalla norma è che durante il periodo di servizio il dipendente possa artatamente preconstituersi delle situazioni lavorative vantaggiose e così sfruttare a proprio fine la sua posizione e il suo potere all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro per lui attraente presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto. Pertanto la norma prevede una limitazione della libertà negoziale del dipendente per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto per eliminare la "convenienza" di accordi fraudolenti "I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni ... non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti."

Il precetto vede come destinatari solo i "dipendenti" che per il ruolo e la posizione ricoperti in Azienda hanno avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto e, quindi, coloro che hanno esercitato la potestà o il potere negoziale con riguardo allo specifico procedimento o procedura.

Pertanto i predetti soggetti nel triennio successivo alla cessazione del rapporto con l'Azienda, qualunque sia la causa di cessazione (anche in caso di collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione), non possono

avere alcun rapporto di lavoro autonomo o subordinato con i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi.

In caso di violazione del predetto divieto la norma prevede che:

- i contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono nulli;
- i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono contrattare con l'Azienda di provenienza dell'ex dipendente per i successivi tre anni e hanno l'obbligo di restituire eventuali compensi eventualmente percepiti e accertati in esecuzione dell'affidamento illegittimo.

Detti principi debbono essere letti congiuntamente al disposto del Decreto Legge n. 95/2012 - convertito con modificazioni dalla Legge n. 135/2012, così come successivamente modificato dalla Legge n. 114/2014 - al cui comma 9 dell'art. 5 e, infine, dal comma 3 articolo 17 dalla Legge n. 124/2015 prevede che "è fatto divieto alle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo n. 165/2011, ... di attribuire incarichi di studio e di consulenza a soggetti già lavoratori privati o pubblici collocati in quiescenza. Alle suddette amministrazioni è, altresì, fatto divieto di conferire ai medesimi soggetti incarichi dirigenziali o direttivi o cariche in organi di governo ... Incarichi e collaborazioni sono consentiti, esclusivamente a titolo gratuito, presso ciascuna amministrazione. Devono essere rendicontati eventuali rimborsi di spese, corrisposti nei limiti fissati dall'organo competente dell'amministrazione interessata ...".

Detti principi sono stati ripresi e chiariti dal Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione nelle Circolari:

- n. 6/2014 "Interpretazione e applicazione dell'articolo 5, comma 9, del decreto-legge n. 95 del 2012, come modificato dall'articolo 6 del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90.";
- n. 4/2015 "Interpretazione e applicazione dell'articolo 5, comma 9, del decreto-legge n. 95 del 2012, come modificato dall'articolo 17, comma 3 della legge 7 agosto 2014, n. 124. Integrazione della Circolare del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione n. 6 del 2014.".

Conflitto di interesse

L'articolo 6 bis "Conflitto di interessi" della Legge n. 241/1990 è stato introdotto dall'articolo 1, comma 41 della L. n. 190/2012. La norma contiene due prescrizioni:

- l'obbligo di astensione nel caso di conflitto di interesse anche solo potenziale per il responsabile del procedimento, il titolare dell'ufficio competente ad adottare il

provvedimento finale nonché i titolari degli uffici competenti ad adottare atti endoprocedimentali;

- il dovere di segnalazione a carico dei medesimi soggetti.

La norma, quindi, persegue una finalità di prevenzione che si realizza mediante l'astensione dalla partecipazione alla decisione che va letta in maniera coordinata con le disposizioni inserite nel Decreto del Presidente della Repubblica n. 62/2013 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici" (artt. 6, 7 e 13). Anche il Piano Nazionale Anticorruzione 2016 aveva evidenziato la necessità di affrontare le situazioni di conflitti di interesse nel settore degli "acquisti", ove spesso i proponenti l'acquisto sono anche coloro che utilizzano i materiali acquistati.

La materia assume particolare rilevanza a seguito dell'entrata in vigore del Decreto Legislativo n. 50/2016 "Nuovo Codice in materia di contratti pubblici" che dedica al conflitto di interesse un'apposita disposizione (art. 42³). In detta norma, conformemente alle indicazioni ANAC, sono individuate iniziative volte a facilitare l'implementazione di misure preventive che agiscano contemporaneamente sia sul piano della sensibilizzazione sia sul piano della responsabilizzazione degli attori coinvolti. Delle attestazioni relative alla insussistenza di conflitto di interesse, anche potenziale, dovrà essere data opportuna evidenza nei relativi atti di gara.

La materia del conflitto di interessi riguarda oltre a quanto sino a ora trattato anche le ipotesi di conferimento di incarichi al personale dipendente resi ai sensi del comma 5, dell'art. 53 del Decreto Legislativo n. 165/2001 "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche".

A tal proposito è opportuno anche citare un parere rilasciato dall'Agenzia Regionale Anti Corruzione (ARAC) di Regione Lombardia a seguito di un quesito posto dall'ASST

³ Art. 42. (Conflitto di interesse) 1. Le stazioni appaltanti prevedono misure adeguate per contrastare le frodi e la corruzione nonché per individuare, prevenire e risolvere in modo efficace ogni ipotesi di conflitto di interesse nello svolgimento delle procedure di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni, in modo da evitare qualsiasi distorsione della concorrenza e garantire la parità di trattamento di tutti gli operatori economici. 2. Si ha conflitto d'interesse quando il personale di una stazione appaltante o di un prestatore di servizi che, anche per conto della stazione appaltante, interviene nello svolgimento della procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni o può influenzarne, in qualsiasi modo, il risultato, ha, direttamente o indirettamente, un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di appalto o di concessione. In particolare, costituiscono situazione di conflitto di interesse quelle che determinano l'obbligo di astensione previste dall'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62. 3. Il personale che versa nelle ipotesi di cui al comma 2 è tenuto a darne comunicazione alla stazione appaltante, ad astenersi dal partecipare alla procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni. Fatte salve le ipotesi di responsabilità amministrativa e penale, la mancata astensione nei casi di cui al primo periodo costituisce comunque fonte di responsabilità disciplinare a carico del dipendente pubblico. 4. Le disposizioni dei commi da 1, 2 e 3 valgono anche per la fase di esecuzione dei contratti pubblici. 5. La stazione appaltante vigila affinché gli adempimenti di cui ai commi 3 e 4 siano rispettati.

Lariana con il quale venne chiesto se poteva sussistere un potenziale conflitto di interessi nell'ipotesi di incarichi svolti a favore di uno o più fornitori della struttura cui appartiene il dipendente anche se gli incarichi fossero conferiti da un soggetto privato non fornitore della struttura stessa.

Il Consiglio dell'ARAC, riscontrando l'ASST, si è espresso comunicando la sussistenza di tale potenziale conflitto d'interesse, affermando che "... la partecipazione in qualità di relatore, moderatore o docente in attività di tipo scientifico/convegnistico è ammissibile se non retribuita, salve le verifiche da parte dell'Ente interessato della sussistenza di potenziali conflitti d'interesse, anche tenuto conto di quanto previsto dall'art. 53 del Testo Unico del Pubblico Impiego (TUI). In ogni caso l'Azienda Ospedaliera dovrà dotarsi di un Regolamento interno che disciplini suddette situazioni".

AREU in riferimento alla nozione di conflitto di interessi – oltre a quanto indicato nel Codice di Comportamento di AREU adottato con Deliberazione n. 26/2014 – include anche le disposizioni di carattere organizzativo delle misure di prevenzione della corruzione, cioè "misure che riguardano tanto l'imparzialità oggettiva (volte ad assicurare le condizioni organizzative che consentono scelte imparziali) quanto l'imparzialità soggettiva del funzionario (per ridurre i casi di ascolto privilegiato di interessi particolari in conflitto con l'interesse generale). Se non si cura l'imparzialità fin dall'organizzazione, l'attività amministrativa o comunque lo svolgimento di attività di pubblico interesse, pur legittimi dal punto di vista formale, possono essere il frutto di un pressione corruttiva."

Astensione in caso di conflitto di interesse

È raccomandata una particolare attenzione da parte dei Dirigenti/Responsabili del procedimento sulle situazioni di conflitto di interesse. Infatti la specifica disposizione normativa (l'articolo 6 bis della Legge n. 241/1990) prevede che "Il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale."

Il precetto persegue una finalità di prevenzione che si realizza mediante l'astensione dalla partecipazione alla decisione del titolare dell'interesse, che potrebbe porsi in conflitto con l'interesse perseguito mediante l'esercizio della funzione e/o con l'interesse di cui sono portatori il destinatario del provvedimento, gli altri interessati e contro interessati.

La norma va letta in maniera coordinata con la disposizione del Codice di comportamento di AREU (articolo 6, comma 2) "Il dipendente si astiene dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni in situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi con interessi personali, del coniuge, di conviventi, di parenti, di

affini entro il secondo grado. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali o dei superiori gerarchici."

La segnalazione del conflitto deve essere indirizzata al Dirigente/Responsabile, il quale, esaminate le circostanze, valuta se la situazione realizza un conflitto di interesse idoneo a ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo. Il dirigente destinatario della segnalazione deve valutare espressamente la situazione sottoposta alla sua attenzione e deve rispondere per iscritto al dipendente medesimo sollevandolo dall'incarico oppure motivando espressamente le ragioni che consentono comunque l'espletamento dell'attività da parte di quel dipendente. Nel caso in cui sia necessario sollevare il dipendente dall'incarico esso dovrà essere affidato dal Dirigente/Responsabile a altro dipendente ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il Dirigente/Responsabile dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento. Qualora il conflitto riguardi il Dirigente/Responsabile a valutare le iniziative da assumere sarà il Responsabile per la prevenzione di concerto con la Direzione aziendale.

La violazione sostanziale della norma dà luogo a responsabilità disciplinare del dipendente suscettibile di essere sanzionata con l'irrogazione di sanzioni all'esito del relativo procedimento, oltre a poter costituire fonte di illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello stesso, quale indicatore di eccesso di potere sotto il profilo dello sviamento della funzione tipica dell'azione amministrativa.

Sponsorizzazioni

In tema di sponsorizzazioni si allegano (Allegato n. 2) al presente Piano le "Linee guida in materia di sponsorizzazioni" ricevute dalla Direzione Generale Welfare della Giunta di Regione Lombardia, con nota prot. n. RL_RLAOOG1_2019_1072 del 24.01.2019.

Detta documentazione, i cui principi trovano immediata applicazione in AREU, è finalizzata alla promozione della trasparenza e della legalità, all'omogeneizzazione delle procedure e dei controlli a favore di tutti gli Enti del Sistema Sanitario regionale e all'armonizzazione degli interventi con le indicazioni delle Autorità sia Nazionale sia Regionale Anticorruzione.

Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione

Al fine di salvaguardare il principio di prevenzione della corruzione e buon amministrazione, l'articolo 35 bis del Decreto Legislativo n. 165/2001 pone delle condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio

di corruzione.

La norma in particolare prevede:

- coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:
 - a) non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
 - b) non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;
 - c) non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere;
- la predetta disposizione integra le leggi e i regolamenti che disciplinano la formazione di commissioni e la nomina dei relativi segretari.

Gli atti e i contratti posti in essere in violazione delle predette limitazioni sono ex lege nulli. A carico dei componenti di organi che abbiano conferito incarichi dichiarati nulli sono applicate le specifiche sanzioni (previste dall'articolo 18 del Decreto Legislativo n. 39/2013).

Si precisa che:

- in generale, la preclusione opera in presenza di una sentenza, ivi compresi i casi di patteggiamento, per i delitti contro la pubblica amministrazione anche se la decisione non è ancora irrevocabile ossia non è ancora passata in giudicato (quindi anche in caso di condanna da parte del Tribunale);
- la specifica preclusione riguarda sia l'attribuzione di incarico o l'esercizio delle funzioni dirigenziali sia lo svolgimento di funzioni direttive; pertanto, l'ambito soggettivo della norma riguarda i dirigenti, i funzionari ed i collaboratori;
- la disposizione riguarda i requisiti per la formazione di commissioni e la nomina dei segretari e pertanto la sua violazione si traduce nell'illegittimità del provvedimento conclusivo del procedimento;
- la situazione impeditiva viene meno ove venga pronunciata per il medesimo reato una sentenza di assoluzione anche non definitiva.

Se la situazione di inconferibilità si appalesa nel corso del rapporto, il Responsabile della prevenzione deve effettuare la contestazione nei confronti dell'interessato e lo stesso

deve essere rimosso dall'incarico o assegnato ad altro ufficio.

Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito - whistleblower

La tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti, il c.d. whistleblower (fischiettatore, deriva dalla lingua inglese e identifica un individuo che denuncia pubblicamente o riferisca alle autorità attività illecite o fraudolente all'interno del governo, di un'organizzazione pubblica o privata o di un'azienda) deve essere intesa per le ipotesi di segnalazione di casi di corruzione sia nazionale sia internazionale.

La nuova formulazione dell'articolo 54-bis del Testo unico del pubblico impiego, Decreto Legislativo n. 165/2001, amplia la forma di tutela per il whistleblower, prevedendo un vero e proprio sistema di garanzie per il dipendente segnalante. La nuova disciplina stabilisce, anzitutto, che colui il quale - nell'interesse dell'integrità della Pubblica Amministrazione - segnali al Responsabile della prevenzione della corruzione dell'ente o all'Autorità Nazionale Anti Corruzione o ancora all'autorità giudiziaria ordinaria o contabile le condotte illecite o di abuso di cui sia venuto a conoscenza in ragione del suo rapporto di lavoro, non possa essere - per motivi collegati alla segnalazione - soggetto a sanzioni, demansionato, licenziato, trasferito o sottoposto a altre misure organizzative che abbiano un effetto negativo sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia.

L'eventuale adozione di misure discriminatorie va comunicata dall'interessato o dai sindacati all'ANAC che a sua volta ne dà comunicazione al Dipartimento della funzione pubblica e agli altri organismi di garanzia. In detti casi l'ANAC può irrogare una sanzione amministrativa pecuniaria a carico del Responsabile. L'onere della prova che eventuali misure adottate nei confronti del segnalante, ritenute dallo stesso discriminatorie o ritorsive, sono motivate da ragioni estranee alla segnalazione spetta alla Pubblica Amministrazione.

Gli atti discriminatori o ritorsivi adottati dall'Amministrazione comunque sono nulli. Il segnalante licenziato ha diritto ad essere reintegrato nel posto di lavoro e al risarcimento del danno.

Tutte le predette tutele, invece, non sono garantite nel caso in cui, anche con sentenza di primo grado, sia stata accertata la responsabilità penale del segnalante per i reati di calunnia o diffamazione o comunque reati commessi con la denuncia del medesimo segnalante ovvero la sua responsabilità civile, nei casi di dolo o colpa grave.

Sulla scorta dei predetti principi di tutela resi a favore del whistleblower nell'ambito di un procedimento disciplinare l'identità dello stesso non può essere rivelata, senza il suo consenso, sempre che la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione, l'identità può essere rivelata ove la sua

conoscenza sia assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato.

Sempre in un'ottica di tutela, la denuncia è sottratta all'accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della Legge n. 241/1990, infatti sono previste le seguenti norme:

- la tutela dell'anonimato;
- il divieto di discriminazione nei confronti del whistleblower;
- la previsione che la denuncia è sottratta al diritto di accesso fatta esclusione delle ipotesi eccezionali in caso di necessità di disvelare l'identità del denunciante.

Con provvedimenti deliberativi n. 101/2015 e successivo n. 198/2016, di aggiornamento in base alle indicazioni della Giunta di Regione Lombardia, AREU si è dotata di un proprio specifico documento, il n. 103, inerente la gestione delle segnalazioni di condotte illecite da parte del dipendente dell'AREU, pubblicato all'interno dell'area Amministrazione trasparente, idonea sotto-sezione, del portale web di AREU, e al quale si rimanda per la specifica regolamentazione.

Scopo specifico del documento è quello di favorire la presentazione di segnalazioni da parte dei dipendenti e collaboratori aziendali che possono portare all'emersione di fenomeni interni di corruzione, nell'ampia accezione data a quest'ultimo termine nell'ambito della Circolare n. 1/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica, ripresa successivamente dal Piano Nazionale per la Prevenzione della Corruzione.

Si pone, pertanto, quale strumento guida per fornire risposte certe sulle procedure e sulle dinamiche della gestione della denuncia del "Segnalante", individuando e rimuovendo i possibili fattori che potrebbero in qualche modo impedire o rallentare il ricorso all'istituto.

Anonimato

La ratio è quella di evitare che il dipendente ometta di effettuare segnalazioni di illecito per il timore di subire conseguenze pregiudizievoli.

L'identità del segnalante deve essere protetta in ogni contesto successivo alla segnalazione.

Resta inteso che la tutela dell'anonimato prevista dalla norma non è sinonimo di accettazione di segnalazione anonima. La misura di tutela introdotta dalla disposizione si riferisce al caso della segnalazione proveniente da dipendenti individuabili e riconoscibili.

Pertanto resta fermo che l'Azienda deve prendere in considerazione anche segnalazioni anonime, ove queste si presentino adeguatamente circostanziate e rese con dovizia di particolari, siano tali cioè da far emergere fatti e situazioni relazionandoli

a contesti determinati.

Le disposizioni a tutela dell'anonimato e di esclusione dell'accesso documentale non possono comunque essere riferibili a casi in cui, in seguito a disposizioni di legge speciale, l'anonimato non può essere opposto, come ad esempio nel caso di indagini penali, tributarie o amministrative eccetera.

Al fine di favorire il "canale" comunicativo è stato attivato un idoneo e dedicato sito internet, secondo le indicazioni ANAC, visibile dal solo Responsabile, al quale devono essere trasmesse tutte le segnalazioni, di cui si riportano di seguito le necessarie indicazioni per effettuare le segnalazioni.

Segnalazione di condotte illecite – Whistleblowing

Il sistema per la segnalazione di condotte illecite è indirizzato al whistleblower, cioè un dipendente pubblico che intende segnalare illeciti di interesse generale e non di interesse individuale, di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, in base a quanto previsto dall'art. 54 bis del d.lgs. n. 165/2001 così come modificato dalla legge 30 novembre 2017, n. 179.

Si ricorda che ai fini della disciplina del whistleblowing per "dipendente pubblico" si intende il dipendente delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del d.lgs. n. 165/2001, ivi compreso il dipendente di cui all'articolo 3, il dipendente di un ente pubblico economico ovvero il dipendente di un ente di diritto privato sottoposto a controllo pubblico ai sensi dell'art. 2359 del codice civile. La disciplina del whistleblowing si applica anche ai lavoratori e ai collaboratori delle imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione pubblica.

Registrando la segnalazione sul predetto portale AREU, si otterranno un codice identificativo univoco, "key code", che deve essere utilizzato per "dialogare" con AREU in modo personalizzato e per essere consentire al segnalante di essere costantemente informato sullo stato di lavorazione della segnalazione inviata. È necessario ricordare di conservare con cura il codice identificativo univoco della segnalazione, in quanto, in caso di smarrimento, lo stesso non potrà essere recuperato o duplicato in alcun modo.

Cosa PUÒ fare AREU

L'attività di vigilanza anticorruzione di AREU si svolge ai sensi e nei limiti di quanto previsto dalla legge n. 190/2012, in un'ottica di prevenzione e non di repressione di singoli illeciti.

AREU, qualora ritenga la segnalazione fondata nei termini chiariti dalla determinazione ANAC n. 6 del 28 aprile 2015 «Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblower)», in un'ottica di prevenzione della corruzione, può avviare un'interlocuzione con ANAC o disporre l'invio della segnalazione alle istituzioni competenti, quali a esempio l'Ispettorato per la Funzione Pubblica, la Corte

dei conti, l'Autorità giudiziaria e la Guardia di Finanza.

Cosa NON PUÒ fare AREU

AREU in base alla normativa attualmente vigente:

- NON tutela diritti e interessi individuali;
- NON svolge attività di accertamento/soluzione di vicende soggettive e personali del segnalante, né può incidere, se non in via indiretta e mediata, sulle medesime;
- NON può sostituirsi alle istituzioni competenti per materia;
- NON fornisce rappresentanza legale o consulenza al segnalante;
- NON si occupa delle segnalazioni provenienti da enti privati.

Informazioni su sicurezza e confidenzialità

Grazie all'utilizzo di un protocollo di crittografia che garantisce il trasferimento di dati riservati, il codice identificativo univoco ottenuto a seguito della segnalazione registrata su questo portale consente al segnalante di "dialogare" con AREU in modo anonimo e personalizzato.

Grazie all'utilizzo di questo protocollo, a partire dall'entrata in funzione del presente portale, il livello di riservatezza è dunque aumentato rispetto alle pregresse modalità di trattamento della segnalazione. L'utilizzo della piattaforma (applicazione) informatica garantisce anche una maggiore celerità di trattazione della segnalazione stessa, a garanzia di una più efficace tutela del whistleblower.

L'applicazione informatica

È possibile accedere all'applicazione predisposta mediante il seguente indirizzo: <https://segnalazione-illeciti.areu.lombardia.it>

A maggior tutela dell'identità del segnalante, l'applicazione è resa disponibile anche tramite rete TOR all'indirizzo:

<http://5amo3nqe3pbzvyxq.onion/>

Per accedere tramite rete TOR è necessario dotarsi di un apposito browser disponibile al link:

<https://www.torproject.org/projects/torbrowser.html>

La rete TOR garantisce, oltre alla tutela del contenuto della trasmissione, anche l'anonimato delle transazioni tra il segnalante e l'applicazione, rendendo impossibile per il destinatario e per tutti gli intermediari nella trasmissione avere traccia dell'indirizzo internet del mittente (per approfondimenti <https://www.torproject.org/>).

Divieto di discriminazione nei confronti del whistleblower

Nei confronti del “Segnalante” non è consentita né tollerata alcuna forma di ritorsione o misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro, per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia.

Per misure discriminatorie s'intendono le azioni disciplinari ingiustificate, le molestie sul luogo di lavoro e ogni altra forma di ritorsione che determini condizioni di lavoro intollerabili.

Come espressamente indicato nel Piano Nazionale Anticorruzione, il Responsabile per la prevenzione della corruzione aziendale per ogni procedimento è tenuto ad attuare il monitoraggio delle segnalazioni di discriminazione nei confronti del “Segnalante” al fine di valutare le azioni da intraprendersi.

Sottrazione al diritto di accesso

La segnalazione non può essere oggetto né di visione né di estrazione di copia da parte di richiedenti, ricadendo nell'ambito delle ipotesi di esclusione (articolo 24, comma 1, lettera a, Legge n. 241/1990).

Patti di integrità

I patti d'integrità e i protocolli di legalità rappresentano un sistema di condizioni la cui accettazione viene configurata dalla stazione appaltante come presupposto necessario e condizionante la partecipazione dei concorrenti a una gara di appalto.

Il patto di integrità è un documento che la stazione appaltante richiede ai partecipanti alle gare e permette un controllo reciproco e sanzioni per il caso in cui qualcuno dei partecipanti cerchi di eluderlo. Si tratta quindi di un articolato di regole di comportamento finalizzate alla prevenzione del fenomeno corruttivo e volte a valorizzare comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti.

L'Autorità per la Vigilanza sui Contratti Pubblici di Lavori, Servizi e Forniture (AVCP), organismo confluito all'interno dell'ANAC, si è pronunciata, con propria determinazione n. 4/2012, circa la legittimità di prescrivere l'inserimento di clausole contrattuali che impongono obblighi in materia di contrasto delle infiltrazioni criminali negli appalti nell'ambito di protocolli di legalità/patti di integrità. Nella determinazione si precisa che “mediante l'accettazione delle clausole sancite nei protocolli di legalità al momento della presentazione della domanda di partecipazione e/o dell'offerta, infatti, l'impresa concorrente accetta, in realtà, regole che rafforzano comportamenti già doverosi per coloro che sono ammessi a partecipare alla gara e che prevedono, in caso di violazione di tali doveri, sanzioni di carattere patrimoniale, oltre alla conseguenza, comune a tutte le procedure concorsuali, della estromissione dalla gara (cfr. Consiglio

di Stato, sezione VI, 8 maggio 2012, n. 2657; Consiglio di Stato, 9 settembre 2011, n. 5066).”

Inoltre, come precisato nel Piano Nazionale Anticorruzione approvato dall'ANAC con propria Delibera n. 72/2013, i patti di integrità e i protocolli di legalità rappresentano un sistema di condizioni la cui accettazione viene configurata dalla stazione appaltante come presupposto necessario e condizionante la partecipazione dei concorrenti ad una gara d'appalto. Essi mirano a stabilire un complesso di regole di comportamento finalizzati a prevenire fenomeni di corruzione e a valorizzare comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti e per il personale aziendale impiegato ad ogni livello nell'espletamento delle procedure di affidamento di beni, servizi e lavori e nel controllo dell'esecuzione del relativo contratto assegnato.

Per tutte le motivazione sopra riportate l'AREU favorisce e promuove, nell'ambito dei propri rapporti contrattuali, l'utilizzo dei patti d'integrità.

Pubblicità del Piano per la prevenzione della corruzione

Il Piano Aziendale per la prevenzione della corruzione, assieme alla connessa documentazione, è pubblicato così come disposto dalle vigenti e specifiche disposizioni normative e regolamentari, in formato aperto, in un'apposita sezione del portale web dell'AREU – www.areu.lombardia.it – all'interno dell'area dedicata alla "Amministrazione trasparente", ciò con l'evidente scopo di favorire quanto più possibile la diffusione dello stesso e dei principi in esso contenuti.

Codice di comportamento dei dipendenti pubblici

Con la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana del 4 giugno 2013, n. 129, del Decreto del Presidente della Repubblica del 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" è stato sostituito e aggiornato il previgente codice, vigente dall'anno 2000, affinché vengano assicurate la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico in capo ai dipendenti pubblici.

In tale contesto AREU ha predisposto un proprio Codice di Comportamento, che è stato condiviso nei contenuti con i propri stakeholder, attraverso un "avviso pubblico per l'attivazione di una procedura aperta di partecipazione finalizzata all'adozione del codice di comportamento aziendale dell'AREU" volto all'acquisizione di proposte e di osservazioni sulla bozza del documento.

A seguito della predetta procedura è stato adottato il documento 96 "CODICE DI COMPORTAMENTO DEL DIPENDENTE DI AREU", le cui prescrizioni e indicazioni integrano



quelle contenute nel presente documento.

Il codice è pubblicato, in un formato aperto, nell'apposita sezione del portale web dell'AREU all'interno dell'area dedicata alla "Amministrazione trasparente".



PROGRAMMA PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ

Introduzione

La disciplina sulla trasparenza nelle pubbliche amministrazioni è stata oggetto, a partire dall'anno 2009, di penetranti interventi normativi alla luce dei quali la Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC ex CiVIT), ha elaborato e rilasciato delle indicazioni per la redazione e l'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e per il controllo e il monitoraggio sull'elaborazione e sull'attuazione del Programma stesso.

Così come auspicato nella Delibera CiVIT n. 50/2013 "Linee guida per l'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014-2016" e previsto oggi dal vigente normativa il Programma per la trasparenza e l'integrità è delineato come strumento di programmazione autonomo rispetto al Piano di prevenzione della corruzione, ed essendo a esso strettamente collegato, costituisce una sezione del Piano stesso.

Nozione di “trasparenza”

La trasparenza è intesa come accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

Emerge dunque con chiarezza che la trasparenza è da considerare come strumento per avere un'amministrazione che opera in maniera eticamente corretta e che persegue obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità dell'azione, valorizzando la responsabilità incondizionata (accountability) della stessa nei confronti dei cittadini.

La trasparenza, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio, di segreto statistico e di protezione dei dati personali, concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla nazione. Essa è condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, nonché dei diritti civili, politici e sociali, integra il diritto a una buona amministrazione e concorre alla realizzazione di una amministrazione aperta, al servizio del cittadino.

La trasparenza favorisce la partecipazione dei cittadini all'attività delle pubbliche amministrazioni ed è funzionale a tre scopi:

- sottoporre al controllo diffuso ogni fase del ciclo di gestione della performance dell'amministrazione per consentirne il miglioramento;
- assicurare la conoscenza, da parte dei cittadini, dei servizi resi dalle amministrazioni, delle loro caratteristiche quantitative e qualitative nonché delle loro modalità di erogazione;
- prevenire fenomeni corruttivi e promuovere l'integrità. In tale direzione, il Piano della trasparenza e dell'integrità si propone di dare attuazione alla disciplina della trasparenza finalizzata a garantire sia un adeguato livello di informazione sia di legalità tesa allo sviluppo della cultura dell'integrità.

Con il Programma s'intende perciò, garantire un duplice profilo di trasparenza dell'azione amministrativa:

- Profilo statico: consistente essenzialmente nella pubblicità di categorie di dati attinenti all'Azienda per finalità di controllo sociale da parte della cittadinanza e degli utenti in generale;
- Profilo dinamico: consistente nel monitoraggio e aggiornamento nell'ottica del miglioramento continuo dei servizi pubblici: direttamente collegato al ciclo della

performance anche grazie alla partecipazione dei portatori di interesse (stakeholder) dell'Azienda.

In tale contesto si deve quindi passare al nuovo concetto di trasparenza che non viene più concesso dall'alto ma che deve essere la sostanza stessa del rapporto di fiducia instaurato tra cittadini e Pubblica Amministrazione, la quale non deve dare conto solo delle spese sostenute, ma soprattutto del rapporto tra spese e benefici a favore della collettività.

Il principio generale "La Société a le droit de demander compte à tout Agent public de son administration" ["La Società ha diritto di chiedere conto ad ogni pubblico ufficiale della sua amministrazione" (Art. XV della Dichiarazione dei diritti dell'uomo e del cittadino del 26 agosto 1789)], è parte dell'atto di nascita delle moderne democrazie e alla base delle leggi per la trasparenza adottate da quasi tutti gli Stati democratici, a cominciare da quelli di common law sino anche all'Italia.

In tema di trasparenza è importante sottolineare l'approvazione del decreto legislativo n. 97 del 25 maggio 2016 "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n.124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche".

Da notare:

- il nuovo accesso civico (art. 6): prevede una nuova forma di accesso civico, da parte di chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, in relazione a tutti i dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela degli interessi giuridicamente rilevanti;
- Piano triennale per la prevenzione della corruzione (art.10): prevede la soppressione dell'obbligo, per le pubbliche amministrazioni, di redigere il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità, che deve essere integrato all'interno del Piano triennale per la prevenzione della corruzione. Ogni pubblica amministrazione ha compito di indicare, in un'apposita sezione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione i nominativi dei responsabili della trasmissione e della pubblicazione della documentazione, delle informazioni e dei dati che devono popolare la sezione Amministrazione trasparente dell'Ente stesso.

Al fine di favorire la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico di ogni amministrazione, che deve tradursi nella definizione di obiettivi organizzativi e individuali;

- Obblighi di pubblicazione concernenti gli atti di carattere normativo e amministrativo generale (art.11): si amplia il numero 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 (in AREU Nucleo di Valutazione delle Prestazioni).

Responsabile per la trasparenza e l'integrità

A seguito dell'adozione del provvedimento deliberativo n. 144 del 24.07.2013 è stato individuato quale Responsabile per la trasparenza e l'integrità di AREU il Dott. Andrea Albonico.

Compiti

Il Responsabile per la trasparenza e l'integrità è il soggetto preposto in Azienda all'applicazione di quanto prescritto dal Decreto Legislativo n. 150/2009 e dal Decreto Legislativo n. 33/2013, i quali assegnano allo stesso principalmente i seguenti compiti:

- svolgere stabilmente 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;
- aggiornare il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità;
- prevedere all'interno del Programma specifiche misure di monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza;
- controllare e assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico sulla base di quanto stabilito dalla vigente normativa;
- segnalare, in relazione alla loro gravità, i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente:
 - all'Ufficio di disciplina, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare;
 - alla Direzione Strategica dell'AREU e al Nucleo di Valutazione ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità.

