



DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE

32 / 2020 del 31/01/2020

Oggetto: APPROVAZIONE PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA (PTPCT 2020 - 2022) DI AREU



OGGETTO: APPROVAZIONE PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA (PTPCT 2020 - 2022) DI AREU

vista la seguente proposta di deliberazione n. 41/2020, avanzata dal Direttore della Unità Struttura Complessa Affari Generali e Legali

IL DIRETTORE GENERALE

VISTA la legge 6 novembre 2012, n.190, "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", che prevede che ogni amministrazione si doti, entro il 31 gennaio di ciascun anno, di un Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT), sulla base degli indirizzi formulati dal Piano Nazionale Anticorruzione, redatto dall'Autorità nazionale Anticorruzione (ANAC), che lo aggiorna periodicamente in seguito all'individuazione di tematiche e di aspetti ritenuti più rilevanti, emergenti nell'arco temporale di riferimento.

PREMESSO che con provvedimento deliberativo n. 2019/154, in adempimento a quanto prescritto dalla vigente normativa nazionale di riferimento, è stato nominato il nuovo Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e dell'integrità, individuato nella persona della Dott.ssa Domenica De Giorgio in sostituzione del Dott. Andrea Albonico;

DATO ATTO che con i seguenti provvedimenti deliberativi n. 2013/200, n. 2014/26, n. 2015/24, n. 2016/10, n. 2017/25, 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;

CONSIDERATO che con deliberazione n. 39 del 31/01/2019 è stato approvato il Piano di Prevenzione della Corruzione e Programma per la Trasparenza e l'integrità 2019 – 202;

VISTI i seguenti atti di indirizzo per la predisposizione del P.T.P.C.T.:

- Delibera ANAC n. 1064 del 13/11/2019 - "Approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2019";
- Delibera ANAC numero 1074 del 21/11/2018 - "Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione";
- Atto di indirizzo della Ministra dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca Sen. Valeria Fedeli avente ad oggetto "l'Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione – Sezione Università – 14/05/2018";
- Delibera n. 1208 del 22 novembre 2017 di "Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione";
- Determinazione n. 831 del 03/08/2016 - rif. – "Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016";
- Determinazione n. 12 del 28/10/2015 – "Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione";
- "Piano Nazionale Anticorruzione - anno 2013";
- Adozione da parte del Comitato interministeriale delle "Linee di indirizzo" per la predisposizione del Piano Nazionale Anticorruzione;
- Delibera CIVIT n. 72/2013 – "Approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione";

RICHIAMATA la l.r. 30 dicembre 2009, n. 33 Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità in particolare l'articolo 16, come modificato dall'art. 11 della l.r. 10 dicembre

2019, n. 22, nonché la DGR XI /2701 del 23/12/2019 “Costituzione Agenzia Regionale Emergenza Urgenza (AREU)”;

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;

CONSIDERATO altresì che, al fine di realizzare un'efficace strategia di prevenzione del rischio di corruzione, è necessario che il PTPCT sia coordinato rispetto al contenuto di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell'amministrazione, il Piano della Performance, il Piano Internal Audit e il Piano della Formazione;

DATO ATTO che la presente proposta di Piano costituisce l'aggiornamento del PTPCT 2019-2021 adottato con deliberazione n. 39 del 31/01/2019 e, in quanto documento di natura programmatica, è connesso ai richiamati Piano delle Performance, Piano Formativo e Piano di Internal Audit;

PRECISATO che il PTPCT prevede l'attiva partecipazione e il coinvolgimento, ciascuno per quanto di competenza, dei Referenti e dei Responsabili delle Strutture aziendali per l'analisi e l'individuazione delle misure di trattamento del rischio;

DATO ATTO che al fine della predisposizione del PTPCT 2020-2022:

- è stata illustrata ai dirigenti la bozza del PTPCT durante l'incontro del 27 gennaio;
- nella riunione del 30 gennaio 2018 il documento è stato illustrato al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni che, come da verbale agli atti, ha fornito alcuni suggerimenti, recepiti nella stesura definitiva del piano;

VISTA la proposta di Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza 2020-2022, presentata dal Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza, parte integrante e sostanziale del presente atto;

RITENUTO di:

- di provvedere all'approvazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020-2022, allegato quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di assicurarne la divulgazione attraverso la pubblicazione sul portale web aziendale, nonché attraverso la comunicazione a tutti i dipendenti per una capillare diffusione;

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 e del Direttore Sanitario, 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 il DOC 94 “Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza” allegato quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.
2. di dare atto che il suddetto piano costituisce l'aggiornamento per il 2020 del PTPCT 2019-2021 dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza, adottato con deliberazione n. 39 del 31/01/2019;

3. di disporre che il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza 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 della trasparenza 2020 – 2022 di AREU, nella versione aggiornata;
4. 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 della trasparenza 2020 – 2022 di AREU";
5. 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;
6. di dare atto che dall'adozione del presente provvedimento non derivano oneri economici a carico del Bilancio Aziendale;
7. di dare atto che, ai sensi della L. n. 241/1990, responsabile del presente procedimento è la Dott.ssa Domenica De Giorgio, Dirigente della S.C. Affari Generali e Legali;
1. 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;
2. 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 Giuseppe Maria Sechi

Il Direttore Generale Alberto Zoli

Il/La proponente del provvedimento Andrea Albonico



PROPOSTA DI DELIBERA N. 41/2020

Oggetto: APPROVAZIONE PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA (PTPCT 2020 - 2022) 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, 31/01/2020

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.)



DOCUMENTO 94

PIANO TRIENNALE

PER LA PREVENZIONE DELLA

CORRUZIONE

E PER LA TRASPARENZA

(PTPCT)

2020 – 2022

© Copyright 2020

“Che le cose siano così, non vuol dire che debbano andare così. Solo che quando si tratta di rimboccarsi le maniche ed incominciare a cambiare, vi è un prezzo da pagare. Ed è allora che la stragrande maggioranza preferisce lamentarsi piuttosto che fare”.

Giovanni Falcone

Sommario

ABSTRACT	5
PREMESSA	6
SEZIONE PRIMA - PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....	8
1. QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO	8
2. NOZIONE DI “CORRUZIONE”	10
3. FINALITA’ E SOGGETTI DESTINATARI	13
4. COLLEGAMENTO PIANO PERFORMANCE E INDIVIDUAZIONE OBIETTIVI STRATEGICI	14
5. ANALISI DEL CONTESTO ATTUALE	17
5.1. IL CONTESTO ESTERNO	17
5.2. IL CONTESTO INTERNO	19
6. MAPPATURA DEI PROCESSI E RISCHI.....	25
7. SISTEMA DEI CONTROLLI.....	35
7.1. I SOGGETTI CHE PARTECIPANO AL SISTEMA DEI CONTROLLI	35
7.2. ORGANISMI DI CONTROLLO INTERNI ALL’AZIENDA	41
7.3. SVILUPPO STRUMENTI DI CONTROLLO INTERNI ALL’AZIENDA.....	44
7.4. SISTEMA REGIONALE.....	44
8. RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....	46
9. MISURE OBBLIGATORIE DI PREVENZIONE	52
9.1. CODICE DI COMPORTAMENTO	52
9.2. FORMAZIONE E COLLEGAMENTO CON PIANO DELLA FORMAZIONE.....	53
9.3. CONFLITTO DI INTERESSE	55
9.4. LE INCONFERIBILITÀ/INCOMPATIBILITÀ DI INCARICHI.....	60
9.5. ROTAZIONE DEL PERSONALE	61
9.6. SVOLGIMENTO DI INCARICHI D’UFFICIO - ATTIVITÀ E INCARICHI EXTRA-ISTITUZIONALI	64
9.7. CONFERIMENTO DI INCARICHI DIRIGENZIALI IN CASO DI PARTICOLARI ATTIVITÀ O INCARICHI PRECEDENTI	65
9.8. SVOLGIMENTO DI ATTIVITÀ SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO (PANTOUFLAGE – REVOLVING DOORS)	66
9.9. FORMAZIONE DI COMMISSIONI, ASSEGNAZIONI AGLI UFFICI, CONFERIMENTO DI INCARICHI DIRIGENZIALI IN CASO DI CONDANNA PENALE PER DELITTI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE	69
10. PATTI DI INTEGRITÀ	70
11. TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO – WHISTLEBLOWER.....	72

SEZIONE SECONDA PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ.....	77
1. TRASPARENZA	77
2. RESPONSABILE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ	81
3. PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ.....	82
4. RESPONSABILI PER LA PUBBLICAZIONE DEI DATI	85
5. DATI DA PUBBLICARE.....	85
5.1. DURATA DELLA PUBBLICAZIONE	86
5.2. REQUISITI DEI DATI PUBBLICATI	87
5.3. FORMA DEI DATI DI TIPO APERTO	87
6. INIZIATIVE DI COMUNICAZIONE DELLA TRASPARENZA	88
7. PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA	89
7.1. MONITORAGGIO INTERNO	89
7.2. MONITORAGGIO DEL NUCLEO DI VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI	89
8. ACCESSO CIVICO	91
8.1.1. REGISTRO DEGLI ACCESSI	94
8.1.2. MISSIONI REAL TIME	94
9. LA PRIVACY ALL'INTERNO DI AREU	96
10. SIGLE E ACRONIMI UTILIZZATI NEL DOCUMENTO	97
ALLEGATO 1 – MAPPATURA PROCESSI.....	99

ABSTRACT

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT), al fine di realizzare un'efficace strategia di prevenzione del rischio di corruzione, si coordina con tutti gli altri strumenti di programmazione:

- Piano delle Performance - definizione congiunta di 3 obiettivi strategici (formazione, implementazione sezione amministrazione trasparente, aggiornamento regolamento accesso agli atti);
- Piano Internal Auditing - previsione di almeno due audit congiunti RPCT e IA;
- Piano di Formazione - realizzazione di almeno un corso base rivolto a tutti i dipendenti e almeno un corso di approfondimento specifico per il RPCT e IA;

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT):

- supporta lo svolgimento della corretta azione amministrativa, intesa nel senso ampio dell'agire della Pubblica Amministrazione;
- lavora secondo un modello "a rete" insieme ai referenti individuati, tra il personale dipendente dell'Azienda, da parte dei Dirigenti/Responsabili di ogni Unità Organizzativa o Struttura dell'Azienda;
- partecipa agli incontri periodici organizzati dal RPCT della Regione Lombardia e fa parte del GdL dei RPC della Aziende/ Agenzie sanitarie della Lombardia;

Evoluzione di AREU passaggio da Azienda ad Agenzia:

- nuovo contesto interno;
- organizzazione della giornata sulla trasparenza di AREU;
- predisposizione di un documento di sintesi recante l'identificazione dei processi aziendali;
- rivisitazione del metodo di valutazione del rischio in base a quanto previsto dall'allegato n. 1) del PNA 2019;
- implementazione delle misure di prevenzione e azioni di risposta al rischio.

