SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE COSENZA

REGIONE CALABRIA

Deliberazione del Commissario n. 145 **del** 30 GEN. 2020

Oggetto: Approvazione Piano per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per il triennio 2020-2021-2022 (PTPCT).

Il Commissario Straordinario Prof.ssa Daniela Saitta, nominata con Decreto del Ministero della Salute del 13 dicembre 2019, registrato alla Corte dei Conti in data 9 gennaio 2020 al n. 56, adotta la seguente deliberazione in merito all'argomento indicato in oggetto.

STRUTTURA PROPONENTE:
Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza propone al Commissario Straordinario l'adozione del presente provvedimento del quale ha accertato la regolarità tecnico-procedurale.

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza
Dott. Francesco Laviola

REGIONE CALABRIA - Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza

Visto del Direttore del Dipartimento _____

FIRMA

Nome e cognome

IL RESPONSABILE DEL CONTO ECONOMICO

N° CENTRO DI RESPONSABILITA'/COSTO ADG100020107 N° CONTO ECONOMICO/PATRIMONIALE 502020301

SPESA PRESENTE ATTO Euro 14.000,00

☐ **NON COMPORTA ONERI DI SPESA**

Esprime parere favorevole.

REGIONE CALABRIA - Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza

Timbro e Firma
Dott. Giulio Claudio Cangemi

IL DIRETTORE DELL'U.O. C. GESTIONE RISORSE ECONOMICHE FINANZIARIE

Atteso che la spesa di € 14.000,00 (quattordicimila/00) scaturente dalla presente proposta è stata prenotata al conto n. 502020301 del bilancio economico preventivo 2020 che presenta idonea copertura economica.

IL DIRETTORE U.O.C.
Dott.ssa Aurora De Ciancio

IL PRESENTE ATTO CONTIENE N. ____ ALLEGATI

PREMESSO

che la legge 6 novembre 2012 n. 190 recante "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*" dispone, al comma 8 , art. 1 che l'organo di indirizzo politico, su proposta del Responsabile individuato ai sensi del comma 7, entro il 31 gennaio di ogni anno, adotti il Piano triennale di prevenzione della corruzione contenente l'analisi e valutazione dei rischi specifici di corruzione e gli interventi organizzativi volti a prevenirli;

che il Dott. Francesco Laviola, Dirigente Medico, Direttore U.O.C. Programmazione e controllo, con deliberazione n. 1614 del 05 ottobre 2016, è stato nominato Responsabile della prevenzione della corruzione e con deliberazione n. 1776 del 10 novembre 2016, Responsabile della trasparenza di questa Azienda Sanitaria Provinciale;

VISTO ed esaminato il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza 2020 – 2022 predisposto dal Responsabile Dott. Francesco Laviola che contiene le indicazioni ed il programma delle attività di prevenzione della corruzione e della trasparenza da realizzare nell'anno 2020 nell'ambito dell'ASP di Cosenza;

PRESO ATTO che il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza 2020 – 2022 si propone di:

- ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione nella ASP di Cosenza;
- aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione o maladministration;
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione;

RITENUTO DOVER

- **approvare** il Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza 2020-2022, e tutte le misure in esso contenute, nella stesura allegata al presente atto per farne parte integrante e sostanziale;
- **autorizzare** la realizzazione del programma annuale di formazione residenziale trasmettendo il presente atto all'U.O. Formazione del personale per la presa d'atto ed immediata esecuzione, a seguito di progettazione di ogni singola iniziativa di formazione, con il corrispondente budget assegnato, recependo successivamente tale programmazione nel Piano annuale della formazione aziendale;
- **impegnare** la spesa di € 14.000,00 (quattordicimila/00) sul conto economico 502020301 (formazione - esternalizzata e non – da pubblico) ed imputare la somma sul centro di costo ADG100020107 per la realizzazione del programma di formazione residenziale ed esternalizzata nonché l'acquisto di manuali e testi professionali, abbonamenti a riviste specializzate, anche online secondo i tempi, le modalità ed i contenuti indicati nel Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza, dando mandato all' U.O. Formazione del personale di procedere alla liquidazione di ogni competenza e rimborso per le iniziative di formazione esternalizzata fruite, senza ulteriori atti;
- **che** l'ufficio delibere è autorizzato a pubblicare il presente atto sull'albo pretorio on line dell'ASP di Cosenza;