Accanto al Responsabile tutti i Dirigenti e i Responsabili degli uffici dell'Azienda garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge, intendendosi sia l'immissione dei dati

nell'archivio sia la confluenza degli stessi dall'archivio al soggetto responsabile della pubblicazione sul sito internet dell'Azienda.

Procedimento di elaborazione e adozione del Programma

Così come previsto dalla normativa nazionale che dall'anno 2009 ha novellato il concetto di trasparenza applicato alla Pubblica Amministrazione, la cui disciplina previgente risale alla Legge n. 241/1990 "*Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi*" e successive integrazioni e modificazioni, AREU con l'adozione del presente Programma intende realizzare proprie linee generali volte a favorire un'applicazione omogenea delle disposizioni e dei principi contenuti, per le parti applicabili, nella legislazione in materia di trasparenza.

In tale ottica l'Azienda ispira la propria attività e il proprio sistema di gestione dell'organizzazione del lavoro "alla garanzia della trasparenza, anche attraverso la pubblicazione sul sito web, di documenti atti a rappresentare gli aspetti dell'attività amministrativa, dell'organizzazione aziendale e delle varie fasi del ciclo di gestione della valutazione dei risultati".

Il predetto processo di trasparenza, nel rispetto dei principi di buon andamento e di imparzialità, fermi i principi contenuti nella normativa nazionale in materia di riservatezza (Decreto Legislativo n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali"), deve prevedere l'attivazione di azioni positive volte a garantire ai cittadini l'accesso ai dati, alla documentazione amministrativa e alle informazioni conservate in azienda. La pubblicazione dei dati sul portale web dell'Azienda deve essere costantemente aggiornata al fine di garantirne la veridicità e l'adeguamento alle innovazioni normative o amministrative intervenute, nonché il miglioramento in termini di qualità dei contenuti e di visibilità degli stessi.

La pubblicità dei dati inerenti all'organizzazione e all'erogazione dei servizi al pubblico si inserisce strumentalmente nell'ottica di fondo del "miglioramento continuo" dei servizi pubblici, connesso al ciclo della performance anche grazie al necessario apporto partecipativo dei portatori di interesse (stakeholder).

In tale contesto AREU redige annualmente il proprio Piano delle performance, contenente anche una sintesi degli obiettivi raggiunti nell'esercizio precedente, che si sostanzia nel documento programmatico di riferimento, di durata triennale, attraverso il quale, in coerenza con le risorse assegnate all'Azienda e con la programmazione sanitaria regionale e i vincoli di bilancio, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori, i risultati attesi e gli standard di riferimento per il monitoraggio degli stessi. Attraverso il predetto Piano è possibile definire e misurare la performance aziendale valutandone la qualità

e consentendo una sua rappresentazione comprensibile ai propri stakeholder di riferimento.

Il Programma è pubblicato, in formato aperto, sul sito internet aziendale all'interno dell'area dedicata alla "Amministrazione trasparente".

Con il Programma per la trasparenza e l'integrità AREU intende:

- assicurare l'accessibilità delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività dell'Azienda;
- favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento della funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

Adozione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità

AREU adotta il proprio Programma triennale per la trasparenza e l'integrità su proposta del Responsabile per la trasparenza e l'integrità con deliberazione del Direttore Generale.

La Delibera n. 50/2013 del Presidente della CiVIT prevede che, in sede di prima applicazione, il termine per l'adozione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità è il 31 gennaio 2014, salvo successive integrazioni al fine di coordinarne i contenuti con quelli del Piano triennale per la prevenzione della corruzione qualora entro quella data non sia stato adottato anche quest'ultimo. Il differimento del termine per l'adozione del Programma risponde a esigenze di semplificazione volte a non creare duplicazioni di adempimenti da parte delle pubbliche amministrazioni e a consentire l'adozione di atti programmatici fra loro coerenti e coordinati.

L'aggiornamento del Programma triennale avviene con deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda entro il 31 gennaio di ogni anno.

L'attuazione del Programma è riservata ai Dirigenti/Responsabili delle strutture competenti per materia, i quali hanno il compito di individuare, elaborare, aggiornare, verificare l'usabilità del singolo dato e pubblicarlo sul sito internet aziendale all'interno dell'area dedicata alla "Amministrazione trasparente".

Il Responsabile della trasparenza e dell'integrità monitora l'attuazione del Programma e qualora rilevi eventuali ritardi o inadempienze ne riferisce alla Direzione Strategica dell'Azienda per l'adozione delle necessarie misure correttive e al Nucleo di Valutazione ai fini delle determinazioni, in fase di valutazione degli obiettivi individuali, nella corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio nei confronti dei soggetti inadempienti.

Strutture coinvolte nell'attuazione del Programma

Ogni Unità Organizzativa o Struttura dell'Azienda è coinvolta, per i dati e le informazioni di specifica competenza, nell'applicazione di quanto previsto nel Programma, dalla specifica norma di riferimento e dalle diverse fonti regolamentari adottate dall'ANAC.

Il Responsabile della trasparenza e dell'integrità svolge attività di controllo sull'adempimento da parte dell'Azienda degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, e promuove e cura il coinvolgimento di tutte le strutture interne dell'Amministrazione.

Al fine di migliorare il livello di trasparenza in Azienda, è prevista l'individuazione di Referenti per la trasparenza interni alle Strutture dell'AREU, i quali coadiuvano il Responsabile per la trasparenza e l'integrità.

Predetti referenti sono individuati tra il personale dipendente dell'Azienda da parte dei Dirigenti/Responsabili di ogni Unità Organizzativa o Struttura dell'Azienda. La relativa attività di supporto è svolta nell'ambito dell'orario di lavoro dovuto e non prevede corresponsione di indennità economiche aggiuntive.

I nominativi dei Referenti, nel caso in cui non fossero già stati comunicati, devono essere trasmessi formalmente al Responsabile entro 15 giorni dall'approvazione del Programma. In caso di mancata individuazione le relative competenze e responsabilità saranno poste a carico del Dirigente/Responsabile dell'Unità Organizzativa o Struttura.

Ai predetti Referenti sono attribuiti i seguenti compiti e responsabilità all'interno dell'Unità Organizzativa o Struttura di assegnazione:

- coordinare le attività connesse alla trasparenza della propria Unità Organizzativa o Struttura;
- garantire il tempestivo e regolare flusso di informazioni e di provvedimenti/atti/documenti;
- garantire la pubblicazione sul sito internet dell'AREU, al fine del rispetto di termini stabiliti dalla legge, di informazioni e di provvedimenti/atti/documenti.

Responsabili per la pubblicazione dei dati

I responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi del comma 1, dell'art. 10 del D.Lgs. n. 33/2013, sono indicati di seguito, accanto alle rispettive sezioni e sotto-sezioni:

- contratti/bandi di gara/approvvigionamenti: Dott.ssa Eleonora Zucchinali;
- personale/bandi di concorsi/consulenti e collaboratori/ammontare complessivo dei premi/dati relativi ai premi: Dott. Nicolò Sabbadini;

- bilanci/pagamenti/costi contabilizzati/fatturazione elettronica/split payment IVA: Dott. Marco M. Gelmetti
- beni immobili e gestione del patrimonio/opere pubbliche: Ing. Aldo Locatelli
- disposizioni generali/organizzazione/protocollo/controlli e rilievi/piano delle performance/corruzione: Dott. Andrea Albonico.

Dati da pubblicare

Ai sensi della normativa vigente devono essere pubblicati nel sito istituzionale dell'Azienda:

- documenti;
- informazioni;
- dati riguardanti l'attività dell'Ente.

I documenti contenenti atti oggetto di pubblicazione obbligatoria sono pubblicati tempestivamente, a cura del Referente della trasparenza, secondo le tempistiche previste nel Decreto Legislativo n. 33/2013 per ogni fattispecie.

Preliminarmente alla pubblicazione è necessario tenere in considerazione la normativa inerente la protezione dei dati personali, al fine di realizzare un giusto contemperamento tra i due valori costituzionalmente garantiti: trasparenza e riservatezza.

Pertanto i dati pubblicati dall'AREU saranno pertinenti e non eccedenti rispetto alle finalità della legge. Per quanto concerne i dati sensibili e quelli giudiziari, verrà prestata particolare attenzione alla modalità di pubblicazione, fermo restando l'assoluto divieto di pubblicare i dati inerenti lo stato di salute e le disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di segreto statistico.

Nel corso dell'anno 2017 le statistiche di consultazione dell'area "Amministrazione Trasparente" del sito internet di AREU sono state le seguenti:

TIPO DATO	DESCRIZIONE	TOTALE
Totale visualizzazione di pagina	Visualizzazioni di pagina indica il numero totale di pagine visualizzate (comprende le visualizzazioni ripetute della stessa pagina)	221.266
Totale visualizzazione di pagina uniche	Visualizzazioni di pagina uniche indica il numero di sessioni in cui la pagina specificata è stata visualizzata almeno una volta. Si calcola una visualizzazione di pagina unica per ogni combinazione URL della pagina + Titolo della pagina	83.721
Tempo medio sulla pagina	La quantità media di tempo passato dagli utenti a visualizzare una specifica pagina o schermata	23'

Durata della pubblicazione

I dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, rimangono pubblicati per cinque anni, decorrenti dal 1 gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, salvo termini diversi, previsti dalla normativa.

Requisiti dei dati pubblicati

I dati, le informazioni e i documenti devono essere pubblicati sul portale web dell'Azienda in modo da ossequiare sempre i seguenti requisiti:

- integrità;
- completezza;
- aggiornamento;
- tempestività;
- comprensibilità;
- semplicità di consultazione;
- omogeneità;
- accessibilità;
- conformità agli originali;
- indicazione della provenienza;
- riutilizzabilità, senza altre restrizioni diverse dall'obbligo di citare la fonte e rispettarne l'integrità;
- forma "aperta" dei file pubblicati (ex articolo 68 del Decreto Legislativo n. 82/2005 e s.m.i.).

Forma dei dati di tipo aperto

In merito alla forma dei dati da pubblicare preme precisare che per "aperta" si intende che i dati stessi devono essere resi disponibili e fruibili on line in formati non proprietari, per permetterne il più ampio riutilizzo anche a fini statistici e la redistribuzione senza ulteriori restrizioni d'uso, di riuso o di diffusione diverse dall'obbligo di citare la fonte e di rispettarne l'integrità.

In tale contesto, con periodicità almeno annuale, l'Agenzia per l'Italia Digitale (AgID) istruisce e aggiorna un repertorio dei formati aperti utilizzabili nelle pubbliche amministrazioni, secondo quanto disposto dal Codice dell'amministrazione digitale.

In sostituzione dei formati proprietari è possibile utilizzare sia software Open Source (quali ad esempio OpenOffice e LibreOffice) sia formati aperti [quali, ad esempio, le estensioni .rtf - rich text format, per i documenti di testo e .csv (comma-separated values) per i fogli di calcolo].

Per quanto concerne il formato .pdf – portable document format (formato proprietario il cui programma reader è disponibile gratuitamente) se ne suggerisce l'impiego esclusivamente per le informazioni e i documenti che, per loro natura e contenuti, prevedono la sola consultazione, un'archiviazione a lungo termine senza la necessità di un'elaborazione.

Un'alternativa ai formati di documenti aperti è rappresentata anche dal formato .odf – open document format, che consente la lettura e l'elaborazione di documenti di testo, di dati in formato tabellare e di presentazioni.

Pubblicità del Programma della trasparenza e dell'integrità

Il Programma della trasparenza e dell'integrità, assieme alla connessa documentazione, è pubblicato sul portale web dell'AREU, www.areu.lombardia.it, all'interno dell'area dedicata alla "Amministrazione trasparente" nella sezione Disposizioni generali/Programma per la trasparenza e l'integrità, ciò con l'evidente scopo di favorire quanto più possibile la diffusione dello stesso e dei principi in esso contenuti e disciplinati.

Iniziative di comunicazione della trasparenza

Nel Programma triennale saranno previste iniziative per garantire un adeguato livello di trasparenza, la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità.

Le iniziative a sostegno della trasparenza fanno riferimento alle seguenti tipologie di iniziative:

- organizzare, anche in collaborazione con altre Aziende Sanitarie lombarde, giornate della trasparenza, nel corso delle quali l'Azienda presenterà sia il proprio Programma, e il suo stato di attuazione, sia, assieme al Nucleo di Valutazione, il sistema di valutazione della performance aziendale;
- acquisire proposte da parte dei propri interlocutori istituzionali e dei cittadini per migliorare e implementare la "trasparenza";
- dotare il sito internet aziendale di idonei strumenti atti ad acquisire proposte e suggerimenti da parte dei cittadini;
- creare una rete di collaborazione e condivisione, nell'ambito del progetto di collaborazione interaziendale con alcune Aziende Ospedaliere e Sanitarie Locali lombarde, in materia di trasparenza e integrità;
- mantenere costantemente aggiornata la "Carta dei servizi", almeno nella sua

versione online.

Processo di attuazione del programma

Il Programma per la trasparenza e l'integrità richiede un'attività di monitoraggio periodico sia da parte della stessa Amministrazione (monitoraggio interno) sia da parte del Nucleo di Valutazione.

Monitoraggio interno

Il monitoraggio eseguito da soggetti interni dell'Azienda riguarda l'applicazione del Programma per la trasparenza e l'integrità. Il monitoraggio avrà cadenza, di norma, semestrale e riguarderà il processo di attuazione del Programma attraverso la scansione delle attività dovute e l'indicazione degli scostamenti rispetto a quanto prescritto dalla vigente normativa.

In aggiunta al monitoraggio periodico è comunque prevista la redazione da parte del Responsabile di una relazione annuale sullo stato di attuazione del Programma che è trasmessa alla Direzione Strategica, al Nucleo di Valutazione dell'Azienda e pubblicata sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Monitoraggio del Nucleo di Valutazione delle Prestazioni

Il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, così come previsto dalla vigente normativa, verifica:

- la coerenza tra gli obiettivi previsti nel Programma per la trasparenza e l'integrità e quelli indicati nel Piano delle Performance;
- l'adeguatezza dei relativi indicatori.

I Dirigenti interni deputati alla misurazione e valutazione delle performance, nonché il Nucleo di Valutazione delle Prestazioni, utilizzano le informazioni e i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della misurazione e valutazione delle performance sia organizzativa sia individuale del responsabile e dei dirigenti dei singoli uffici titolati alla trasmissione dei dati.

Per consentire al Nucleo di poter assolvere all'invio dell'attestazione, entro il 31 dicembre di ogni anno ovvero diversa data comunicata dal Responsabile in base alle eventuali determinazioni ANAC, inerente gli obblighi di pubblicazione da parte dell'Azienda, in termini di qualità – completezza – aggiornamento – apertura dei dati, i Dirigenti/Responsabili delle Unità Organizzative/Strutture dell'AREU devono inviare al Nucleo stesso, secondo l'apposito schema predisposto da ANAC, i dati di propria pertinenza entro e non oltre il giorno 10 del mese di dicembre di ogni anno.

Posta Elettronica Certificata (PEC)

La Posta Elettronica Certificata è lo strumento che consente di inviare e ricevere messaggi di testo e allegati con lo stesso valore legale di una raccomandata con avviso di ricevimento. Essa rappresenta un'innovazione capace di generare enormi risparmi sul piano economico e di semplificare i rapporti tra privati e la Pubblica Amministrazione.

La diffusione della PEC rientra nel processo di "dematerializzazione" della burocrazia.

L'AREU, in ottemperanza a quanto prescritto dalla normativa e per aumentare il grado di informatizzazione e digitalizzazione dei processi amministrativi, si è dotata, e utilizza regolarmente, di una casella di posta elettronica certificata per comunicare con altre amministrazioni, cittadini, imprese e professionisti.

L'indirizzo di Posta Elettronica Certificata, pubblicato sulla homepage del sito istituzionale dell'AREU, è il seguente: protocollo@pec.areu.lombardia.it.

Accesso civico

La trasparenza amministrativa con l'istituzione dell'accesso civico estende il proprio raggio d'azione ben oltre i confini tracciati dal diritto di accesso riconosciuto ai soggetti interessati dalla Legge n. 241/1990. L'accesso civico, disciplinato dall'art. 5 del D.Lgs. n. 33/2013, riguarda una sorta di legittimazione generalizzata inerente un insieme d'informazioni che oltrepassa gli specifici atti e documenti che le pubbliche amministrazioni erano consuete a rendere disponibili.

In relazione all'istituto del c.d. "accesso civico" una delle più importanti modifiche introdotte dal D.Lgs. n. 97/2016 riguarda la riscrittura dell'art. 5 del D.Lgs. n. 33/2013, che muta profondamente, ampliandola, la disciplina sull'accesso ai dati e ai documenti detenuti dalla pubblica amministrazione: chiunque, infatti, in modo generalizzato, potrà accedere a tutti i dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti.

Si tratta di un regime di accesso più ampio rispetto di quello previsto originariamente dal D.Lgs. n. 33/2013, che consente di accedere non solo ai dati, alle informazioni ai documenti per i quali sussistono specifici obblighi di pubblicazione, ma anche ai dati e ai documenti per i quali non esiste l'obbligo di pubblicazione e che l'amministrazione dovrà quindi fornire al richiedente.

Con questa ulteriore modifica, la trasparenza tende quindi a essere sempre più intesa come forma di accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni per favorire modalità diffuse di controllo da parte dei cittadini.

L'ANAC, con propria delibera n.1309 del 28 dicembre 2016, ha approvato le "LINEE

GUIDA RECANTI INDICAZIONI OPERATIVE AI FINI DELLA DEFINIZIONE DELLE ESCLUSIONI E DEI LIMITI ALL'ACCESSO CIVICO DI CUI ALL'ART. 5 C. 2 DEL D.LGS. 33/2013" che chiariscono gli ambiti delle tre tipologie di accesso civico previste:

1. accesso civico "semplice" (istituto già previsto dall'articolo 5, comma 2 del D.Lgs. n. 33/2013);
2. accesso civico "generalizzato" (previsto dalle modifiche all'articolo 5, comma 2 del D.Lgs. n. 33/2013 apportate dal D.Lgs. n. 97/2016);
3. accesso "documentale" agli atti, istituto che resta normato dalla L. n. 241/1990.

L'accesso civico "semplice" si riferisce ai soli atti documenti e informazioni oggetto di obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa: laddove la pubblica amministrazione risulti inadempiente il privato cittadino può richiedere l'accesso ai documenti non pubblicati.

L'accesso documentale ex L. n. 241/1990 è invece il diritto dei soggetti interessati ad accedere ai documenti amministrativi ai sensi dell'articolo 22 della medesima legge. Il richiedente deve in questa fattispecie 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" e la domanda deve essere opportunamente motivata.

Relativamente all'accesso civico "generalizzato" le Linee guida dell'ANAC chiariscono, inoltre, la distinzione tra le eccezioni assolute e le eccezioni relative o qualificate: l'accesso è escluso nei casi di segreto di Stato e negli altri casi di divieti di accesso o divulgazione previsti dalla legge (eccezione assoluta), mentre le esclusioni relative sono caratterizzate dalla necessità di adottare una valutazione della richiesta di accesso caso per caso, in merito alla sussistenza del pregiudizio concreto alla tutela di interessi pubblici o privati considerati meritevoli di una peculiare tutela dall'ordinamento (interessi pubblici che sono indicati nel nuovo articolo 5-bis, comma 1 del D.Lgs. n. 33/2013, modificato dal D.Lgs. n. 97/2016).

Pertanto nel caso in cui l'Azienda non rispetti i prescritti obblighi di pubblicità (omessa pubblicazione sul portale web aziendale), chiunque è legittimato a richiedere la messa a disposizione e la pubblicazione di tutte le informazioni, i provvedimenti, gli atti e i documenti omessi, senza avere un interesse specifico, concreto e attuale (accesso civico definito semplice).

L'istanza, sempre gratuita, deve essere indirizzata al soggetto preposto in Azienda, il quale, in caso di riscontro positivo alla stessa, entro 30 giorni dispone, a carico del competente Referente per la trasparenza, la pubblicazione delle informazioni, dei provvedimenti, degli atti e dei documenti omessi sul sito dell'AREU nella idonea sezione "Amministrazione Trasparente" e trasmette l'intero materiale al richiedente.

Nel caso in cui il soggetto preposto non ottemperi alla richiesta di accesso civico è previsto che il richiedente possa ricorrere al soggetto titolare in Azienda dello specifico potere sostitutivo, il quale deve assicurare la disamina dell'istanza, provvedendo, se ne ravvisa i presupposti, alla pubblicazione e alla trasmissione al richiedente di quanto richiesto.

Visto che in AREU le funzioni di Responsabile della prevenzione della corruzione e di Responsabile per la trasparenza e l'integrità sono affidate a un unico Dirigente, si ritiene opportuno, al fine di migliorare la tutela dell'esercizio dell'accesso civico, che la funzione relativa alla gestione dell'accesso civico venga delegata dalla Direzione Aziendale a un dipendente dell'Azienda, al fine di garantire, in caso di inerzia di fronte a richieste di accesso civico, che il potere sostitutivo possa rimanere in capo al Responsabile stesso, consentendo così che il soggetto titolare del potere sostitutivo non rivesta una qualifica inferiore rispetto al soggetto sostituito.

Nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito internet dell'AREU sono pubblicati gli indirizzi di posta elettronica cui inoltrare le richieste di accesso civico e di attivazione del potere sostitutivo, corredate dalle informazioni relative alle modalità di esercizio di tale diritto.

Il Responsabile ha l'obbligo di segnalare, per l'adozione dei provvedimenti di competenza, alla Direzione Strategica, al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni e all'Ufficio competente all'imposizione delle sanzioni disciplinari tutti gli inadempimenti inerenti l'obbligo di pubblicazione di cui sia venuto a conoscenza a seguito della richiesta d'accesso civico.

Il soggetto preposto in Azienda a ricevere le istanze di accesso civico è la Dott.ssa Cristina M. Corbetta – Dirigente presso la S.C. Comunicazione di AREU (recapito e-mail: c.corbetta@areu.lombardia.it).

Tutti i casi di riesame sono, sia che l'accesso riguardi dati a pubblicazione obbligatoria o meno, posti a carico del Responsabile.

Registro degli accessi

È stato istituito il Registro degli accessi a cura del Responsabile della Trasparenza a seguito della pubblicazione delle Linee Guida ANAC che ne raccomandano la tenuta e la pubblicazione al fine, da un lato, di consentire il monitoraggio sull'attuazione dell'accesso generalizzato da parte di ANAC e, dall'altro, di favorire un confronto costruttivo tra Pubbliche Amministrazioni chiamate ad applicarlo.

Si tratta di una raccolta delle richieste di accesso civico presentate ad AREU nelle sue diverse forme.

Il registro è organizzato in elenco con l'indicazione, per ciascuna richiesta, dell'oggetto,

della data, dell'esito e della data della decisione, omettendo dati personali, ed è pubblicato nella sezione Amministrazione Trasparente/Altri contenuti/Accesso civico.

Ai fini della pubblicazione, l'elenco è aggiornato con cadenza, di norma, semestrale a partire dall'anno 2017.

Dal 01.01.2017 non sono pervenute richieste di accesso civico.

Ulteriori dati

Al fine di massimizzare e migliorare l'impegno dell'Azienda nella comunicazione e la trasparenza a favore dei propri stakeholder rispetto all'attività svolta, l'AREU all'interno del suo portale web ha creato e messo online la sezione "MISSIONI AAT (real time)", accedendo alla quale è possibile visualizzare la mappa degli interventi sanitari in emergenza urgenza extraospedaliera effettuati e suddivisi per:

- eventi di oggi;
- eventi attualmente in corso;
- eventi di ieri.

Per tutte le predette visualizzazioni sono presenti le seguenti informazioni:

- numero chiamate pervenute suddiviso per tipologia [soccorso primario (118), soccorso secondario, informazione, consulenza, guardia medica, trasporto organi e altro] e Articolazione Aziendale Territoriale – AAT di riferimento;
- motivo e numero degli interventi di soccorso primario distinti per AAT;
- numero e tipi di mezzi intervenuti nei soccorsi primari e i relativi codice colore connessi alla gravità degli eventi distinti per AAT.

Attraverso la consultazione della predette pagine è possibile, in modo assolutamente trasparente e tempestivo (pubblicati con uno scarto/ritardo temporale di qualche minuto), prendere atto dell'importante attività svolta dal personale che opera all'interno del soccorso sanitario.



Sigle e acronimi utilizzati nel documento

AAT = Articolazione Aziendale Territoriale

ASST = Azienda Socio Sanitaria Territoriale

COI = Centrale Operativa Integrata

DAE = Defibrillatore semiAutomatico Esterno

DPI = Dispositivo/i di Protezione Individuale

FMECA = Failure Mode, Effects, and Criticality Analysis

IRCCS = Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

NUE = Numero Unico europeo dell'Emergenza

PAD = Public Access Defibrillator

PRO = Procedura

RSPP = Responsabile aziendale della Prevenzione e della Protezione

SOREU = Sala Operativa Regionale dell'Emergenza Urgenza



ALLEGATO 1 - Processi analizzati

PROCESSO: Accettazione delle donazioni di apparecchiature

Attività di inizio: Ricezione della proposta (tramite mail/pec)
 Attività di fine: Comunicazione adozione al donante, all'Ingegneria clinica, all'Economico Finanziario e all'AAT o soggetto destinatario (se donazione modale)
 Fasi del processo:

Fase 1 Proposta di donazione e istruttoria

- Attività 1 (fase 1) Ricezione della proposta (tramite mail/pec)
- Attività 2 (fase 1) Verifica preliminare di formalità (oggetto, soggetti e tipologia di beni e valore economico)
- Attività 3 (fase 1) Richiesta al donante di acquisizione del valore economico, della documentazione relativa al bene (fattura, bolla di trasporto ecc.)
- Attività 4 (fase 1) Inoltro a Ingegneria clinica per verifica utilità e funzionalità rispetto alle connesse apparecchiature e acquisizione parere
- Attività 5 (fase 1) Inoltro al Controllo di Gestione per la sostenibilità delle eventuali spese di manutenzione e materiali di consumo derivanti e acquisizione parere

Fase 2 Delibera di accettazione e azioni conseguenti

- Attività 1 (fase 2) Predisposizione della delibera di accettazione
- Attività 2 (fase 2) Adozione della delibera da parte della Direzione Strategica
- Attività 3 (fase 2) Comunicazione adozione al donante, all'Ingegneria clinica, all'Economico Finanziario e all'AAT o soggetto destinatario (se donazione modale)

Fase	Attività	Failure mode	Effetti	Gravità degli effetti	Possibili cause del failure mode	Probabilità	Rilevabilità	IPR	Barriere	Efficacia barriere	Nuovo IPR	Proposta barriere/Note
FASE 1 Proposta di donazione e istruttoria	Ricezione della proposta (tramite mail/pec)	Trasmissione della proposta ad un soggetto differente da AREU, intercettata dagli uffici competenti di AREU	Allungamento dei tempi per intercettazione tardiva della donazione con richiesta di riproposizione della donazione ad AREU	2	Mancata o scarsa conoscenza da parte del donante dell'organizzazione dell'emergenza urgenza in Regione Lombardia	3	1	6	Publicazione sul sito di una sezione dedicata alle donazioni	2	3	Predisposizione del Regolamento (attualmente in bozza) con ampia diffusione ai soggetti coinvolti e tramite sito
					Informazioni non corrette al donante da parte dei soggetti direttamente contattati dallo stesso	2	4	16	Informative alle AAT e SOREU	4	4	
		Trasmissione della proposta ad un soggetto differente da AREU, non intercettata da AREU	Gestione della procedura da soggetto terzo (ASST/IRCCS)	4	Mancata conoscenza, da parte del donante, dell'organizzazione dell'emergenza urgenza in Regione Lombardia	3	1	12	Publicazione sul sito di una sezione dedicata alle donazioni	2	6	
					Informazioni non corrette al donante da parte dei soggetti direttamente contattati dallo stesso	2	4	32	Informative alle AAT e SOREU	4	8	
					Mancato riconoscimento, da parte del donatario, del corretto destinatario della donazione	2	4	32	Nessuna barriera	1	32	
		Ricezione di una proposta di donazione incompleta	Richiesta di chiarimenti al donante da parte di AREU relativamente al processo di accettazione	2	Mancata conoscenza da parte del donante delle procedure di donazione	3	1	6	Publicazione sul sito di una sezione dedicata alle donazioni; Comunicazione di AREU con elementi essenziali per perfezionare la donazione	5	1	
	Disattenzione del donante				2	1	4	Comunicazione di AREU con elementi essenziali per perfezionare la donazione	5	1		
	Proposte frazionate da parte del donante				2	1	4	Comunicazione di AREU con elementi essenziali per perfezionare la donazione e affiancamento da parte della SC Affari Generali e Legali	5	1		
	Verifica preliminare di formalità (oggetto, soggetti e tipologia di beni e valore economico)	Errata valutazione degli elementi della donazione	Avvio del processo di donazione che dovrà essere successivamente ricondotto alla fase preliminare	3	Disattenzione della SC Affari Generali e Legali	1	4	12	Confronto tra i collaboratori e con il Direttore SC Affari Generali e Legali	5	2	
					Mancata conoscenza dei principi generali che animano il procedimento delle donazioni	1	4	12	Frequente aggiornamento sulle tematiche; Confronto tra i collaboratori e con il Direttore SC Affari Generali e Legali	4	3	
		Mancata rilevazione dell'incompletezza della proposta	Avvio del processo di donazione non completo degli elementi essenziali	3	Disattenzione della SC Affari Generali e Legali	2	4	24	Confronto tra i collaboratori e con il Direttore SC Affari Generali e Legali	5	5	
	Richiesta al donante di acquisizione del valore economico, della documentazione relativa al bene (fattura, bolla di trasporto ecc.)	Mancata o tardiva ricezione della documentazione	Allungamento dei tempi e sospensione del processo	3	Novità dell'oggetto della donazione	2	2	12	Confronto tra i collaboratori e con il Direttore SC Affari Generali e Legali, confronto con i tecnici	4	3	
					Mancata ricezione delle comunicazioni relative alla donazione rivolte a più soggetti	3	3	27	Confronto tra i soggetti coinvolti e con il Direttore SC Affari Generali e Legali	4	7	
	Inoltro a Ingegneria clinica per verifica utilità e funzionalità rispetto alle connesse apparecchiature e acquisizione del parere	Mancata o ritardata acquisizione del parere	Allungamento dei tempi e sospensione del processo	3	Dimenticanza da parte della SC Affari Generali e Legali	1	3	6	Rivalutazione da parte della SC Affari Generali e Legali nell'ambito delle fasi di acquisizione dei pareri; Controllo finale da parte del Direttore SC Affari Generali e Legali	4	2	
Mancata o ritardata acquisizione del parere					3	1	9	Sollecito da parte della SC Affari Generali e Legali	4	2		
Inoltro al Controllo di Gestione per la sostenibilità delle eventuali spese di manutenzione e materiali di consumo derivanti e acquisizione del parere	Mancata o ritardata acquisizione del parere	Allungamento dei tempi e sospensione del processo	3	Mancato riscontro da parte del donante	2	1	6	Sollecito da parte della SC Affari Generali e Legali	4	2		
				Dimenticanza della SS Ingegneria Clinica	1	1	3	Sollecito da parte della SC Affari Generali e Legali	5	1		
Predisposizione della delibera di accettazione	Errori materiali nella predisposizione della delibera	Allungamento dei tempi per revisione del testo	2	Tardiva verifica della ricezione del parere da parte della SC Affari Generali e Legali	2	3	18	Sollecito da parte della SC Affari Generali e Legali e connesso riscontro dell'avvenuto invio da parte della SS Ingegneria Clinica	5	4		
				Dimenticanza della SC Controllo di Gestione	1	1	3	Sollecito da parte della SC Affari Generali e Legali	5	1		
					Tardiva verifica della ricezione del parere da parte della SC Affari Generali e Legali	2	3	18	Sollecito da parte della SC Affari Generali e Legali e connesso riscontro dell'avvenuto invio da parte della SC Controllo di Gestione	5	4	
					Disattenzione da parte della SC Affari Generali e Legali	2	1	4	Controllo finale da parte del Direttore SC Affari Generali e Legali	5	1	