PREMESSA

La legge 6 novembre 2012, n.190, "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", prevede che ogni amministrazione si doti, entro il 31 gennaio di ciascun anno, di un Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT), sulla base degli indirizzi formulati dal Piano Nazionale Anticorruzione, redatto dall'Autorità nazionale Anticorruzione (ANAC), che lo aggiorna periodicamente in seguito all'individuazione di tematiche e di aspetti ritenuti più rilevanti, emergenti nell'arco temporale di riferimento.

Il presente Piano è l'aggiornamento del PTPCT 2019-2021 dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza adottato con deliberazione n. 39 del 31/01/2019.

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

L'aggiornamento annuale del Piano e l'orizzonte temporale triennale dello stesso corrispondono alle indicazioni del Piano Nazionale Anticorruzione; essendo uno strumento di programmazione, il Piano si aggiorna annualmente sulla base degli esiti forniti dall'attuazione del Piano nell'anno precedente, tenendo conto delle criticità emerse, dei cambiamenti organizzativi e/o procedurali intervenuti, della variazione verificata degli indici di rischio, della emersione di eventuali nuovi rischi, degli indirizzi formulati annualmente da Anac e di eventuali nuove norme in materia.

Si ritiene utile sottolineare che, nel corso dell'anno 2019, la Direzione Generale con deliberazione n. 154 del 24/05/2019, ha individuato, ai sensi dell'art. 1, comma 7, della Legge n. 190/2012, un nuovo Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT).

Il nuovo RPCT, in accordo con la Direzione strategica dell'Azienda, ha ritenuto utile, stante la recente e nuova nomina, impegnarsi in un corso specifico riconoscendo il carattere imprescindibile dell'attività formativa desumibile anche dagli orientamenti dell'ANAC per cui la formazione riveste un'importanza cruciale nell'ambito della prevenzione della corruzione. Infatti, puntando sulla formazione si riduce il rischio che l'illecito sia commesso inconsapevolmente; si crea una omogenea base di



conoscenze, che è presupposto indispensabile per rendere operativo una coerente programmazione di rotazione del personale e per la creazione di specifiche competenze nelle aree operative a più alto rischio corruttivo; si diffondono buone pratiche amministrative ed orientamenti giurisprudenziali su vari aspetti dell'esercizio della funzione amministrativa; si diffondono valori etici, con insegnamento di "principi" di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati".

Il RPCT, ha avviato, altresì, un sistema di interlocuzione con gli RPCT delle altre Aziende e Agenzie sanitarie della Lombardia partecipando agli incontri periodici nonché agli incontri organizzati dal RPCT della Regione Lombardia e ha organizzato presso la sede di AREU un momento di lavoro con i RPCT dell'Area milanese secondo un modello "a rete". Il RPCT è entrato a far parte di un gruppo interaziendale insieme alle ATS, ASST e IRCCS con l'obiettivo di individuare scelte interpretative condivise della normativa vigente nonché per lo scambio di informazioni ed esperienze in materia di anticorruzione e trasparenza.

In questi mesi, alla luce di quanto sopra, e tenuto conto della particolarità dell'Azienda si è deciso di avviare un sistema di interlocuzione con i dirigenti, interpreti e promotori della cultura del buon agire, nel rispetto dei cittadini e del bene comune, in perfetta sintonia con il dettato dell'art. 97 della Costituzione che postula il "buon andamento" della pubblica amministrazione.

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.

Le misure di prevenzione programmate nel presente Piano sono richiamate e declinate anche nel piano Internal Audit e nel piano delle performance e stanno concorrendo progressivamente a far parte del processo di programmazione aziendale (budget) e successivamente con il processo di assegnazione degli obiettivi individuali del personale di AREU.

SEZIONE PRIMA - PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

1. QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

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 inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190";
- 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";
- 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 30 novembre 2017, n. 179, recante “Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato”
- 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”.

Gli ultimi indirizzi in ordine di tempo formulati da ANAC, sulla cui base è redatto il presente Piano, sono quelli contenuti nel “Piano Nazionale Anticorruzione 2019”, approvato da ANAC con delibera n.1064 del 13 novembre 2019.

Con tale Piano l'ANAC ha deciso di concentrare la propria attenzione sulle indicazioni relative alla parte generale, rivedendo e consolidando in un unico atto di indirizzo tutte le indicazioni date fino ad oggi, integrandole con orientamenti maturati nel tempo e che sono stati oggetto di appositi atti regolatori.

Per completezza si riportano tutti gli estremi dei PNA e degli aggiornamenti approvati finora:

- Delibera numero 1074 del 21/11/2018 Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione
- Atto di indirizzo della Ministra dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca Sen. Valeria Fedeli avente ad oggetto l'Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione – Sezione Università – 14/05/2018.
- Delibera n. 1208 del 22 novembre 2017 - Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione
- Determinazione n. 831 del 03/08/2016 - rif. - Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016
- Determinazione n. 12 del 28/10/2015 - Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione
- Piano Nazionale Anticorruzione - anno 2013
- Adozione da parte del Comitato interministeriale delle "Linee di indirizzo" per la

predisposizione del Piano Nazionale Anticorruzione

- Delibera CIVIT n. 72/2013 – Approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione

2. 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, nonché 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 "degn" 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, vieta 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 e tutti i responsabili delle strutture aziendali hanno l'obbligo di vigilare sul corretto operato.

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.

3. FINALITA' E SOGGETTI DESTINATARI

Il PTPCT disciplina il complesso degli interventi organizzativi dell'Azienda volti ad individuare le strategie prioritarie per la prevenzione e il contrasto della corruzione a livello aziendale, utilizzando strumenti che vengono affinati, modificati, o aggiornati in relazione al feedback ottenuto dalla loro applicazione ed è concepito in una logica di essenzialità, coinvolgimento e condivisione preventiva con i soggetti interni all'amministrazione che concorrono, ciascuno per il proprio grado di responsabilità, a mettere in atto le azioni volte a rafforzare la cultura e la prassi dell'integrità.

In altre parole la finalità del PTPCT è quella di identificare le misure organizzative volte a contenere il rischio di assunzione di decisioni non imparziali. A tal riguardo spetta alle amministrazioni di valutare e gestire il rischio corruttivo, secondo una metodologia che comprende l'analisi del contesto (interno ed esterno), la valutazione del rischio (identificazione, analisi e ponderazione del rischio) e il trattamento del rischio (identificazione e programmazione delle misure di prevenzione).

Al fine di realizzare un'efficace strategia di prevenzione del rischio di corruzione è, infatti, necessario che i PTPCT siano coordinati rispetto al contenuto di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell'amministrazione, il Piano della Performance il Piano Internal Audit e il Piano della Formazione.

Tra i soggetti destinatari del Piano, sono ricompresi tutti i dipendenti di AREU, sia tutto il personale dipendente degli Enti del SSR convenzionati per l'attività di Emergenza Urgenza Extraospedaliera ai sensi della DGR n. 3591/2012 (operante presso AAT e SOREU¹), collaboratori, i consulenti, i tirocinanti e tutti coloro che, a qualsiasi titolo e tipologia di contratto od incarico, direttamente od indirettamente, in maniera stabile o temporanea, instaurano rapporti o relazioni con l'Azienda.

i principi del PTPCT e le disposizioni ad hoc si applicano a fornitori/provider/appaltatori

¹ Si precisa che il nuovo schema tipo convenzionale è stato recentemente approvato con Deliberazione n° XI / 2703 del 23/12/2019 "Determinazioni in merito alla collaborazione tra Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU) e le Aziende Sanitarie Pubbliche per il coordinamento dell'attività di emergenza urgenza extraospedaliera ai sensi dell'articolo 16 della l.r. 33/2009 e s.m.i"

e altri soggetti che abbiano instaurato rapporti contrattuali o convenzionali con AREU tenuto conto delle specificità del settore

4. COLLEGAMENTO PIANO PERFORMANCE E INDIVIDUAZIONE OBIETTIVI STRATEGICI

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 delle indicazioni regionali e dei 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.

Al fine di realizzare un'efficace strategia di prevenzione del rischio di corruzione è, infatti, necessario che il PTPCT sia coordinato rispetto al contenuto di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti all'interno dell'amministrazione.

Particolare attenzione deve essere posta alla coerenza tra PTPCT e Piano delle Performance sotto due profili:

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

Al fine di rendere operativo la suddetta integrazione Il Direttore generale di AREU ha individuato i seguenti obiettivi strategici presenti in entrambi i piani:

Sviluppo della formazione come misura strategica per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza.

Sviluppare percorsi formativi per i dipendenti in materia di anticorruzione, codice di comportamento, trasparenza e sistema dei controlli, con approccio combinato, che integri gli aspetti di conoscenza delle regole con un approccio valoriale diretto a rafforzare nel dipendente la comprensione e la condivisione dei valori che costituiscono le fondamenta etiche delle regole di comportamento (c.d. standard etici), stimolando una costante attenzione ad esse per migliorarne l'applicazione nell'ambito dei processi decisionali di competenza.



Indicatore: almeno un evento formativo specifico per il RPCT e uno per tutti i dipendenti

Implementazione della trasparenza come misura di prevenzione della illegalità a carattere trasversale e strumento di garanzia per i cittadini.

Costante aggiornamento e monitoraggio della Sezione “Amministrazione Trasparente” del PTPCT, in cui sono individuati i responsabili della trasmissione e pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati in attuazione del Dlgs.33/2013, delle direttive contenute nel PNA e delle Linee Guida dell'ANAC. In particolare il rafforzamento della trasparenza sarà perseguito attraverso misure di semplificazione, nonché mediante una approfondita verifica sulla possibilità di pubblicazione di “dati ulteriori” in relazione a specifiche aree a rischio.

Indicatore Monitoraggio degli obblighi di pubblicazione inviando alle strutture interessate la mappatura aggiornata degli obblighi di pubblicazione della trasparenza, con invito ad effettuare le verifiche e a procedere ai necessari adeguamenti alle pagine di rispettiva competenza nella sezione di Amministrazione Trasparente.

Aggiornamento del regolamento relativo all' accesso atti e pubblicazione sul sito internet aziendale collegato alle procedure relative alla gestione della documentazione

Aggiornamento dell'attuale regolamento relativo all'accesso agli atti distinguendo l'accesso documentale disciplinato dal capo V della legge n. 241/1990 dall'accesso civico semplice previsto dall'art. 5, c. 1, del D.Lgs. n. 33/2013 così come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016, nonché l'“accesso civico generalizzato” previsto dall'art. 5, c. 2, dello stesso decreto trasparenza

Indicatore redazione del regolamento

5. ANALISI DEL CONTESTO ATTUALE

5.1. Il contesto esterno

L'Indice di Percezione della Corruzione 2019 pubblicato il 23 gennaio da Transparency International vede l'Italia al 51° posto nel mondo con un punteggio di 53 punti su 100, migliore di un punto rispetto all'anno precedente. L'Italia pur segnando un lieve miglioramento, rallenta la sua scalata alla classifica globale della corruzione.