su conforme proposta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della trasparenza, Dott. Francesco Laviola, formulata a seguito della istruttoria compiuta dalla struttura interessata, che non ha rilevato vizi in ordine alla regolarità e conformità dell'atto alla normativa vigente, e che è anche Responsabile del Procedimento amministrativo ai sensi e per gli effetti di cui alla Legge n. 241/90;

Il Commissario Straordinario

DELIBERA

- **di** ratificare e confermare tutto quanto espresso in premessa
- **di approvare** il Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza 2020 – 2022 e tutte le misure in esso contenute, allegato alla presente quale parte integrante e sostanziale;
- **di disporre** l'adempimento delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza contenute nel Piano da parte dei Direttori/Dirigenti delle strutture interessate e responsabili delle misure;

- **di impegnare** la spesa di € 14.000,00 (quattordicimila/00) sul conto economico 502020301 (formazione - esternalizzata e non – da pubblico) ed imputare la somma sul centro di costo ADG100020107 per la realizzazione del programma di formazione residenziale ed esternalizzata nonché l'acquisto di manuali e testi professionali, abbonamenti a riviste specializzate, anche online secondo i tempi, le modalità ed i contenuti indicati nel Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza, dando mandato all' U.O. Formazione del personale di procedere alla liquidazione di ogni competenza e rimborso per le iniziative di formazione esternalizzata fruite, senza ulteriori atti;
- **di pubblicare** il Piano triennale della prevenzione della corruzione e della trasparenza 2020 – 2022 sul sito Web aziendale www.asp.cosenza.it nella Sezione "Amministrazione Trasparente – Altri contenuti/Prevenzione della corruzione/Piano Triennale prevenzione della corruzione e della trasparenza";
- **di precisare che la pubblicazione** dell'allegato Piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza sul sito aziendale www.asp.cosenza.it vale come notifica ai Responsabili di tutte le strutture complesse e semplici dipartimentali e, a cura dei precitati Responsabili, a tutti i Dirigenti e dipendenti assegnati nelle rispettive strutture, che relazioneranno, ognuno per la parte di competenza, periodicamente ed in sede di monitoraggio, al Responsabile Prevenzione della Corruzione e Trasparenza – RPCT;
- **di autorizzare** la realizzazione del programma annuale di formazione residenziale trasmettendo il presente atto all'U.O. Formazione del personale per la presa d'atto ed immediata esecuzione, a seguito di progettazione di ogni singola iniziativa di formazione, con il corrispondente budget assegnato, recependo successivamente tale programmazione nel Piano annuale della formazione aziendale;
- **di dare atto** che il Piano verrà aggiornato ogni qual volta sarà necessario, in base all'evoluzione della normativa in materia;
- **di precisare** che il presente provvedimento, non soggetto a controllo, è immediatamente esecutivo ai sensi dell'art. 13 della Legge Regionale n. 11/2004.

Il Commissario Straordinario
Prof.ssa Daniela SALTTA

RELATA DI PUBBLICAZIONE

Si attesta che la presente deliberazione è stata affissa all'Albo Pretorio di questa Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza il 30 GEN. 2020 **e vi rimarrà per quindici giorni consecutivi ed è stata trasmessa, in pari data, al Collegio Sindacale.**