Fase	Attività	Failure mode	Effetti	Gravità degli effetti	Possibili cause del failure mode	Probabilità	Rilevabilità	IPR	Barriere	Efficacia barriere	Nuovo IPR	Proposta barriere/Note
FASE 2 Delibera di accettazione e azioni conseguenti	Adozione della delibera da parte della Direzione Strategica	Adozione con errori non rilevati	Rettifica del testo deliberativo tramite adozione di un nuovo provvedimento	4	Mancata rilevazione dell'errore da parte della SC Affari Generali e Legali	1	4	16	Rilevazione da parte della Direzione Strategica	4	4	
					Mancata rilevazione dell'errore da parte della Direzione Strategica	1	4	16	Nessuna barriera	1	16	
	Comunicazione dell'adozione al donante, all'Ingegneria clinica e all'Economico Finanziario	Mancata comunicazione da parte della SC AGL al donante	Allungamento dei tempi di conclusione del processo	2	Disattenzione da parte della SC Affari Generali e Legali	1	1	2	Sollecito da parte del donante o degli altri soggetti coinvolti	4	1	
					Mancata o ritardata comunicazione da parte della SC AGL alle strutture AREU coinvolte	Ritardato o mancato perfezionamento del processo da parte delle altre strutture AREU	3	Disattenzione da parte della SC Affari Generali e Legali	1	1	3	

PROCESSO: Gestione delle procedure di acquisto sotto soglia (sotto 40.000 €, qualità/prezzo)

Attività di inizio: Compilazione MOD 37 da parte del detentore del processo (DEC) e trasmissione alla SC Gestione approvvigionamenti

Attività di fine: Collaudo finale da parte del DEC

Fasi del processo:

Fase 1 Richiesta da parte del detentore del processo interessato

Attività 1 (fase 1) Compilazione MOD 37 da parte del detentore del processo e trasmissione alla SC Gestione approvvigionamenti

Attività 2 (fase 1) Verifica e validazione della richiesta da parte della SC Approvvigionamenti

Fase 2 Espletamento procedura

Attività 1 (fase 2) Redazione della documentazione da parte della SC Gestione approvvigionamenti, sulla base delle specifiche tecniche

Attività 2 (fase 2) Verifica da parte del RSPP dei contenuti del capitolato relativi alla sicurezza (eventuale)

Attività 3 (fase 2) Pubblicazione della gara su piattaforma digitale (SINTEL, MEPA)

Fase 3 Aggiudicazione

Attività 1 (fase 3) Apertura telematica buste e verifica della documentazione presentata

Attività 2 (fase 3) Individuazione della Commissione Tecnica

Attività 3 (fase 3) Valutazione dell'offerta tecnica da parte della Commissione Tecnica

Attività 4 (fase 3) Aggiudicazione provvisoria (seduta pubblica di apertura buste economiche)

Attività 5 (fase 3) Aggiudicazione definitiva (con delibera)

Attività 6 (fase 3) Verifica delle autocertificazioni da parte della SC Gestione approvvigionamenti

Fase 4 Consegna del bene/erogazione del servizio e verifica di conformità

Attività 1 (fase 4) Fornitura bene/erogazione servizio

Attività 2 (fase 4) Verifica di conformità da parte del DEC

Fase 5 Liquidazione amministrativa

Attività 1 (fase 5) Liquidazione informatica della fattura elettronica

Attività 2 (fase 5) Collaudo finale da parte del DEC

Fase	Attività	Failure mode	Effetti	Gravità degli effetti	Possibili cause del failure mode	Probabilità	Rilevabilità	IPR	Barriere	Efficacia barriere	Nuovo IPR
FASE 1 Richiesta da parte del detentore del processo interessato	Compilazione MOD 37 da parte del detentore del processo e trasmissione alla SC Gestione approvvigionamenti	Compilazione del MOD 37 in modo parziale/non corretto	Impossibile procedere alla predisposizione della documentazione	2	Mancanza di sufficiente formazione ai DEC	3	1	6	Eventi formativi rivolti ai DEC	4	2
					Modulo non chiaro/incompleto	3	1	6	In corso l'aggiornamento del MOD 37	4	2
		Attestazione, da parte del DEC, della copertura economica in caso di assenza della stessa	Impossibile procedere all'aggiudicazione della gara	5	Disattenzione del DEC	2	4	40	Assegnazione budget annuale alle singole Strutture, eventuale segnalazione della SC Economico finanziario alla SC Gestione approvvigionamenti (nell'iter di approvazione della delibera di aggiudicazione)	3	13
		Possibile influenza del fornitore sul DEC	Veicolazione dell'esito della gara	5	Mancata percezione del rischio corruttivo da parte del DEC	1	5	25	Numerose fasi di verifica nel corso del processo; non inclusione del DEC nella Commissione di valutazione come da normativa	4	6
	Verifica e validazione della richiesta da parte della SC Approvvigionamenti	Mancata intercettazione di errori/carenze nella compilazione del MOD 37	Impossibile procedere alla predisposizione della documentazione	2	Disattenzione dell'operatore della SC Gestione approvvigionamenti	1	1	2	Confronto tra gli operatori della SC Gestione approvvigionamenti; verifica da parte del RUP	5	0
					Non chiarezza di quanto indicato nel MOD 37 da parte del DEC	4	1	8	Confronto tra gli operatori della SC Gestione approvvigionamenti; verifica da parte del RUP; confronto con il DEC	5	2
	Possibile influenza del fornitore sul RUP	Veicolazione dell'esito della gara	5	Limitata percezione del rischio corruttivo da parte del RUP	1	5	25	Numerose fasi di verifica nel corso del processo; non inclusione del RUP nella Commissione di valutazione	4	6	
FASE 2 Espletamento procedura	Redazione della documentazione da parte della SC Gestione approvvigionamenti, sulla base delle specifiche tecniche	Carenze/inesattezze nella redazione della documentazione	Esiti di gara non corrispondenti alle esigenze aziendali	4	Non corretta interpretazione da parte del RUP delle esigenze espresse	2	4	32	Possibili richieste di chiarimenti da parte dei fornitori, con conseguente revisione della documentazione da parte del RUP	5	6
		Possibile influenza del fornitore sul RUP	Veicolazione dell'esito della gara	5	Limitata percezione del rischio corruttivo da parte del RUP	1	5	25	Numerose fasi di verifica nel corso del processo; non inclusione del RUP nella Commissione di valutazione	4	6
	Verifica da parte del RSPP dei contenuti del capitolato relativi alla sicurezza (eventuale)	Non corretta rilevazione, da parte del RSPP, dei possibili rischi di interferenza	Quantificazione imprecisa degli oneri a carico del fornitore	2	Disattenzione del RSPP	1	4	8	Indicazione, nella documentazione di gara, che i rischi da interferenza possono essere oggetto di revisione nel corso del contratto	4	2
					Non corretta interpretazione da parte del RSPP delle esigenze espresse	1	4	8	Indicazione, nella documentazione di gara, che i rischi da interferenza possono essere oggetto di revisione nel corso del contratto; confronto del RSPP con il fornitore aggiudicatario	4	2
	Pubblicazione della gara su piattaforma digitale (SINTEL, MEPA)	Errata individuazione della tipologia di procedura nell'ambito della piattaforma	Reindizione della procedura	3	Disattenzione della SC Gestione approvvigionamenti	1	1	3	Autocontrolli mediante riepilogativo della procedura (stampa check -list); confronto tra gli operatori della SC Gestione approvvigionamenti	4	1
					Non facile utilizzo/non chiarezza dell'applicativo informatico	3	1	9	Interlocuzione con il call center della piattaforma; formazione operatori SC Gestione approvvigionamenti; confronto tra gli operatori della SC Gestione approvvigionamenti	4	2
	Non funzionamento temporaneo/manutenzione piattaforma SINTEL/MEPA	Impossibile caricare l'offerta	5	Mancato adeguamento della scadenza dei termini, a seguito di segnalazione preventiva di manutenzione della piattaforma	1	1	5	Indicazione, nella documentazione di gara, di procedere per tempo all'inserimento dell'offerta in piattaforma; proroga/riapertura, se del caso, dei termini di scadenza da parte della SC Gestione approvvigionamenti	4	1	
	Errato caricamento della documentazione sulla piattaforma SINTEL/MEPA	Il fornitore non è in grado di formulare l'offerta	5	Disattenzione della SC Gestione approvvigionamenti	1	1	5	Autocontrolli mediante riepilogativo della procedura (stampa check -list); confronto tra gli operatori della SC Gestione approvvigionamenti	4	1	
	Apertura telematica buste e verifica della	Ammissione del concorrente che ha presentato documentazione incompleta	Ricorso dei concorrenti	5	Disattenzione della SC Gestione approvvigionamenti	2	1	10	Check-list di controllo della documentazione; controllo successivo alla seduta pubblica, da parte della SC Gestione approvvigionamenti	4	3

Fase	Attività	Failure mode	Effetti	Gravità degli effetti	Possibili cause del failure mode	Probabilità	Rilevabilità	IPR	Barriere	Efficacia barriere	Nuovo IPR														
FASE 3 Aggiudicazione	documentazione presentata	Ammissione del concorrente non in possesso di tutti i requisiti richiesti, al fine di agevolare lo stesso	Ricorso dei concorrenti; danno all'immagine aziendale	5	Limitata percezione del rischio corruttivo da parte del RUP	1	1	5	Scelta seduta pubblica, se del caso; il RUP è sempre affiancato da 2 testimoni che firmano i verbali; pubblicazione dei verbali di ammissione; normativa (prevede il diritto di accesso alla documentazione da parte dei concorrenti)	5	1														
	Individuazione della Commissione Tecnica	Inclusione nella Commissione tecnica di soggetto che ha/ha avuto rapporti con uno dei fornitori che hanno presentato offerta	Ricorso dei concorrenti; danno all'immagine aziendale	5	Mancata informazione ai componenti della Commissione della necessità di segnalare eventuali conflitti di interesse da parte della SC Gestione approvvigionamenti	1	2	10	Confronto tra gli operatori della SC Gestione approvvigionamenti; formazione del personale aziendale in merito alla normativa relativa ai doveri del dipendente pubblico	5	2														
					Mancata trasmissione della modulistica di autocertificazione ai componenti della Commissione da parte della SC Gestione approvvigionamenti	1	2	10	Autocontrolli mediante riepilogativo della procedura (stampa check-list); confronto tra gli operatori della SC Gestione approvvigionamenti	5	2														
	Valutazione dell'offerta tecnica da parte della Commissione Tecnica	Errata/parziale trasmissione della documentazione di gara alla Commissione Tecnica	Errata valutazione della Commissione Tecnica	5	Disattenzione della SC Gestione approvvigionamenti	1	1	5	La Commissione Tecnica, in sede di valutazione, rileva le criticità in merito alla documentazione trasmessa	5	1														
									Errata/incompleta valutazione della documentazione di gara da parte della Commissione Tecnica	Errata valutazione della Commissione Tecnica	5	Disattenzione dei componenti della Commissione Tecnica	2	1	10	Confronto tra i componenti della Commissione Tecnica; scelta di componenti della Commissione Tecnica esclusivamente con competenze tecniche; segnalazione da parte dei concorrenti	5	2							
	Aggiudicazione provvisoria (seduta pubblica di apertura buste economiche)	Ammissione del concorrente che ha presentato documentazione incompleta	Ricorso dei concorrenti	5	Disattenzione della SC Gestione approvvigionamenti	2	1	10	Check-list di controllo della documentazione; controllo durante la seduta pubblica e successivo, da parte della SC Gestione approvvigionamenti; segnalazione da parte dei concorrenti	5	2														
									Errata predisposizione del modello di gara, per quanto concerne il criterio di attribuzione del punteggio economico	Errata graduatoria	5	Disattenzione della SC Gestione approvvigionamenti	1	1	5	Controllo durante la seduta pubblica e successivo, da parte della SC Gestione approvvigionamenti; segnalazione da parte dei concorrenti	5	1							
																Errore nella predisposizione della delibera di aggiudicazione	Errata aggiudicazione	2	Disattenzione della SC Gestione approvvigionamenti	1	1	2	Iter di approvazione della delibera (controllo delle competenti Strutture aziendali); pubblicazione della delibera di aggiudicazione; rilevazione da parte della SC Gestione approvvigionamenti all'atto della redazione delle lettere di aggiudicazione	5	0
																							Ritardo nella predisposizione delle lettere di aggiudicazione da inviare ai concorrenti	Dilatazione dei tempi di inizio del contratto	4
	Verifica delle autocertificazioni da parte della SC Gestione approvvigionamenti	Mancata/ritardata verifica delle autocertificazioni	Non rilevazione delle dichiarazioni mendaci e conseguente aggiudicazione a concorrente da escludere	5	Disattenzione/carico di lavoro della SC Gestione approvvigionamenti	2	3	30	Confronto tra gli operatori della SC Gestione approvvigionamenti; segnalazione da parte dei concorrenti e delle Autorità competenti	4	8														
Errata gestione dei riscontri (negativi) delle verifiche effettuate									Aggiudicazione a concorrente da escludere	5	Disattenzione/carico di lavoro della SC Gestione approvvigionamenti	1	3	15	Confronto tra gli operatori della SC Gestione approvvigionamenti e controlli incrociati; segnalazione da parte dei concorrenti e delle Autorità competenti	4	4								
	Rischio corruttivo del RUP	1	1	5	Confronto tra gli operatori della SC Gestione approvvigionamenti e controlli incrociati; segnalazione da parte dei concorrenti e delle Autorità competenti	4	1																		
Fornitura bene/erogazione servizio								Non corretta gestione della fornitura del bene/erogazione del servizio da parte del DEC	Danno economico e di immagine	5	Disattenzione/carico di lavoro del DEC	3	1	15	Verifica della SC Gestione approvvigionamenti; segnalazioni da parte dei fruitori del bene/servizio	5	3								
	Rischio corruttivo del DEC	1	2	10	Verifica della SC Gestione approvvigionamenti; segnalazioni da parte dei fruitori del bene/servizio	5	2																		
Consegna del bene/erogazione del servizio e verifica di conformità	Errore nella predisposizione/trasmissione dell'ordinativo	Ritardo nella consegna del bene/esecuzione del servizio	5	Disattenzione/carico di lavoro della SC Gestione approvvigionamenti	2	1	10	Verifica della SC Gestione approvvigionamenti; segnalazioni da parte dei fruitori del bene/servizio	5	2															
								Verifica di conformità da parte del DEC	Mancata/non corretta esecuzione delle verifiche di conformità da parte del DEC	Danno economico e di immagine	5	Disattenzione/carico di lavoro del DEC	3	1	15	Verifica della SC Gestione approvvigionamenti; segnalazioni da parte dei fruitori del bene/servizio	5	3							
Rischio corruttivo del DEC	1	2	10	Verifica della SC Gestione approvvigionamenti; segnalazioni da parte dei fruitori del bene/servizio	5	2																			
FASE 5 Liquidazione amministrativa	Liquidazione informatica della fattura elettronica	Errata liquidazione della fattura	Danno economico	3	Disattenzione/carico di lavoro della SC Gestione approvvigionamenti	1	1	3	Applicativo informatico (contratto con importo, budget riferito al conto economico); verifica della SC Gestione approvvigionamenti e della SC Economico finanziario	5	1														
	Collaudo finale da parte del DEC	Mancata/non corretta esecuzione del collaudo finale da parte del DEC	Mancata conclusione amministrativa del processo	2	Disattenzione/carico di lavoro del DEC	2	1	4	Verifica della SC Gestione approvvigionamenti	5	1														

PROCESSO: **Attività di verifica delle rendicontazioni presentate dalle Associazioni di soccorso**

Attività di inizio: Verifica della sussistenza di delega da parte della ASST cotitolare per le funzioni di verifica e firma dei verbali

Attività di fine: Firma del verbale e consegna della documentazione cartacea verificata per archiviazione presso i locali della ASST di riferimenti

Fasi del processo:

Fase 1 Verifica della sussistenza di delega da parte della ASST cotitolare per le funzioni di verifica e firma dei verbali

Attività 1 (fase 1) Verifica della sussistenza di delega da parte della ASST cotitolare per le funzioni di verifica e firma dei verbali

Fase 2 Verifica delle rendicontazioni

Attività 1 (fase 2) Ricezione del prospetto di rendicontazione

Attività 2 (fase 2) Definizione del campione di verifica e richiesta di eventuale integrazione all'ASST

Attività 3 (fase 2) Predisposizione del file di lavoro e verifica delle rendicontazioni

Fase 3 Richiesta e Valutazioni delle integrazioni all' associazione di Volontariato

Attività 1 (fase 3) Richiesta e valutazione delle integrazioni ricevute

Fase 4 Determinazione dell'importo riconoscibile

Attività 1 (fase 4) Determinazione dell'importo riconoscibile sulla base del preventivo di assegnazione e delle normative vigenti

Fase 5 Chiusura verifica

Attività 1 (fase 5) Firma del verbale e consegna della documentazione cartacea verificata per archiviazione presso i locali della ASST di riferimento

Fase	Attività	Failure mode	Effetti	Gravità degli effetti	Possibili cause del failure mode	Probabilità	Rilevabilità	IPR	Barriere	Efficacia barriere	Nuovo IPR
FASE 1 Verifica della sussistenza di delega da parte della ASST cotitolare per le funzioni di verifica e firma dei verbali	Verifica della sussistenza di delega da parte della ASST cotitolare per le funzioni di verifica e firma dei verbali	Assenza di delega al soggetto operativo, incaricato della verifica tecnica	impossibilità dell'operatore tecnico di operare	2	Sostituzione dell' incaricato e mancati adempimenti amministrativi	2	2	8	Conoscenza degli operatori, richiesta di individuazione preventiva degli operatori	4	2
		Assenza di delega al Responsabile incaricato della firma dei verbali per conto dell' ASST	Non pagamento del saldo	4	Mancata formalizzazione dell'incarico	2	2	16	Procedura (in bozza) di controllo delle rendicontazioni	4	4
		Assenza delega alla firma del verbale da parte dell'incaricato da ETS	Non pagamento del saldo	3	Mancata formalizzazione dell'incarico	1	4	12	Richiesta da parte della SC Controllo di Gestione	2	6
FASE 2 Verifica delle rendicontazioni	Ricezione del prospetto di rendicontazione	Non corretta compilazione del prospetto	Incremento mole di lavoro da parte del controllante, necessità di richiedere elementi aggiuntivi da valutare e impossibilità di chiudere la verifica	4	Mancanza delle competenze necessarie	4	2	32	Predisposizione di regolamenti e prospetti per l'effettuazione delle verifiche	5	6
		Tardiva ricezione del prospetto	Tardiva verifica con incremento dei tempi di lavorazione	4	Disorganizzazione dell'Associazione	2	2	16	Predisposizione di regolamenti e prospetti per l'effettuazione delle verifiche	5	3
				4	Disorganizzazione dell'Associazione	4	2	32	Solleciti della SC Controllo di Gestione	2	16
	Definizione del campione di verifica e richiesta di eventuale integrazione all'ASST	Presenza di costi non verificati nel campione non corretti	Rischio di riconoscere costi non dovuti	2	Mancata verifica di tutte le voce di spesa	2	4	16	Verifica del 80% della spesa con voci più significative e anomale sempre incluse nel campione e rotazione voci secondarie.	3	5
		Mancanza di documentazione completa	Incremento mole di lavoro da parte del controllante, necessità di richiedere elementi aggiuntivi da valutare e impossibilità di chiudere la verifica se non con taglio dei costi non giustificati	4	Mancanza delle competenze necessarie	4	2	32	Diffusione di regolamenti e richiesta di compilazione di prospetti per l'effettuazione delle verifiche nonché confronto con i dati ottenuti da EMMAWEB e dal Ministero	4	8
			Disorganizzazione dell'Associazione	2	2	16	Diffusione di regolamenti e richiesta di compilazione di prospetti per l'effettuazione delle verifiche nonché confronto con i dati ottenuti da EMMAWEB e dal Ministero	4	4		
	Predisposizione del file di lavoro e verifica delle rendicontazioni	Predisposizione di documentazione non idonea	Incremento mole di lavoro da parte del controllante, necessità di richiedere correzioni e impossibilità di chiudere la verifica se non con taglio dei costi non giustificati	4	Mancanza delle competenze necessarie	4	2	32	Diffusione di regolamenti e richiesta di compilazione di prospetti per l'effettuazione delle verifiche nonché confronto con i dati ottenuti da EMMAWEB e dal Ministero	4	8
				4	Disorganizzazione dell'Associazione	2	2	16	Diffusione di regolamenti e richiesta di compilazione di prospetti per l'effettuazione delle verifiche nonché confronto con i dati ottenuti da EMMAWEB e dal Ministero	4	4
	FASE 3 Richiesta e Valutazioni delle integrazioni all' associazione di Volontariato	Richiesta e valutazione delle integrazioni ricevute	Tardiva ricezione delle integrazioni	Tardiva verifica con incremento dei tempi di lavorazione	4	Disorganizzazione dell'Associazione	3	2	24	Solleciti della SC Controllo di Gestione	3
Invio di integrazioni non complete o non idonee			Incremento mole di lavoro da parte del controllante, necessità di richiedere correzioni e impossibilità di chiudere la verifica se non con taglio dei costi non giustificati	4	Mancanza delle competenze necessarie	4	2	32	Diffusione di regolamenti e richiesta di compilazione di prospetti per l'effettuazione delle verifiche nonché confronto con i dati ottenuti da EMMAWEB e dal Ministero	4	8
					4	Disorganizzazione dell'Associazione	2	2	16	Diffusione di regolamenti e richiesta di compilazione di prospetti per l'effettuazione delle verifiche nonché confronto con i dati ottenuti da EMMAWEB e dal Ministero	4

Fase	Attività	Failure mode	Effetti	Gravità degli effetti	Possibili cause del failure mode	Probabilità	Rilevabilità	IPR	Barriere	Efficacia barriere	Nuovo IPR
FASE 4 Determinazione dell'importo riconoscibile	Determinazione dell'importo riconoscibile sulla base del preventivo di assegnazione e delle normative vigenti e presentazione alle associazioni	Possibile contestazione da parte dell'Associazione dell'importo riconoscibile	Verifica tecnica della contestazione e contraddittorio	2	Mancata competenza economica specifica da parte del firmatario della convenzione, non perfettamente istruito dal suo referente tecnico.	2	1	4	Illustrazione nel verbale dei tagli applicati	4	1
FASE 5 Chiusura verifica	Firma del verbale e consegna della documentazione cartacea verificata per archiviazione presso i locali della ASST di riferimento	Ritardato ritiro della documentazione	Ingombro dei locali e non adeguata pre archiviazione	3	Scarsa sollecitudine da parte dell'ASST	2	2	12	Solleciti della SC Controllo di Gestione	3	4
		Consegna della documentazione attraverso canali non strutturati	Affidamento di documentazione riservata a diversi soggetti non incaricati ufficialmente	3	Necessità di velocizzare i tempi e contenimenti dei costi	2	2	12	Solleciti per il ritiro presso la SC Controllo di Gestione della documentazione	3	4

PROCESSO: **Gestione dei contatti con i media per casi rilevanti in cronaca**

Attività di inizio: **Conoscenza dell'evento (da DG e da Responsabili delle maxiemergenze)**

Attività di fine: **Eventuale richiesta di replica/rettifica**

Fasi del processo:

Fase 1 Conoscenza dell'evento (da DG e da Responsabili delle maxiemergenze)

Attività 1 (fase 1) Raccomandazione della puntualità dell'informazione

Attività 2 (fase 1) Contatto con i Responsabili comunicazione/Responsabili Enti coinvolti

Fase 2 Primo contatto da parte dei media

Attività 1 (fase 2) Fornire l'informazione corretta attraverso i canali telefonici

Attività 2 (fase 2) Raccomandazione alla cautela nella formulazione dell'informazione

Fase 3 Secondo contatto dal posto dell'evento e azioni conseguenti

Attività 1 (fase 3) Ricezione di notizie più fondate e dettagliate

Attività 2 (fase 3) Formulazione di una mail con dati certi e invio alla mailing list dedicata (600 nominativi di giornalisti accreditati a livello regionale e extraregionale)

Attività 3 (fase 3) Contestuale ricezione di telefonate e risposta tempestiva alle relative richieste

Attività 4 (fase 3) Formulazione di successive mail di aggiornamento a seguito di informazioni ricevute dal luogo dell'evento

Fase 4 Approfondimento da parte dei media

Attività 1 (fase 4) Richieste di approfondimento da parte dei media

Attività 2 (fase 4) Ricerca dell'interlocutore AREU per la risposta

Attività 3 (fase 4) Risposta da parte dell'interlocutore AREU identificato in relazione alla competenza sull'evento

Fase 5 Raccolta rassegna stampa

Attività 1 (fase 5) Raccolta rassegna stampa

Attività 2 (fase 5) Verifica correttezza delle informazioni riportate

Attività 3 (fase 5) Eventuale richiesta di replica/rettifica

Fase	Attività	Failure mode	Effetti	Gravità degli effetti	Possibili cause del failure mode	Probabilità	Rilevabilità	IPR	Barriere	Efficacia barriere	Nuovo IPR
FASE 1 Conoscenza dell'evento (da DG e da Responsabili delle maxiemergenze)	Raccomandazione della puntualità dell'informazione	Interruzione del canale di comunicazione con DG e Responsabili delle maxi presenti sul posto	Mancanza di risposte adeguate alle richieste che i media riversano sulla comunicazione AREU	5	Contingenza del momento e difficoltà oggettive di comunicazione	1	1	5	Nessuna barriera	1	5
	Contatto con i Responsabili comunicazione/Responsabili Enti coinvolti	Non reperibilità degli interlocutori	Mancanza di ulteriori dettagli sull'evento	3	Interlocutori già impegnati in relazione all'evento	1	1	3	Nessuna barriera	1	3
FASE 2 Primo contatto da parte dei media	Fornire l'informazione corretta attraverso i canali telefonici	Mancanza di informazione a tutti i media per difficoltà nella risposta alle chiamate	Ricerca attraverso altri canali informativi delle notizie relative all'evento	3	Mancanza di supporto nella comunicazione in caso di maxi-emergenze	5	1	15	Ricontatto telefonico ove possibile	3	5
	Raccomandazione alla cautela nella formulazione dell'informazione	Mancanza di attenzione alla raccomandazione	Non corretta comunicazione dell'informazione	4	Indisponibilità alla verifica	3	4	48	Nessuna barriera	1	48
FASE 3 Secondo contatto dal posto	Ricezione di notizie più fondate e dettagliate	Informazione non sufficientemente precise e dettagliate per le esigenze dei media	Comunicazione imprecisa	3	Mancanza oggettiva di informazioni a causa del momento	4	2	24	Richiesta di integrazione da parte della Comunicazione	5	5
	Formulazione di una mail con dati certi e invio alla mailing list dedicata (600 nominativi di giornalisti accreditati a livello regionale e extraregionale)	Problemi tecnici	Mancata comunicazione con i media	5	Problemi informatici agli impianti	1	1	5	Intervento dei SI AREU	4	1

Fase	Attività	Failure mode	Effetti	Gravità degli effetti	Possibili cause del failure mode	Probabilità	Rilevabilità	IPR	Barriere	Efficacia barriere	Nuovo IPR	
dell'evento e azioni conseguenti	Contestuale ricezione di telefonate e risposta tempestiva alle relative richieste	Mancanza di informazione a tutti i media per difficoltà nella risposta alle chiamate	Ricerca attraverso altri canali informativi delle notizie relative all'evento	3	Mancanza di supporto nella comunicazione in caso di maxi-emergenze	3	1	9	Invio della mail informativa	5	2	
	Formulazione di successive mail di aggiornamento a seguito di informazioni ricevute dal luogo dell'evento	Problemi tecnici	mancato aggiornamento delle informazioni disponibili ai media	2	Problemi informatici agli impianti	2	1	4	Intervento dei SI AREU	4	1	
FASE 4 Approfondimento da parte dei media	Richieste di approfondimento da parte dei media	Inappropriatezza della richiesta	mancata comunicazione per non identificazione corretta dell'interlocutore	2	Poca conoscenza degli attori del sistema	2	1	4	Individuazione e comunicazione dell'interlocutore in possesso delle informazioni	1	4	
	Ricerca dell'interlocutore AREU per la risposta	Non reperibilità dell'interlocutore	Impossibilità di fornire l'approfondimento	5	Indisponibilità del soggetto ricercato	4	1	20	Organizzazione corretta nella risposta informativa	5	4	
	Risposta da parte dell'interlocutore AREU identificato in relazione alla competenza sull'evento	Risposta non tempestiva/inadeguata/incompleta per le esigenze dei media	Informazione incompleta		4	Non totale conoscenza delle esigenze e del linguaggio giornalistico	1	1	4	Intervento di mediazione con i media da parte del Responsabile Comunicazione AREU	5	1
FASE 5 Raccolta rassegna stampa	Raccolta rassegna stampa	Raccolta incompleta	Perdita di un contributo comunicativo	1	Numerosità degli articoli	3	4	12	Nessuna barriera	1	12	
	Verifica correttezza delle informazioni riportate	Mancata rilevazione di un articolo scorretto	Mancanza di possibilità di replica	4	Disattenzione	1	4	16	Consapevolezza della criticità dell'evento	5	3	
					Numerosità degli articoli	3	4	48	Consapevolezza della criticità dell'evento	5	10	
	Eventuale richiesta di replica/rettifica	Non concessione della possibilità di replica da parte dei media	Mancata rilevanza all'interpretazione dei fatti di AREU	4	Disaccordo sull'opportunità di procedere alla richiesta	4	1	1	8	Fiducia nel Responsabile della Comunicazione	5	2
					Individuazione del Target media sbagliato	1	2	8	Fiducia nel Responsabile della Comunicazione e corretto rapporto con la stampa	5	2	
Ritardo nella replica					1	1	4	Fiducia nel Responsabile della Comunicazione	5	1		
				Inappropriatezza della replica	1	4	16	Fiducia nel Responsabile della Comunicazione	5	3		

PROCESSO: **Ciclo passivo, con riferimento agli incarichi di docenza a soggetti esterni (dipendenti di Enti pubblici)**

Attività di inizio: Predisposizione e adozione della deliberazione di incarico (con riferimento al singolo corso) da parte della Direzione Strategica

Attività di fine: Comunicazione all'Ente di appartenenza in caso di soggetto esterno dipendente pubblico

Fasi del processo:

Fase 1 Adozione della deliberazione di incarico

Attività 1 (fase 1) Predisposizione e adozione della deliberazione di incarico (con riferimento al singolo corso) da parte della Direzione Strategica

Attività 2 (fase 1) Trasmissione della lettera di incarico al docente (soggetto esterno) da parte della SS Formazione

Attività 3 (fase 1) Acquisizione della documentazione di autorizzazione dell'Ente di appartenenza

Fase 2 Esecuzione dell'evento formativo

Attività 1 (fase 2) Svolgimento dell'evento formativo programmato da parte del docente esterno

Fase 3 Ciclo contabile del documento fiscale relativo al compenso

Attività 1 (fase 3) Ricezione e contabilizzazione del documento fiscale del compenso relativo all'attività di docenza svolta