In Europa oltre alla Danimarca fanno bella figura anche Finlandia e Svezia, mentre Bulgaria, Romania e Ungheria occupano le ultime tre posizioni della classifica continentale. A livello globale spiccano la caduta di Canada (-4 punti), Francia e Regno Unito (-3) mentre colpiscono in positivo la Spagna (+4) e la Grecia (+3). Tra i Paesi del G20 rimangono stabili Germania e Russia (rispettivamente con un voto di 80 e di 28 come nel 2018) mentre perdono due punti gli USA (69 contro i 71 precedenti).

Si conferma però il trend in lenta crescita del nostro Paese nella classifica globale e lo stesso vale per la classifica europea, dove ci allontaniamo dagli ultimi posti.

Dal 2012 l'Italia ha guadagnato ben 10 punti e scalato 19 posizioni. Il 2012 ha segnato una svolta importante con l'introduzione della Legge Severino e a rafforzare questo importante traguardo è arrivata due anni dopo anche l'istituzione dell'Autorità Nazionale Anticorruzione.

L'ANAC evidenzia la rilevanza, nel processo di gestione del rischio, della fase di analisi del contesto, sia interno che esterno. Attraverso l'analisi del contesto esterno, si possono, infatti, ricavare delle informazioni utili a comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi all'interno dell'amministrazione, per via delle specificità dell'ambiente in cui essa opera, in termini di condizioni sociali, economiche e culturali (determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015).

Nella relazione annuale 2018, l'ANAC rileva che è crescente la consapevolezza che la corruzione non è solo la violazione di disposizioni del codice penale ma è una dimensione più generale che coinvolge la "mala gestio", la cattiva amministrazione e il cattivo governo.

Tra i settori maggiormente affetti dal virus della corruzione troviamo senza dubbio quello della sanità, per diversi motivi tra cui, per citare solo alcuni dei più rilevanti, l'ingente **spesa pubblica**, la forte **ingerenza della politica**, i **rapporti tra pubblico e privato** non sempre improntati alla massima trasparenza, le **infiltrazioni della criminalità organizzata** nelle strutture sanitarie.

Come si evince dal "Monitoraggio della presenza mafiosa in Lombardia" a cura dell'Osservatorio sulla Criminalità Organizzata dell'Università degli Studi di Milano (anno 2018), nel complessivo contesto settentrionale il sistema sanitario lombardo è apparso soggetto, specie nell'ultimo decennio, a una più accentuata, insidiosa attenzione da parte degli interessi mafiosi. È infatti in questa regione, più che in altre, che i clan hanno mostrato di volere cogliere e sfruttare l'ampio orizzonte di opportunità economiche, sociali e "impunitarie" che il settore offre fisiologicamente.

La criminalità organizzata in tale contesto, nel suo percorso evolutivo, è capace non solo di integrarsi con l'economia legale ma anche di anticiparne le opportunità - ha perfettamente compreso quanto siano labili i confini tra attività illecite e lecite, inquinando il sistema economico, attraverso metodiche corruttive finalizzate ad infiltrare la Pubblica Amministrazione - ed il relativo "mondo" dei pubblici appalti - anche grazie alla disponibilità di professionisti compiacenti.

La sanità lombarda costituisce un settore pregiato e di eccellenza di una delle regioni più progredite e ricche d'Europa. Un settore dinamico e punto di riferimento per gli utenti di ogni regione d'Italia, beneficiario di risorse ingenti, pubbliche e private. L'elevata appetibilità della sanità per gli interessi mafiosi può essere ricondotta solo parzialmente alle opportunità (economiche, sociali...) che essa è in grado di offrire *in generale* alle organizzazioni mafiose.

Il Procuratore generale della Procura Generale della Repubblica presso la corte d'appello di Milano nella Relazione del 2019, afferma che occorre intervenire anche sul piano culturale recuperando, soprattutto, i più giovani, il senso e il valore dell'esercizio di una pubblica funzione.

E' opportuno richiamare anche la relazione approvata nel 2019 dal Consiglio



dell'ARAC - Agenzia Regionale Anticorruzione (ora confluita in ORAC) - nella quale è possibile rinvenire una conferma delle aree a rischio individuate da ANAC con riferimento ad appalti, reclutamento del personale e trasparenza.

5.2. Il contesto interno

Nascita di AREU e attuale contesto

L'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU) è stata istituita dalla Regione Lombardia con L.R. n. 32 del 12 dicembre 2007 e attivata dalla Giunta Regionale Lombardia con D.G.R. n. 6994 del 2 aprile 2008.

Il contesto operativo nel quale l'Azienda opera è stato caratterizzato, nel corso degli anni, da un rilevante incremento delle attività gestite e coordinate.

L'Azienda ha iniziato ad operare dal gennaio 2009, assumendo quale **obiettivo principale l'omogeneizzazione del Sistema di Emergenza/Urgenza 118**, attraverso la riorganizzazione in chiave regionale del sistema stesso.

A quella data, infatti, il sistema 118 era caratterizzato da una elevata frammentazione e da una forte differenziazione delle soluzioni operative presenti sul territorio, ovvero da un livello inaccettabile di disomogeneità; conseguentemente anche i costi complessivi per lo svolgimento della funzione erano decisamente elevati (in confronto ad oggi) anche in conseguenza del modello allora vigente di frammentazione dei servizi sul territorio.

Per quanto concerne il soccorso sanitario, tale obiettivo si è realizzato, di concerto con il livello di governo regionale (si veda ad esempio la DGR 1964/2011), attraverso **quattro direttrici principali di sviluppo** della nuova entità:

1. il passaggio da un meccanismo di finanziamento a funzione verso le singole aziende sanitarie regionali ad un meccanismo centralizzato di finanziamento "a budget" a favore di AREU, costituito attraverso la riconversione della spesa storica presente nei bilanci delle aziende sanitarie;
2. una aggregazione progressiva delle 12 Centrali Operative 118 (COEU) allora presenti su base provinciale nelle 4 Sale Operative Regionali (SOREU)*;



3. una gestione centralizzata del servizio di trasporto in emergenza urgenza, pur nel rispetto delle specificità dei territori regionali (orografia, densità della popolazione, ecc.);
4. una forte integrazione con il Terzo Settore, in una logica di sussidiarietà (orizzontale);
5. il mantenimento delle risorse professionali necessarie al funzionamento del Sistema 118 (medici ed infermieri) alle dipendenze gerarchiche dalle Aziende Sanitarie (oggi ASST e IRCCS), soprattutto al fine di garantire una costante quanto essenziale osmosi di competenze ed esperienze con le realtà ospedaliere regionali.

Negli anni, come previsto dalla DGR istitutiva di AREU del 2008, un modello analogo di sviluppo è stato esteso progressivamente ad altri ambiti e ad altre funzioni. In particolare per:

- il coordinamento del Sistema Sangue regionale, che ha portato ad una razionalizzazione della rete dei Servizi Trasfusionali presenti sul territorio;
- il coordinamento dei trasporti per la gestione dei Trapianti (ovvero il coordinamento della logistica delle attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti).

Evoluzione di AREU

Nel tempo, il mandato regionale in relazione a tali attività ha arricchito le stesse di nuovi obiettivi e relazioni e ne ha incrementato significativamente la complessità (si pensi, ad esempio, alla riorganizzazione del servizio di emergenza urgenza extraospedaliera, di cui alla D.G.R. n. 1964 del 6 luglio 2011 e alla riorganizzazione delle attività trasfusionali regionali, di cui alla D.G.R. n. 1632 del 4 aprile 2014). Contestualmente, sono state affidate ad AREU altre funzioni, non previste dall'atto istitutivo aziendale (quali, l'attivazione, in via sperimentale, del NUE 112 sul territorio della provincia di Varese e la successiva estensione al territorio di Regione Lombardia) che hanno ulteriormente incrementato la complessità organizzativa e gestionale dell'Azienda.

L'identità di AREU, caratterizzata da un assetto operativo interno molto leggero (e quindi decisamente poco costoso), sviluppatasi progressivamente nel corso dei suoi 10 anni di storia come Azienda di valenza regionale, in una posizione intermedia tra la Giunta Regionale, l'Assessorato al Welfare e la DG Welfare da un lato e le altre aziende



e enti sanitari (oggi ATS, ASST e IRCCS) dall'altro, è stata sostanzialmente recepita nel processo di evoluzione del Servizio Sociosanitario di Regione Lombardia avviata con la LR n. 23 del 2015.

Infatti, il nuovo art. 16 della LR 33/2009, come introdotto dalla LR n. 23/2015 e s.m.i., prevede, tra l'altro, che AREU:

- 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 l'attività di coordinamento definita nei rapporti convenzionali con gli altri enti del servizio sanitario regionale, esercitando una funzione di indirizzo e monitoraggio;
- con riferimento all'attività NUE 1.1.2. svolta dall'Azienda, qualora si rendesse necessario, la Giunta regionale può deliberarne l'afferenza diretta alla direzione generale della Presidenza della Giunta stessa;
- sempre in relazione al NUE 1.1.2., possa definire, su mandato della Giunta Regionale, le modalità di collaborazione dell'Azienda con altre amministrazioni pubbliche per l'implementazione e lo sviluppo di tale servizio sul territorio nazionale;
- al fine di garantire la piena operatività dei servizi a rete, ferme restando le altre modalità di finanziamento previste dall'articolo 27, si veda assegnare annualmente dalla Giunta Regionale un finanziamento per quota capitaria per ogni funzione da svolgere, rapportata agli utenti assistiti, tenendo conto delle spese di funzionamento, mantenimento e sviluppo dell'attività, nonché una quota per ogni funzione ulteriore assegnata dalla Giunta regionale;
- promuove il coinvolgimento dei soggetti del Terzo Settore in attuazione del principio di sussidiarietà orizzontale;
- in occasione dell'adozione dei provvedimenti di natura programmatica, organizzativa e finanziaria, relativi alle funzioni di cui ai commi precedenti, fornisca alla Giunta regionale il parere sul fabbisogno necessario al regolare svolgimento di tali funzioni, sia in termini di risorse umane sia in termini di risorse finanziarie correnti



e di investimento, anche al fine di favorire e garantire la partecipazione ai soggetti del terzo settore.

In sintesi, la Legge di evoluzione riconosce ad AREU forti specificità, pur mantenendola nell'alveo normativo e istituzionale delle Aziende e degli Enti sanitari regionali.