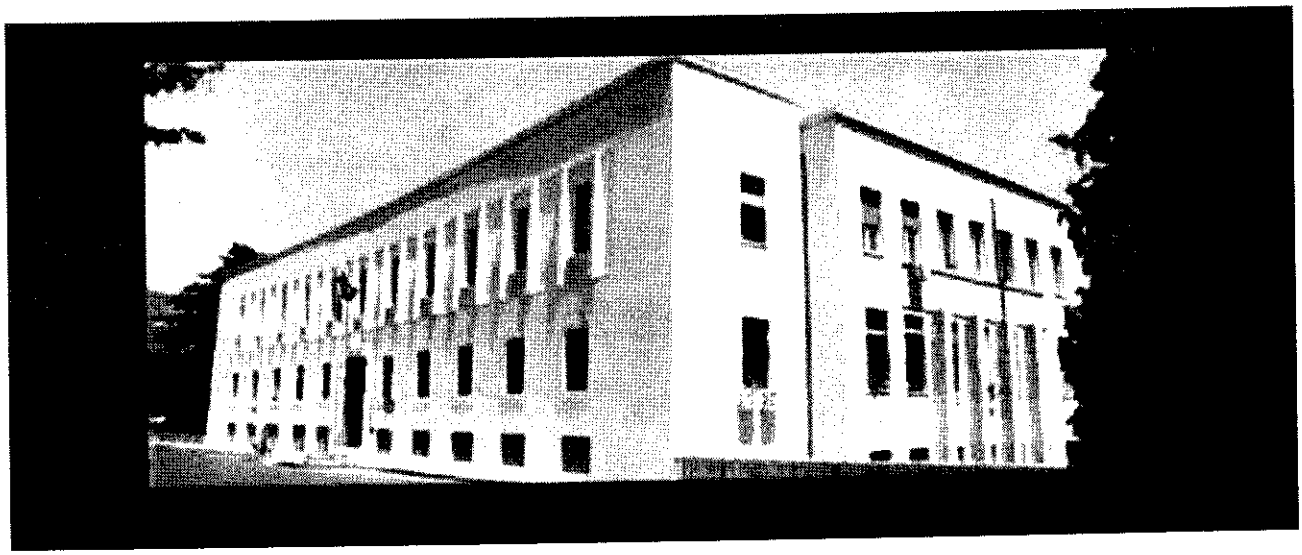
Ufficio Gestione Delibere
Il Delegato
Vincenzo Bellitti

Per copia conforme all'originale per uso amministrativo

Trasmessa all'Assessorato alla Tutela della Salute ed Organizzazione Sanitaria il_____

Prot. n. _____ESECUTIVA il _____

ALLEG. ALLA DELIBERA
N. 145 del 30 GEN. 2020



PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 2020/2022

1. Identità dell'Azienda Sanitaria .....pag. 3
2. Chi siamo. Mandato istituzionale e Missione..... ... pag. 3
3. Analisi del Contesto..... pag. 4
3.1 Analisi del contesto esterno ..... pag. 4
3.2 Dati geo-funzionali e di attività economica..... pag. 6
3.3 Dati di contesto su fenomeno corruttivo.....pag. 12
3.4 Analisi del contesto interno ..... pag. 15
4. Il Modello organizzativo: ..... .pag. 16
4.1 Struttura organizzativa dell'Azienda sanitaria..... pag. 16
4.2 Anticorruzione e Trasparenza..... pag. 19
4.3 Contesto normativo di riferimento..... pag. 21
4.4 Modello organizzativo Ufficio anticorruzione ASP Cosenza .....pag. 22
4.4.1 Organizzazione interna dell'ASP di Cosenza .....pag. 22
4.4.2 Modello organizzativo dell'ASP di Cosenza ..... pag. 23
5. Processo di gestione del rischio..... .... pag.26
6 Trasparenza .....pag. 27
7 Etica e integrità.....pag. 28
8 Formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche attinenti alla prevenzione della corruzione .....pag. 29
9. Segnalazione degli illeciti..... pag. 35
10 Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile .....pag. 35
11 Monitoraggio del PTPC e delle misure.....pag. 36
12 Coordinamento ed integrazione con la programmazione aziendale .....pag. 36