Attività 2 (fase 3) Liquidazione del documento fiscale

Attività 3 (fase 3) Pagamento del documento fiscale e versamento delle ritenute

Fase 4 Adempimenti successivi al pagamento

Attività 1 (fase 4) Comunicazione all'Ente di appartenenza in caso di soggetto esterno dipendente pubblico

Fase	Attività	Failure mode	Effetti	Gravità degli effetti	Possibili cause del failure mode	Probabilità	Rilevabilità	IPR	Barriere	Efficacia barriere	Nuovo IPR	Proposta barriere/Note
FASE 1 Adozione della deliberazione di incarico	Predisposizione e adozione della deliberazione di incarico (con riferimento al singolo corso) da parte della Direzione Strategica	Errore nei contenuti della deliberazione di incarico (es. indicazione di un soggetto non presente nell'Albo formatori, errori materiali)	Reinoltro della deliberazione da SC Affari generali e legali alla SS Formazione; predisposizione di una delibera di correzione	2	Disattenzione del personale che redige il testo della deliberazione (SS Formazione)	1	4	8	Verifica del personale della SC Affari generali e legali	4	2	
					Mancata verifica dei contenuti della proposta di deliberazione (SC Affari generali e legali)	1	4	8	Verifica da parte della Direzione Strategica	2	4	
	Trasmissione della lettera di incarico al docente (soggetto esterno) da parte della SS Formazione	Mancato/ritardato invio della lettera di incarico al docente	L'Ente di dipendenza del docente (dipendente pubblico) non autorizza la docenza	3	Tardiva comunicazione della disponibilità da parte del docente alla SS Formazione	1	2	6	Solleciti da parte della SS Formazione al docente	4	2	Nella lettera di incarico al docente, inserire richiamo a necessità di ottenere la copia dell'autorizzazione fornita dall'Azienda di dipendenza. Indicare, quali destinatari, nella lettera di incarico: il docente e l'Azienda di dipendenza (Ufficio risorse umane)
					Disattenzione del personale che redige le lettere di incarico	1	4	12	Calendario corsi, che evidenzia l'invio delle lettere di incarico	5	2	
Variatione imprevista del docente, in prossimità dell'erogazione del corso	3	1	9	Nessuna barriera	1	9						
Acquisizione della documentazione di autorizzazione dell'Ente di appartenenza del docente	Non acquisizione della documentazione di autorizzazione dell'Ente di appartenenza da parte di AREU	Possibile svolgimento del corso da parte del docente, in assenza di autorizzazione dell'Ente di appartenenza	3	Mancata richiesta di acquisizione copia della documentazione	5	1	15	Nessuna barriera	1	15		
				Mancata verifica dell'acquisizione della documentazione autorizzativa	4	1	12	Nessuna barriera	1	12		
FASE 2 Esecuzione dell'evento formativo	Svolgimento dell'evento formativo programmato da parte del docente esterno	Assenza del docente in aula	Mancato svolgimento della lezione assegnata al docente	5	Disattenzione da parte del docente	1	1	5	Mail della SS Formazione al docente prima dell'evento; telefonata al docente; riorganizzazione dell'attività (anche in collaborazione con altri docenti)	5	1	
					Imprevisto	1	1	5	Telefonata al docente; riorganizzazione dell'attività (anche in collaborazione con altri docenti)	5	1	
		Svolgimento della docenza, in assenza di autorizzazione dell'Ente di appartenenza	Possibile pagamento della docenza	5	Mancata richiesta di acquisizione copia della documentazione	5	1	25	Nessuna barriera	1	25	
					Mancata verifica dell'acquisizione della documentazione autorizzativa	4	1	20	Nessuna barriera	1	20	
FASE 3 Ciclo contabile del documento fiscale relativo al compenso	Ricezione e contabilizzazione del documento fiscale del compenso relativo all'attività di docenza svolta	Mancata/ritardata ricezione del documento fiscale relativo al compenso per l'attività di docenza svolta da parte della SC Economico finanziario	Ritardo nel pagamento del compenso; contabilizzazione di una sopravvenienza passiva	3	Dimenticanza del docente	4	1	12	Solleciti da parte della SS Formazione al docente	4	3	
					Mancata verifica della SS Formazione della ricezione del documento	4	3	36	File riepilogativo della rendicontazione del pagamento delle docenze, predisposto da parte della SS Formazione	5	7	
					Ritardo nella trasmissione del documento fiscale alla SC Economico finanziario da parte della SS Formazione (che ha ricevuto il documento)	1	1	3	Nessuna barriera	1	3	
					"Accorpamento" di diverse prestazioni con conseguente predisposizione di una sola notula cumulativa (per diverse edizioni dello stesso evento formativo)	5	1	15	Nessuna barriera	1	15	
	Liquidazione del documento fiscale	Liquidazione da parte della SS Formazione, in mancanza dell'autorizzazione dell'Ente di appartenenza del docente	Pagamento illegittimo	5	Mancata verifica dell'acquisizione della documentazione autorizzativa da parte della SS Formazione	4	4	80	Verifica (attualmente non sistematica) da parte della SC Economico finanziario	2	40	
					Pagamento del documento fiscale e versamento delle ritenute	Mancato/ritardato pagamento rispetto all'esecuzione della prestazione (docenza)	Danno di immagine; non coerenza nelle tempistiche relative al flusso	2	Trasmissione tardiva della documentazione fiscale alla SC Economico finanziario rispetto all'esecuzione della prestazione (docenza)	4	2	
Pagamento del documento fiscale e versamento delle ritenute	Pagamento di un compenso, senza necessaria autorizzazione dell'Ente di appartenenza del docente	Responsabilità economica e contabile	5	Mancata verifica della presenza dell'autorizzazione fornita da parte dell'Ente di appartenenza del docente	4				4	80	Nessuna barriera	1
FASE 4 Adempimenti successivi al pagamento	Comunicazione all'Ente di appartenenza in caso di soggetto esterno dipendente pubblico	Mancata/ritardata comunicazione all'Ente di appartenenza	Non rispetto dell'obbligo di comunicazione dei pagamenti, con conseguenti ripercussioni negli adempimenti conseguenti (in merito all'anagrafica delle prestazioni)	3	Mancata presenza dell'autorizzazione fornita dall'Ente di appartenenza del docente (recante i riferimenti della Struttura a cui inviare le informazioni di pagamento)	5	1	15	Nessuna barriera	1	15	

PROCESSO: Ciclo attivo, con riferimento alle convenzioni con le Aziende sanitarie pubbliche e private in relazione all'attività di trasporto secondario tempo dipendente

Attività di inizio: Adozione della deliberazione della convenzione relativa ai trasporti secondari tempo dipendenti ai sensi delle DGR n. 9014/2009 (rif. Strutture private) e n. 2933/2014 (rif. Strutture pubbliche)

Attività di fine: Eventuale sollecito di pagamento/messa in mora alla Struttura sanitaria da parte della SC Economico finanziario; eventuale comunicazione alla SC Affari generali e legali dei crediti insoluti per le attività di competenza

Fasi del processo:

Fase 1 Sottoscrizione della convenzione

Attività 1 (fase 1) Adozione della deliberazione della convenzione relativa ai trasporti secondari tempo dipendenti ai sensi delle DGR n. 9014/2009 (rif. Strutture private) e n. 2933/2014 (rif. Strutture pubbliche)

Attività 2 (fase 1) Comunicazione da parte della Direzione Strategica a SC Economico finanziario, SOREU e AAT dell'adozione del provvedimento

Attività 3 (fase 1) Registrazione in un foglio elettronico di tutti i dati necessari alla fatturazione, derivanti dalla convenzione, da parte della SC Economico finanziario

Fase 2 Esecuzione del servizio

Attività 1 (fase 2) Presa in carico della richiesta di trasporto da parte della SOREU ed esecuzione

Fase 3 Rendicontazione delle attività svolte

Attività 1 (fase 3) La AAT/SOREU o AREUHQ (SC Sistemi informativi) provvedono all'estrazione e alla valorizzazione dei dati relativi ai trasporti effettuati attraverso l'applicativo gestionale di SOREU

Fase 4 Fatturazione attiva

Attività 1 (fase 4) Emissione e trasmissione della fattura da parte della SC Economico finanziario

Fase 5 Gestione e incasso dei crediti

Attività 1 (fase 5) Ricezione dell'incasso relativo al credito presso il Tesoriere; verifica ed emissione dell'ordinativo di incasso da parte della SC Economico finanziario

Attività 2 (fase 5) Eventuale sollecito di pagamento/messa in mora alla Struttura sanitaria da parte della SC Economico finanziario; eventuale comunicazione alla SC Affari generali e legali dei crediti insoluti per le attività di competenza

Fase	Attività	Failure mode	Effetti	Gravità degli effetti	Possibili cause del failure mode	Probabilità	Rilevabilità	IPR	Barriere	Efficacia barriere	Nuovo IPR	Proposta barriere/Note	
FASE 1 Sottoscrizione della convenzione	Adozione della deliberazione della convenzione relativa ai trasporti secondari tempo dipendenti ai sensi delle DGR n. 9014/2009 (rif. Strutture private) e n. 2933/2014 (rif. Strutture pubbliche)	Testo della convenzione non idoneo a produrre pienamente i suoi effetti operativi (carente, confuso)	Criticità in sede di rendicontazione e fatturazione	3	Non standardizzazione dei testi di convenzione	5	1	15	Segnalazione da parte del personale	1	15		
					Mancanza di elementi necessari alla gestione della convenzione	5	1	15	Segnalazione da parte del personale	1	15		
	Comunicazione da parte della Direzione Strategica a SC Economico finanziario, SOREU e AAT dell'adozione del provvedimento	Non invio della comunicazione da parte della Direzione	Impossibile procedere all'attuazione della convenzione	3	3	Dimenticanza da parte del personale incaricato	1	4	12	Segnalazione da parte della SC Economico finanziario; scadenziario condiviso nella SC Affari Legali e Generali	3	4	Inserimento di una check list condivisa nella SC Affari Generali e Legali per monitorare le fasi del processo
						Non presa in carico della comunicazione della Direzione da parte delle articolazioni/Strutture interessate	Impossibile procedere all'attuazione della convenzione	3	24	Note operative specifiche della Direzione Strategica alle AAT/SOREU, assegnazione obiettivi specifici alle AAT/SOREU	2	12	
	Registrazione in un foglio elettronico di tutti i dati necessari alla fatturazione, derivanti dalla convenzione, da parte della SC Economico finanziario	Registrazione non tempestiva dei dati necessari all'attuazione della convenzione	Ritardi in fase di fatturazione e rendicontazione	1	1	Dimenticanza da parte del personale incaricato	1	2	2	Intervento del dirigente	4	1	
FASE 2 Esecuzione del servizio	Preso in carico della richiesta di trasporto da parte della SOREU ed esecuzione	Errata o carente compilazione delle schede di EMMA da parte della SOREU	Estrazione dei dati più complessa e laboriosa, possibilità di errori, carenze informative che rendono impossibile la fatturazione e difficili le risposte alle eventuali contestazioni	5	Non specifica indicazione da parte della Direzione Sanitaria alle SOREU (a supporto degli obiettivi)	4	1	20	Obiettivi assegnati dalla Direzione alle AAT/SOREU	2	10		
					Applicativo gestionale non strutturato per la gestione dell'attività	5	2	50	Nessuna barriera	1	50		
		Invio di un mezzo di soccorso non previsto, in relazione ai contenuti della convenzione	Non possibile fatturare il servizio svolto	5	4	1	20	Segnalazione verbale da parte della SC Economico finanziario	3	7			
FASE 3 Rendicontazione delle attività svolte	La AAT/SOREU o AREUHQ (SC Sistemi informativi) provvedono all'estrazione e alla valorizzazione dei dati relativi ai trasporti effettuati attraverso l'applicativo gestionale di SOREU	Estrazione dei dati non completa/corretta	Carenze informative che rendono impossibile la fatturazione e difficili le risposte alle eventuali contestazioni	4	Applicativo gestionale non strutturato per la gestione dell'attività	5	1	20	Nessuna barriera	1	20	Formazione del personale	
					Preparazione insufficiente del personale che effettua l'estrazione	4	1	16	Nessuna barriera	1	16		
					Inserimento di dati non corretti da parte della SOREU all'atto della richiesta di trasporto	3	3	36	Nessuna barriera	1	36		
	Non esecuzione dell'estrazione	Impossibilità di procedere alla fatturazione	4	4	Non individuazione del soggetto/della figura incaricata dell'esecuzione di questa attività	3	2	24	Verifica periodica della SC Economico finanziario	3	8	Formazione del personale	
					Sottovalutazione della rilevanza dell'attività e degli effetti	1	2	8	Nessuna barriera	1	8		
					Applicativo gestionale non strutturato per la gestione dell'attività	5	1	20	Nessuna barriera	1	20		
Emissione e trasmissione	Dati risultanti dall'estrazione errati/poco verosimili,	Impossibilità di procedere ad una corretta fatturazione	4	4	Applicativo gestionale non strutturato per la gestione dell'attività	5	1	20	Nessuna barriera	1	20		
					Inserimento di dati non corretti da parte della SOREU all'atto della richiesta di trasporto	4	3	48	Richiesta della SC Economico finanziario a AAT di riferimento (o direttamente alla Struttura sanitaria) di verificare i dati	5	10		
					Ritardata/mancata ricezione delle informazioni relative all'esecuzione dell'attività da parte delle AAT/SOREU/AREUHQ	3	2	24	Verifica periodica della SC Economico finanziario	4	6		
Emissione e trasmissione	Mancato rispetto della normativa fiscale e contabile	4	4	Mancanza di personale dedicato al ciclo attivo presso la SC Economico finanziario	5	1	20	Nessuna barriera	1	20			
				Contestazione da parte delle	5	1	20	Nessuna barriera	1	20			

Fase	Attività	Failure mode	Effetti	Gravità degli effetti	Possibili cause del failure mode	Probabilità	Rilevabilità	IPR	Barriere	Efficacia barriere	Nuovo IPR	Proposta barriere/Note
FASE 4 Fatturazione attiva	della fattura da parte della SC Economico finanziario	Errata fatturazione	Strutture sanitarie e emissione di nota di credito da parte della SC Economico finanziario	4	Errata ricezione delle informazioni relative all'esecuzione dell'attività da parte delle AAT/SOREU/AREUHQ	3	2	24	Verifica periodica della SC Economico finanziario; richiesta della SC Economico finanziario a AAT di riferimento (o direttamente alla Struttura sanitaria) di verificare i dati	5	5	
		Mancato recapito della fattura alla Struttura sanitaria	La Struttura sanitaria non riceve la fattura	4	Trasmissione cartacea non efficace (Strutture private, fino al 31/12/2018)	1	4	16	Trasmissione dell'estratto conto al cliente, come previsto dal REG 20	5	3	
					Non corretta identificazione del codice univoco da riportare sulla fattura da parte della SC Economico finanziario (Strutture pubbliche)	2	2	16	Agenzia delle Entrate rifiuta la fattura, segnalando una anomalia	5	3	
FASE 5 Gestione e incasso dei crediti	Ricezione dell'incasso relativo al credito presso il Tesoriere; verifica ed emissione dell'ordinativo di incasso da parte della SC Economico finanziario	Non corrispondenza tra importo della fattura e incasso	Errore contabile	2	Mancato controllo della fattura e dell'incasso da parte della SC Economico finanziario	1	4	8	Intervento del dirigente	5	2	
		Errore nell'emissione dell'ordinativo di incasso	Esito negativo nell'esecuzione dell'ordinativo di incasso da parte del Tesoriere	2	Disattenzione del personale dedicato a tale attività	1	1	2	Intervento del dirigente	5	0	
	Eventuale sollecito di pagamento/messa in mora alla Struttura sanitaria da parte della SC Economico finanziario; eventuale comunicazione alla SC Affari generali e legali dei crediti insoluti per le attività di competenza	Ritardo nella predisposizione e trasmissione del sollecito	Ritardo nell'incasso di quanto dovuto	3	Mancanza di personale dedicato al ciclo attivo presso la SC Economico finanziario	5	1	15	Nessuna barriera	1	15	
		Ritardo nella gestione del recupero crediti	Ritardo nell'incasso di quanto dovuto	3	Mancanza di personale dedicato al ciclo attivo presso la SC Economico finanziario	5	1	15	Nessuna barriera	1	15	

PROCESSO: **Avviso pubblico (per titoli e colloquio) a tempo determinato per il personale del Comparto**

Attività di inizio: Richiesta al Direttore della SC GSRU di copertura del posto all'interno del fabbisogno approvato da parte del Responsabile di Struttura

Attività di fine: Pubblicazione della graduatoria di merito sul sito internet aziendale

Fasi del processo:

Fase 1 Indizione della procedura

Attività 1 (fase 1) Richiesta al Direttore della SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane di copertura del posto all'interno del fabbisogno approvato da parte del Responsabile di Struttura

Attività 2 (fase 1) Comunicazione ex art 34 e 34 bis D.Lgs. 165/2001 a Regione Lombardia e DFP (se contratto con durata superiore a 12 mesi)

Attività 3 (fase 1) Redazione del bando da parte della SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane

Attività 4 (fase 1) Delibera di indizione dell'avviso pubblico con approvazione del bando

Attività 5 (fase 1) Pubblicazione del bando sul sito internet aziendale (sezione Amministrazione Trasparente)

Fase 2 Istruttoria

Attività 1 (fase 2) Raccolta candidature; verifica dei termini di presentazione e dei requisiti di ammissione

Attività 2 (fase 2) Redazione dell'elenco dei candidati ammessi/ammessi con riserva (ed eventualmente dei non ammessi) e relativa pubblicazione sul sito internet

Attività 3 (fase 2) Comunicazione ai candidati non ammessi

Attività 4 (fase 2) Delibera di nomina della Commissione esaminatrice

Attività 5 (fase 2) Richiesta ai componenti della Commissione esaminatrice di sottoscrizione della dichiarazione di assenza di cause di incompatibilità/inconferibilità

Fase 3 Espletamento della procedura

Attività 1 (fase 3) Predisposizione dei criteri e valutazione delle domande da parte della Commissione esaminatrice

Attività 2 (fase 3) Espletamento della procedura (colloquio) da parte della Commissione esaminatrice e redazione del verbale

Attività 3 (fase 3) Delibera di recepimento del verbale e approvazione della graduatoria di merito

Attività 4 (fase 3) Pubblicazione della graduatoria di merito sul sito internet aziendale

Fase	Attività	Failure mode	Effetti	Gravità degli effetti	Possibili cause del failure mode	Probabilità	Rilevabilità	IPR	Barriere	Efficacia barriere	Nuovo IPR	Proposta barriere/Note	
FASE 1 Indizione della procedura	Richiesta al Direttore della SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane di copertura del posto all'interno del fabbisogno approvato da parte del Responsabile di Struttura	Richiesta carente, errata o impropria	Necessità di un confronto con il richiedente con conseguente allungamento dei tempi	4	Assenza di un confronto preventivo con la SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	4	1	16	Confronto con Struttura richiedente da parte della SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	5	3		
					Non perfetta conoscenza delle modalità di richiesta	1	1	4	Confronto con Struttura richiedente da parte della SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	5	1		
		Richiesta di continue modifiche al profilo oggetto di avviso	Necessità di un confronto con il richiedente con conseguente allungamento dei tempi	4	Assenza di un confronto preventivo con la SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	4	1	16	Confronto con Struttura richiedente da parte della SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	5	3		Programmazione del reclutamento del personale dinamica, in considerazione delle caratteristiche dell'Azienda
					Non programmazione del reclutamento del personale da parte del richiedente	4	1	16	Nessuna barriera	1	16		
	Comunicazione ex art 34 e 34 bis D.Lgs. 165/2001 a Regione Lombardia e DFP (se contratto con durata superiore a 12 mesi)	Errore materiale nella compilazione della comunicazione	Eventuale allungamento dei tempi per l'indizione dell'avviso pubblico	2	Disattenzione del personale che effettua la compilazione	1	1	2	Doppio riscontro nella compilazione e confronto tra personale della SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	5	0		
		Mancata compilazione della comunicazione, mancato invio della comunicazione	Allungamento dei tempi per l'indizione dell'avviso con eventuale invalidamento della procedura	4	Disattenzione del personale incaricato	1	5	20	Inserimento nella delibera di indizione dell'avviso degli estremi relativi alla comunicazione obbligatoria	4	5		
	Redazione del bando da parte della SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Compilazione non corretta del bando in relazione ai requisiti richiesti dal richiedente	Possibile individuazione di una figura con requisiti diversi da quelli desiderati	3	Disattenzione del personale incaricato	1	4	12	Doppio riscontro nella compilazione e confronto tra personale della SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	5	2		
					Numero elevato e contraddittorio di richieste da parte dello stesso richiedente	5	3	45	Confronto con Struttura richiedente da parte della SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	5	9		
		Errori materiali nella redazione del bando	Necessità di interventi correttivi con atti successivi	2	Disattenzione del personale incaricato	2	4	16	Doppio riscontro nella compilazione e confronto tra personale della SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	5	3		
		Redazione del bando non conforme rispetto alla normativa	Invalidate della procedura e annullamento in autotutela	5	Ridotta esperienza settoriale da parte del personale che redige il bando	4	1	20	Doppio riscontro nella compilazione e confronto tra personale della SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	5	4		
	Mancato aggiornamento del personale che redige il bando	3	1	15	Pianificazione e organizzazione dell'aggiornamento del personale	4	4						
	Delibera di indizione dell'avviso pubblico con approvazione del bando	Errore del testo della delibera	Annullamento/rettifica delibera, con conseguente allungamento dei tempi	4	Disattenzione del personale incaricato	2	4	32	Doppio riscontro nella preparazione della delibera e confronto tra personale della SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane; ulteriore verifica da parte del Direttore della SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane; utilizzo di modelli standard di delibera (da personalizzare); parere contabile in relazione ai costi	5	6	Necessità di implementare nuove funzionalità dell'applicativo informatico (segnalazione di errori, messaggi di avviso)	
Errore nel caricamento della delibera e degli allegati		Necessità di interventi correttivi	4	Disattenzione del personale incaricato	2	4	32	Doppio riscontro nella preparazione della delibera e confronto tra personale della SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane; ulteriore verifica da parte del Direttore della SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	4	8			
				Caratteristiche dell'applicativo informatico utilizzato	5	2	40	Nessuna barriera	1	40			
Pubblicazione del bando sul sito internet	Non pubblicazione del bando sul sito internet aziendale (sez. Amministrazione Trasparente)	Mancata attivazione del bando	4	Disattenzione del personale incaricato	1	3	12	Doppio riscontro nella pubblicazione del bando	5	2			
				Errore dell'applicativo informatico	2	2	16	Verifica della corretta pubblicazione da parte del personale incaricato; segnalazione degli utenti	5	3			

Fase	Attività	Failure mode	Effetti	Gravità degli effetti	Possibili cause del failure mode	Probabilità	Rilevabilità	IPR	Barriere	Efficacia barriere	Nuovo IPR	Proposta barriere/Note	
	aziendale (sezione Amministrazione Trasparente)	Errore nella pubblicazione del bando sul sito internet aziendale (sez. Amministrazione Trasparente)	Necessità di interventi correttivi	4	Disattenzione del personale incaricato	1	3	12	Doppio riscontro nella pubblicazione del bando; verifica della corretta pubblicazione da parte del personale incaricato; segnalazione degli utenti	5	2		
FASE 2 Istruttoria	Raccolta candidature; verifica dei termini di presentazione e dei requisiti di ammissione	Non ricezione delle candidature da parte della SC GSRU	Esclusione di candidati	5	Mancato smistamento della candidatura (protocollata) da parte del Protocollo alla SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane Smarrimento della candidatura prima del protocollo	1	1	5	Controllo da parte del personale della SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane attraverso il protocollo	4	1	Tutti i soggetti devono consegnare all'Ufficio protocollo	
		Non corretta valutazione dei termini di presentazione e dei requisiti di ammissione	Esclusione di candidati idonei o inclusione di candidati non idonei	4	Disattenzione del personale incaricato Ridotta esperienza settoriale da parte del personale della SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane Mancato aggiornamento del personale che redige il bando	1	2	8	Valutazione successiva della Commissione	2	4		
		Redazione dell'elenco dei candidati ammessi/ammessi con riserva (ed eventualmente dei non ammessi) e relativa pubblicazione sul sito internet	Non inserimento di un candidato ammesso nell'elenco	Mancata notifica di ammissione al candidato	1	Disattenzione del personale incaricato	1	4	4	Sollecito/richiesta di informazioni da parte del candidato	4	1	
			Non inserimento di un candidato ammesso con riserva nell'elenco	Presentazione del candidato al colloquio senza la documentazione necessaria allo scioglimento della riserva	2	Disattenzione del personale incaricato	1	4	8	Rilevazione al momento del colloquio, ammissione del candidato con ulteriore riserva (presentazione successiva della documentazione richiesta)	4	2	
	Inserimento nella sezione dell'elenco dedicata ai candidati ammessi di un candidato non ammesso		Presentazione al colloquio di un candidato non ammesso	4	Disattenzione del personale incaricato	1	4	16	Utilizzo dello stesso file per la valutazione dei candidati e la redazione dell'elenco; comunicazione ai candidati non ammessi della motivazione dell'esclusione	3	5		
	Errore (file errato, ritardo) nella pubblicazione dell'elenco sul sito internet aziendale (sez. Amministrazione Trasparente)		Necessità di interventi correttivi	2	Disattenzione del personale incaricato	1	3	6	Verifica della corretta pubblicazione da parte del personale incaricato; segnalazione degli utenti	3	2		
	Comunicazione ai candidati non ammessi	Mancato invio della comunicazione ai candidati non ammessi	Presentazione non dovuta del candidato alla procedura	1	Distrazione	1	4	4	Pubblicazione sul sito internet dell'elenco dei candidati ammessi; sollecito/richiesta di informazioni da parte del candidato	4	1		
					Errore informatico di trasmissione	1	4	4	Pubblicazione sul sito internet dell'elenco dei candidati ammessi; sollecito/richiesta di informazioni da parte del candidato	4	1		
	Delibera di nomina della Commissione esaminatrice	Nomina di un componente non idoneo (incompatibile e inconferibile)	Sostituzione del componente prima del colloquio	2	Impossibilità di verificare la presenza di cause di inconferibilità e incompatibilità prima della nomina	5	5	50	Richiesta ai componenti della Commissione di una dichiarazione scritta in merito alle cause di di inconferibilità e incompatibilità (prima del colloquio)	4	13		
		Errore materiale del testo della delibera	Annullamento/rettifica delibera, con conseguente allungamento dei tempi	3	Disattenzione del personale incaricato	2	4	24	Doppio riscontro nella preparazione della delibera e confronto tra personale della SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane; ulteriore verifica da parte del Direttore della SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane; utilizzo di modelli standard di delibera (da personalizzare)	4	6		
	Richiesta ai componenti della Commissione esaminatrice di sottoscrizione della dichiarazione di assenza di cause di incompatibilità/inconferibilità	Sottoscrizione di dichiarazione non rispondente alla realtà	Partecipazione del componente della Commissione ai lavori	4	Distrazione del componente della Commissione rispetto ai candidati	1	4	16	Eventuale segnalazione esterna; verifica dei contenuti della dichiarazione da parte della SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	3	5		
					Rischio corruttivo	1	4	16	Eventuale segnalazione esterna; verifica dei contenuti della dichiarazione da parte della SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane	3	5		
		Mancata richiesta della dichiarazione ai componenti della Commissione	Partecipazione del componente della Commissione ai lavori	3	Disattenzione del personale incaricato	2	3	18	Verifica del Segretario e dei componenti della Commissione; segnalazione da parte dei componenti della Commissione; redazione del verbale (format preimpostato) e relativa sottoscrizione	3	6		
	Predisposizione dei criteri e valutazione delle domande da parte della Commissione esaminatrice	Individuazione di criteri (relativi alla valutazione dei titoli e all'esecuzione del colloquio) incongruenti rispetto al profilo ricercato	Minore valorizzazione dei candidati con profilo più congruo	4	Rischio corruttivo	1	2	8	Commissione esaminatrice composta da diversi soggetti	3	3		
					Non completo recepimento dei contenuti del bando rispetto al profilo ricercato da parte della Commissione	1	2	8	Commissione esaminatrice composta da diversi soggetti	3	3		
		Errore nella preparazione della griglia di valutazione (dei titoli e del colloquio)	Errata attribuzione del punteggio a uno o più candidati	4	Disattenzione del personale incaricato	1	3	12	Preparazione della griglia di valutazione da parte della SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane; verifica della griglia compilata da parte del Presidente della Commissione	3	4		
FASE 3 Espletamento della procedura	Espletamento della procedura (colloquio) da parte della Commissione esaminatrice e redazione del verbale	Individuazione di domande incongruenti rispetto al profilo ricercato e alle materie indicate nel bando o di domande di diverso impegno tecnico	Possibile esclusione/penalizzazione di uno o più candidati	4	Rischio corruttivo	1	4	16	Commissione esaminatrice composta da diversi soggetti	3	5		
				4	Diversa percezione del grado di impegno tecnico richiesto	2	4	32	Commissione esaminatrice composta da diversi soggetti	2	16		
				4	Non completo recepimento dei contenuti del bando	1	3	12	Commissione esaminatrice composta da diversi soggetti	3	4		
	Non sorteggio delle domande	Eventuale contestazione da parte dei candidati	5	Rischio corruttivo	1	2	10	Commissione esaminatrice composta da diversi soggetti; segnalazione del Segretario	2	5			
	Errore nella redazione del verbale	Necessità di interventi correttivi	1	Disattenzione del personale incaricato	1	3	3	Commissione esaminatrice composta da diversi soggetti; lettura del verbale da parte del Segretario e della Commissione; sottoscrizione del verbale	4	1			
Delibera di recepimento del verbale e approvazione della graduatoria di merito	Errore materiale del testo della delibera	Annullamento/rettifica delibera, con conseguente allungamento dei tempi	3	Disattenzione del personale incaricato	2	4	24	Doppio riscontro nella preparazione della delibera e confronto tra personale della SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane; ulteriore verifica da parte del Direttore della SC Gestione e Sviluppo Risorse Umane; utilizzo di modelli standard di delibera (da personalizzare)	4	6			
	Non pubblicazione della graduatoria sul sito internet aziendale (sez. Amministrazione Trasparente)	Mancato adempimento degli obblighi di trasparenza	4	Disattenzione del personale incaricato	1	3	12	Doppio riscontro nella pubblicazione della graduatoria; verifica della corretta pubblicazione da parte del personale incaricato; segnalazione dei candidati	5	2			

Fase	Attività	Failure mode	Effetti	Gravità degli effetti	Possibili cause del failure mode	Probabilità	Rilevabilità	IPR	Barriere	Efficacia barriere	Nuovo IPR	Proposta barriere/Note
	Publicazione della graduatoria di merito sul sito internet aziendale	Errore nella pubblicazione della graduatoria sul sito internet aziendale (sez. Amministrazione Trasparente)			Errore dell'applicativo informatico	2	2	16	Verifica della corretta pubblicazione da parte del personale incaricato; segnalazione dei candidati	5	3	
		Errore nella pubblicazione della graduatoria sul sito internet aziendale (sez. Amministrazione Trasparente)	Necessità di interventi correttivi	4	Disattenzione del personale incaricato	1	3	12	Doppio riscontro nella pubblicazione della graduatoria; verifica della corretta pubblicazione da parte del personale incaricato; segnalazione dei candidati	5	2	

PROCESSO: Assegnazione della mail personale @areu.lombardia.it

Attività di inizio: Ricezione della richiesta di assegnazione della mail e presa in carico

Attività di fine: Comunicazione della disponibilità della casella al richiedente e/o all'interessato

Fasi del processo:

Fase 1 Ricezione della richiesta di assegnazione della mail da parte dei Sistemi Informativi