Dall'Azienda all'Agenzia

Con la Legge regionale 10 dicembre 2019 n. 22 "Seconda legge di revisione normativa ordinamentale 2019" la **Regione** ha definito, a distanza di 10 anni dall'avvio e della successiva realizzazione delle attività previste, lo sviluppo e la ridefinizione del modello organizzativo che si avvicina sempre di più alle caratteristiche proprie delle Agenzie di Tutela della Salute con compiti di attuazione della programmazione regionale e di controllo. Infatti, a quasi 4 anni dall'istituzione delle ATS, la Regione ha valutato positivamente i risultati delle Agenzie (ATS) che oltre a programmare e controllare, erogano direttamente alcuni servizi.

Le integrazioni legislative prevedono che l'Agenzia (AREU) assicuri in collaborazione con le ATS, nell'ambito della programmazione regionale, l'attuazione dei principi fondamentali del Servizio sociosanitario lombardo quali il principio di sussidiarietà orizzontale per garantire pari accessibilità dei cittadini a tutti i soggetti erogatori di diritto pubblico e di diritto privato, nonché la promozione e sperimentazione di forme di partecipazione e valorizzazione del volontariato.

Le integrazioni proposte rispondono all'**esigenza di riconoscere il nuovo ruolo di AREU, attribuendo, mediante la sua riconfigurazione in Agenzia, un ruolo primario di programmazione e controllo nella garanzia dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza** e dell'equità dell'accesso alle cure in materia di emergenza urgenza extraospedaliera, di attività trasfusionali e di trasporti sanitari e sanitari semplici inclusi gli organi e i tessuti destinati ai trapianti.

Sempre in questa linea si legge il **raccordo con la protezione civile** in un sistema sempre più integrato di intervento in relazione a grandi emergenze che possano intervenire sul territorio regionale o in correlazione col sistema nazionale di protezione civile.

Si prevede altresì il **rafforzamento della mission di AREU in relazione allo svolgimento di attività di promozione di attività scientifica e di ricerca**, in una logica di costante



interazione con altre strutture sanitarie e con altri soggetti istituzionali, promuovendo inoltre attività formative dirette allo sviluppo delle competenze professionali e organizzative

Tra le funzioni tipiche di AREU che più si orientano alla configurazione di Agenzia vi sono ad esempio:

- lo svolgimento di attività a supporto tecnico delle funzioni istituzionali della Giunta, collaborando con altri soggetti in ambito *intraregionale* e *interregionale* e affrontando, compiti che richiedono alta specializzazione tecnica;
- la collaborazione con altre Regioni per l'attuazione del NUE 1.1.2.;
- il rilascio del parere sul fabbisogno necessario al regolare svolgimento delle funzioni, sia in termini di risorse umane sia in termini di risorse finanziarie correnti e di investimento, anche al fine di favorire e garantire la partecipazione di soggetti del terzo settore (comma 8 art. 16).

La disciplina transitoria

La trasformazione di AREU in una Agenzia, è disciplinata per quanto riguarda la fase transitoria dalla Deliberazione N° XI /2701 del 23/12/2019 "Costituzione agenzia regionale emergenza urgenza (AREU)" che ravvisa in particolare la necessità, al fine di garantire l'avvio e l'operatività dell'Agenzia, di istituire un Gruppo di Lavoro interdirezionale con AREU al fine di individuare un metodo certificato per il calcolo della quota capitaria che consenta di remunerare correttamente con tale modalità le funzioni svolte dalla nuova Agenzia, e le ulteriori modalità di finanziamento con particolare riferimento al numero 116117, alla gestione del sangue e al trasporto organi.

Alla luce di quanto sopra, e visto che le soprarichiamate attività debbano concludersi entro il 30.09.2020 e che le risultanze saranno sottoposte alla Giunta regionale che provvederà ad adottare il provvedimento di costituzione della nuova Agenzia, si presume che la nuova Agenzia sarà attivata dal 1/1/2021.

Organizzazione attuale



Preso atto di tale contesto per quanto riguarda l'attuale organizzazione si precisa, ai sensi dell'attuale **POAS** aziendale, approvato con D.G.R. n. 6249 del 20 febbraio 2017 "Determinazioni in ordine al piano di organizzazione aziendale strategico dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza ai sensi e per gli effetti dell'art. 17, c. 4 della legge regionale n. 33 del 30.12.2009, come modificata con legge regionale n. 23 del 11 agosto 2015 e s.m.i." che l'AREU realizza la mission aziendale attraverso:

- una struttura centrale di coordinamento (Direzione AREU);
- 12 Articolazioni Aziendali Territoriali (AAT), distribuite sul territorio regionale con un'area di competenza approssimativamente provinciale, che comprendono il sistema delle postazioni dei mezzi di soccorso sul territorio;
- 4 SOREU (SOREU Alpina, SOREU dei Laghi, SOREU Metropolitana, SOREU della Pianura);
- una SOREU (SOREU Metropolitana) specificamente incaricata del coordinamento dell'attività di trasporto organi, tessuti, équipe sanitarie e Pazienti candidati a trapianto;
- la collaborazione con 9 Dipartimenti di Medicina Trasfusionale ed Ematologia, inseriti nelle ASST e negli IRCCS regionali;
- 3 CUR NUE 112 (CUR NUE Brescia, CUR NUE Milano e CUR NUE Varese);
- la COI (Centrale Operativa Integrata, precedentemente denominata Centrale Operativa di Continuità Assistenziale), operativa, alla data di redazione del presente documento, per le province di Cremona, Mantova e Lodi, per l'area territoriale di Melegnano, Magenta e Legnano e per la città metropolitana di Milano (Territori delle ATS Città Metropolitana di Milano e ATS Valpadana).

Per lo svolgimento della propria attività, l'AREU si relaziona con le ATS, con le ASST e gli IRCCS 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 ASST sono regolati da convenzioni (definite con D.G.R. n. 3591 del 6 giugno 2012²), nelle quali vengono descritte le "regole del gioco" e i fattori

² Si precisa che il nuovo schema tipo convenzionale è stato recentemente approvato con Deliberazione n° XI / 2703 del 23/12/2019 "Determinazioni in merito alla collaborazione tra Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU) e le Aziende Sanitarie Pubbliche per il coordinamento dell'attività di emergenza urgenza extraospedaliera ai sensi dell'articolo 16 della l.r. 33/2009 e s.m.i."

produttivi (risorse umane, beni e servizi ...) che le stesse Aziende devono fornire ad AREU per lo svolgimento delle attività e il mantenimento del servizio. 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.

6. MAPPATURA DEI PROCESSI E RISCHI

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, con le seguenti finalità:

- 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).

Tale attività è stata ulteriormente sviluppata nel corso del 2019.

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 mappati e analizzati 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 ad 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 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 utente 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 – 40: monitoraggio del processo da parte del Responsabile dello stesso;
- 41 – 80: monitoraggio del processo e attuazione di azioni non urgenti (da implementare entro 1 anno dalla conclusione dell'attività di mappatura e analisi del processo);
- 81 – 100: monitoraggio del processo e attuazione di azioni urgenti (da implementare entro 3 mesi dalla conclusione dell'attività di mappatura e analisi del processo);
- 101 – 125: monitoraggio del processo e attuazione di azioni urgentissime (da implementare entro 30 giorni dalla conclusione dell'attività di mappatura e analisi del processo).

Nel corso del 2019 è stata rivaluta la mappatura/analisi di tutti i processi di cui sopra, sia al fine di allegare i prospetti descrittivi degli stessi al Piano di prevenzione della corruzione sia nell'ambito dei percorsi di certificazione ISO 9001 attivati in ambito aziendale (es. processi: ciclo passivo, con riferimento agli incarichi di docenza a soggetti esterni dipendenti di Aziende pubbliche, gestione della chiamata da parte dell'operatore NUE 112, dalla presa in carico all'inoltro al PSAP 2, gestione delle procedure di acquisto sotto soglia, esecuzione degli audit interni programmati) e di specifici obiettivi assegnati dalla Direzione Sanitaria aziendale alle AAT e alle SOREU (es. processo: gestione dei DAE/PAD di proprietà di AREU).

Nel corso del 2019, ad integrazione rispetto ai processi indicati alla pagina precedente:

- è stata effettuata la mappatura e l'analisi di un processo, in capo alla S.C. Gestione approvvigionamenti;
- è stata effettuata la mappatura di ulteriori 4 processi (l'analisi risulta ancora in corso).

Processo	Indice di rischio*	Indice di rischio residuo**
Gestione delle procedure di acquisto sopra soglia comunitaria	40	13
Assegnazione di dispositivi telefonici mobili al personale della Direzione AREU e delle AAT/SOREU	Processo in corso di analisi	
Gestione della richiesta di soccorso (primario) da parte del personale tecnico e sanitario di SOREU (chiamata proveniente dal NUE, utente di lingua italiana che si trova sul luogo dell'evento, un soggetto coinvolto - esclusione: attivazione elisoccorso)	Processo in corso di analisi	
Processo di programmazione degli acquisti	Processo in corso di analisi	
Progettazione, realizzazione e valutazione degli eventi formativi (con riferimento a un evento formativo di prima realizzazione, accreditato ECM-CPD)	Processo in corso di analisi	

Nel corso del 2019 sono state intraprese azioni di risposta al rischio, con riferimento ai seguenti processi:

- 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 utente di lingua italiana che si trova nel luogo dell'evento);
- gestione dei DAE/PAD di proprietà di AREU;
- gestione eventi/manifestazioni organizzati che prevedono assistenza sanitaria;
- accettazione delle donazioni di apparecchiature biomediche;
- esecuzione degli audit interni programmati;
- ciclo passivo, con riferimento agli incarichi di docenza a soggetti esterni (dipendenti di Aziende pubbliche).

Nel corso del 2020 saranno poste in essere le seguenti azioni:

- completamento dell'analisi dei processi sopra indicati;



- predisposizione di un documento di sintesi recante l'identificazione dei processi aziendali;
- implementazione di misure specifiche con riferimento ai processi ad elevato rischio.

Si precisa che nel corso del 2020 sarà rivisto il metodo di valutazione del rischio in base a quanto previsto dall'allegato n. 1) del PNA 2019 , che fornisce indicazioni utili per la progettazione, la realizzazione e il miglioramento continuo del “Sistema di gestione del rischio corruttivo”.

7. SISTEMA DEI CONTROLLI

7.1. I soggetti che partecipano al sistema dei controlli

I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno dell'AREU sono i seguenti.

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.

Il punto di riferimento all'interno dell'azienda è affidato al RPCT in integrazione e sinergia con le funzioni di internal audit, della Qualità, del Risk Management e di Data Protection Officer.

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.

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.

Internal Auditing

L'Internal Auditing ai sensi della L.R. n. 17/2014 "Disciplina del sistema dei controlli interni ai sensi dell'[articolo 58 dello Statuto](#) d'autonomia"- rappresenta uno strumento per la valutazione dell'efficacia dei sistemi di controllo interni. Funzione indipendente, che risponde direttamente al Direttore Generale, fornisce il supporto per implementare interventi rivolti alla risoluzione di anomalie e al miglioramento dei processi; - ogni anno viene approvato un piano annuale

Con provvedimento deliberativo n. 358 del 29.12.2016 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.