ALLEGATI AL PRESENTE DOCUMENTO

Allegato 1) Catalogo dei procedimenti amministrativi
Allegato 2) Mappatura dei processi e valutazione del rischio e misure di trattamento del rischio.
Allegato 3) Prospetto degli obblighi di pubblicazione di cui al D.Lgs. 33/13
Allegato 4) Stato degli adempimenti relativi alle pubblicazioni obbligatorie - Anno 2019

1. Identità dell'Azienda Sanitaria.

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza, gode di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 1 bis del D.Lgs. n.502/1992 s.m.i., per cui l'organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con atto di diritto privato (atto aziendale), nel rispetto dei principi e dei criteri stabiliti dalla normativa regionale e dalle disposizioni sul piano di rientro.
Ha sede in Via degli Alimena 8, Cosenza. Il Sito Istituzionale è il seguente: www.asp.cosenza.it

2. Chi siamo. Mandato istituzionale e Missione.

La **Missione** dell'Azienda Sanitaria di Cosenza è di contribuire alla promozione, al mantenimento e allo sviluppo dello stato di salute della propria popolazione di riferimento e dei soggetti presenti nel territorio di competenza, che si trovino in condizioni di bisogno di assistenza, assicurando l'accesso a tutte le tipologie di servizi e di prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza, definiti dai diversi stadi di programmazione: nazionale, regionale e locale. La missione organizzativa aziendale è finalizzata al miglioramento dello stato di salute della popolazione assistita, nel rispetto dei vincolo dell'equilibrio economico e della natura pubblica del Servizio.
La **Visione** strategica dell'Azienda è rivolta a consolidare un sistema organizzativo improntato sull'adeguatezza, sulla qualità ed il miglioramento dei servizi offerti e rivolto alla ricerca della soddisfazione della domanda di salute ed alla valorizzazione delle risorse umane presenti al suo interno. L'Azienda, nell'ottica di sostenere la motivazione ed il senso di appartenenza degli operatori, promuove lo sviluppo delle relazioni interne attraverso forme di partecipazione organizzativa, coinvolgendo le diverse professionalità nei processi di sviluppo dell'Organizzazione.
L'ASP di Cosenza per orientare le proprie azioni, si configura come:

- un'Organizzazione che, a parità di opportunità qualitativo-economiche, privilegia i rapporti con il contesto socio - economico del territorio di riferimento, nell'ambito di una più generale politica di alleanza per la salute e di benessere della popolazione;
- un'Organizzazione di rete dei servizi, differenziata ed integrata internamente e nei confronti degli altri operatori pubblici presenti sul territorio provinciale e regionale, quali le altre Aziende sanitarie, con cui intende rapportarsi per rendere disponibili alla popolazione servizi di eccellenza;
- un'Organizzazione che cura il proprio capitale professionale e che sia capace di fornire opportunità di crescita culturale e di carriera ai propri operatori.

Per perseguire questa strategia, l'azione dell'Azienda è volta alla ricerca ed alla realizzazione di sinergie con le altre Aziende Sanitarie della Regione. L'integrazione è volta a realizzare economie di scopo e di scala finalizzate ad assicurare un'elevata qualità a costi sostenibili. L'Azienda assicura altresì pari opportunità in ordine all'accesso all'impiego, ai percorsi formativi, all'affidamento di incarichi, allo sviluppo professionale.
Il **Direttore Generale** è il Legale Rappresentante dell'Azienda, responsabile della gestione complessiva della stessa, esercita le competenze di governo e di controllo, nomina i responsabili delle strutture operative. E' coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal **Direttore Amministrativo** e dal **Direttore Sanitario**, da lui nominati.
Il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario costituiscono la **Direzione Aziendale** che assicura la direzione strategica dell'ASP attraverso la funzione generale di pianificazione, programmazione, indirizzo e controllo. I Direttori Amministrativo e Sanitario compartecipano, per specifica responsabilità (anche attraverso l'espressione di pareri) alla gestione dell'Azienda.
Il **Collegio Sindacale**, nominato dal Direttore Generale, è formato da tre componenti nominati: uno dalla Regione, uno dal Ministero dell'Economia e delle Finanza ed uno dal Ministero della Salute, dura in carica tre anni. Il Collegio esercita le funzioni di verifica e controllo in ordine alla regolarità amministrativa e contabile dell'attività aziendale, di vigilanza sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale, esamina ed esprime valutazioni sul bilancio d'esercizio.
L'attività dell'ASP di Cosenza si ispira alle indicazioni stabilite dai Comitati Etici, Nazionali e Regionali. L'attuazione di detti Principi è assicurata da un Comitato Etico interaziendale con sede presso l'Azienda Ospedaliera.