Attività 1 (fase 1) Ricezione della richiesta di assegnazione della mail e presa in carico

Fase 2 Valutazione della richiesta e definizione delle caratteristiche della casella

Attività 1 (fase 2) Valutazione della appropriatezza della richiesta (soggetto legittimato)

Attività 2 (fase 2) Acquisizione delle informazioni relative all'interessato, finalizzate alla creazione della casella

Fase 3 Creazione della casella e comunicazione all'interessato

Attività 1 (fase 3) Creazione della casella con l'attribuzione della "class of service", in relazione alle caratteristiche che la stessa deve possedere (dimensioni etc.) e relativa configurazione

Attività 2 (fase 3) Comunicazione della disponibilità della casella al richiedente e/o all'interessato

Fase	Attività	Failure mode	Effetti	Gravità degli effetti	Possibili cause del failure mode	Probabilità	Rilevabilità	IPR	Barriere	Efficacia barriere	Nuovo IPR
FASE 1 Ricezione della richiesta di assegnazione della mail da parte dei Sistemi Informativi	Ricezione della richiesta di assegnazione della mail e presa in carico	Richiesta generica, incompleta, non chiara	Impossibilità di gestire la richiesta; richiesta di ulteriori informazioni al richiedente	1	Il richiedente non conosce le modalità per effettuare la richiesta e le informazioni da trasmettere ai Sistemi Informativi	2	1	2	Richiesta di ulteriori informazioni/precisazioni al richiedente	4	1
		Assenza di coordinamento interno	Non presa in carico della richiesta, presa in carico da parte di diversi operatori	3	Attività non procedurata	2	1	6	Pannello di amministrazione (evita la duplicazione delle mail)	5	1
FASE 2 Valutazione della richiesta e definizione delle caratteristiche della casella	Valutazione della appropriatezza della richiesta (soggetto legittimato)	Mancata percezione dell'inappropriatezza della richiesta	Esecuzione di attività per la creazione di una casella per un soggetto non legittimato	3	Assenza di procedura che definisca le informazioni da trasmettere ai Sistemi Informativi a corredo della richiesta di assegnazione	1	4	12	Eliminazione successiva della casella	5	2
	Acquisizione delle informazioni relative all'interessato, finalizzate alla creazione della casella	Mancata ricezione delle informazioni o informazioni non complete	Allungamento dei tempi	2	Il richiedente non conosce le modalità per effettuare la richiesta e le informazioni da trasmettere ai Sistemi Informativi	3	1	6	Richiesta di ulteriori informazioni/precisazioni al richiedente	4	2
FASE 3 Creazione della casella e comunicazione all'interessato	Creazione della casella con l'attribuzione della "class of service", in relazione alle caratteristiche che la stessa deve possedere (dimensioni etc.) e relativa configurazione	Errore materiale nell'attribuzione di una "class of service" o di altre caratteristiche tecniche per la casella	Malfunzionamento della casella o funzionamento non conforme alle caratteristiche richieste	3	Distrazione	1	3	9	Pannello di amministrazione (monitora e riepiloga le informazioni della casella)	5	2
	Comunicazione della disponibilità della casella al richiedente e/o all'interessato	Mancata notifica dell'avvenuta creazione della casella	Non utilizzo della casella da parte dell'interessato	2	Distrazione / Dimenticanza	1	4	8	Sollecito da parte dell'interessato / richiedente	5	2

PROCESSO: **Gestione del DAE/PAD di proprietà di AREU**

Attività di inizio: Acquisizione del DAE tramite donazione

Attività di fine: Smaltimento del bene

Fasi del processo:

Fase 1 Acquisizione del DAE tramite donazione

Attività 1 (fase 1) Rilascio del parere alla Direzione a seguito di richiesta di donazione

Attività 2 (fase 1) Ricezione e controllo del bene a seguito di formalizzazione del comodato da parte degli Affari Generali e Legali

Attività 3 (fase 1) Applicazione del numero di inventari e inserimento nel database tecnico

Fase 2 Selezione dell'Ente/Associazione a cui affidare in comodato d'uso il DAE

Attività 1 (fase 2) Predisposizione bando di selezione con individuazione dei criteri di attribuzione dei punteggi con pubblicazione bando

Attività 2 (fase 2) Espletamento della procedura

Attività 3 (fase 2) Formazione della graduatoria

Fase 3 Consegna del bene

Attività 1 (fase 3) Comunicazione delle specifiche tecniche per l'installazione

Attività 2 (fase 3) Accordo per la consegna del bene (in loco o presso AREU)

Attività 3 (fase 3) Invio del modello 85 all'Ente/Associazione per il censimento del bene

Attività 4 (fase 3) Inserimento nel database AREU

Fase 4 Recupero dati in caso di utilizzo (eventuale)

Attività 1 (fase 4) Supporto all'attività di download dopo comunicazione dell'utilizzo da parte della AAT

Attività 2 (fase 4) Ripristino della funzionalità del bene

Fase 5 Dismissione

Attività 1 (fase 5) Valutazione tecnica ed economica da parte della SS Ingegneria clinica a seguito di segnalazione guasto

Attività 2 (fase 5) Eventuale reintegro del bene al comodatario

Attività 3 (fase 5) Compilazione del modello 52 (verbale di fuori uso cespiti)

Attività 4 (fase 5) Smaltimento del bene

Fase	Attività	Failure mode	Effetti	Gravità degli effetti	Possibili cause del failure mode	Probabilità	Rilevabilità	IPR	Barriere	Efficacia barriere	Nuovo IPR	Proposta barriere/Note
FASE 1 Acquisizione del DAE tramite donazione	Rilascio del parere alla Direzione a seguito di richiesta di donazione	Mancata lettura della richiesta	Sospensione prolungata dell'iter	2	Elevato flusso di comunicazioni per la struttura	2	2	8	Sollecito da parte degli Affari Generali e Legali	5	2	
	Ricezione e controllo del bene a seguito di formalizzazione del comodato da parte degli Affari Generali e Legali	Difficoltà di comunicazione tra la SS Ingegneria Clinica e il donatore	Sospensione prolungata dell'iter	2	Mancata comunicazione dei riferimenti	1	2	4	Nessuna barriera	1	4	
		Non conformità del bene	Sospensione prolungata dell'iter fino alla conformità effettiva	3	Problemi tecnici	1	1	3	Attività di collaudo da parte del donatore	3	1	
		Mancanza di documentazione	Sospensione prolungata dell'iter	2	Mancanza di documentazione	2	1	6	Attività di collaudo da parte del donatore	3	2	
	Applicazione del numero di inventario e inserimento nel database tecnico	Mancanza di documentazione sufficiente per ricevere il numero di inventario da parte della SC Economico-Finanziario	Sospensione prolungata dell'iter	2	Problemi nel reperimento documentazione completa	1	3	6	Verifica documentazione da parte della SC Economico-Finanziario	5	1	
FASE 2 Selezione dell'Ente/Associazione a cui affidare in comodato d'uso il DAE	Predisposizione del bando di selezione dei comodatari con individuazione dei criteri di attribuzione dei punteggi con successiva pubblicazione	Ritardo nella predisposizione del bando	Sospensione prolungata dell'iter	3	Elevato carico di lavoro	4	3	36	Sollecito da parte delle strutture interessate	2	18	
	Espletamento della procedura	Errata valutazione dei progetti presentati	Possibili ricorsi	3	Disattenzione a seguito della numerosità dei progetti presentati	2	4	24	Verifica da parte del RUP	5	5	
		Approvazione di progetti non conformi	Possibili ricorsi	3	Disattenzione a seguito della numerosità dei progetti presentati	2	4	24	Verifica da parte del RUP	5	5	
	Formazione della graduatoria	Errata attribuzione dei punteggi	Possibili ricorsi	3	Disattenzione a seguito della numerosità dei progetti presentati	2	4	24	Verifica da parte del RUP	5	5	
FASE 3 Consegna del bene	Comunicazione delle specifiche tecniche per l'installazione	Comunicazione incompleta	Errore nella collocazione del bene o nell'installazione	4	Disattenzione nella trasmissione	1	4	16	Installatori del comodatario	4	4	
						2	4	32	Segnalazione da parte del comodatario	2	16	
	Accordo per la consegna del bene (in loco o presso AREU)	Mancanza di accordo tra SS Ingegneria Clinica e comodatario	Ritardo iter	2	Difficoltà logistica nelle operazioni di consegna	3	1	6	Intervento delle AAT nelle procedure di consegna	4	2	
		Mancanza di contatto da parte del comodatario	Ritardo iter	2	Mancanza di riferimenti corretti	2	1	4	Sollecito degli Affari Generali e Legali e intervento delle AAT	4	1	
Invio del modello 85 all'Ente/Associazione per il censimento del bene	Dimenticanza nell'invio	Ritardo iter	2	Sovrabbondanza di flussi a cui sopperire	1	4	8	Segnalazione da parte del comodatario	2	4		
	Inserimento nel database AREU	Ritardo nell'inserimento	Impossibilità di inserirlo nel database di Emma	4	Mancanza di ritorno del modello 85 con assegnazione del codice PRODAE	3	4	48	Segnalazione da parte della SOREU o del comodatario	2	24	

Fase	Attività	Failure mode	Effetti	Gravità degli effetti	Possibili cause del failure mode	Probabilità	Rilevabilità	IPR	Barriere	Efficacia barriere	Nuovo IPR	Proposta barriere/Note
		Errata inserimento delle coordinate	Errata visualizzazione da parte della SOREU	4	Errore materiale di inserimento	1	4	16	Segnalazione da parte del comodatario o della AAT	4	4	
FASE 4 Recupero dati in caso di utilizzo (eventuale)	Supporto all'attività di download dopo la comunicazione dell'utilizzo dal DAE da parte della AAT	Mancata comunicazione	Possibile mancato ripristino della funzionalità dell'apparecchio	4	Mancata conoscenza della IOP o PRO	2	4	32	Nessuna barriera	1	32	
					Disattenzione per carico di lavoro	2	4	32	Nessuna barriera	1	32	
	Ripristino della funzionalità del bene	Mancanza dei consumabili	Possibile mancato ripristino della funzionalità dell'apparecchio	4	Mancato ordine dei materiali	2	1	8	Controllo periodico SS Ingegneria Clinica	3	3	
					Mancata consegna dei materiali	1	1	4	Controllo periodico SS Ingegneria Clinica	3	1	
					Consegna dei materiali errati	1	1	4	Controllo periodico SS Ingegneria Clinica	4	1	
Ritardo nel riposizionamento	Possibile ritardo nel ripristino della funzionalità dell'apparecchio	3	Difficoltà logistica nelle operazioni di consegna	3	1	9	Intervento delle AAT nelle procedure di ripristino	4	2			
FASE 5 Dismissione	Valutazione tecnica ed economica da parte della SS Ingegneria clinica a seguito di segnalazione guasto	Errata valutazione del guasto	Danno erariale	4	Non adeguata valutazione tecnica	1	4	16	Nessuna barriera	1	16	
	Eventuale reintegro del bene al comodatario	Ritardo nella fornitura del bene da reintegrare	Mancanza temporanea del DAE sul territorio	3	Difficoltà logistica nelle operazioni di consegna	2	1	6	Intervento delle AAT nelle procedure di ripristino	4	2	
		Mancanza del bene da fornire per reintegrazione	Mancanza del DAE sul territorio	4	Assenza di risorse	1	1	4	Nessuna barriera	1	4	
	Compilazione del mod 52 (verbale di fuori uso cespiti)	Mancata compilazione del modulo	Mancato inserimento nella delibera di dismissione con conseguente mancato storno dall'inventario	1	Dimenticanza	1	4	4	Nessuna barriera	1	4	
	Smaltimento del bene	Scorretto smaltimento materiale del bene	Inquinamento ambientale e possibile sanzione	3	Difficoltà nel conferimento in discarica	2	1	6	Nessuna barriera	1	6	
Errore materiale di conferimento del sito					1	3	9	Controllo da parte dell'addetto alla discarica	4	2		

PROCESSO: Esecuzione degli audit interni programmati (rif. attività svolte da AREU - Direzione AREU, AAT, SOREU, CUR NUE, COI)

Attività di inizio: Individuazione dei componenti del gruppo di audit

Attività di fine: Riunione di chiusura dell'audit

Fasi del processo:

Fase 1 Pianificazione e preparazione dell'audit

- Attività 1 (fase 1) Individuazione dei componenti del gruppo di audit
- Attività 2 (fase 1) Definizione degli aspetti operativi inerenti l'audit da parte del gruppo di audit
- Attività 3 (fase 1) Contatto con il Responsabile/Referente del processo da auditare per la definizione delle date e dei dettagli operativi e logistici
- Attività 4 (fase 1) Stesura della check - list da parte del gruppo di audit

Fase 2 Apertura dell'audit

- Attività 1 (fase 2) Presentazione dell'audit al Responsabile/Referente del processo da auditare e ai collaboratori e condivisione degli aspetti operativi

Fase 3 Esecuzione dell'audit

- Attività 1 (fase 3) Esecuzione dell'audit: raccolta delle evidenze oggettive

Fase 4 Chiusura dell'audit

- Attività 1 (fase 4) Predisposizione della relazione di sintesi dell'audit interno
- Attività 2 (fase 4) Riunione di chiusura dell'audit (gli auditor presentano al Responsabile/Referente del processo auditato la relazione di sintesi e ne acquisiscono una copia firmata)

Fase	Attività	Failure mode	Effetti	Gravità degli effetti	Possibili cause del failure mode	Probabilità	Rilevabilità	IPR	Barriere	Efficacia barriere	Nuovo IPR	Proposta barriere/Note
FASE 1 Pianificazione e preparazione dell'audit	Individuazione dei componenti del gruppo di audit	Individuazione di auditor non appartenenti al gruppo di auditor aziendale	Auditor non in grado di svolgere l'audit, audit non efficace	4	Non conoscenza, da parte del Responsabile aziendale dell'internal auditing, dei contenuti della documentazione aziendale inerente gli audit, recante l'elenco degli auditor qualificati e i criteri di qualificazione degli auditor	1	3	12	PRO 13 Gestione degli audit interni, DOC 107 Auditor interni, segnalazione degli interessati e del Responsabile/Referente del processo da auditare	4	3	
					Individuazione intenzionale (di auditor non qualificato/i)	1	1	4	PRO 13 Gestione degli audit interni, DOC 107 Auditor interni, segnalazione degli interessati e del Responsabile/Referente del processo da auditare	4	1	
					Numero di auditor aziendali insufficiente in relazione all'attività da svolgere	1	2	8	PRO 13 Gestione degli audit interni, DOC 107 Auditor interni, segnalazione degli interessati e del Responsabile/Referente del processo da auditare	4	2	
		Mancato rispetto del principio di indipendenza (individuazione di auditor operanti nell'ambito del processo da sottoporre ad audit)	Risultanze dell'audit errate (parziali, non veritiere)	5	Non conoscenza, da parte del Responsabile aziendale dell'internal auditing, dei contenuti della documentazione aziendale inerente gli audit, recante l'elenco degli auditor qualificati e i criteri di qualificazione degli auditor	1	3	15	PRO 13 Gestione degli audit interni, segnalazione degli auditor e del Responsabile/Referente del processo da auditare	4	4	
					Individuazione intenzionale (di auditor non indipendente/i)	1	1	5	PRO 13 Gestione degli audit interni, segnalazione degli auditor e del Responsabile/Referente del processo da auditare	4	1	
		Individuazione di un numero insufficiente di auditor, in relazione al processo da auditare	Allungamento dei tempi di audit rispetto al previsto, eventuale impossibilità di valutare alcuni aspetti del processo	4	Non conoscenza, da parte del Responsabile aziendale dell'internal auditing, dei contenuti della documentazione aziendale inerente gli audit, recante l'elenco degli auditor qualificati e i criteri di qualificazione degli auditor	1	3	12	PRO 13 Gestione degli audit interni, segnalazione degli interessati e del Responsabile/Referente del processo da auditare	4	3	
	Individuazione intenzionale (di un numero insufficiente di auditor)				1	1	4	PRO 13 Gestione degli audit interni, segnalazione degli interessati e del Responsabile/Referente del processo da auditare	4	1		
	Scarsa/insufficiente conoscenza del processo da auditare da parte di tutti i componenti del gruppo di audit	Impossibilità di valutare alcuni aspetti del processo, audit non efficace	4	Non conoscenza, da parte del Responsabile aziendale dell'internal auditing, dei contenuti della documentazione aziendale inerente gli audit, recante l'elenco degli auditor qualificati e i criteri di qualificazione degli auditor	1	3	12	PRO 13 Gestione degli audit interni, segnalazione degli auditor	4	3		
				Individuazione intenzionale (di un gruppo di auditor con scarsa/insufficiente conoscenza del processo da auditare)	1	1	4	PRO 13 Gestione degli audit interni, segnalazione degli auditor	4	1		
	Individuazione di auditor non disponibili per l'ipotetica data dell'audit	Necessità di ricalendarizzare l'audit, necessità di individuare altri auditor	2	Non conoscenza, da parte del Responsabile aziendale dell'internal auditing, dei contenuti della documentazione aziendale inerente gli audit, recante l'elenco degli auditor qualificati e i criteri di qualificazione degli auditor	1	3	6	PRO 13 Gestione degli audit interni, segnalazione degli auditor	4	2		
				Non disponibilità imprevista di uno o più auditor	2	2	8	PRO 13 Gestione degli audit interni, segnalazione degli auditor	4	2		
	Definizione degli aspetti operativi inerenti l'audit da parte del gruppo di audit	Errata o non efficace definizione delle modalità di esecuzione dell'audit (es. non efficace suddivisione dei compiti nell'ambito del gruppo, documentazione inerente il processo da auditare non disponibile per gli auditor)	4	Non conoscenza dei contenuti della documentazione aziendale inerente gli audit, recante le modalità di pianificazione e preparazione degli audit	1	2	8	PRO 13 Gestione degli audit interni, segnalazione degli auditor	4	2		
				Tempistiche ridotte (per la pianificazione/preparazione dell'audit)	3	1	12	PRO 13 Gestione degli audit interni, segnalazione degli auditor	3	4		
	Contatto con il Responsabile/Referente del processo da auditare per la definizione delle date e dei dettagli operativi e logistici	Mancato contatto con il Responsabile Referente del processo da sottoporre a audit o contatto troppo ravvicinato rispetto alle date proposte	Necessità di posticipare la data di inizio dell'audit, (eventuali criticità se audit da svolgere prima di un audit esterno)	3	Non conoscenza, da parte degli auditor, dei contenuti della documentazione aziendale inerente gli audit, recante le modalità di esecuzione degli audit	1	2	6	PRO 13 Gestione degli audit interni, segnalazione degli auditor e del Responsabile/Referente del processo da auditare	3	2	
					Tempistiche ridotte (per la pianificazione/preparazione dell'audit)	3	1	9	PRO 13 Gestione degli audit interni, segnalazione degli auditor e del Responsabile/Referente del processo da auditare	3	3	
		Mancata definizione degli aspetti operativi e logistici (es. orari precisi, modalità di accesso alle Strutture coinvolte, necessità di utilizzare DPI durante l'audit, modalità di presentazione dei risultati dell'audit)	Necessità di un nuovo contatto con il Responsabile/Referente, necessità di posticipare la data di inizio dell'audit, (eventuali criticità se audit da svolgere prima di un audit esterno)	3	Non conoscenza, da parte degli auditor, dei contenuti della documentazione aziendale inerente gli audit, recante le modalità di esecuzione degli audit	1	2	6	PRO 13 Gestione degli audit interni, segnalazione degli auditor e del Responsabile/Referente del processo da auditare	3	2	
					Tempistiche ridotte (per la pianificazione/preparazione dell'audit)	3	1	9	PRO 13 Gestione degli audit interni, segnalazione degli auditor e del Responsabile/Referente del processo da auditare	3	3	
		Mancata acquisizione documentazione specifica da visionare prima dell'audit	Check-list non completa, audit non efficace, necessità di dedicare ulteriore tempo all'audit - una volta acquisita la documentazione	4	Non conoscenza, da parte degli auditor, dei contenuti della documentazione aziendale inerente gli audit, recante le modalità di esecuzione degli audit	1	2	8	PRO 13 Gestione degli audit interni, segnalazione degli auditor	3	3	
Tempistiche ridotte (per la pianificazione/preparazione dell'audit)					2	1	8	PRO 13 Gestione degli audit interni, segnalazione degli auditor	3	3		
Non valutazione dell'esito di audit (interni/esterni) precedenti e/o di altri	Check-list non completa, audit non efficace, necessità di dedicare ulteriore tempo all'audit - una volta acquisita la	5	Non conoscenza, da parte degli auditor, dei contenuti della documentazione aziendale inerente gli audit, recante le modalità di esecuzione degli audit	1	2	10	PRO 13 Gestione degli audit interni, segnalazione degli auditor, supervisione dell'attività da parte del Responsabile dell'internal auditing	4	3			
			Tempistiche ridotte (per la pianificazione/preparazione dell'audit)	3	1	15	PRO 13 Gestione degli audit interni, segnalazione degli auditor, supervisione dell'attività da parte del Responsabile dell'internal auditing	4	4			

	documentazione specifica	documentazione		Non valutazione intenzionale dell'esito di precedenti audit e/o di altra doc specifica	1	2	10	PRO 13 Gestione degli audit interni, segnalazione degli auditor, supervisione dell'attività da parte del Responsabile dell'internal auditing	4	3	
Stesura della check - list da parte del gruppo di audit	Stesura di una check-list che non considera tutti i criteri dell'audit (es. norma ISO 9001, standard tecnici)	Check-list non completa, risultanze dell'audit errate, audit non efficace	5	Non conoscenza, da parte degli auditor, dei contenuti della documentazione aziendale inerente gli audit, recante le modalità di esecuzione degli audit	1	2	10	PRO 13 Gestione degli audit interni, segnalazione degli auditor, presenza di fac simili di check-list a cui fare riferimento, supervisione dell'attività da parte del Responsabile dell'internal auditing	4	3	
				Tempistiche ridotte (per la pianificazione/preparazione dell'audit)	3	1	15	PRO 13 Gestione degli audit interni, segnalazione degli auditor, presenza di fac simili di check-list a cui fare riferimento, supervisione dell'attività da parte del Responsabile dell'internal auditing	4	4	
				Stesura intenzionale di una check-list incompleta	1	2	10	PRO 13 Gestione degli audit interni, segnalazione degli auditor, supervisione dell'attività da parte del Responsabile dell'internal auditing	3	3	
FASE 2 Apertura dell'audit	Presentazione dell'audit al Responsabile/Referente del processo da auditare e ai collaboratori e condivisione degli aspetti operativi	Mancata presentazione dell'audit	4	Non conoscenza, da parte degli auditor, dei contenuti della documentazione aziendale inerente gli audit, recante le modalità di esecuzione degli audit	1	2	8	PRO 13 Gestione degli audit interni, segnalazione degli auditor e del Responsabile/Referente del processo da auditare	4	2	
				Tempistiche ridotte (per l'esecuzione dell'audit)	1	1	4	PRO 13 Gestione degli audit interni, segnalazione degli auditor e del Responsabile/Referente del processo da auditare	4	1	
	Presentazione carente di informazioni essenziali (es. modalità di svolgimento dell'audit, ruolo degli auditor)	Possibili tensioni/incomprensioni con gli operatori coinvolti durante l'audit, difficoltà - per gli auditor - a raccogliere le evidenze oggettive	4	Non conoscenza, da parte degli auditor, dei contenuti della documentazione aziendale inerente gli audit, recante le modalità di esecuzione degli audit	1	2	8	PRO 13 Gestione degli audit interni, segnalazione degli auditor, quesiti del Responsabile/Referente del processo da auditare e dei collaboratori	4	2	
				Tempistiche ridotte (per l'esecuzione dell'audit)	1	1	4	PRO 13 Gestione degli audit interni, segnalazione degli auditor, quesiti del Responsabile/Referente del processo da auditare e dei collaboratori	4	1	
				Presentazione intenzionalmente carente	1	3	12	PRO 13 Gestione degli audit interni, segnalazione degli auditor, quesiti del Responsabile/Referente del processo da auditare e dei collaboratori	4	3	
FASE 3 Esecuzione dell'audit	Esecuzione dell'audit: raccolta delle evidenze oggettive	Raccolta di evidenze oggettive insufficienti	5	Tempistiche ridotte (per l'esecuzione dell'audit)	2	2	20	PRO 13 Gestione degli audit interni, necessità di incrementare la durata dell'audit	3	7	
				Difficoltà nella raccolta delle evidenze oggettive, insufficiente formazione/esperienza degli auditor	3	1	15	PRO 13 Gestione degli audit interni, necessità di incrementare la durata dell'audit, formazione effettuata dagli auditor, gruppi di auditor composti da soggetti con differente esperienza	3	5	
				Raccolta intenzionalmente carente	1	4	20	PRO 13 Gestione degli audit interni, necessità di incrementare la durata dell'audit o di effettuare un nuovo audit	3	7	
		Mancata registrazione nella check-list delle evidenze oggettive raccolte	Difficoltà nella stesura della relazione finale, risultanze dell'audit errate, difficoltà a sostenere le risultanze nei confronti del Responsabile/Referente del processo, necessità di dedicare ulteriore tempo all'audit	5	Tempistiche ridotte (per l'esecuzione dell'audit)	2	2	20	PRO 13 Gestione degli audit interni, necessità di incrementare la durata dell'audit	3	7
					Difficoltà nella registrazione delle evidenze oggettive, insufficiente formazione/esperienza degli auditor	3	2	30	PRO 13 Gestione degli audit interni, necessità di incrementare la durata dell'audit, formazione effettuata dagli auditor, gruppi di auditor composti da soggetti con differente esperienza	3	10
					Registrazione intenzionalmente carente	1	2	10	PRO 13 Gestione degli audit interni, necessità di incrementare la durata dell'audit o di effettuare un nuovo audit	3	3
	Mancata considerazione di alcuni criteri dell'audit (es. norma ISO 9001, standard tecnici)	Difficoltà nella stesura della relazione finale, audit non efficace, necessità di dedicare ulteriore tempo all'audit	5	Tempistiche ridotte (per l'esecuzione dell'audit)	2	2	20	PRO 13 Gestione degli audit interni, necessità di incrementare la durata dell'audit	3	7	
				Insufficiente formazione/esperienza degli auditor	2	2	20	PRO 13 Gestione degli audit interni, necessità di incrementare la durata dell'audit, formazione effettuata dagli auditor, gruppi di auditor composti da soggetti con differente esperienza	3	7	
				Mancata considerazione intenzionale di alcuni criteri	1	2	10	PRO 13 Gestione degli audit interni, necessità di incrementare la durata dell'audit o di effettuare un nuovo audit	3	3	
	Creazione, durante l'audit, di tensioni/incomprensioni con gli operatori coinvolti	Possibili tensioni/incomprensioni con gli operatori coinvolti durante l'audit, difficoltà - per gli auditor - a raccogliere le evidenze oggettive	4	Tempistiche ridotte (per l'esecuzione dell'audit)	2	2	16	PRO 13 Gestione degli audit interni, formazione effettuata dagli auditor, gruppi di auditor composti da soggetti con differente esperienza	3	5	
				Insufficiente formazione/esperienza degli auditor	3	1	12	PRO 13 Gestione degli audit interni, formazione effettuata dagli auditor, gruppi di auditor composti da soggetti con differente esperienza	3	4	
	Predisposizione della relazione di sintesi dell'audit interno	Assenza/carenza delle informazioni necessarie alla stesura della relazione: evidenze oggettive insufficienti (non raccolte/non documentate)	Difficoltà nella stesura della relazione finale, risultanze dell'audit errate, difficoltà a sostenere le risultanze nei confronti del Responsabile/Referente del processo	5	Tempistiche ridotte (per l'esecuzione dell'audit)	2	2	20	PRO 13 Gestione degli audit interni, gruppi di auditor composti da soggetti con differente esperienza, necessità di effettuare un nuovo audit	4	5
Insufficiente formazione/esperienza degli auditor					2	2	20	PRO 13 Gestione degli audit interni, formazione effettuata dagli auditor, gruppi di auditor composti da soggetti con differente esperienza	4	5	
Mancata/parziale raccolta/registrazione intenzionale delle evidenze oggettive					1	2	10	PRO 13 Gestione degli audit interni, gruppi di auditor composti da soggetti con differente esperienza, necessità di effettuare un nuovo audit	4	3	
Rilevazione della mancata considerazione di alcuni criteri dell'audit (es. norma ISO 9001, standard tecnici)		Difficoltà nella stesura della relazione finale, risultanze dell'audit errate, difficoltà a sostenere le risultanze nei confronti del Responsabile/Referente del processo	5	Tempistiche ridotte (per l'esecuzione dell'audit)	2	2	20	PRO 13 Gestione degli audit interni, gruppi di auditor composti da soggetti con differente esperienza, necessità di effettuare un nuovo audit	4	5	
				Insufficiente formazione/esperienza degli auditor	2	2	20	PRO 13 Gestione degli audit interni, formazione effettuata dagli auditor, gruppi di auditor composti da soggetti con differente esperienza	4	5	
				Mancata/parziale raccolta/registrazione intenzionale delle evidenze oggettive	1	3	15	PRO 13 Gestione degli audit interni, gruppi di auditor composti da soggetti con differente esperienza, necessità di effettuare un nuovo audit	4	4	
Mancata predisposizione della relazione di sintesi dell'audit		Risultanze dell'audit non documentate, difficoltà durante la riunione di chiusura	4	Dimenticanza/distrazione degli auditor	1	2	8	PRO 13 Gestione degli audit interni, formazione effettuata dagli auditor, gruppi di auditor composti da soggetti con differente esperienza, segnalazione del Responsabile/Referente del processo auditato, segnalazione del Responsabile aziendale dell'internal auditing	5	2	
				Mancata predisposizione intenzionale della relazione di sintesi dell'audit	1	1	4	PRO 13 Gestione degli audit interni, formazione effettuata dagli auditor, gruppi di auditor composti da soggetti con differente esperienza, segnalazione del Responsabile/Referente del processo auditato, segnalazione del Responsabile aziendale dell'internal auditing	5	1	
Relazione di sintesi carente/confusa/non in grado di mettere in evidenza le risultanze dell'audit		Difficoltà di comprensione delle risultanze da parte degli operatori coinvolti, difficoltà a sostenere le risultanze nei confronti del Responsabile/Referente del processo, audit inefficace	4	Tempistiche ridotte (per la predisposizione della relazione di sintesi)	2	2	16	PRO 13 Gestione degli audit interni, formazione effettuata dagli auditor, gruppi di auditor composti da soggetti con differente esperienza, segnalazione del Responsabile/Referente del processo auditato, segnalazione del Responsabile aziendale dell'internal auditing	5	3	
				Insufficiente formazione/esperienza degli auditor	2	2	16	PRO 13 Gestione degli audit interni, formazione effettuata dagli auditor, gruppi di auditor composti da soggetti con differente esperienza, segnalazione del Responsabile/Referente del processo auditato, segnalazione del Responsabile aziendale dell'internal auditing	5	3	
				Relazione di sintesi intenzionalmente carente/confusa	1	2	8	PRO 13 Gestione degli audit interni, formazione effettuata dagli auditor, gruppi di auditor composti da soggetti con differente esperienza, segnalazione del Responsabile/Referente del processo auditato, segnalazione del Responsabile aziendale dell'internal auditing	5	2	