L'Internal Auditing è uno strumento per la valutazione dell'efficacia dei sistemi di controllo interni che fornisce il supporto per implementare interventi rivolti alla risoluzione di anomalie e al miglioramento dei processi; - ogni anno viene approvato un piano annuale

L'individuazione delle aree critiche e a rischio avviene attraverso l'analisi e la valutazione dell'insieme dei rilievi/ricieste/indicazioni provenienti da Strutture interne/organismi esterni, dall'analisi di documenti/dati aziendali, dall'accadimento di fatti dai quali emergono aree di rischio non adeguatamente presidiate e *last but not least* dall'attività del RPCT.

Si ritiene opportuno mantenere il raccordo e il coordinamento tra le funzioni di RPCT e

Internal Auditing prevedendo nel corso del 2020 almeno due audit congiunti fine di garantire la legittimità dell'azione amministrativa, l'efficacia e l'efficienza dell'azione di prevenzione della corruzione.

Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC)

Il Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC), in linea con quanto delineato nella normativa di riferimento (Decreto Legislativo 23/06/2011, n° 118, Decreto Ministeriale 17/09/2012, DM Salute 01/03/2013) risulta finalizzato al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci delle aziende sanitarie. La sua progressiva implementazione porta, da un lato, a favorire un attento presidio degli aspetti amministrativo-contabili e dall'altro ad approfondire eventuali profili di criticità amministrativo-contabili ed ad individuarne le modalità di superamento o, quantomeno, di contenimento. Nel corso dell'anno 2019 è stata completata l'approvazione definitiva delle procedure per ciascuna area, esclusa quella dei Requisiti Generali, degli obiettivi previsti dal decreto ministeriale:

- D) Area Immobilizzazioni
- E) Area Rimanenze
- F) Area Crediti e Ricavi
- G) Area Disponibilità Liquide
- H) Patrimonio Netto
- I) Area Debiti e Costi

L'implementazione, già avviata e da consolidare nel corso dell'anno 2020, rappresenta il presupposto per il completamento del progetto, fino alla definizione dell'area A) Requisiti Generali e la successiva attività di revisione esterna da attuarsi sotto il consueto coordinamento regionale.

Sistema di gestione per la qualità aziendale e risk management

Il Responsabile che ricopre anche la funzione di Internal auditing contribuisce alla verifica dei processi e degli standard ottimali di esecuzione delle prestazioni mediante

la verifica della documentazione nonché predisponendo protocolli, procedure, istruzioni operative e gestionali.

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

Il Responsabile è incaricato della compilazione e dell'aggiornamento dell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA) istituita ai sensi dell'art. 33-ter del d.l. 179/2012 convertito con modificazioni dalla l. 221/2012.

Il [Comunicato ANAC 28 ottobre 2013](#) fornisce indicazioni operative per la comunicazione del soggetto Responsabile dell'Anagrafe per la stazione appaltante (RASA) precisando che ciascuna stazione appaltante deve nominare il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA).

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 servizio consente l'iscrizione all'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA) e l'aggiornamento, almeno annuale, dei rispettivi dati identificativi, in attuazione a quanto disposto dall'articolo 33-ter del Decreto Legge del 18 ottobre 2012 n. 179, convertito con modificazioni, dalla Legge n. 221 del 17 dicembre 2012. Al servizio può accedere il soggetto nominato dalla stazione appaltante quale responsabile per l'Anagrafe Unica (RASA) che provvederà alla verifica ed al successivo aggiornamento delle informazioni presenti nell'AUSA. La nuova versione, disponibile dal 4 dicembre 2019, introduce le seguenti nuove funzionalità

- Inserimento delle URL di pubblicazione degli obblighi di cui alla legge 190/2012 e sezione amministrazione trasparente
- Classificazione della stazione appaltanti su 4 livelli
- Nuova gestione della chiusura dei centri di costo
- Possibilità per il RASA di disattivare i profili dei RUP
- Possibilità di gestire stazioni appaltanti composte

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.

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 è in corso di perfezionamento la procedura relativa alla nuova nomina.

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.

L'U.P.D. svolge anche attività di consulenza a favore delle Strutture Aziendali, anche in

risposta a quesiti orali o scritti posti dai relativi Dirigenti/Responsabili, al fine di fornire linee interpretative e chiarimenti per l'applicazione ai casi concreti del Codice di comportamento in conformità con le normative nazionali e contrattuali che regolano la materia disciplinare e con gli orientamenti giurisprudenziali.

L'U.P.D. può proporre l'attivazione di percorsi formativi destinati al personale dipendente sulla normativa relativa ai loro doveri e obblighi e alle relative conseguenze disciplinari in caso di inosservanza.

Nel caso in cui l'U.P.D. 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 aziendale.

7.2. Organismi di controllo interni all'azienda

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.

All'interno del sistema delineato dalla Regione Lombardia, ai sensi della DGR n. 5539/2016³, le funzioni di verifica dell'attuazione delle disposizioni normative in tema di anticorruzione e trasparenza sono attribuite al Nucleo di Valutazione delle Prestazioni (NVP).

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

³ L'art. 16 della Legge regionale 30 dicembre 2019 - n.23 Disposizioni per l'attuazione della programmazione economico - finanziaria regionale, ai sensi dell'art. 9 ter della l.r. 31 marzo 1978, n. 34 (Norme sulle procedure della programmazione, sul bilancio e sulla contabilità della Regione) – Collegato 2020 reca una nuova disciplina e regola la fase transitoria

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.

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.

Il NVP esprime, altresì, 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.

Con delibera annuale l'ANAC individua specifiche categorie di dati cui gli OIV, o gli organismi con funzioni analoghe, devono verificare lo stato di pubblicazione e di aggiornamento sui siti istituzionali entro il 31 marzo attraverso la redazione di un'attestazione da pubblicare sui siti internet.

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.

7.3. Sviluppo strumenti di controllo interni all'azienda

Nell'ambito degli strumenti interni sviluppati nel corso del 2019 si richiamano:

- Seduta deliberante nella quale il dirigente della SC Affari generali e legali analizza i singoli atti deliberativi alla presenza del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario con la partecipazione dei dirigenti proponenti ove ve ne sia la necessità;
- Posta Elettronica Certificata (PEC) assegnazione di una casella di posta certificata a tutte le AAT, le SOREU, le CUR NUE e alla COI e vi è stata la riassegnazione delle mail aziendali al personale amministrativo operante presso le AAT e SOREU, al fine di garantire la certezza del canale comunicativo.

Nell'ambito del 2020 si completeranno i seguenti processi:

- Approvazione regolamento che definisce i principi e i contenuti per il conferimento e l'attuazione, da parte del Direttore Generale, della delega di poteri gestionali e della delega di firma al personale dirigente dell'Azienda;
- Sviluppo dell'Iter automatizzato di gestione degli atti deliberativi aggiungendo le determinazioni dirigenziali e la pubblicazione in albo pretorio on line;
- implementazione sistema di protocollazione presso le AAT e le SOREU.

7.4. 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.

La prevenzione della corruzione è inoltre nella mission di ORAC (Organismo Regionale per le attività di controllo), istituito con la legge regionale 28 settembre 2018 - n. 13, che



definisce gli indirizzi e le linee guida dei sistemi di controllo interno e delle funzioni di audit della Giunta regionale e degli enti del sistema regionale. Il sistema dei controlli è una componente fondamentale del SSR a garanzia della qualità dei servizi offerti e dell'efficienza e dell'efficacia dell'utilizzo delle risorse. Interessa tutti gli ambiti del sistema ed è articolato su più livelli coordinati ed integrati fra loro

Si ritiene utile sottolineare che, con la Deliberazione n° XI/ 1681 del 27/05/2019 "Determinazioni in ordine al sistema di valutazione dei Direttori generali delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) e dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU) e alla corresponsione del relativo incentivo economico - anno 2019", si è introdotta nella metodologia di valutazione dei Direttori generali la verifica della corretta applicazione presso A.S.S.T., A.T.S. e A.R.E.U. delle norme in materia di trasparenza ed anticorruzione. Tutti gli enti soggetti alla procedura di valutazione sono chiamati a fornire una relazione e l'evidenza documentale di avere aggiornato tutti gli strumenti necessari, nonché di avere recepito le eventuali prescrizioni pervenute dagli organi di controllo di Regione Lombardia. L'attività è svolta dagli uffici della D.G. Welfare in collaborazione con la U.O. Sistema dei controlli, prevenzione della corruzione, trasparenza e privacy officer.

In tale ottica si può leggere anche la DELIBERAZIONE N° XI / 2498 del 26/11/2019 relativa all'approvazione della proposta di piano sociosanitario integrato lombardo 2019-2023, con particolare alla trasparenza, alla prevenzione della corruzione ed al sistema dei controlli.

8. RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Si rinvia, per la ricognizione della normativa e dei compiti attribuiti dalla legge al RPCT, alla delibera ANAC n. 840 del 2 ottobre 2018.

Si riportano di seguono i principali 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 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).

A seguito dell'adozione del provvedimento deliberativo n. 154 del 24/05/2019, la Direzione Generale ha individuato quale Responsabile⁴ della prevenzione della

⁴ di seguito per brevità detto anche solo Responsabile.

corruzione e della trasparenza di AREU, la dr.ssa Domenica De Giorgio in sostituzione del Dott. Andrea Albonico.

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 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.

Così come specificato nel PNA 2019, al fine di garantire che il RPCT possa svolgere il proprio ruolo con autonomia ed effettività, il legislatore, con le modifiche apportate dal d.lgs. 97/2016 alla l. 190 del 2012, ha previsto, che l'organo di indirizzo disponga «le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei» al RPCT. È, dunque, altamente auspicabile, da una parte, che il RPCT sia dotato di una struttura organizzativa di supporto adeguata, per qualità del personale e per mezzi tecnici, al compito da svolgere. Per quanto riguarda gli aspetti organizzativi, ferma restando l'autonomia di ogni amministrazione o ente, appare necessaria la costituzione di un apposito ufficio dedicato allo svolgimento delle funzioni poste in capo al RPCT. Ove ciò non sia possibile, è opportuno rafforzare la struttura di supporto mediante appositi atti organizzativi che consentano al RPCT di avvalersi di personale di altri uffici. Tale struttura, che potrebbe anche non essere esclusivamente dedicata a tale scopo, può, in una necessaria logica di integrazione delle attività, essere anche a disposizione di chi si occupa delle misure di miglioramento della funzionalità dell'amministrazione (si pensi, ad esempio, ai controlli interni, alle strutture di audit, alle strutture che curano la predisposizione del piano della performance).

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.

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: viene raccomandata la pubblicazione della 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.

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.

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 capitolo “I soggetti che partecipano al sistema dei controlli”, si configura come un comportamento assoggettabile a procedimento disciplinare.

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.

9. MISURE OBBLIGATORIE DI PREVENZIONE

9.1. Codice di comportamento

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”. Nel corso del prossimo triennio l'obiettivo di AREU sarà quello di divulgare il Codice ed eventualmente di aggiornarlo con particolare riferimento anche alle Nuove linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche, per il momento solo in bozza.

9.2. Formazione e collegamento con Piano della formazione

Areu ai sensi dell'art.1, co. 9, lett. b) della legge n. 190/2012, continuerà a prevedere, anche per il triennio 2020-2022, come già attuato negli anni precedenti, percorsi di formazione idonei a prevenire il rischio di corruzione.

Nel corso dell'anno precedente è stato effettuato una formazione FAD, autoprodotta con il contributo e il supporto del Responsabile della prevenzione della corruzione dell'ATS della Città Metropolitana di Milano, dedicata 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 NUE 112 di Brescia e Milano, per un totale di n. 94 operatori.

Come già detto nelle premesse del presente piano la formazione è un'importante misura di prevenzione della corruzione poiché permette di esercitare la discrezionalità sulla base di valutazione fondata sulla conoscenza per assumere decisioni "con cognizione di causa" e riduce il rischio che l'azione illecita sia compiuta inconsapevolmente.

Nel corso dell'anno 2020 saranno proposti all'interno del Piano Formativo Aziendale almeno un corso base rivolto a tutti i dipendenti sull'ETICA E LEGALITA' e almeno un corso di approfondimento specifico per il RPCT (L. n. 190/2012 e norme attuative).

La conoscenza dei disposti normativi, delle misure organizzative e dei sistemi di controllo interno di cui l'Azienda si è dotata rappresenta, infatti, lo strumento per sviluppare una cultura della legalità. Il PFA prevede e garantisce una formazione di base a tutti gli operatori in materia di etica e cultura della legalità, alla quale si aggiungono eventi specifici rivolti a particolari gruppi di operatori (dirigenti, specifiche figure professionali, ecc.) per affrontare in maniera più articolata i contenuti della normativa in rapporto all'applicazione della stessa ai processi aziendali.

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)].

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", potranno essere organizzati anche piccole sessioni per la formazione all'interno delle strutture aziendali in merito agli obblighi di comunicazione.



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, come sopra detto, rientreranno nell'ambito dell'obiettivo strategico individuato dal Direttore Generale e 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. A tal proposito si rinvia al paragrafo 5

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.

Inoltre il RPCT si preoccupa di informare tutti i soggetti che operano nelle aree a rischio circa le indicazioni sulle novità legislative, regolamenti, istruzioni operative in materia di anticorruzione e trasparenza.

L'Azienda monitora e verifica il livello di attuazione dei processi di formazione e la loro efficacia con questionari somministrati ai soggetti destinatari della formazione.

Vista la rilevanza della formazione e dei risultati pratici dati dall'acquisizione delle competenze specifiche, verranno organizzati corsi di formazione congiunti a livello regionale con gli altri RPCT delle aziende/agenzie sanitarie con particolare riferimento all'ambito sanitario.

9.3. Conflitto di interesse

Il tema della gestione dei conflitti di interesse è espressione del principio generale di buon andamento e imparzialità dell'azione amministrativa di cui all'art. 97 Cost. Esso è stato affrontato dalla l. 190/2012, con riguardo sia al personale interno dell'amministrazione/ente sia a soggetti esterni destinatari di incarichi nelle amministrazioni/enti, mediante norme che attengono a diversi aspetti quali:

- l'astensione del dipendente in caso di conflitto di interessi;

- le ipotesi di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso enti privati in controllo pubblico, disciplinate dal d.lgs. 8 aprile 2013, n. 39 (cfr. § 10.4.);
- l'adozione dei codici di comportamento (cfr. § 10.3.);
- il divieto di pantouflage (cfr. § 10.8.); –
- l'autorizzazione a svolgere incarichi extra istituzionali; – l'affidamento di incarichi a soggetti esterni in qualità di consulenti ai sensi dell'art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001 (cfr. § 10.7.)

Il primo aspetto viene richiamato dall'articolo 6 bis "Conflitto di interessi" della Legge n. 241/1990 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. 42⁵). In detta norma, conformemente

⁵ 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

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 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

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.

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 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.

Si raccomanda alle strutture interne la seguente procedura per attuare la misura:

1. acquisizione e conservazione delle dichiarazioni di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi da parte dei dipendenti al momento dell'assegnazione all'ufficio o della nomina a responsabile unico del procedimento;
2. monitoraggio della situazione, attraverso l'aggiornamento, con cadenza periodica da definire (biennale o triennale), della dichiarazione di insussistenza di situazioni di conflitto di interessi, ricordando con cadenza periodica a tutti i dipendenti di comunicare tempestivamente eventuali variazioni nelle dichiarazioni già presentate;
3. esemplificazione di alcune casistiche ricorrenti di situazioni di conflitto di interessi (ad esempio situazioni di conflitto di interessi dei componenti delle commissioni di concorso o delle commissioni di gara);

4. chiara individuazione dei soggetti che sono tenuti a ricevere e valutare le eventuali situazioni di conflitto di interessi dichiarate dal personale (ad esempio, il responsabile dell'ufficio nei confronti del diretto subordinato);
5. chiara individuazione dei soggetti che sono tenuti a ricevere e valutare le eventuali dichiarazioni di conflitto di interessi rilasciate dai dirigenti, dai vertici amministrativi e politici, dai consulenti o altre posizioni della struttura organizzativa dell'amministrazione;
6. predisposizione di appositi moduli per agevolare la presentazione tempestiva di dichiarazione di conflitto di interesse;
7. sensibilizzazione di tutto il personale al rispetto di quanto previsto in materia dalla l. 241 /1990 e dal codice di comportamento

9.4. Le inconferibilità/incompatibilità di incarichi

La disciplina dettata dal decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, concerne le ipotesi di inconferibilità e incompatibilità di incarichi nelle pubbliche amministrazioni si inquadra nell'ambito delle misure volte a garantire l'imparzialità dei funzionari pubblici, al riparo da condizionamenti impropri che possano provenire dalla sfera politica e dal settore privato. Le disposizioni del decreto tengono conto dell'esigenza di evitare che lo svolgimento di certe attività/funzioni possa agevolare la preconstituzione di situazioni favorevoli al fine di ottenere incarichi dirigenziali e posizioni assimilate e, quindi, comportare il rischio di un accordo corruttivo per conseguire il vantaggio in maniera illecita. La legge ha anche valutato in via generale che il contemporaneo svolgimento di alcune attività potrebbe generare il rischio di svolgimento imparziale dell'attività amministrativa costituendo un terreno favorevole a illeciti scambi di favori.

La violazione della disciplina comporta la nullità degli atti di conferimento di incarichi e la risoluzione del relativo contratto (art. 17 del d.lgs. 39/2013). Ulteriori sanzioni sono previste a carico dei componenti degli organi responsabili della violazione, per i quali è stabilito il divieto per tre mesi di conferire incarichi (art. 18 del d.lgs. 39/2013). Con riferimento ai casi di incompatibilità, è prevista la decadenza dall'incarico e la risoluzione del relativo contratto, decorso il termine perentorio di quindici giorni dalla contestazione all'interessato, da parte del RPCT, dell'insorgere della causa della incompatibilità, ai sensi dell'art. 19 del d.lgs. 39/2013.

Si rammenta la necessità di rispettare i seguenti principi una specifica procedura di conferimento degli incarichi, tale da garantire:

- 1) la preventiva acquisizione della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità da parte del destinatario dell'incarico;
- 2) la successiva verifica entro un congruo arco temporale, da predefinire;
- 3) il conferimento dell'incarico solo all'esito positivo della verifica (ovvero assenza di motivi ostativi al conferimento stesso);
- 4) la pubblicazione contestuale dell'atto di conferimento dell'incarico, ai sensi dell'art. 14 del d.lgs. 33/2013, e della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità, ai sensi dell'art. 20, co. 3, del d.lgs. 39/2013.

La disciplina dettata dal d.lgs. 39/2013 è secondo l'interpretazione di ANAC rivolta agli incarichi amministrativi di vertice (DG, DA, DS). AREU ha scelto, però, di acquisire le dichiarazioni anche dei dirigenti responsabili di struttura quale ulteriore misura di prevenzione della corruzione.

9.5. 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.

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

- l'affidamento di tutti (non solo per quelli esposti al rischio di corruzione) 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 (c.d. rotazione straordinaria)

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 al 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.

Premesso tale contesto si precisa che nel corso del 2019 all'interno della struttura organizzativa vi sia stata una "rotazione nei fatti" poiché vi sono stati alcuni cambiamenti nei vertici delle seguenti strutture complesse:

- Economico finanziario
- Controllo di Gestione
- Gestione e sviluppo risorse umane
- Sistemi informativi
- Medicina legale
- Dipartimento Amministrativo

Si rammenta inoltre che nei primi mesi del 2019 sono stati nominati anche il nuovo Direttore Amministrativo e il nuovo Direttore sanitario.

9.6. 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 valutati tempestivamente anche relativamente alla sussistenza di situazioni di conflitto di interesse anche potenziale e, se del caso, comunicati al dipendente per 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.

In tale contesto è stata analizzato anche il processo: "Ciclo passivo, con riferimento agli incarichi di docenza a soggetti esterni (dipendenti di Aziende pubbliche) e sono in corso di emanazione alcune istruzioni operative per la SC Formazione

9.7. Conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti

La normativa (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.

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

L'art. 1, co. 42, lett. l) della l. 190/2012 ha inserito all'art. 53 del d.lgs. 165/2001 il co. 16 - ter che dispone il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni, di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

Il rischio valutato dalla norma è che, durante il periodo di servizio, il dipendente possa preconstituirsì 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.”.

Con particolare riferimento alle modalità operative di attuazione della misura si suggerisce come già chiarito nel bando-tipo n. 2 del 2 settembre 2014 adottato dall'Autorità, di inserire nei bandi di gara o negli atti prodromici all'affidamento di appalti pubblici, tra i requisiti generali di partecipazione previsti a pena di esclusione e oggetto di specifica dichiarazione da parte dei concorrenti, la condizione che il soggetto privato partecipante alla gara non abbia stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi a ex dipendenti pubblici, in violazione dell'art. 53, co. 16-ter, del d.lgs. n. 165/2001 (cfr. pareri ANAC AG/8/ del 18 febbraio 2015 e orientamento ANAC n. 2 del 4 febbraio 2015 cit.).

Inoltre, nei contratti di assunzione del personale deve essere inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro con AREU nei confronti dei destinatari dei propri provvedimenti. Da ultimo l'obbligo per il dipendente, al momento della cessazione del servizio, di sottoscrivere una dichiarazione con cui si impegna al rispetto del divieto di pantouflage, al fine di evitare contestazioni successive in ordine alla conoscibilità della norma.