FASE 4 Chiusura dell'audit	Mancata partecipazione di uno o più auditor alla stesura della relazione	Difficoltà nella stesura della relazione finale, risultanze dell'audit parziali (se non acquisizione delle evidenze oggettive rilevate dagli auditor assenti)	3	Non disponibilità dell'auditor, imprevisto, tempistiche ridotte (per la predisposizione della relazione)	2	1	6	PRO 13 Gestione degli audit interni, gruppi di auditor composti da diversi soggetti con differente esperienza, supervisione del Responsabile aziendale dell'internal auditing	3	2
				Assenza intenzionale dell'auditor	1	1	3	PRO 13 Gestione degli audit interni, gruppi di auditor composti da soggetti con differente esperienza, supervisione del Responsabile aziendale dell'internal auditing	3	1
	Mancata esecuzione della riunione di chiusura	Mancata presentazione delle risultanze dell'audit agli operatori, difficoltà di comprensione delle risultanze da parte degli operatori coinvolti, eventuale necessità di fissare un incontro successivo	3	Non disponibilità/imprevisto di tutti gli auditor	1	1	3	PRO 13 Gestione degli audit interni, gruppi di auditor composti da diversi soggetti, necessità di ricalendarizzare la riunione, supervisione del Responsabile aziendale dell'internal auditing	3	1
				Tempistiche ridotte (per la conclusione dell'audit)	3	2	18	PRO 13 Gestione degli audit interni, gruppi di auditor composti da diversi soggetti, necessità di ricalendarizzare la riunione, supervisione del Responsabile aziendale dell'internal auditing	3	6
				Assenza intenzionale di tutti gli auditor	1	1	3	PRO 13 Gestione degli audit interni, gruppi di auditor composti da diversi soggetti, necessità di ricalendarizzare la riunione, supervisione del Responsabile aziendale dell'internal auditing	3	1
	Riunione di chiusura non efficace (es. presentazione parziale/non chiara delle risultanze dell'audit, creazione di tensioni/incomprensioni con gli operatori coinvolti)	Difficoltà di comprensione delle risultanze da parte degli operatori coinvolti, eventuale necessità di fissare un incontro successivo	4	Tempistiche ridotte (per la riunione di chiusura)	3	2	24	PRO 13 Gestione degli audit interni, formazione effettuata dagli auditor, gruppi di auditor composti da soggetti con differente esperienza, segnalazione del Responsabile/Referente del processo auditato	3	8
				Insufficiente formazione/esperienza degli auditor	2	2	16	PRO 13 Gestione degli audit interni, formazione effettuata dagli auditor, gruppi di auditor composti da soggetti con differente esperienza, segnalazione del Responsabile/Referente del processo auditato	4	4
	La riunione di chiusura dell'audit (gli auditor presentano al Responsabile/Referente del processo auditato la relazione di sintesi e ne acquisiscono una copia firmata)	La relazione di sintesi dell'audit non viene rilasciata in copia al Responsabile/Referente del processo auditato	3	Dimenticanza/distrazione degli auditor	2	1	6	PRO 13 Gestione degli audit interni, formazione effettuata dagli auditor, gruppi di auditor composti da soggetti con differente esperienza, segnalazione del Responsabile/Referente del processo auditato	4	2
				Non rilascio intenzionale della relazione di sintesi dell'audit	1	1	3	PRO 13 Gestione degli audit interni, formazione effettuata dagli auditor, gruppi di auditor composti da soggetti con differente esperienza, segnalazione del Responsabile/Referente del processo auditato	4	1
	La relazione di sintesi dell'audit non viene firmata da uno o più auditor e/o dal Responsabile/Referente del processo auditato	Eventuale mancata presa in carico delle risultanze dell'audit da parte del Responsabile/Referente del processo, necessità di acquisire la/le firma/e in un momento successivo	3	Dimenticanza/distrazione degli auditor	2	2	12	PRO 13 Gestione degli audit interni, formazione effettuata dagli auditor, gruppi di auditor composti da soggetti con differente esperienza, segnalazione del Responsabile/Referente del processo auditato, supervisione del Responsabile dell'internal auditing	4	3
				Non apposizione intenzionale della/e firma/e	1	2	6	PRO 13 Gestione degli audit interni, formazione effettuata dagli auditor, gruppi di auditor composti da soggetti con differente esperienza, segnalazione del Responsabile/Referente del processo auditato, supervisione del Responsabile dell'internal auditing	4	2

PROCESSO: **Gestione eventi/manifestazioni organizzati che prevedono assistenza sanitaria**

Attività di inizio: Inserimento in GAMES dei dati generali relativi all'evento/manifestazione, da parte dell'Organizzatore,

Attività di fine: Svolgimento dell'evento/manifestazione

Fasi del processo:

Fase 1 Compilazione, tramite GAMES, della pratica da parte dell'Organizzatore

Attività 1 (fase 1) Inserimento in GAMES dei dati generali relativi all'evento/manifestazione, da parte dell'Organizzatore

Attività 2 (fase 1) Indicazione dell'afferenza dell'evento/manifestazione ai criteri indicati dalla DGR 2453/2014, da parte dell'Organizzatore

Attività 3 (fase 1) Classificazione del rischio dell'evento/manifestazione, da parte dell'Organizzatore

Attività 4 (fase 1) Calendarizzazione dell'evento, da parte dell'Organizzatore

Attività 5 (fase 1) Inserimento in GAMES, da parte dell'Organizzatore, delle informazioni necessarie alla definizione delle risorse per l'assistenza sanitaria

Attività 6 (fase 1) Pianificazione dell'assistenza sanitaria, da parte dell'Organizzatore

Attività 7 (fase 1) Acquisizione, da parte dell'Organizzatore, della disponibilità del Soggetto che presterà assistenza sanitaria e registrazione su GAMES

Attività 8 (fase 1) Posizionamento sulla mappa delle risorse individuate, da parte dell'Organizzatore

Attività 9 (fase 1) Inserimento informazioni e documentazione aggiuntiva (Piano sanitario, se del caso) in GAMES, da parte dell'Organizzatore

Fase 2 Valutazione, da parte della AAT, di quanto dichiarato dall'Organizzatore e approvazione/diniego; revisione/integrazione della pratica da parte dell'Organizzatore

Attività 1 (fase 2) Valutazione della pratica da parte della AAT ed eventuale richiesta all'Organizzatore, di revisione/integrazione della pratica

Attività 2 (fase 2) Valutazione, da parte della AAT, della pratica revisionata/integrata dall'Organizzatore (eventuale)

Attività 3 (fase 2) Approvazione della pratica da parte della AAT

Fase 3 Definizione dei dettagli relativi all'assistenza sanitaria da parte del Soggetto erogante

Attività 1 (fase 3) Il Soggetto incaricato di prestare assistenza sanitaria inserisce in GAMES le informazioni relative alle risorse messe a disposizione

Fase 4 Svolgimento dell'evento/manifestazione

Attività 1 (fase 4) Acquisizione, da parte della SOREU, delle informazioni inerenti l'evento/manifestazione e inclusione, da parte di EMMA, delle risorse previste per l'evento/manifestazione tra le risorse disponibili

Attività 2 (fase 4) Svolgimento dell'evento/manifestazione

Attività 3 (fase 4) Verifica a campione a carico del Soggetto (per mezzi di soccorso e certificazione del personale) e a carico dell'Organizzatore sulle risorse

Fase	Attività	Failure mode	Effetti	Gravità degli effetti	Possibili cause del failure mode	Probabilità	Rilevabilità	IPR	Barriere	Efficacia barriere	Nuovo IPR	Proposta barriere/Note
FASE 1 Compilazione, tramite GAMES, della pratica da parte dell'Organizzatore	Inserimento in GAMES dei dati generali relativi all'evento/manifestazione, da parte dell'Organizzatore,	Inserimento di riferimenti telefonici/mail errati	Impossibile contattare l'Organizzatore da parte della SOREU, in caso di necessità nell'ambito dell'evento/manifestazione	3	Errore di digitazione da parte dell'Organizzatore all'atto dell'inserimento	2	4	24	Nessuna barriera	2	12	
	Indicazione dell'afferenza dell'evento/manifestazione ai criteri indicati dalla DGR 2453/2014, da parte dell'Organizzatore	L'Organizzatore, erroneamente, indica che l'evento/manifestazione non rientra tra quelli ricompresi nella DGR	Non corretta stima del dimensionamento delle risorse da prevedere per l'assistenza sanitaria	5	Non corretta conoscenza/interpretazione dei contenuti della DGR da parte dell'Organizzatore	3	2	30	Verifica da parte della AAT	4	8	
	Classificazione del rischio dell'evento/manifestazione, da parte dell'Organizzatore	Non corretta indicazione delle informazioni richieste da GAMES per la stima del rischio dell'evento/manifestazione	Non corretta stima del rischio associato all'evento/manifestazione	3	L'Organizzatore ha difficoltà nell'inserire le informazioni relative all'evento/manifestazione (non riesce a capire cosa deve inserire)	3	3	27	Verifica da parte della AAT	3	9	
					L'Organizzatore orienta l'inserimento delle informazioni in relazione al risultato che vuole raggiungere (poiché la stima del rischio che emerge da GAMES determina i termini temporali per l'esecuzione delle successive attività)	2	3	18	Verifica da parte della AAT	3	6	
	Calendarizzazione dell'evento, da parte dell'Organizzatore	Indicazione di una data dell'evento/manifestazione antecedente alla scadenza dei tempi di preavviso minimo	Non corretta rappresentazione della realtà ai fini della valutazione dell'evento/manifestazione (non conoscenza, da parte della AAT/SOREU della data reale dell'evento/manifestazione); maggiore carico di lavoro per la AAT e per i Sistemi Informativi AREU	4	L'Organizzatore dichiara una data dell'evento/manifestazione che non corrisponde a quella reale, al fine di poter inviare la pratica all'attenzione della AAT per la valutazione e l'approvazione nonostante la decorrenza dei termini previsti	4	1	16	Verifica da parte dei SI AREU e della AAT	5	3	
					Autorizzazione della pratica, da parte della AAT, in deroga dei tempi previsti	3	1	15	Nessuna barriera	1	15	Definizione dei criteri a fronte dei quali la AAT può effettuare la deroga (revisione PRO 37)
	Inserimento in GAMES, da parte dell'Organizzatore, delle informazioni necessarie alla definizione delle risorse per l'assistenza sanitaria	Non corretta indicazione delle informazioni richieste da GAMES	Non corretta stima delle risorse necessarie nell'ambito dell'evento/manifestazione	4	Errata stima, da parte dell'Organizzatore, delle caratteristiche dell'evento (es. numero partecipanti evento)	2	2	16	Verifica da parte della AAT	4	4	
					Tentativo, da parte dell'Organizzatore, di ridimensionare le risorse destinate all'assistenza sanitaria, al fine di contenere i costi	2	2	16	Verifica da parte della AAT	4	4	

Fase	Attività	Failure mode	Effetti	Gravità degli effetti	Possibili cause del failure mode	Probabilità	Rilevabilità	IPR	Barriere	Efficacia barriere	Nuovo IPR	Proposta barriere/Note	
	Pianificazione dell'assistenza sanitaria, da parte dell'Organizzatore	Non corretta indicazione del luogo di stazionamento della risorsa	Criticità in relazione all'identificazione del luogo di stazionamento delle risorse, in particolare da parte della SOREU, con la possibilità di attivare una risorsa non competitiva	3	Errore materiale; mancata consapevolezza, da parte dell'Organizzatore, della rilevanza di tale informazione	2	3	18	Verifica da parte della AAT	4	5		
	Acquisizione, da parte dell'Organizzatore, della disponibilità del Soggetto che presterà assistenza sanitaria e registrazione su GAMES	L'Organizzatore inserisce consapevolmente in GAMES un Soggetto, senza averne acquisito la disponibilità, ritenendo sufficiente questa azione al perfezionamento degli accordi con il Soggetto Errore nell'organizzatore nell'indicare in GAMES il Soggetto	Il Soggetto contatta l'Organizzatore e/o la AAT per segnalare l'assenza di accordi con l'Organizzatore Il Soggetto contatta l'Organizzatore e/o la AAT per segnalare l'assenza di accordi con l'Organizzatore; mancata attivazione del Soggetto corretto	3 1	L'Organizzatore non conosce il funzionamento di GAMES e della documentazione relativa Errore materiale dell'Organizzatore (selezione di un Soggetto in luogo di un altro)	2 2	1 1	6 2	Segnalazione del Soggetto, alert di GAMES all'Organizzatore e alla AAT Segnalazione del Soggetto, alert di GAMES all'Organizzatore e alla AAT	3 3	2 1		
	Posizionamento sulla mappa delle risorse individuate, da parte dell'Organizzatore	La risorsa viene posizionata dall'Organizzatore in uno stazionamento diverso da quello precedentemente individuato (vedi attività 6) In presenza di più di una risorsa, "inversione" della risorsa rispetto a quanto precedentemente indicato	La SOREU non ha la possibilità di individuare correttamente il luogo di stazionamento della risorsa, a fronte della necessità di utilizzo La SOREU non ha la possibilità di individuare correttamente il luogo di stazionamento della risorsa, a fronte della necessità di utilizzo	4 3	Errore materiale dell'Organizzatore Errore materiale dell'Organizzatore (selezione di uno stazionamento in luogo di un altro)	1 2	3 3	12 18	Rilevazione da parte del Soggetto/della AAT, prima dell'inizio dell'evento/manifestazione Rilevazione da parte del Soggetto/della AAT, prima dell'inizio dell'evento/manifestazione	3 3	4 6		
	Inserimento informazioni e documentazione aggiuntiva (Piano sanitario, se del caso) in GAMES, da parte dell'Organizzatore	Mancato inserimento del Piano sanitario da parte dell'Organizzatore, ove obbligatorio	La AAT richiede all'Organizzatore l'integrazione della documentazione	2	Errore materiale dell'Organizzatore, mancata consapevolezza della necessità di allegare il Piano	2	1	4	Verifica da parte della AAT	4	1		
FASE 2 Valutazione, da parte della AAT, di quanto dichiarato dall'Organizzatore e approvazione/diniego; revisione/integrazione della pratica da parte dell'Organizzatore	Valutazione della pratica da parte della AAT ed eventuale richiesta all'Organizzatore, di revisione/integrazione della pratica	Mancata rilevazione di anomalie nella compilazione da parte dell'organizzatore	Approvazione di una pratica con errori e conseguente uso non appropriato delle risorse in base all'evento	3	Mancanza di riscontro reale sui dati forniti dall'Organizzatore Analisi superficiale della pratica da parte dell'AAT Numero elevato di richieste in base al territorio pervenute alla AAT	3 2 3	3 3 2	27 18 18	Informazioni indirette e pregressa esperienza Nessuna barriera Carico di domande suddivise in base eque per gli operatori	3 1 4	9 18 5		
			Richiesta di integrazioni non recepite dall'organizzatore	Sospensione della pratica	4	Errore e disattenzione dell'Organizzatore	2	3	24	Rilevazione da parte del Soggetto/della AAT, prima dell'inizio dell'evento/manifestazione	3	8	
			Mancata rilevazione di anomalie nella compilazione da parte dell'organizzatore	Approvazione di una pratica con errori e conseguente uso non appropriato delle risorse in base all'evento	3	Mancanza di riscontro reale sui dati forniti dall'Organizzatore Analisi superficiale della pratica da parte dell'AAT Numero elevato di richieste in base al territorio pervenute alla AAT	3 2 3	3 3 2	27 18 18	Informazioni indirette e pregressa esperienza Nessuna barriera Carico di domande suddivise in base eque per gli operatori	3 1 4	9 18 5	
		Approvazione della pratica da parte della AAT		Approvazione di una pratica non idonea	La SOREU non ha la possibilità di individuare correttamente le risorse da impiegare (sottostima dell'evento)	4	Mancanza di riscontro reale sui dati forniti dall'Organizzatore Analisi superficiale della pratica da parte dell'AAT Numero elevato di richieste in base al territorio pervenute alla AAT	3 2 3	3 3 2	36 24 24	Informazioni indirette e pregressa esperienza Nessuna barriera Carico di domande suddivise in base eque per gli operatori	3 1 4	12 24 6
	Il Soggetto incaricato di prestare assistenza sanitaria inserisce in GAMES le informazioni relative alle risorse messe a disposizione		Soggetto incaricato non rilascia (o non rilascia correttamente) i recapiti		Impossibilità, per la AAT, di contattare il soggetto in caso di necessità, nell'ambito dell'evento/manifestazione	4	Disattenzione e negligenza nella compilazione	4	1	16	Alert che rimane aperto fino allo svolgimento dell'evento; AAT contatta via mail Soggetto richiedendo compilazione dei recapiti	4	4
	FASE 4 Svolgimento dell'evento/manifestazione	Acquisizione, da parte della SOREU, delle informazioni inerenti l'evento/manifestazione e inclusione, da parte di EMMA, delle risorse previste per l'evento/manifestazione tra le risorse disponibili	fase automatica di trasmissione tramite il sistema informatico										
		Svolgimento dell'evento/manifestazione	il Soggetto non ha adempiuto al corretto inserimento dei dati utili a contattare (tipologia macchina, numero telefonico e nominativo del Responsabile)	La SOREU non ha la possibilità di utilizzare il mezzo di soccorso e deve utilizzare un mezzo convenzionato (mezzo ordinario)	4	Disattenzione e negligenza nella compilazione	3	2	24	Nessuna barriera	1	24	
			Operatore di SOREU utilizza il mezzo convenzionato e non utilizza il mezzo dedicato all'evento- manifestazione	Non corretto uso delle risorse	4	Disattenzione da parte dell'Operatore di SOREU	1	3	12	Nessuna barriera	1	12	

Fase	Attività	Failure mode	Effetti	Gravità degli effetti	Possibili cause del failure mode	Probabilità	Rilevabilità	IPR	Barriere	Efficacia barriere	Nuovo IPR	Proposta barriere/Note
	Verifica a campione a carico del Soggetto (per mezzi di soccorso e certificazione del personale) e a carico dell'Organizzatore sulle risorse	Valutazione attenuata/non congrua rispetto alla procedura aziendale (PRO 37)	Mancata constatazione che quanto presente al momento della verifica non corrisponda a quanto dichiarato; accreditamento di soggetti inadeguati	5	Scarsa conoscenza della PRO 37	2	3	30	Applicazione modulo; richiamo formale all'Organizzatore; Applicazione di misure sanzionatorie al Soggetto	5	6	

PROCESSO: Gestione della chiamata da parte dell'operatore tecnico COI e trasferimento al medico di CA

Attività di inizio: Risposta dell'operatore alla chiamata con massima priorità (Priorità: in base al tempo di attesa) e con formula appropriata apertura della scheda informatica da parte dell'operatore

Attività di fine: Trasmissione scheda informatica su portatile del MCA per visita domiciliare

Fasi del processo:

Fase 1 Risposta alla chiamata dell'utente e identificazione del bisogno

Attività 1 (fase 1) Risposta dell'operatore alla chiamata con massima priorità (Priorità: in base al tempo di attesa) e con formula appropriata apertura della scheda informatica da parte dell'operatore

Attività 2 (fase 1) Identificazione del bisogno dell'utente ed eventuale reindirizzamento al servizio più appropriato

Fase 2 Compilazione della scheda informatica

Attività 1 (fase 2) Acquisizione delle generalità dell'assistito e acquisizione delle informazioni logistiche (domicilio dell'assistito)

Fase 3 Intervista telefonica strutturata

Attività 1 (fase 3) Indagini delle condizioni generali dell'assistito al fine di individuare potenziali urgenze

Fase 4 Trasferimento della scheda e della chiamata al medico di CA competente territorialmente

Attività 1 (fase 4) Identificazione del medico di CA competente per età dell'assistito (laddove presente servizio pediatrico) e per territorio, con contestuale trasferimento della scheda

Attività 2 (fase 4) Contatto con il medico da parte dell'operatore

Attività 3 (fase 4) Trasferimento della chiamata dell'utente al medico di CA

Fase 5 Eventuale richiamata del medico alla COI

Attività 1 (fase 5) Attivazione del supporto per l'attività sanitaria

Attività 2 (fase 5) Trasmissione scheda informatica su portatile del MCA per visita domiciliare

Fase	Attività	Failure mode	Effetti	Gravità degli effetti	Possibili cause del failure mode	Probabilità	Rilevabilità	IPR	Barriere	Efficacia barriere	Nuovo IPR
FASE 1 Risposta alla chiamata dell'utente e identificazione del bisogno	Risposta dell'operatore alla chiamata con massima priorità (Priorità: in base al tempo di attesa) e con formula appropriata e apertura della scheda informatica da parte dell'operatore	Selezione delle chiamate non rispettando i tempi di attesa	Ulteriore allungamento dei tempi di attesa da parte dell'utente	4	Non rispetto della documentazione prescrittiva	2	2	16	Supervisione del referente di turno	3	5
		Mancata risposta dell'operatore	Ulteriore allungamento dei tempi di attesa da parte dell'utente	5	Non rispetto della documentazione prescrittiva	1	1	5	Supervisione del referente di turno	4	1
		Risposta dell'operatore con formula non appropriata	Mancata chiara identificazione del servizio con contestuale confusione dell'utente	2	Non rispetto della documentazione prescrittiva	1	3	6	Supervisione del referente di turno e riascolto delle chiamate da parte del servizio di Coi	3	2
	Identificazione del bisogno dell'utente ed eventuale reindirizzamento al servizio più appropriato	Errata identificazione del bisogno	Reindirizzamento ad un servizio non appropriato	4	Sottovalutazione del bisogno	1	4	16	Nessuna barriera	1	16
		Comunicazioni di informazioni non corrette	Allungamento dei tempi	2	Distrazione dell'operatore	1	4	8	Nessuna barriera	1	8
FASE 2 Compilazione della scheda informatica	Acquisizione delle generalità dell'assistito e acquisizione delle informazioni logistiche (domicilio dell'assistito)	Errata acquisizione delle informazioni	Allungamento dei tempi di trattamento	3	Distrazione dell'operatore	1	4	12	Richiamata del Medico alla COI / utente	3	4
					Scarsa chiarezza espositiva dell'utente	1	4	12	Richiamata del Medico alla COI / utente	3	4
FASE 3 Intervista telefonica strutturata	Indagini delle condizioni generali dell'assistito al fine di individuare potenziali urgenze	Acquisizione di informazioni non chiare da parte dell'utente	Non compilazione corretta della scheda con eventuale sottostima del bisogno	3	Scarsa chiarezza espositiva dell'utente	1	2	6	Riproposta della domanda	3	2
FASE 4 Trasferimento della scheda e della chiamata	Identificazione del medico di CA competente per età dell'assistito (laddove presente servizio pediatrico) e per territorio, con contestuale trasferimento della scheda	Errata identificazione del medico	Reinoltro della chiamata da parte del medico con allungamento dei tempi	2	Distrazione dell'operatore	1	1	2	Reinoltro della chiamata da parte del medico	5	0

Fase	Attività	Failure mode	Effetti	Gravità degli effetti	Possibili cause del failure mode	Probabilità	Rilevabilità	IPR	Barriere	Efficacia barriere	Nuovo IPR
al medico di CA competente territorialmente	Contatto con il medico da parte dell'operatore	Non risposta da parte del medico	Allungamento dei tempi di presa in carico del paziente	3	Mancata presa in carico da parte del medico per sovraccarico di lavoro	3	1	9	Solleciti ogni 20/30 minuti al medico (PRO 01 COI)	5	2
	Trasferimento della chiamata dell'utente al medico di CA	Non risposta da parte del medico	Allungamento dei tempi di presa in carico del paziente	3	Mancata presa in carico da parte del medico per sovraccarico di lavoro	3	1	9	Solleciti ogni 20/30 minuti al medico (PRO 01 COI)	5	2
FASE 5 Eventuale richiamata del medico alla COI	Attivazione del supporto per l'attività sanitaria	Non tempestiva risposta da parte delle ASST di competenza	Allungamento dei tempi di presa in carico del paziente	3	Sovraccarico di lavoro	2	1	6	Sollecito frequente alla ASST di competenza	4	2
	Trasmissione scheda informatica su portatile del MCA per visita domiciliare	Ritardata trasmissione	Allungamento tempi di intervento	2	Problematiche di trasmissione dati	1	1	2	Invio costante fino alla riuscita acquisizione	4	1

PROCESSO: **Gestione della chiamata (proveniente da dispositivo telefonico fisso/mobile, da utente di lingua italiana che si trova ne luogo dell'evento) da parte dell'operatore tecnico NUE 112, con successivo inoltro al PSAP 2**

Attività di inizio: Ricezione della chiamata da parte dell'OT (F9)

Attività di fine: Chiusura della scheda contatto da parte dell'OT NUE

Fasi del processo:

Fase 1 Risposta alla chiamata da parte dell'OT

Attività 1 (fase 1) Ricezione della chiamata (F9)

Attività 2 (fase 1) Apertura della scheda contatto (F10)

Attività 3 (fase 1) Importazione del numero chiamante (F11), con conseguente richiesta automatica dei dati di localizzazione al CED

Fase 2 Gestione dell'intervista con l'utente e compilazione scheda contatto

Attività 1 (fase 2) Localizzazione dell'evento con richiesta all'utente della conferma dei dati di localizzazione

Attività 2 (fase 2) Classificazione dell'evento

Attività 3 (fase 2) Richiesta delle generalità all'utente

Fase 3 Inoltro della chiamata al PSAP 2

Attività 1 (fase 3) Informazione all'utente rispetto all'inoltro della chiamata al PSAP 2 competente

Attività 2 (fase 3) Apertura della finestra "Allerta Enti"

Attività 3 (fase 3) Chiamata al PSAP 2 individuato

Attività 4 (fase 3) Risposta del PSAP 2 e informazione rispetto all'inoltro della chiamata

Attività 5 (fase 3) Inoltro della scheda contatto al PSAP 2

Attività 6 (fase 3) Attivazione della conferenza telefonica tra il PSAP 2 e l'utente

Attività 7 (fase 3) Sgancio dell'OT NUE dalla chiamata

Attività 8 (fase 3) Chiusura della scheda contatto

t

t1

t2

t3

t4

t5

t6

t7

t8

t9

Fase	Attività	Failure mode	Effetti	Gravità degli effetti	Possibili cause del failure mode	Probabilità	Rilevabilità	IPR	Barriere	Efficacia barriere	Nuovo IPR	Proposta barriere/Note
Risposta alla chiamata da parte dell'OT	Ricezione della chiamata (F9)	Cade la chiamata	Non presa in carico della chiamata dell'utente	3	Malfunzionamento del centralino della CUR	3	2	18	Ridondanza dei dispositivi ("centralino slave") come da IOP 14 NUE	5	4	
		Risposta a una chiamata non di emergenza (esterna ai flussi relativi ai 4 numeri di emergenza)	Presenza in carico di una chiamata non di competenza; ritardo nella ricezione di chiamate di emergenza	2	Configurazione non ottimale del POT	3	1	6	Nessuna barriera	1	6	Necessità di riconfigurare i POT
	Apertura della scheda contatto (F10)	Blocco dell'applicativo gestionale della CUR	Impossibile aprire la scheda contatto	5	Blocco informatico	2	1	10	IOP 17 NUE "Blocco applicativo gestionale EMMA NUE"	5	2	
		Cade la chiamata	Mancata presa in carico della richiesta dell'utente	3	Malfunzionamento del centralino della CUR	2	2	12	Ridondanza dei dispositivi ("centralino slave") come da IOP 14 NUE	5	2	
	Importazione del numero chiamante (F11), con conseguente richiesta automatica dei dati di localizzazione al CED	Blocco dell'applicativo gestionale della CUR	Impossibile importare il numero del chiamante	5	Blocco informatico	2	1	10	IOP 17 NUE "Blocco applicativo gestionale EMMA NUE"	5	2	
		Cade la chiamata	Mancata presa in carico della richiesta dell'utente	2	Malfunzionamento del centralino della CUR	2	2	8	Ridondanza dei dispositivi ("centralino slave") come da IOP 14 NUE	5	2	
Gestione dell'intervista con l'utente e compilazione scheda contatto	Localizzazione dell'evento con richiesta all'utente della conferma dei dati di localizzazione	La CUR non riceve dati di localizzazione (dal CED, dall'app) o gli stessi sono inutilizzabili	L'OT deve intervistare l'utente senza il supporto dei dati di localizzazione, con conseguente allungamento dei tempi	4	Malfunzionamento applicativo gestionale NUE e cartografico	3	1	12	IOP 14 NUE "Operatività degradata e non operatività" IOP 17 NUE "Blocco applicativo gestionale EMMA NUE"	4	3	
		Cause esterne, non dipendenti da AREU		3	2	24	Nessuna barriera	1	24			
	L'utente fornisce dati errati (senza dati di localizzazione acquisiti dalla CUR)	Errata localizzazione, individuazione errata del PSAP 2 per competenza territoriale	5	Utente non in grado di comunicare i dati di localizzazione dell'evento	3	4	60	App Where ARE U	3	20		
	L'utente fornisce dati errati (ma coerenti con dati di localizzazione acquisiti dalla CUR)	Errata localizzazione	5	Utente non in grado di comunicare i dati di localizzazione dell'evento	3	5	75	App Where ARE U	3	25		
	L'utente fornisce dati non coerenti con i dati di localizzazione acquisiti dalla CUR	Possibile errata localizzazione; allungamento dei tempi di intervista telefonica	5	Utente non in grado di comunicare i dati di localizzazione dell'evento	3	2	30	App Where ARE U	3	10		
	L'utente fornisce dati non sufficienti o non fornisce dati di localizzazione poiché non conosce la sua posizione (senza dati di localizzazione acquisiti dalla CUR)	Mancata localizzazione dell'evento	5	Utente non in grado di comunicare i dati di localizzazione dell'evento	2	1	10	App Where ARE U	3	3		
	L'OT riporta nella scheda	Errata localizzazione	5	Omonimie/assonanze dei Comuni/località/vie	5	2	50	Elenchi Comuni/località/vie omonimi/assonanti, formazione agli OT	3	17		
	Errore di digitazione	3	3	45	Nessuna barriera	1	45					

Fase	Attività	Failure mode	Effetti	Gravità degli effetti	Possibili cause del failure mode	Probabilità	Rilevabilità	IPR	Barriere	Efficacia barriere	Nuovo IPR	Proposta barriere/Note								
		contatto un dato errato	Errore localizzazione	3	Viario incompleto	3	3	45	Nessuna barriera	1	45									
					OT non chiede all'utente se la localizzazione evento corrisponde con localizzazione chiamante	4	3	60	Segnalazione del chiamante	2	30									
	Classificazione dell'evento	Classificazione errata	Identificazione errata del PSAP2 per materia	4	Errore di digitazione	3	2	24	Nessuna barriera	1	24									
					Mancata comprensione dell'evento/ evento borderline	3	2	24	Confronto con RT	4	6									
					OT non si attiene all'intervista come previsto da IOP 01 NUE (es OT non chiede se ci sono feriti)	3	4	48	MOD 07 NUE check list e attività di riascolto chiamate a campione	4	12									
	Richiesta delle generalità all'utente	L'utente riferisce generalità non corrette o non riferisce generalità	Scheda contatto incompleta	2	Cause esterne, non dipendenti da AREU	3	5	30	Nessuna barriera	4	8									
	Inoltro della chiamata al PSAP 2	Informazione all'utente rispetto all'inoltro della chiamata al PSAP 2 competente	Utente riaggancia	Richiamata all'utente	3	OT non avverte l'utente di rimanere in linea durante il passaggio al PSAP 2	4	4	48	MOD 07 NUE check list e attività di riascolto chiamate a campione	4	12								
Utente riaggancia nonostante l'avviso dell'OT						4	1	12	OT richiama utente come da IOP 01 NUE	5	2									
		Cade la chiamata	Allungamento dei tempi della gestione della chiamata	2	Malfunzionamento del centralino della CUR	2	1	4	Ridondanza dei dispositivi ("centralino slave") come da IOP 14 NUE	5	1									
Apertura della finestra "Alerta Enti"		Mancata apertura finestra "alerta enti"	impossibilità di identificare PSAP2 competente	4	Blocco informatico	2	1	8	IOP 17 NUE "Blocco applicativo gestionale EMMA NUE"	5	2									
Chiamata al PSAP 2 individuato		Difficoltà a contattare PSAP2 individuato	Difficoltà di inoltrare la chiamata dell'utente nei tempi standard	5	Blocco informatico	2	1	10	IOP 17 NUE "Blocco applicativo gestionale EMMA NUE"	5	2									
					Blocco POT	2	1	10	IOP 14 - 16 NUE	5	2									
					PSAP 2 non immediatamente ricettivo	4	1	20	Hot line	3	7									
		Contatto un PSAP2 diverso da quello individuato (fase di consultazione)	Rischio di inoltrare chiamata ad un PSAP2 diverso da quello individuato con conseguente allungamento dei tempi	4	Errore di digitazione	3	3	36	Nessuna barriera	1	36									
					Malfunzionamento del centralino della CUR	2	2	16	IOP 14 NUE "Operatività degradata e non operatività"	5	3									
Risposta del PSAP 2 e informazione rispetto all'inoltro della chiamata		Cade la chiamata	Allungamento dei tempi della gestione della chiamata dovuta alla richiamata dell'utente	3	Malfunzionamento del centralino della CUR	2	2	12	Ridondanza dei dispositivi ("centralino slave") come da IOP 14 NUE	5	2									
		Mancata comprensione tra PSAP1 e PSAP2	Allungamento dei tempi della gestione della chiamata	2	OT non si attiene alla IOP 01 NUE (es. non si presenta in modo corretto)	3	3	18	IOP 01 e DOC 03 NUE	4	5									
	Impossibilità di inviare scheda contatto al PSAP2 individuato	Allungamento dei tempi di gestione della chiamata per chè si rende necessario invio vocale dei dati della scheda	3	Blocco informatico	2	1	6	IOP 17 NUE	5	1										
Attivazione della conferenza telefonica tra il PSAP 2 e l'utente	Difficoltà tecnica di attivare la conferenza tra utente e il PSAP2	Allungamento della chiamata	3	Malfunzionamento del centralino della CUR	2	1	6	IOP 14 - 16 NUE	4	2										
				L'utente riaggancia	3	1	9	L'OT richiama, come da IOP 01 NUE	3	3										
Sgancio dell'OT NUE dalla chiamata	Nessuno (o dolo oppure blocco ma comporterebbe cmq sgancio)	Allungamento dei tempi di processo	3	Cause esterne, non dipendenti da AREU	3	1	9	IOP 01 NUE punto d)	5	2										
Chiusura della scheda contatto da parte dell'OT NUE	Impossibilità di chiudere la scheda contatto	Postazione inutilizzabile fino alla prossima chiamata	2	Blocco informatico	2	1	4	IOP 17 NUE	5	1										



ALLEGATO 2 - Sponsorizzazioni

LINEE GUIDA IN MATERIA DI SPONSORIZZAZIONI

Premessa

A fine luglio 2018 l'Agenzia Regionale Anti Corruzione (ARAC) ha reso disponibile la Relazione (allegata al presente documento) sul monitoraggio da essa operato su ATS, ASST e IRCCS in merito all'istituto delle sponsorizzazioni, esaminato sotto tre diversi, ma concomitanti, profili:

1. la formazione ECM;
2. la sponsorizzazione di campagne informative, progetti di ricerca, studi e fornitura di beni;
3. la partecipazione, sia a titolo oneroso che gratuito - in qualità di docente, moderatore o relatore - ad attività di tipo scientifico e convegnistico.