9.9. 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 andamento dell'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.

10. 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 della 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 nel 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.

11. 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, siano 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 spersonalizzato 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 spersonalizzato.

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).

Nel corso dell’anno 2019 è pervenuta una segnalazione.

SEZIONE SECONDA PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L’INTEGRITÀ

1. TRASPARENZA

La disciplina sulla trasparenza nelle pubbliche amministrazioni è stata oggetto, a partire dall’anno 2009, di penetranti interventi normativi al fine di dare concreta attuazione al principio di trasparenza, intesa come accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni non solo finalizzate a “favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull’utilizzo delle risorse pubbliche”, ma anche come strumento di tutela dei diritti dei cittadini e di promozione della partecipazione degli interessati all’attività amministrativa.

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. 5): 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).

AREU si è impegnata nella messa in atto di iniziative finalizzate ad assicurare la piena disponibilità del diritto di accesso ("accesso documentale" così come disciplinato dal capo V della legge n. 241/1990, "accesso civico" e "accesso generalizzato" di cui rispettivamente all'art. 5, comma 1 e art. 5, comma 2 del D.Lgs. n. 33/2013, così come modificato dal D. Lgs. n. 97/2016). Tale impegno si tradurrà in un obiettivo strategico presente anche nel Piano delle Performance relativo all'aggiornamento della disciplina (Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso agli atti e ai documenti amministrativi, del diritto di accesso civico semplice e del diritto di accesso civico generalizzato) al fine di fornire un quadro organico e coordinato dei profili applicativi relativi alla tre tipologie di accesso, anche volto a evitare comportamenti disomogenei tra uffici.

2. RESPONSABILE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ

Con deliberazione n. 154 del 24/05/2019, AREU ha provveduto a nominare in qualità di Responsabile della Prevenzione della Corruzione nonché Responsabile della Trasparenza la dr.ssa Domenica De Giorgio.

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.

3. PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ

Il presente programma risulta essere parte integrante del piano anticorruzione e viene adottato dal Direttore Generale di AREU entro il 31 gennaio di ogni anno. Con riferimento alle iniziative di comunicazione della trasparenza, si evidenzia quanto già sopra riportato e precisamente che al Programma verrà data la massima diffusione all'interno di AREU

Il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità richiede una attività di monitoraggio periodico sia da parte dei soggetti interni all'amministrazione che da parte del NVP.

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, 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, connotato al ciclo della performance anche grazie al necessario apporto partecipativo dei portatori di interesse (stakeholder).

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 delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

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.

Si sottolinea come la trasparenza sia stata definita quale obiettivo strategico presente sia nel PTPCT nonché nel piano delle Performance, prevedendo, l'implementazione della trasparenza come misura di prevenzione della illegalità a carattere trasversale e strumento di garanzia per i cittadini.

Tale obiettivo richiede il costante aggiornamento e monitoraggio della Sezione "Amministrazione Trasparente" del PTPCT, in cui sono individuati i responsabili della trasmissione e pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati in attuazione del Dlgs.33/2013, delle direttive contenute nel PNA e delle Linee Guida dell'ANAC. In particolare il rafforzamento della trasparenza sarà perseguito attraverso misure di semplificazione, nonché mediante una approfondita verifica sulla possibilità di pubblicazione di "dati ulteriori" in relazione a specifiche aree a rischio.

4. 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 beni e servizi: 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.ssa Maria Elena Gabusera
- beni immobili e gestione del patrimonio/opere pubbliche e relativi adempimenti: Ing. Aldo Locatelli
- disposizioni generali/organizzazione/protocollo/controlli e rilievi/ corruzione: Dott.ssa Domenica De Giorgio
- Piano delle performance/pubblicazione inerenti le richieste di risarcimento e gli eventi avversi legge regionale 24/2017 (art. 2, comma 5 e art. 4, comma 3;)
Dr.ssa Stefania Favetti

5. 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 2019 le statistiche di consultazione dell'area "Amministrazione Trasparente" del sito internet di AREU, aumentate di circa il doppio rispetto al 2017, 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)	404.941
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	139.801
Tempo medio sulla pagina	La quantità media di tempo passato dagli utenti a visualizzare una specifica pagina o schermata	23'

5.1. 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.

5.2. 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.).

5.3. 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.

6. INIZIATIVE DI COMUNICAZIONE DELLA TRASPARENZA

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.

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 sanitarie, in materia di trasparenza e integrità;

Nel corso del 2020 sarà organizzata una giornata sulla trasparenza al fine di sensibilizzazione e approfondire il tema della trasparenza e della legalità

7. 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.

7.1. 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".

7.2. 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 marzo 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.

8. 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, istituito 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 detentore in Azienda del dato o del documento, 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 il Dott. Andrea Albonico– Dirigente presso la S.C. Affari generali e legali (recapito e-mail: a.albonico@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.

8.1.1. Registro degli accessi

A seguito della pubblicazione delle Linee Guida ANAC, è stato istituito il Registro degli accessi a cura del Responsabile della Trasparenza 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 dell'anno 2017. Nel corso del 2019 sono pervenute 4 richieste di accesso civico generalizzato sulle procedure concorsuali e in particolare su documentazione non più presente nell' albo pretorio.

8.1.2. MISSIONI REAL TIME

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.



9. LA PRIVACY ALL'INTERNO DI AREU

Nell'ambito delle attività istituzionali assegnate ad AREU dalla L.33/2009, come modificata dalla L.R. 23/2015 e dalla L.R. dalla L.R. n. 22 del 10.12.2019, AREU è Titolare del trattamento di dati comuni, stato di salute, nonché di dati appartenenti a categorie particolari e relativi ai propri dipendenti e ai soggetti che, a diverso titolo, collaborano con l'Azienda per il perseguimento delle finalità delle proprie attività istituzionali.

Il trattamento dei dati personali avviene in base a principi e finalità che ne garantiscono la legittimità e la conformità alla vigente normativa, in materia di protezione dei dati personali relativa alle attività effettuate da soggetti pubblici, come previsto dal Regolamento (UE) 2016/679 "Regolamento Generale sulla protezione dei dati personali" e dal D. Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e s.m.i..

In tale contesto, AREU, ha posto in essere il percorso di adeguamento aziendale ai nuovi adempimenti previsti dalla citata normativa, lavorando per implementare il sistema di organizzazione e gestione degli aspetti legati alla tutela della privacy nello svolgimento delle attività di propria competenza, tenendo in particolare considerazione la peculiarità e propria organizzazione strategica, unitamente alla varietà e complessità delle relazioni che l'Azienda pone in essere per garantire l'esecuzione dei servizi assegnati istituzionalmente.

AREU, in conformità con quanto previsto dal Regolamento (UE) 2016/679 e dal D.Lgs. 196/2003 e s.m.i.. ha nominato un proprio Responsabile per la Protezione Dati esterno all'Azienda ed ha intrapreso una collaborazione per l'attivazione di assegno di ricerca con l'Università degli Studi di Milano tesa allo studio degli aspetti della privacy legati alla gestione delle situazioni di emergenza urgenza sanitaria extraospedaliera, nonché al coordinamento delle attività trasfusionali, al trasporto organi ed alla gestione del NUE 112 e del NAE 116117.

L'Azienda, inoltre, sta perfezionando i propri modelli di gestione della privacy attraverso



la creazione dei registri delle attività di trattamento, le nomine dei Responsabili e degli Autorizzati al trattamento, la predisposizione di corsi di formazione (lezioni frontali e FAD) e creazione delle necessarie informative.

L'Azienda, di concerto con il proprio DPO ed in relazione alla propria peculiarità istituzionale, ha ritenuto utile, altresì, intraprendere percorsi di confronto con i rappresentanti dei soggetti e degli enti con cui la stessa collabora (es. Gruppo Tecnico Operativo Interregionale e con il Gruppo Tecnico della Commissione 75 bis del "Codice delle Comunicazioni Elettroniche" per la definizione degli aspetti di trattamento dati legate al servizio di risposta alle chiamate di emergenza al NUE 112; rappresentanti dei soggetti che operano nel sistema trasfusionale lombardo e con Regione Lombardia per affrontare in modo condiviso gli aspetti di interesse privacy legati al progetto "Emonet" di creazione banca dati condivisa di dati di interesse trasfusionale; DPO di ATS per la gestione del servizio di Centrale Operativa Integrata nell'ambito del sistema di Continuità Assistenziale e anche DPO di ASST per l'analisi del trattamento dati personali nell'ambito del servizio di soccorso sanitario di emergenza urgenza extraospedaliera) volti all'esecuzione di un'analisi comune dei rapporti di Titolarità/Responsabilità del trattamento dati ed alla redazione di atti di nomina condivisi.

Le azioni intraprese nell'ambito del perfezionamento della gestione della privacy sono volte alla creazione di un modello organizzativo e gestionale della privacy che consenta di garantire un trattamento appropriato dei dati personali in conformità con le finalità aziendali da parte di tutti i soggetti coinvolti, un livello sempre adeguato di protezione dei dati, nonché della predisposizione, ove necessario, di strumenti correttivi e di prevenzione di comportamenti scorretti di trattamento dati.