Queste tematiche sono state poi oggetto di un apposito momento di lavoro tra il Responsabile anticorruzione e trasparenza (RPCT) regionale e quelli aziendali, di momenti di confronto tra i RPCT aziendali e della DG Welfare coi referenti delle singole aziende, al fine di raccogliere *best practices* da porre a base, unitamente agli esiti delle attività di controllo e formative summenzionate, delle seguenti linee guida.

Quadro normativo e regolamentare di riferimento

- L. 27/12/1997, n.449 «Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica» - art. 43 (Contratti di sponsorizzazione ed accordi di collaborazione, convenzioni con soggetti pubblici o privati, contributi dell'utenza per i servizi pubblici non essenziali e misure di incentivazione della produttività)
- L. 16/01/2003, n. 3 «Disposizioni ordinarie in materia di pubblica amministrazione» - art. 45 (Partecipazione finanziaria dei privati in materia sanitaria)
- D.lgs. 18/04/2016, n.50 «Codice dei contratti pubblici» - art. 19 (Contratti di sponsorizzazione), art. 80 (Motivi di esclusione), art. 42 (Conflitto di interessi)
- D.lgs. 30/03/2001, n.165 «Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche», art. 53 (Incompatibilità cumulo di impieghi e incarichi)
- D.P.R. 16/04/2018, n.62 «Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art.54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165»
- Determinazione ANAC n. 12 del 28/10/2015 «Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione» par. 2.2.3 pagg. 48 e 49 (Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni)

- Delibera ANAC n. 831 del 3/8/2016 «Determinazione di approvazione definitiva del PNA 2016» pag. 85 e ss.
- Delibera ANAC n. 358 del 29/3/2017 «Linee Guida per l'adozione dei codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale» par. 6 (Conflitto di interessi)
- Relazione AIR alle Linee Guida per l'adozione dei codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale
- D.G.R. 05/08/2004, n. 7/18575 «Linee Guida per l'attivazione di collaborazioni tra Aziende Sanitarie pubbliche e soggetti privati»
- Decreto della DG Welfare n. 11839 del 23/12/2015 «Il sistema lombardo di educazione continua in medicina – Sviluppo professionale continuo (EMC/CPD): indicazioni operative» (con allegato modello di contratto sponsorizzazioni)
- Accordo Stato-Regioni e Province autonome del 19.4.2012 e del 2.2.2017

1. La scelta dello sponsor.

Prima di soffermarci su due specifici profili attinenti al contratto di sponsorizzazione – quali la sponsorizzazione nella formazione e la partecipazione a congressi o eventi sponsorizzati di cui ai successivi paragrafi 2 e 3 – si precisano le modalità in merito alla scelta dello sponsor, aspetto comune a qualsivoglia ambito di azione della sponsorizzazione.

L'istituto della sponsorizzazione, è disciplinata dall'art. 19 del codice contratti: per l'affidamento di contratti di valore superiore a 40.000 euro, dev'essere pubblicato un avviso con il quale l'azienda rende nota la ricerca di uno o più sponsor per eventi formativi specifici o raggruppati, ovvero comunica l'avvenuto ricevimento di una proposta di sponsorizzazione indicandone il contenuto e la previsione che lo sponsor aderente debba essere in possesso dei requisiti prescritti dall'art. 80 del codice contratti; il che ovviamente presuppone la programmazione annuale del fabbisogno formativo. Una modalità che deve essere estesa anche ad eventi di valore inferiore, sia per ragioni di trasparenza sia per evitare artificiosi frazionamenti.

2. La sponsorizzazione nella formazione.

Quello di sponsorizzazione è un contratto, e come tutti i contratti della PA, deve necessariamente avere la forma scritta.

Trattasi di contratto sinallagmatico oneroso basato, dunque, sullo scambio di prestazioni e obbligazioni. Tale aspetto lo distingue dalle liberalità, quali donazioni o Grant. Il corrispettivo a carico dello sponsor può consistere in denaro oppure in beni e servizi.

Le due parti del negozio prendono il nome, rispettivamente, di sponsor e di sponsee (lo sponsorizzato per il tramite del Provider che stipula il contratto di sponsorizzazione).

Poichè la relazione diretta tra sponsor e sponsee è vietata (*"nessun soggetto che produca, distribuisca, commercializzi e pubblicizzi prodotti farmaceutici, omoepatici, fitoterapici, dietetici, dispositivi e strumenti medici può organizzare e gestire, direttamente o indirettamente, eventi e programmi ECM ovvero essere accreditato come provider"*) l'ordinamento prevede l'intervento del Provider che è "il soggetto, attivo e qualificato nel campo della formazione continua in sanità, abilitato a realizzare attività formative riconosciute idonee per l'ECM, individuando e attribuendo direttamente i crediti ai partecipanti".

La funzione del Provider è, dunque, quella di preservare la formazione da influenze di soggetti portatori di interessi commerciali: studiosi e operatori del settore hanno al riguardo segnalato come l'effettivo interesse dello sponsor sia proprio quello commerciale (aumentare il fatturato) e che, dunque, ci sarebbe sempre un conflitto insanabile di interessi, che invece dovrebbero essere normalmente e logicamente convergenti in ragione del canone dell'inerenza; conflittualità che non verrebbe meno per il solo fatto che il rapporto sia mediato da un terzo, che finisce per diventare un mero prestanome dello sponsor.

Si rileva, però, che seppur finanziato dallo Sponsor il Provider mantiene una sua autonomia anche deontologica (come avviene, ad esempio, con le società di revisione contabile), autonomia da spendere per garantire il più possibile che eventi e programmi formativi non diventino il veicolo di mera promozione commerciale di un prodotto, bensì occasione per l'arricchimento scientifico e clinico dei partecipanti. Compito del Provider è dunque quello di selezionare il programma, i docenti e i relatori assicurando che se questi ultimi "appartengono" allo sponsor siano espressione della direzione clinica e di ricerca dello stesso e non di quella commerciale.

Inoltre, gli organi direttivi ed i responsabili legali, scientifici, amministrativi, informatici e della qualità del Provider non possono avere legami economico-professionali con società aventi interessi commerciali in ambito sanitario (e viceversa); deve rimanere, altresì, nella sua responsabilità la gestione di tutti gli elementi condizionanti l'evento formativo (quali la grafica, il pranzo, la distribuzione del materiale promozionale etc.).

Più in dettaglio il Provider deve preservare da conflitti di interessi:

- la rilevazione dei fabbisogni formativi;
- l'individuazione degli obiettivi formativi;
- l'individuazione dei contenuti formativi
- la definizione delle tecniche didattiche;

- la valutazione degli effetti della formazione;
- la nomina dei docenti/tutor;
- il reclutamento dei partecipanti.

Occorre assicurare nell'ambito dell'intero processo di sponsorizzazione il rispetto del principio di trasparenza: ogni attività amministrativa coinvolta - dai contratti alle dichiarazioni sui conflitti di interesse sino agli attestati - deve essere sempre resa conoscibile da parte dell'ente accreditante e del Comitato di garanzia in sede di controlli.

Lo sponsor, inoltre, non può mai direttamente pagare docenti e tutor: il pagamento ed il reclutamento sulla base di proprio regolamento interno spettano al Provider che non può incaricare o pagare società di consulenza o comunque persone giuridiche.

L'unico costo che può sostenere direttamente lo sponsor, se previsto in contratto, è quello di viaggio e trasposto dei relatori.

Nel caso in cui l'evento sia finanziato da più sponsor il provider deve stipulare più contratti che poi deve conservare per cinque anni presso la propria sede legale. All'evento possono partecipare anche più soggetti, detti partner, che apportano un contributo scientifico o organizzativo, senza però un corrispettivo (es. richiesta pubblicizzazione del suo marchio etc); in tali casi il ruolo del partner è più simile a quello del donatore. Anche il partner (spesso un altro provider) può essere accreditato ECM, sempre che, ovviamente, non produca, commercializzi o pubblicizzi prodotti farmaceutici etc. secondo quanto già detto. Sono qualificati partner anche i patrocinatori.

Diversa dalla figura dello Sponsor è, infine, quella del Finanziatore che acquisti dal Provider delle quote di partecipazione all'evento, senza però richiedere nè un corrispettivo (in termini di pubblicità) e senza neppure contribuire all'erogazione di attività formativa (anche il Finanziatore non stipula il contratto di sponsorizzazione dunque).

Tutti i soggetti che, a qualsiasi titolo, sono coinvolti nell'organizzazione o gestione dell'evento formativo ECM devono però sottoscrivere la dichiarazione di assenza o di presenza di un conflitto (ad es., ha beneficiato negli ultimi 2 anni di una utilità da parte dello sponsor) prima che inizi il corso.

Il Provider deve garantire la rilevazione da parte dei discenti, mediante questionario, della qualità percepita, anche relativamente alle influenze dello sponsor: la scheda, anonima, poi viene inviata ad Agenas ma non allo sponsor.

Un aspetto importante, e non sempre ben considerato, è quello relativo al reclutamento dei discenti da parte dello Sponsor o comunque da parte di un'impresa. Tale reclutamento può avvenire in via:

- a. diretta, al singolo medico o all'azienda di appartenenza ma con nominativo già indicato del medico; è considerata diretta anche nel caso di invito al solo ospedale, senza indicazione di nomi;
- oppure
- b. indiretta, tramite provider.

Pur essendo consapevoli che l'Accordo Stato-Regioni e Province autonome del 19.4.2012 e del 2.2.2017 in tema di sistema di formazione continua in medicina, così come il precedente del 19.4.2012, ammette anche il reclutamento in via diretta, si ritiene preferibile aderire alle previsioni ANAC di cui alla delibera n. 831 del 3 agosto 2016 - recante l'approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016 - che, nel disciplinare "*possibili ambiti di conflitto di interesse*" con riferimento alle sponsorizzazioni esclude la modalità di reclutamento diretto. Tale modalità appare, infatti, anche la più idonea a garantire pari opportunità formative al personale aziendale.

Il reclutamento diretto è comunque vietato per gli eventi FAD (formazione a distanza).

La normativa disciplina infine in modo minuzioso anche la pubblicità (*dove, come, cosa*), vietando ogni pubblicità di prodotti sanitari nella sede della formazione e, nel caso di eventi residenziali e FAD, anche nei depliant e materiali durevoli, così come nel materiale informatico e audiovisivo: è consentito un passaggio pubblicitario solo all'inizio e alla fine del documento.

L'apposizione del logo dello sponsor è consentita sulla locandina dell'evento, degli atti congressuali etc., ma non è possibile apporre i loghi di prodotti commercializzati dallo sponsor.

3. Partecipazione a congressi o eventi sponsorizzati.

È questa un'attività, assai diffusa e proficua per l'ente e per il suo personale, che però dev'essere attentamente presidiata al fine di evitare che dalla stessa possa ingenerarsi una condizione di conflitto di interessi. Una regolazione che, come indicato da Arac, deve trovare una sua collocazione negli atti fondamentali di prevenzione (e dunque nel Piano aziendale) nonché nel codice etico-comportamentale dei dipendenti.

Arac distingue tra incarichi retribuiti (da assoggettare ad autorizzazione) e incarichi non retribuiti (da assoggettare ad obbligo di preventiva comunicazione).

Tuttavia stante la previsione letterale dell'art. 53, comma 6 che non assoggetta all'obbligo di autorizzazione gli incarichi, anche se retribuiti, elencati nel comma

stesso - tra i quali la partecipazione a convegni o seminari -, e stante i criteri generali in materia di incarichi vietati ai dipendenti delle amministrazioni pubbliche, emanati dal Dipartimento della Funzione Pubblica con il documento elaborato nell'ambito del tavolo tecnico previsto dall'intesa sancita in Conferenza unificata il 24 luglio 2013, la DG Welfare ritiene che gli incarichi di cui al comma 6 non siano da assoggettare ad autorizzazione bensì a preventiva comunicazione. Fermo restando la comune condivisione circa la finalizzazione dei due atti (richiesta autorizzazione o comunicazione) ben evidenziata nel documento Arac.

L'ufficio ricevente non solo deve vagliare tali atti tempestivamente ma anche dedurre giudizi in ordine alla configurabilità di una condizione di conflitto di interessi, ad es. in relazione al ruolo del professionista nelle procedure di acquisto di beni e servizi o in altri ambiti in cui la "prossimità" dei due soggetti possa far presumere una possibile influenza nel libero e imparziale giudizi del dirigente. L'ufficio ricevente, inoltre, deve anche valutare se il compenso, laddove previsto, o le modalità stesse di svolgimento dell'evento non siano idonee in astratto a configurare il conseguimento da parte del dipendente di indebite utilità, a sostanziare dunque un mascheramento della finalità dell'invito o dell'evento (sede, durata, entità rimborsi etc).

Poichè i rischi connessi ai conflitti di interesse possono ripercuotersi negativamente sull'intero sistema aziendale occorre dotarsi di un sistema di gestione integrata degli stessi, tramite l'istituzione di un apposito organismo di valutazione che, potrebbe essere composto dal direttore amministrativo, dal direttore sanitario, dal direttore sociosanitario, dal direttore UOC Approvvigionamenti e Logistica, dal direttore UOC Farmacia ospedaliera, dal direttore UOC Gestione risorse umane e dal responsabile UOSD Formazione e sistema di valutazione, come peraltro già avviene in alcune realtà aziendali. Tale organismo sarà chiamato ad esprimere un parere preventivo circa l'impatto dell'incarico (da autorizzare o comunicato) sull'organizzazione del servizio e sui conflitti di interesse.

Un tema molto delicato è costituito dalla verifica delle autocertificazioni, attestanti l'assenza di conflitti di interesse (per partecipazioni azionarie o altre interferenze economiche - dirette del dipendente o di suoi congiunti - con le imprese finanziatrici etc.).

La verifica di tale situazioni è molto difficile in quanto richiede competenze, poteri e risorse difficilmente reperibile nel contesto aziendale.

Un approccio costruttivo può essere rappresentato dalla selezione, con metodologia obiettiva, di un campione di autocertificazioni per ciascun anno, sul quale poi richiedere al RCPT regionale lo sviluppo di controlli, anche avvalendosi

della Guardia di Finanza sulla base del vigente Protocollo di collaborazione con Regione Lombardia stipulato in data 15 gennaio 2014.

In sintesi, l'azienda ogni anno raccoglie il campione e lo trasferisce al RPCT regionale per il tramite della DG Welfare. Gli esiti delle verifiche verranno poi restituiti, con modalità atte a garantire la migliore riservatezza, all'azienda per gli adempimenti di sua competenza (nei casi di gravi irregolarità: denuncia e apertura procedimento disciplinare).

Nel contempo, oltre ai controlli ex ante e ex post, occorre introdurre nei regolamenti aziendali alcuni limiti, quali, a titolo meramente esemplificativo:

- a. un tetto del volume orario rispetto alla relazione tra impegno orario per l'assolvimento dell'incarico extra istituzionale e quello istituzionale;
- b. un tetto dell'ammontare annuo degli incarichi calcolato rispetto al trattamento economico goduto in azienda;
- c. una selezione, che tenga conto dei profili di rischio connessi al rapporto di collaborazione che si è instaurato o sta per instaurarsi tra dipendente e impresa, ai fini della nomina dei dipendenti in commissioni per la redazione dei capitoli tecnici o per l'aggiudicazione di gare, oppure per la partecipazione ai lavori della Commissione farmaci e ai controlli sulla prescrizione dei farmaci.

Si precisa che la prescrizione di farmaci nell'ambito dell'attività clinica dei professionisti sanitari - effettuata secondo criteri di ragionevolezza e coerenza - non è annoverabile tra i rapporti con aziende farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari idonei a configurare fattispecie di conflitto di interesse.

Appare, infine, essenziale ridurre al massimo le tipologie di incarichi da autorizzare o soggetti a comunicazione preventiva (dai focus group agli advisory board, dai simposi alle tavole rotonde) per ricondurre la casistica a poche fattispecie di particolare interesse anche per l'azienda (partecipazione a commissioni concorso, attività nell'ambito di eventi scientifici prestigiosi, collaborazioni editoriali, docenze universitarie).

In conclusione, si raccomanda a codesti enti di regolamentare la materia con atti formali aziendali da pubblicare, inserendo i principi ispiratori, le disposizioni sulle responsabilità etc. anche nei codici etici-comportamentali.

Il Direttore Generale Welfare
dr. Luigi Cajazzo

Allegati al presente documento:

1. contratto tipo di sponsorizzazione;
2. modulo tipo di dichiarazione assenza conflitto interessi;
3. relazione ARAC.

CONTRATTO DI SPONSORIZZAZIONE TRA PROVIDER E SPONSOR

Tra

L'AZIENDA/AGENZIA/ISTITUTO con sede legale in, Via C.F. e P. IVA nella persona del dott.,
(di seguito "**Provider**")

E

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX con sede legale in XXXXX, Via XXXXXXX N. XX, cap. XXXX C.F. e/o P. IVA XXXXXX nella persona del Dott. XXXXXX Legale Rappresentante, XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX (di seguito "Sponsor")

PREMESSO che

- a. il Provider, ID _____, è un soggetto attivo e qualificato nel campo della Formazione Continua in Sanità (ECM) e pertanto è abilitato e accreditato a livello Regionale a realizzare attività formative riconosciute idonee per l'ECM, individuando ed attribuendo direttamente i crediti ai partecipanti;
- b. il Provider nel pieno rispetto dell'Accordo tra Stato e le Regioni del 19.04.2012 e del successivo Accordo del 2.02.2017 e di tutta la normativa applicabile in materia di educazione Continua in Medicina (di seguito "Normativa ECM"), ha progettato ed intende erogare, sotto la propria responsabilità, un Evento ECM finalizzato all'aggiornamento professionale di XXXXXX dal titolo XXXXXX che si terrà a XXX, nei giorni XX
- c. il Provider, nel rispetto dell'allegato 1 dell'Accordo 2012 di cui sopra e dell'art. 124 del D.Lgs.24 aprile 2006, n. 219, (comunicazione dell'evento AIFA) intende acquisire sponsorizzazioni per assicurarsi finanziamenti per la realizzazione dell'Evento;
- d. lo Sponsor ha per oggetto sociale l'attività di commercio, di XXXXXXXXXXXXXXX ed è interessato a sponsorizzare eventi finalizzati alla formazione ed all'aggiornamento professionale;
- e. lo Sponsor, operando nella commercializzazione di xxxxx, ha manifestato l'interesse di sponsorizzare l'Evento in cambio di spazi di pubblicità o attività promozionali per il proprio nome e/o prodotti presso gli operatori sanitari;
- f. lo Sponsor si è dichiarato disponibile a sponsorizzare l'Evento ai termini e condizioni qui di seguito riportati.

TUTTO CIÒ PREMESSO

lo Sponsor e il Provider (qui di seguito anche le "**Parti**", se collettivamente indicate) stipulano e convengono quanto segue.

1. Oggetto del Contratto e Generalità

1.1 Le Parti concordano che le presenti condizioni contrattuali regolano, in ossequio alle disposizioni vigenti in materia ECM (Educazione Continua in Medicina), il rapporto di sponsorizzazione tra Provider e Sponsor con specifico riferimento all'Evento citato al paragrafo d) delle premesse.

1.2 In particolare, lo Sponsor si obbliga a finanziare l'Evento ECM corrispondendo il compenso concordato ed espressamente indicato al successivo art. 5, mentre il Provider assume l'obbligo di pubblicizzare il nome/marchio dello Sponsor nei limiti di cui ai successivi articoli.

1.3 Possibili accordi riguardanti la fase esecutiva ed organizzativa della sponsorizzazione all'interno dell'Evento sono stabiliti a parte e, qualora esistenti, dettagliati nell'Allegato 1) al presente contratto quale parte integrante;

1.4 Le parti concordano che possibili modifiche di pagamento del compenso concordato per la sponsorizzazione, di cui al successivo art. 5, ed ogni ulteriore supporto finanziario fornito dallo Sponsor, vengano stabilite a parte e, ove esistenti, dettagliate nell'Allegato 2) al presente contratto quale parte integrante;

1.5 Lo Sponsor con la sottoscrizione del presente accordo dà atto di essere a conoscenza delle “*Disposizioni in materia di sponsorizzazioni, pubblicità e conflitto di interessi*”, che qui si intendono integralmente richiamate, nonché delle “*Determinazioni*” approvate dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua (CNFC) in data 08.10.2010 in tema di violazioni, recepite dall'allegato 2 dell'Accordo tra Stato e le Regioni del 19.04.2012.

1.6 I patti contenuti nel presente contratto e negli allegati costituiscono l'intero accordo tra la Parti e sostituiscono di diritto ogni eventuale precedente intesa verbale o scritta relativa a tale oggetto. Nessuna modifica potrà essere apportata al presente contratto o agli allegati senza preventivo accordo scritto tra le Parti.

2. Obblighi del Provider

2.1 Il Provider si impegna ad organizzare l'Evento, adottando le regole di correttezza e trasparenza, senza subire interferenze da parte dello Sponsor, ed a dichiarare di svolgere la propria attività in assenza di conflitto di interessi.

2.2 Il reperimento di tutte le risorse e dei mezzi necessari a garantire il buon esito dello stesso è rimesso al Provider. Resta inteso che i fondi necessari allo svolgimento della manifestazione potranno essere recuperati dal Provider anche attraverso il ricorso ad altri Sponsor.

2.3 Il Provider è responsabile dell'organizzazione dell'Evento e del contenuto formativo, che determina unilateralmente, della qualità scientifica e didattica, così come dell'integrità etica di tutte le attività educative e formative che verranno svolte in occasione dell'Evento. Fin d'ora, il Provider indica come responsabile scientifico dell'Evento il Dott. _____(di seguito “**Responsabile Scientifico**”), mentre, ai fini del presente Contratto, il referente dello Sponsor sarà _____(di seguito “**Referente**”).

2.4 Il Provider dichiara che l'Evento è stato organizzato e sarà condotto dal Responsabile Scientifico in piena autonomia e senza alcuna influenza o interferenza. Interesse delle Parti è, infatti, quello che venga fornita ai discenti attività formativa condotta con professionalità e rigore scientifico e con la massima indipendenza, dal momento che le finalità dell'Evento sono e dovranno restare unicamente quelle di educazione e formazione.

2.5 Al fine di consentire una verifica sulla qualità ed obiettività scientifica dell'Evento, il Provider dichiara fin d'ora che sottoporà ai discenti uno specifico questionario in cui questi possano esprimere i propri commenti, indicando, fra l'altro, se hanno percepito un'influenza di conflitto d'interessi nel materiale distribuito o nella gestione stessa dell'Evento. Il Provider dichiara e garantisce che il Responsabile Scientifico ed il personale docente coinvolto nell'ideazione e realizzazione dell'Evento non trarranno alcun vantaggio dalla sponsorizzazione dell'Evento da parte dello Sponsor.

2.6 Il Provider si impegna a dichiarare in modo esplicito lo Sponsor commerciale in fase di inserimento dell'Evento nel piano formativo e sul materiale formativo dell'Evento, indicando, ove richiesto, il supporto offerto dallo Sponsor, nel pieno rispetto della Normativa ECM.

2.7 L'elenco e gli indirizzi dei partecipanti all'Evento verranno mantenuti

riservati e non saranno trasmessi allo Sponsor o utilizzati a fini commerciali. Tuttavia sarà possibile comunicare allo Sponsor solo il numero complessivo dei discenti presenti all'Evento formativo. Nel caso di reclutamento diretto è possibile per il Provider dare un riscontro solamente sui nominativi segnalati dallo Sponsor.

2.8 In caso di reclutamento diretto dei partecipanti da parte dello Sponsor, consentito, in base alla Determina della Commissione Nazionale per la Formazione Continua del 18 Gennaio 2011, solo per la attività formativa residenziale, il Provider ha l'obbligo di:

- a) conservare tutte le autorizzazioni degli Enti di appartenenza dei partecipanti o in alternativa le autocertificazioni, ove siano state rilasciate le autorizzazioni;
- b) raccogliere la copia dell'invito dello Sponsor o la dichiarazione sottoscritta dell'operatore sanitario, attestante l'invito;
- c) dichiarare al Comitato Gestione Anagrafica Professioni Sanitarie (di seguito "Co.Ge.A.P.S."), in fase di rendicontazione dell'Evento, il numero dei crediti attribuito all'Evento e lo Sponsor commerciale per ogni singolo partecipante.

2.9 Il Provider inoltre si obbliga a:

- a) provvedere al versamento del contributo ECM a Regione Lombardia per la Formazione Continua;
- b) inserire l'Evento nel calendario delle manifestazioni presenti sul proprio sito web o ad avvalersi di altri mezzi e strumenti che pubblicizzino la manifestazione;
- c) mettere a disposizione dello Sponsor uno spazio espositivo di _____ per l'esposizione ed illustrazione, da parte di personale qualificato e autorizzato dallo Sponsor, delle caratteristiche tecnico-scientifiche dei prodotti rientranti nel settore merceologico inerente l'Evento che si svolgerà nei giorni _____ (qui di seguito "Stand"). Il Provider si impegna altresì, a permettere al personale autorizzato dallo Sponsor di accedere allo Stand anche al di fuori dell'orario di svolgimento dell'Evento per finalità pratico-organizzative;
- d) esporre il logo aziendale dello Sponsor, secondo la normativa ECM e come più avanti specificato.

Il Provider potrà avvalersi, nell'esecuzione delle attività di cui sopra, anche di altri soggetti Partner, ai quali potrà delegare in tutto o in parte l'effettuazione delle attività stesse, con il consenso dello Sponsor e concordando con quest'ultimo eventuali modifiche e/o integrazioni al presente contratto.

2.10 il Provider si impegna a fornire allo Sponsor, almeno 70 giorni prima dell'inizio dell'Evento, il programma, la documentazione e tutte le informazioni necessarie per procedere alla richiesta di autorizzazione all'AIFA prevista dall'art. 124 del D.Lgs. 219/2006. In ogni caso il Programma definitivo dell'Evento deve essere trasmesso almeno 30 giorni prima della data di svolgimento dello stesso.

2.11 Il Provider si impegna a conservare una completa ed accurata documentazione relativa ai propri rapporti con lo Sponsor per un periodo di durata non inferiore a cinque anni.

3 Obblighi dello Sponsor

3.1 Lo Sponsor si obbliga a sponsorizzare l'Evento di cui al punto d) delle premesse ed a fornire le indicazioni necessarie alla realizzazione della pubblicità nel rispetto dei limiti di cui all'art. 4 del presente Contratto, oltre che della Normativa ECM.

3.2 Lo Sponsor si obbliga a corrispondere un contributo finanziario, nei limiti di quanto indicato *sub* art. 5 e secondo le modalità riportate nell'Allegato b) al presente Contratto di cui è parte integrante. Tale contributo dovrà essere destinato ed utilizzato dal Provider, in

collaborazione con il Responsabile Scientifico, esclusivamente per la realizzazione dell'Evento di cui al punto d) delle premesse.

3.3 Resta inteso tra le Parti che le attività inerenti i trasferimenti e l'ospitalità alberghiera dei partecipanti invitati dallo Sponsor sono gestite direttamente da quest'ultimo.

4. Conflitto di interessi tra Provider e Sponsor dell'Evento

4.1 Al fine di pervenire l'insorgere di situazioni di conflitto di interessi, ed in ossequio alle "Determinazioni" approvate dalla Commissione Nazionale per la Formazione Continua in data 07.10.2010 in tema dell' "Accordo Stato – Regioni" del 5.11.2009, le Parti convengono che:

- a) nessun compenso deve essere pagato dallo Sponsor direttamente al Responsabile Scientifico dell'Evento, a singoli docenti o agli altri soggetti coinvolti nell'attività sponsorizzata. Tali pagamenti/rimborsi saranno effettuati esclusivamente dal Provider, sulla base del proprio regolamento interno.
- b) il Provider si impegna ad acquisire le necessarie dichiarazioni relative ai rapporti pregressi del Responsabile Scientifico e dei docenti con soggetti portatori di interessi commerciali, che potrebbero trarre vantaggio dalle attività formative;
- c) la progettazione e l'erogazione delle attività formative, nonché la produzione del materiale educativo, sono gestite unicamente dal Provider. Lo Sponsor non deve e non può in alcun modo influenzare la pianificazione dei contenuti o lo svolgimento dell'attività educativa che sponsorizza;
- d) lo Sponsor, nel corso di esecuzione del presente contratto, non può subordinare il pagamento del compenso ovvero l'erogazione del finanziamento concordato a direttive o consigli che riguardino i contenuti, il corpo docente o altre questioni relative al normale svolgimento dell'Evento formativo;
- e) il Provider può autorizzare lo Sponsor a diffondere informazioni relative all'attività ECM presso la comunità dei professionisti della sanità. Tale eventuale informativa, tuttavia, dovrà essere concordata preventivamente con il Provider e deve evidenziare che l'attività ECM è espletata dal Provider **con il supporto economico non condizionante dello Sponsor**;
- f) il Provider, fatta eccezione per le attività che prevedano il reclutamento diretto dei partecipanti da parte dello Sponsor (cfr. punto 2.7 del presente contratto), raccoglierà le richieste di adesione dei partecipanti all'Evento formativo senza interferenze da parte dello Sponsor, garantendo la riservatezza degli elenchi, dei nominativi e degli indirizzi dei partecipanti che non possono essere trasmessi allo Sponsor o utilizzati, comunque, a fini commerciali;
- g) nel caso di reclutamento diretto, il Provider riceverà dallo Sponsor le adesioni dei partecipanti, così come definito al punto 2.7 del presente contratto;
- h) il Provider, nel corso dell'Evento, inviterà i partecipanti a compilare uno specifico questionario in cui potranno indicare se hanno percepito influenza di interessi commerciali nel programma ECM;
- i) nessun materiale promozionale sarà mostrato o distribuito nella stessa sala ove si svolge l'attività formativa. Lo Sponsor, pertanto, in occasione dell'Evento avrà i propri spazi espositivi in locali separati da quelli delle aule dedicate alla formazione, concordati con il Provider;
- j) il materiale cartaceo, nelle pagine dedicate alle attività ECM, nelle pagine adiacenti o all'interno di strumenti correlati (ad esempio, pagine dedicate alla valutazione dell'apprendimento) non recherà alcuna forma di pubblicità o riferimento allo Sponsor;
- k) è consentito indicare lo Sponsor all'ultima pagina di depliant, programmi di attività ECM e materiale informativo solo a condizione che venga riportata la seguente dicitura: **"con il**

supporto economico non condizionante dello Sponsor". E' inoltre consentito indicare lo Sponsor solo prima dell'inizio e dopo il termine dell'evento. In nessun caso potrà essere fatto riferimento al nome commerciale dei prodotti di interesse sanitario nel corso dell'Evento e negli spazi dedicati alla formazione.

5. Rispetto della normativa vigente

Le parti si impegnano ad organizzare e condurre l'evento nel rispetto della normativa vigente in materia di eventi scientifici che hanno come sponsor commerciale una società privata ed in particolare in conformità alle prescrizioni di cui al D.lgs n. 531/92 e alle delibere di Giunta Regionale della Lombardia nonché nel rispetto delle disposizioni in materia di anticorruzione di cui alla Legge 6/11/2012, n. 190 e successive integrazioni.

Qualora il Provider decida di incaricare personale dipendente del SSN al fine di condurre l'evento, si impegna ad ottemperare alla vigente normativa prevista in materia di incarichi a dipendenti pubblici ove applicabile, con particolare riferimento all'acquisizione e conservazione delle dichiarazioni autocertificate di ognuno dei soggetti che svolgono attività formativa circa l'assenza del conflitto d'interessi.

6. Corrispettivo e modalità di pagamento

6.1. Il Provider garantisce e dichiara che il compenso corrisposto dallo Sponsor, pari ad € XXXXXX + IVA, (come da **Allegato b**) del presente Contratto, quanto alle modalità di pagamento, non è condizionante sui contenuti delle attività ECM, ma ha la finalità di fornire il necessario supporto finanziario per la buona riuscita dell'evento stesso.

7. Durata e Scioglimento del Contratto

7.1 Il presente Contratto è efficace dalla data di sottoscrizione fino alla conclusione di tutte le procedure relative all'Evento.

7.2 Lo Sponsor avrà facoltà di risolvere di diritto il presente contratto, ai sensi e per gli effetti dall'Art. 1456 del cod. civ., tramite lettera raccomandata a.r. nella quale dichiarerà di volersi avvalere della presente clausola, qualora il Provider:

- (i) utilizzi il corrispettivo ricevuto dallo Sponsor in maniera difforme rispetto a quanto convenuto o
- (ii) violi uno qualsiasi degli impegni assunti ai sensi degli artt. 1 e ss. Del presente Contratto.

7.3 Il Provider avrà facoltà di risolvere di diritto il presente contratto, ai sensi e per gli effetti dall'Art. 1456 del cod. civ., tramite lettera raccomandata a.r. nella quale dichiarerà di volersi avvalere della presente clausola, qualora lo Sponsor violi uno qualsiasi degli impegni assunti ai sensi degli artt. 1 e ss. del presente Contratto.

7.4 In caso di scioglimento del presente contratto, per qualsiasi ragione ciò avvenga, o nel caso in cui l'Evento non venga svolto o venga interrotto e, comunque, al termine dell'Evento, il Provider e lo Sponsor dovranno astenersi dall'utilizzare qualsiasi materiale e/o informazione confidenziale acquisita in costanza di rapporto.

8. Riservatezza

8.1 Il Provider dichiara e garantisce che i dati personali relativi ai propri dipendenti e collaboratori, nonché ai partecipanti all'Evento e/o a terzi raccolti od utilizzati in occasione dell'Evento stesso (di seguito "**Dati Personali**") saranno trattati in conformità a

quanto stabilito dal D.Lgs. n. 196/2003 e successive modifiche ed integrazioni (di seguito “Codice della Privacy”).

8.2 Resta peraltro inteso che, ai fini del Codice della Privacy, titolare del trattamento dei dati personali è e resterà il Provider in persona del suo legale rappresentante, mentre responsabile del trattamento dei dati personali è il Responsabile Scientifico. Conseguentemente, il Provider assume ogni responsabilità civile e penale derivante dal trattamento dei dati personali e si impegna a garantire, manlevare e tenere indenne lo Sponsor da ogni e qualsivoglia responsabilità, spesa e/o danno, estromettendo la stessa da ogni controversia a qualsiasi titolo proposta dai propri dipendenti e/o collaboratori, dai partecipanti all’Evento e/o da terzi.

8.3 Le Parti dichiarano ed acconsentono reciprocamente ed espressamente che le informazioni suddette potranno essere comunicate e rese accessibili dal Provider alla Commissione Nazionale per la Formazione Continua o ad altra autorità competente preposta alla verifica del rispetto del “Regolamento”.

9. Limitazioni di responsabilità

9.1 La stipula del presente contratto è tassativamente limitata alla sponsorizzazione dell’Evento suindicato ed esclude in modo totale qualsiasi altro rapporto di società, associazione, cointeressenza o corresponsabilità fra Provider e Sponsor, di modo che nessuno dei due soggetti potrà mai essere ritenuto responsabile delle obbligazioni dell’altro.

9.2 Il Provider, nell’osservare i principi di correttezza e buona fede nell’adempimento dell’obbligazione e dell’esecuzione del contratto ex artt. 1175 e 1375 c.c., è tenuto a svolgere solo quelle attività previste dal contratto e dagli allegati.

9.3 Le Parti, in riferimento alle limitazioni di responsabilità reciproche, si danno atto di aver preso visione, di ben conoscere e di accettare tutta la normativa in materia che disciplina i limiti operativi della pubblicità, della sponsorizzazione e del conflitto di interessi nell’ambito della Educazione Continua in Medicina, così come previsto dal “Regolamento”.

10. Varie

10.1 Le premesse e gli Allegati costituiscono parte integrante e sostanziale del presente contratto.

10.2 Nessuna modifica al presente Contratto sarà efficace se non avverrà per iscritto e non sarà debitamente sottoscritta da entrambe le Parti. Qualsiasi comunicazione fra le Parti avverrà per iscritto e dovrà essere effettuata ai seguenti indirizzi:

quanto al Provider:

quanto allo Sponsor: _____

ovvero al diverso indirizzo che ciascuna delle Parti comunicherà all’altra in conformità alle precedenti disposizioni.

10.3 Per qualsiasi controversia dovesse sorgere in relazione al presente Contratto, la sua interpretazione, esecuzione o risoluzione, sarà competente esclusivamente il Foro di Como

_____, li _____

Provider

_____ (Legale Rappresentante)

Sponsor

Lo Sponsor dichiara di approvare espressamente il contenuto degli artt. 1, 2, 3, 4 e 8 del presente Contratto

Sponsor

ALLEGATO “A” DEL CONTRATTO DI SPONSORIZZAZIONE

TRA

L'AZIENDA/AGENZIA/ISTITUTO E XXXXXXXXXXXXXXXX

Descrizione dell' evento di sponsorizzazione:

Titolo del corso:

--	--	--

Responsabile Scientifico:

--	--	--

Sede del corso:

--	--	--

Calendario:

--	--	--

Programma scientifico:

Elenco degli “Sponsor”:

--	--	--

Richiesta accreditamento ECM:

--	--	--

ALLEGATO “B” DEL CONTRATTO DI SPONSORIZZAZIONE

TRA

L’AZIENDA/AGENZIA/ISTITUTO E XXXXXXXXXXXXXXX

Descrizione delle spese dell’evento sponsorizzato:

Coffee Break/Lunch:

		IVA
--	--	-----

Materiale didattico:

Elenco degli “Sponsor”:

--	--	--

Richiesta accreditamento ECM:

--	--	--

AUTOCERTIFICAZIONE ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSI

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e succ. mod., consapevole delle conseguenze di cui all'art. 75, comma 1, del D.P.R. medesimo nonché delle sanzioni previste dall'art. 76, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____

il _____ e residente a _____ in via _____

C.F. _____

CHIEDE

- di partecipare all'evento
con sponsorizzazione (rimborso spese di iscrizione, viaggio, vitto);
- di partecipare all'evento
in qualità di docente/relatore/tutor con incarico retribuito;
- di partecipare all'evento
in qualità di docente/relatore/tutor con incarico non retribuito;
- di partecipare all'evento
in qualità di docente/relatore/tutor con incarico con solo rimborso spese;
- di ricoprire il ruolo di responsabile scientifico dell'evento
.....

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità ai sensi e per gli effetti dell'art. 48 comma 25 della L. 25.11.2003, n. 326 e delle altre norme vigenti sulla verifica e dichiarazione di conflitto di interessi:

- di non avere interessi diretti o indiretti con industrie farmaceutiche ed altri sponsor commerciali o con altri soggetti pubblici e/o privati (1) che possano pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della Sanità nell'attività formativa residenziale;
- che nell'ultimo biennio non ha avuto rapporti con aziende farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari tali da pregiudicare la finalità esclusiva di educazione/formazione dei professionisti della Sanità nell'attività formativa residenziale;
- di non indurre comportamenti contrari alle norme vigenti e al codice etico comportamentale vigente all'interno della Azienda/Agenzia/Istituto e al codice deontologico della propria professione così come approvato dal proprio ordine;
- di non aver usufruito per più di 2 volte nell'arco dell'anno in corso del contributo per il rimborso spese per partecipazione a eventi formativi esterni dallo stesso sponsor.

In fede * _____

Data _____

(1) Perché sussista conflitto di interessi è necessario che il relatore abbia o abbia avuto nell'ultimo biennio, una qualsiasi forma di cointeressenza diretta o indiretta e/o sussista un qualsiasi rapporto di interesse con industrie farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari e/o sia titolare o compartecipe di quote di imprese, rapporti che possano in tal modo configurare il docente/relatore come portatore di interessi commerciali che potrebbero trarre vantaggio dalla sua attività di docente /relatore di personale appartenente all'ambito del S.S.N. Si precisa che la prescrizione di farmaci nell'ambito dell'attività clinica dei professionisti sanitari - effettuata secondo criteri di ragionevolezza e coerenza - non è annoverabile tra i rapporti con aziende farmaceutiche e di strumenti o presidi sanitari idonei a configurare fattispecie di conflitto di interesse.

* Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore.

**RELAZIONE SU MONITORAGGIO SPONSORIZZAZIONI ASST IRCCS E ATS
E LINEE DI INDIRIZZO AI SENSI DELL'ART. 5 DELLA L.R. 17.3.2016 N.5**

1- PREMESSA

Va premesso che la materia delle sponsorizzazioni, così come affrontata anche dal legislatore e dall'ANAC, può essere suddivisa in tre temi:

1. La partecipazione, sia a titolo oneroso che gratuito, in qualità di relatore, moderatore o docente in attività di tipo scientifico e convegnistico (oggetto della richiesta formulata da ARAC con la Nota prot. 431 del 06/12/2017): si tratta di svolgimento di incarichi esterni o extraistituzionali, disciplinati dalla maggior parte degli Enti interpellati con i Regolamenti e i Codici di Comportamento previsti dalla normativa (D.lgs. 165/2001, D.P.R. 62/2013).
2. La formazione ECM disciplinata dall'accordo Stato Regioni del 2009, dalla disciplina regionale e dalle indicazioni di prassi Agenas, cui gli enti si sono adeguati con specifici regolamenti.
3. La sponsorizzazione di campagne informative, progetti di ricerca, studi, e fornitura di beni, già oggetto di precise indicazioni dell'ANAC nell'aggiornamento 2015 al PNA, che molti enti hanno ritenuto di disciplinare.

Va segnalato che l'adozione di procedure definite a livello aziendale con riferimento ai contatti tra professionisti interni ed operatori economici e alle situazioni di conflitto di interesse, anche potenziale, è stata oggetto di particolare attenzione da parte dell'Agenzia.

ARAC su richiesta della ASST Lariana ha emesso pareri (prot. n. 319 del 6.9.2017 n. 329 del 13.9.2017 e n. 388 del 25.10.2017 con riferimento alla sussistenza di potenziali conflitti di interessi e all'assoggettamento a regime autorizzatorio degli incarichi aventi ad oggetto la partecipazione di medici in qualità di relatore/moderatore ad attività di tipo scientifico/convegnistico organizzate e/o sponsorizzate da società di impresa o commerciale, fornitrici o potenziali fornitrici dell'Azienda.

In data 29.11.2017 L'Agenzia, trattandosi di un settore sensibile segnalato come tale anche dal Piano Nazionale Anticorruzione, ha proceduto ad un approfondimento in un tavolo con la Direzione Generale Welfare ed ha condiviso il contenuto di una nota



dalla stessa trasmessa ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie nella quale, peraltro, si è dato atto che la regolazione del conflitto di interesse tra medici e sponsor di eventi scientifici, non avendo una sua disciplina formale ed unitaria, “ deve trovare la sua collocazione negli atti fondamentali di prevenzione della corruzione (dunque nel piano aziendale) e nel codice etico e comportamentale dei dipendenti.”

2 -QUADRO NORMATIVO SPONSORIZZAZIONI

L. 27/12/1997, n. 449 “Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica”, art. 43 (Contratti di sponsorizzazione ed accordi di collaborazione, convenzioni con soggetti pubblici o privati, contributi dell’utenza per i servizi pubblici con essenziali e misure di incentivazione della produttività).

L. 16/01/2003, n. 3 “Disposizioni ordinamentali in materia di pubblica amministrazione”, art. 45 (Partecipazione finanziaria dei privati in materia sanitaria).

D.lgs. 18/04/2016, n. 50 “Codice dei contratti pubblici”, art. 19 (Contratti di sponsorizzazione), art. 80 (Motivi di esclusione) art. 42 (Conflitto di interessi).

Determinazione ANAC n. 12 del 28/10/2015 “Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione” par. 2.2.3 pagg 48 e 49. (Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni).

Delibera ANAC 831 del 03/08/2016 “Determinazione di approvazione definitiva del PNA 2016” pag. 85 e ss.

Delibera ANAC n. 358 del 29/03/2017 “Linee Guida per l’adozione dei codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale” par. 6 (Conflitto di interessi).

Relazione AIR alle Linee Guida per l’adozione dei codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale

D.G.R. 5/08/2004, n. 7/18575 “Linee Guida per l’attivazione di collaborazioni tra Aziende Sanitarie pubbliche e soggetti privati”

D.G.R. 5/04/2004, n. IX/4776 del 30/01/2013 “Determinazioni in merito all’attuazione del sistema lombardo ECM/CPD anno 2013”.

Decreto della Direzione generale Welfare n. 11839 del 23/12/2015 “Il sistema lombardo di educazione continua in medicina – Sviluppo professionale continuo



(ECM/CPD): indicazioni operative” (con allegato modello di contratto di sponsorizzazione.

Con riferimento al Codice di Comportamento, e al conflitto di interessi:

D.lgs. 30/03/2001, n. 165 “Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”, art. 53 (Incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi).

D.P.R. 16/04/2013, n. 62 “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”.

3-OGGETTO DEL MONITORAGGIO

L’Agenzia nella riunione di consiglio del 21.11.2017 ha deliberato di procedere ad un ulteriore approfondimento attraverso un monitoraggio relativo alla materia delle sponsorizzazioni presso tutte le ASST, IRCCS e ATS.

Va segnalato che ARAC ha richiesto:

- a) se la materia fosse trattata in Regolamento e/o Codice Etico e/o Codice di comportamento;
- b) se ad essa vi fosse riferimento nel PTPC;
- c) se vi fossero in essere contratti di sponsorizzazione, ovvero vi fossero sponsorizzazioni non contrattualizzate;
- d) se sussistessero eventuali criticità

Acquisita la relativa documentazione, si è proceduto ad un dettagliata analisi della stessa, nonché al controllo sul punto di tutti i piani anticorruzione.

4- ANALISI DELLA DOCUMENTAZIONE

Dall’analisi della documentazione trasmessa è emerso quanto segue con riferimento alle richieste di cui ai punti che precedono:



punto a)

tutti gli Enti interpellati hanno disciplinato la materia delle sponsorizzazioni ovvero quella degli incarichi extraistituzionali ad eccezione delle seguenti ASST

- 1) BERGAMO OVEST
- 2) FRANCIACORTA
- 3) NORD MILANO

nonché delle seguenti ATS

- 1) BERGAMO
- 2) BRIANZA

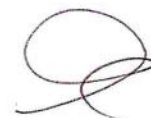
Non risulta che le amministrazioni interpellate abbiano disciplinato la materia delle sponsorizzazioni in un Codice Etico, strumento proprio delle organizzazioni che hanno adottato il Modello 231. La maggior parte delle Amministrazioni ha menzionato la trattazione della materia della partecipazione in qualità di relatore, moderatore o docente in attività sponsorizzate da privati nel Codice di comportamento, adottato in linea con le previsioni di legge (D.lgs. 165/2001, D.P.R. 62/2013), il quale contiene anche disposizioni riguardo al conflitto di interessi e agli incarichi esterni.

La materia in questione è disciplinata qualche volta dai Regolamenti sulla formazione e sempre, con riferimento al profilo del conflitto di interessi e della partecipazione in qualità di relatore, moderatore o docente in attività sponsorizzate da privati, nei Regolamenti che disciplinano le incompatibilità e lo svolgimento di incarichi esterni/extraistituzionali.

Va segnalato che risultano recepite le indicazioni di ANAC quanto alle misure di prevenzione e riduzione del rischio corruzione e conflitto di interessi, nonché in alcuni casi **risultano richiamate anche le indicazioni fornite da ARAC.**

In proposito vanno citati il regolamento per la disciplina degli incarichi extraistituzionali adottato dalla **ASST MELEGNANO E MARTESANA, con delibera n. 15 del Direttore Generale del 4.1.2018, nonché quello del GAETANO PINI CTO** adottato con delibera del Direttore Generale n.611 del 14 dicembre 2017.

In tale ultimo regolamento l'articolo 8 punto k) pag. 22 tra gli incarichi soggetti ad autorizzazione preventiva comprende quelli " che si sostanziano nella partecipazione del dipendente a titolo oneroso o rimborso delle spese documentate (ancorché omnicomprensive che lo sponsor/provider è tenuto a quantificare) in qualità di relatore, moderatore o docente in attività di tipo scientifico/convegnistico organizzate



e/o sponsorizzate da società o persone fisiche esercenti attività d'impresa o commerciale e che risultano fornitrici dell'Azienda".

Va inoltre citato l'art. 14 che prevede che non sono autorizzabili, nel corso dello stesso anno solare, pur in assenza di situazioni di incompatibilità o di conflitto di interesse incarichi extraistituzionali "quando trattasi di medesima prestazione retribuita da rendere con lo stesso committente per più di tre volte, soprattutto se fornitore dell'Azienda"

Va infine citato il Regolamento per la disciplina degli incarichi istituzionali adottato dalla ASST Lariana che all'art. 6 ha previsto nell'ambito della procedura per il rilascio dell'autorizzazione il parere obbligatorio e vincolante espresso da un Organo collegiale

Punto b)

Dall'analisi effettuata è emerso che i PTPC contengono, in quasi tutti i casi, misure atte a contrastare il rischio di conflitto di interessi e il riferimento a controlli sulle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi esterni. Alcuni enti prevedono la futura adozione di regolamenti che disciplinano le sponsorizzazioni, in recepimento delle indicazioni di ARAC.

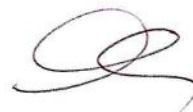
Nessuna indicazione della materia sponsorizzazioni nei PTPC è stata effettuata da:

- 1)FATEBENEFRAPELLI SACCO
- 2)FRANCIACORTA
- 3)GAETANO PINI
- 4)LODI
- 5)AREU
- 6)BERGAMO

Punto c)

E' emerso che i contratti di sponsorizzazione in essere sono volti a finanziare:

- attività formative (in quasi tutti i casi), in ossequio al Decreto 11839 del 23/12/2015 "Il sistema lombardo di educazione continua in medicina - Sviluppo professionale continuo (ECM - CPD): indicazioni operative" che propone anche un modello di contratto di sponsorizzazione



- progetti di ricerca
- progetti di accompagnamento di pazienti affetti da particolari patologie
- in un solo caso (ASST Pini) concessione della gestione di spazi pubblicitari mediante procedura ai sensi del codice degli appalti
- in un solo caso (AREU) affidamento tramite manifestazione di interesse su Sintel per la realizzazione e donazione all'Agenzia di un video promozionale sulla corretta procedura di attivazione dell'emergenza.

Nessuna delle ATS ha contratti in essere. Come osserva anche l'ATS Insubria, stante l'assetto del sistema sanitario lombardo dopo la l.r. 23/2015, che ha trasferito in capo alle ASST la presa in carico e la erogazione delle prestazioni alla persona, i rapporti con l'area della farmaceutica sono diventati marginali.

Regolamentazione delle sponsorizzazioni nelle ASST/IRCCS/ATS

ASST Monza: disciplina la sponsorizzazione di progetti di studio epidemiologico, progetti di ricerca sanitaria, eventi formativi/informativi/di educazione rivolti a utenza e dipendenti. In allegato riporta modulistica (dichiarazione assenza conflitto di interessi, e offerta di sponsorizzazione) e modello di contratto.

ASST Garda si è dotata di due regolamenti: uno per la sponsorizzazione di attività formative ECM (cui sono allegati il modulo per la domanda di sponsorizzazione e due modelli di contratto), e uno per la partecipazione dei dipendenti a eventi formativi esterni sponsorizzati, molto conciso, che contiene un richiamo al Codice di Comportamento.

ASST Spedali Civili di Brescia ha un regolamento che disciplina la partecipazione dei dipendenti a eventi formativi esterni sponsorizzati, esplicitamente finalizzato a salvaguardare la trasparenza, ad escludere il conflitto di interessi e forme illecite di utilità o benefici. Il regolamento definisce anche con una flowchart la procedura dalla proposta di sponsorizzazione fino alla individuazione del personale da sponsorizzare.

ASST Crema nel mese di ottobre 2017 si è dotata di due regolamenti predisposti dall'Ufficio Formazione, uno relativo alla organizzazione di eventi formativi sponsorizzati in azienda, e uno relativo alla partecipazione ad eventi formativi esterni sponsorizzati con spese a carico di soggetti terzi, corredati da specifici modelli di autodichiarazione di assenza di conflitto di interesse. Entrambi i regolamenti erano stati previsti del PTPC 2017, al fine di tenere sotto controllo il rischio corruzione

ASST Lecco nel 2016 si è dotata di un regolamento che disciplina le sponsorizzazioni di: iniziative e progetti scientifici, formazione e aggiornamento, campagne di



comunicazione, prevenzione e informazione, acquisizione di attrezzature sanitarie, presidi medici, nuove tecnologie informatiche, ammodernamento degli arredi e degli spazi, welfare aziendale.

ASST Mantova ha adottato nel 2016 un regolamento che disciplina le sponsorizzazioni, stabilendo quanto all'oggetto un a largo spettro di attività, prodotti, beni o servizi, eventi formativi o informativi, iniziative di comunicazione, campagne di sensibilizzazione, etc.

IRCCS Besta nel 2017 ha adottato un regolamento che disciplina la sponsorizzazione di eventi formativi, corredato da un modello di contratto, e da modulistica di manifestazione di interesse a sponsorizzare eventi formativi che prevede specifiche autodichiarazioni antimafia e volte ad escludere la sussistenza di conflitto di interesse o la sussistenza di altre cause ostative a contrarre con la p.a.

IRCSS Istituto Nazionale Tumori dal 2008 esiste un regolamento che disciplina 18 fattispecie che possono essere oggetto di sponsorizzazione.

IRCCS Policlinico Ca' Granda ha un regolamento adottato nel mese di ottobre 2017, che disciplina le sponsorizzazioni di eventi formativi individuali, con un focus particolare sul conflitto di interessi. Il regolamento è corredato di modulistica e contratto tipo.

IRCCS San Matteo nel settembre 2017 ha approvato un regolamento per la disciplina dei contratti di sponsorizzazione di eventi scientifici, che riporta in allegato il contratto tipo da sottoscrivere.

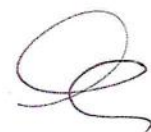
ATS Città Metropolitana di Milano ha adottato nell'ottobre 2017 un regolamento che disciplina i contratti di sponsorizzazione.

Punto d)

Va segnalato che soltanto due enti hanno segnalato criticità, riguardo però a profili di esecuzione del contratto:

- ASST Bergamo Ovest "Necessità di univoca definizione procedurale (chi fa cosa) tra Provider, Sponsor e Segreteria organizzativa qualora provider e segreteria organizzativa siano due istituti diversi (es. ASST e società privata); necessità di chiarire se il Provider può utilizzare l'eventuale avanzo economico o se si deve invece prevedere una restituzione allo Sponsor";

- IRCCS Policlinico san Matteo che ha dovuto procedere al recupero delle somme presso due società, per sponsorizzazioni riferite al 2015 e che ha segnalato che sono in corso azioni legali.



Gli specifici Regolamenti sono da rinvenire nelle Sezione Disposizioni generali - Atti Generali della Amministrazione Trasparente (art. 12 D.lgs. 33/2013).

La ricerca circa la regolamentazione della materia da parte delle altre Regioni ha permesso di rinvenire tre documenti particolarmente significativi:

1. Il Regolamento Applicativo della regione Sardegna in materia di pubblicità, sponsorizzazioni e conflitti di interesse in educazione continua in medicina (ECM);
2. Lo schema tipo di codice di comportamento della Regione Emilia Romagna;
3. Le Linee Guida "Gestione degli atti di liberalità e dei contratti di sponsorizzazione per formazione e progetti di comunicazione" dell'AUSL Bologna.

5- LINEE DI INDIRIZZO

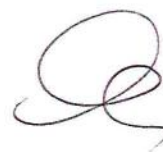
INCARICHI EXTRAISTITUZIONALI

Tenuto conto di quanto disposto dall'art. 53, commi 5 e 6, del D.lgs. n. 165/2001 e successive modifiche, in un'ottica di prevenzione del rischio corruttivo, vanno previste procedure aziendali definite e modelli di autodichiarazione e va auspicata una omogeneizzazione delle discipline regolamentari, avuto riguardo anche al contenuto della delibera ANAC n. 358 del 29/03/2017 relativa alle linee Guida per l'adozione dei codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale.

Le misure da adottare, per una efficace azione di prevenzione della corruzione, tenuto conto anche di quanto emerso nel corso della riunione tenutasi in data 27.6.2018 con la Direzione Generale Welfare e con la RPCT Regionale, ad avviso di questa Agenzia, dovrebbero essere le seguenti:

1) Con riferimento alle richieste di partecipazione in qualità di moderatore o relatore a convegni sponsorizzati sottoposte ad autorizzazione (nella ipotesi di incarichi retribuiti) al fine di consentire una preventiva valutazione della sussistenza del conflitto di interessi, andrà valutata:

a) la attitudine, anche potenziale, dello sponsor o del finanziatore, a rivestire il ruolo di fornitore dell'ente;



b) la posizione occupata dal dipendente all'interno dell'Azienda, al fine di evitare interferenze nelle scelte del contraente dell'ente e in tutti i casi di prescrizioni dirette, quali ad esempio quelle di farmaci, di dispositivi medici e/o protesici.

2) **sia la richiesta di autorizzazione che la comunicazione (nella ipotesi di incarichi a titolo gratuito)** dovranno essere corredate da autocertificazione del richiedente/partecipante (anche nella ipotesi in cui si partecipi su delega di un collega) attestante che il relatore/docente/delegante a convegni/corsi di formazione, a prescindere dalla gratuità o meno della relativa partecipazione, non abbia collegamenti/partecipazioni con la società produttrice ovvero con chi commercializza protesi/prodotti, neanche attraverso affini ovvero parenti entro il quarto grado.

3) Le suddette certificazioni dovranno essere rilasciate sia dal delegante che dal delegato.

4) Previsione della limitazione alla partecipazione con lo stesso committente (soprattutto se fornitore) nel corso dello stesso anno solare a non più di tre volte nei casi in cui l'incarico sia retribuito.

5) Previsione di procedimenti disciplinari nella ipotesi in cui si accerti la sussistenza di un conflitto di interessi.

6) Previsione di modalità di effettuazione dei controlli a campione, mediante sorteggio, sulle dichiarazioni rese dal richiedente.

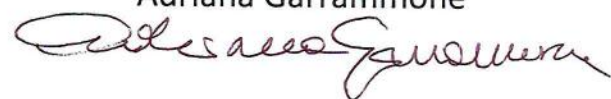
CONTRATTI DI SPONSORIZZAZIONE

Nell'ottica dell'osservanza del principio della trasparenza, andrebbe prevista la pubblicità sul sito internet dei bandi per le sponsorizzazioni.

Milano, 25 luglio 2018

Il Presidente Relatore

Adriana Garrammone





PROPOSTA DI DELIBERA N. 46/2019

Oggetto: APPROVAZIONE DEL NUOVO PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA TRASPARENZA E DEL PROGRAMMA DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ 2019 – 2021 DI AREU

Attestazione

Il/La sottoscritto/a, in qualità di proponente, attesta la completezza, la regolarità tecnica e la legittimità del provvedimento di cui all'oggetto.

La presente attestazione costituisce parte integrante e sostanziale del provvedimento di cui all'oggetto.

Milano, 31/01/2019

Il/La proponente del provvedimento

ALBONICO ANDREA

(La presente delibera è sottoscritta digitalmente ai sensi dell'art. 21 D.Lgs. n. 82/2005 e s.m.i.)



Attestazione di Pubblicazione

Delibera N. 39 del 31/01/2019

Unità Struttura Complessa Affari Generali e Legali

Oggetto: APPROVAZIONE DEL NUOVO PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA TRASPARENZA E DEL PROGRAMMA DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITÀ 2019 – 2021 DI AREU

Su conforme dichiarazione del messo notificatore, attesto che il presente atto è stato pubblicato all'Albo Pretorio per 15gg. Consecutivi, dal 31/01/2019 al 15/02/2019

Milano, 18/02/2019

Il Direttore della S.C. Affari generali e legali
Dott. Andrea Albonico

(La presente delibera è sottoscritta digitalmente ai sensi dell'art. 21 D.Lgs. n. 82/2005 e s.m.i.)