10. SIGLE E ACRONIMI UTILIZZATI NEL DOCUMENTO

IA=Internal Audit



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 Accessi Defibrillator

PRO = Procedura

RSPP = Responsabile aziendale della Prevenzione e della Protezione

SOREU = Sala Operativa Regionale dell'Emergenza Urgenza



ALLEGATO 1 – Mappatura Processi

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 richiesta al donante	Richiesta tardiva con possibile sospensione del processo	2	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 tardiva ricezione della documentazione	Allungamento dei tempi e sospensione del processo	3	Dimenticanza da parte del donante	3	1	9	Sollecito da parte della SC Affari Generali e Legali
	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 della SS Ingegneria Clinica	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 SS Ingegneria Clinica	5	4	
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	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		
Predisposizione della delibera di accettazione	Errori materiali nella predisposizione della delibera	Allungamento dei tempi per revisione del testo	2	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	Ritardato o mancato perfezionamento del processo da parte delle altre strutture AREU	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	3	1	3	Sollecito da parte degli altri soggetti coinvolti	4	1	

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
	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
	Aggiudicazione definitiva (con delibera)	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	Disattenzione della SC Gestione approvvigionamenti	1	1	4	Confronto tra gli operatori della SC Gestione approvvigionamenti; segnalazione da parte dei concorrenti	5
	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
										5	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
FASE 4 Consegna del bene/erogazione del servizio e verifica di conformità	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		
													Errore nella predisposizione/trasmissione dell'ordinativo	Ritardo nella consegna del bene/esecuzione del servizio	5	Disattenzione/carico di lavoro della SC Gestione approvvigionamenti	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
	Predisposizione del file di lavoro e verifica delle rendicontazioni	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
				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
		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	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		16	Nessuna barriera	1	16
									Pagamento di un compenso, senza necessaria autorizzazione dell'Ente di appartenenza del docente	5	4		80	Nessuna barriera	1	80
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	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
	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	Dimenticanza da parte del personale incaricato	1	2	2	Intervento del dirigente	4	1	
FASE 2 Esecuzione del servizio	Presa 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	La convenzione non prevede tutte le tipologie di trasporto (ma solo quelle indicate dalla Struttura)	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	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	Applicativo gestionale non strutturato per la gestione dell'attività	5	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		
				Mancanza di personale dedicato al ciclo attivo presso la SC Economico finanziario	5	1	20	Nessuna barriera	1	20		
		Contestazione da parte delle		Applicativo gestionale non strutturato per la gestione dell'attività	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	Invalidamento 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		
	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 Errato utilizzo della griglia di valutazione	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		
					Diversa percezione del grado di impegno tecnico richiesto	2	4	32	Commissione esaminatrice composta da diversi soggetti	2	16		
					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
	Pubblicazione 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 e 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	
					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	
	Definizione degli aspetti operativi inerenti l'audit da parte del gruppo di audit	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	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	
					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	
		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	
					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	
Contatto con il Responsabile/Referente del processo da auditare per la definizione delle date e dei dettagli operativi e logistici	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)	Audit non efficace, eventuale necessità di posticipare la data di inizio dell'audit (eventuali criticità se audit da svolgere prima di un audit esterno)	4	Non disponibilità imprevista di uno o più auditor	2	2	8	PRO 13 Gestione degli audit interni, segnalazione degli auditor	4	2		
				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		
	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		
				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		
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	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			
			Check-list non completa, audit non efficace, necessità di dedicare ulteriore tempo all'audit - una volta acquisita la documentazione	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			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	
	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	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
	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	3	3	27	Informazioni indirette e pregressa esperienza	3	9	
			Analisi superficiale della pratica da parte dell'AAT		2	3	18	Nessuna barriera	1	18		
			Numero elevato di richieste in base al territorio pervenute alla AAT		3	2	18	Carico di domande suddivise in base eque per gli operatori	4	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	
	Valutazione, da parte della AAT, della pratica revisionata/integrata dall'Organizzatore (eventuale)	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	3	3	27	Informazioni indirette e pregressa esperienza	3	9	
			Analisi superficiale della pratica da parte dell'AAT		2	3	18	Nessuna barriera	1	18		
			Numero elevato di richieste in base al territorio pervenute alla AAT		3	2	18	Carico di domande suddivise in base eque per gli operatori	4	5		
			Approvazione della pratica da parte della AAT		Approvazione di una pratica non idonea	4	La SOREU non ha la possibilità di individuare correttamente le risorse da impiegare (sottostima dell'evento)	Mancanza di riscontro reale sui dati forniti dall'Organizzatore	3	3	36	
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)	Analisi superficiale della pratica da parte dell'AAT	2	3		24	Nessuna barriera	1	24		
			Numero elevato di richieste in base al territorio pervenute alla AAT	3	2		24	Carico di domande suddivise in base eque per gli operatori	4	6		
FASE 3 Definizione dei dettagli relativi all'assistenza sanitaria da parte del Soggetto erogante	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		5	2	50	Elenchi Comuni/località/vie omonimie/assonanze dei Comuni/località/vie	3	17		
	Errore di digitazione	3		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									

PROCESSO: Gestione delle procedure di acquisto sopra soglia comunitaria

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 redatte dal detentore del processo

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

Attività 3 (fase 2) Approvazione con atto deliberativo dell'indizione della procedura

Attività 4 (fase 2) Pubblicazione della gara su piattaforma digitale (SINTEL, MEPA) e altre pubblicazioni (GUE, GURI, giornali e sito internet aziendale)

Fase 3. Aggiudicazione

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

Attività 2 (fase 3) Individuazione della Commissione Giudicatrice con atto deliberativo

Attività 3 (fase 3) Apertura pubblica delle buste tecniche e valutazione dell'offerta tecnica da parte della Commissione Giudicatrice

Attività 4 (fase 3) Aggiudicazione provvisoria (seduta pubblica di apertura delle buste economiche con la Commissione Giudicatrice)

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

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

Attività 7 (fase 3) Sottoscrizione del contratto

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

Responsabile del processo: Eleonora Zucchinalli

Gruppo di lavoro: Eleonora Zucchinalli, Antonello Nardone, Alessio Lauria

Responsabile registrazione dati: Stefania Favetti

Fase	Attività	Failure mode	Effetti	Gravità degli effetti	Possibili cause del failure mode	Probabilità	Rilevabilità	IPR	Barriere	Efficacia barriere	Nuovo IPR	Proposta barriere/Note	
Richiesta da parte del detentore del processo interessato	Compilazione MOD 37 da parte del detentore del processo (DEC) 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 al DEC	3	1	6	Eventi formativi rivolti ai DEC	4	2		
		Modulo non chiaro/incompleto		3	1	0	In corso l'aggiornamento del MOD 37	4	0				
	Verifica e validazione della richiesta da parte della SC Approvvigionamenti	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	0	Confronto tra gli operatori della SC Gestione approvvigionamenti; verifica da parte del RUP; confronto con il DEC	5	0		
	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			
Espletamento procedura	Redazione della documentazione da parte della SC Gestione approvvigionamenti, sulla base delle specifiche tecniche redatte dal detentore del processo	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 RSP dei contenuti del capitolato relativi alla sicurezza (eventuale)	Non corretta rilevazione, da parte del RSP, dei possibili rischi di interferenza	Quantificazione imprecisa degli oneri a carico del fornitore	2	Disattenzione del RSP	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 RSP delle esigenze espresse	1	4	0	Indicazione, nella documentazione di gara, che i rischi da interferenza possono essere oggetto di revisione nel corso del contratto; confronto del RSP con il fornitore aggiudicatario	4	0		
	Approvazione con atto deliberativo dell'indizione della procedura	Errore nella predisposizione della delibera di indizione della procedura	Errata indizione	2	Disattenzione della SC Gestione approvvigionamenti	2	1	4	Iter di approvazione della delibera (controllo delle competenti Strutture aziendali); pubblicazione della delibera di indizione; rilevazione da parte della SC Gestione approvvigionamenti all'atto della pubblicazione del bando e della documentazione	4	1		
	Pubblicazione della gara su piattaforma digitale (SINTEL, MEPA) e altre	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	0	Interlocuzione con il call center della piattaforma; formazione operatori SC Gestione approvvigionamenti; confronto tra gli operatori della SC Gestione approvvigionamenti	4	0			
	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			

Fase	Attività	Failure mode	Effetti	Gravità degli effetti	Possibili cause del failure mode	Probabilità	Rilevabilità	IPR	Barriere	Efficacia barriere	Nuovo IPR	Proposta barriere/Note
	pubblicazioni (GUE, GURI, giornali e sito internet aziendale)	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	
		Inosservanza degli obblighi giuridici di pubblicazione (GUE, GURI, giornali e sito internet aziendale)	Non vi è piena visibilità della procedura indetta	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	0	
Aggiudicazione	Apertura pubblica telematica delle buste e verifica della documentazione amministrativa presentata	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	
		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	Seduta pubblica; 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 Giudicatrice con atto deliberativo	Inclusione nella Commissione Giudicatrice di soggetto che ha/hanno 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	0	Autocontrolli mediante riepilogativo della procedura (stampa check -list); confronto tra gli operatori della SC Gestione approvvigionamenti	5	0	
	Apertura pubblica delle buste tecniche e valutazione dell'offerta tecnica da parte della Commissione Giudicatrice	Errata/parziale verifica della presenza della documentazione richiesta da parte della Commissione Giudicatrice	Errata verifica della Commissione Giudicatrice	5	Disattenzione della Commissione Giudicatrice	1	1	5	La Commissione Tecnica, in sede di valutazione, rileva le criticità in merito alla documentazione trasmessa	5	1	
		Ammissione del concorrente che non ha presentato quanto previsto a pena di esclusione dalla documentazione di gara o con errore non sanabile, al fine di agevolarlo	Ricorso dei concorrenti; danno all'immagine aziendale	5	Limitata percezione del rischio corruttivo da parte della commissione giudicatrice	1	1	5	Seduta pubblica; nel corso della seduta oltre alla commissione è presente sempre il RUP; pubblicazione dei verbali di ammissione; normativa (prevede il diritto di accesso alla documentazione da parte dei concorrenti)	5	1	
		Errata/incompleta valutazione della documentazione di gara da parte della Commissione Giudicatrice	Errata valutazione della Commissione Giudicatrice	5	Disattenzione dei componenti della Commissione Giudicatrice	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 delle buste economiche con la Commissione Giudicatrice)	Ammissione del concorrente che ha presentato documentazione incompleta	Ricorso dei concorrenti	5	Disattenzione dei componenti della Commissione Giudicatrice	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	
	Aggiudicazione definitiva (con delibera)	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	Disattenzione della SC Gestione approvvigionamenti	1	1	4	Confronto tra gli operatori della SC Gestione approvvigionamenti; segnalazione da parte dei concorrenti	5	1	
	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	0	Confronto tra gli operatori della SC Gestione approvvigionamenti e controlli incrociati; segnalazione da parte dei concorrenti e delle Autorità competenti	4	0		
Sottoscrizione del contratto	Mancato rispetto dei termini normativi (eccetto unica offerta) di stand still	Avvio dell'esecuzione del contratto anticipata con potenziale pregiudizio nei confronti degli altri operatori in graduatoria. Danno economico aziendale per risarcimento.	5	Disattenzione/carico di lavoro della SC Gestione approvvigionamenti	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		
				Incompletezza degli elementi fondamentali del contratto sia come definiti dalla normativa che dalla documentazione di gara	Esecuzione di Contratto nullo. Danno economico aziendale per mancata realizzazione delle richieste di capitolato.	5	Disattenzione/carico di lavoro della SC Gestione approvvigionamenti	1	1	5	Confronto tra gli operatori della SC Gestione approvvigionamenti e controlli incrociati; segnalazione da parte dei concorrenti e delle Autorità competenti	4
			Rischio corruttivo del RUP	1	1		0	Confronto tra gli operatori della SC Gestione approvvigionamenti e controlli incrociati; segnalazione da parte dei concorrenti e delle Autorità competenti	4	0		
Consegna del bene/erogazione e del servizio e verifica di conformità	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	0	Verifica della SC Gestione approvvigionamenti; segnalazioni da parte dei fruitori del bene/servizio	5	0	
			Errore nella predisposizione/trasmisione 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

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 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	0	Verifica della SC Gestione approvvigionamenti; segnalazioni da parte dei fruitori del bene/servizio	5	0	
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	4	1	