L'ASP di Cosenza si prefigge l'obiettivo di cambiare approccio culturale, individuando e mettendo a disposizione le condizioni in primo luogo organizzative e culturali affinché si inneschi un significativo "cambio di passo" verso una gestione integra, trasparente ed efficace dei servizi sanitari al cittadino per:

- Ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione nella ASP di Cosenza;
- Aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione o maladministration;
- Creare un contesto sfavorevole alla corruzione;

Le finalità e le strategie per la prevenzione della corruzione saranno perseguite nell'ASP di Cosenza attraverso la completa individuazione:

- delle attività, settori e uffici esposti al rischio corruzione;
- delle attività, meccanismi e strumenti atti a prevenire il rischio di corruzione identificato.
- delle modalità per verificarne l'attuazione, per implementarlo ed aggiornarlo in relazione ai rischi emergenti.

Ai fini della individuazione delle aree a rischio è necessaria una analisi del contesto interno ed esterno, e ciò ci consente di stabilire le misure da implementare e di individuare i responsabili per la implementazione di ciascuna misura nei tempi stabiliti.

3. Analisi del Contesto

L'analisi del contesto risulta di grande importanza in quanto permette di evidenziare la connessione derivante tra le caratteristiche dell'ambiente, esterno ed interno, in cui opera l'Azienda ed i rischi di comportamenti corruttivi.

L'analisi del contesto, esterno ed interno, dovrà essere costante e fondata sullo studio di dati rilevati ed elaborati direttamente, in particolare all'interno dell'Azienda (es. attività e prestazioni, dati di monitoraggio del Piano di attività, Piano della Performance e PTPCT), o da altri Enti, territoriali e di settore. Ad un livello di maggiore aggregazione, si deve fare riferimento a studi e ricerche, report, documentazione prodotta da altri soggetti.

3.1 Contesto esterno.

Il territorio dell'ASP di Cosenza è composto dai 150 Comuni che insistono nella Provincia, con una popolazione di 705.753 abitanti. E' una delle province più popolose d'Italia, con un territorio grande anche in termini di superficie territoriale, che si sviluppa su 6.650 kmq, pari al 44,1 % della superficie calabrese. Di conseguenza é caratterizzato da una densità demografica abbastanza bassa (circa 110 abitanti per Kmq) rispetto al dato nazionale (187 abitanti per Kmq). L'Azienda Sanitaria abbraccia un territorio misto, prevalentemente collinare, con kmq 3.604 in Montagna, 2.693 in Collina, 352 in Pianura.

I 150 Comuni della Provincia di Cosenza sono concentrati in centri abitati tutti con popolazione inferiore a 100.000 unità, tra i quali spicca la città capoluogo di Cosenza; gli altri principali centri sono: Corigliano-Rossano, Rende, Castrovillari, Acri, S. Giovanni in Fiore, Paola e Cassano allo Jonio. Pochi altri Comuni registrano una popolazione superiore ai 10.000 abitanti, mentre risulta alto il numero dei Comuni con meno di 5.000 abitanti, molti dei quali sono ubicati nelle aree interne montane e collinari.

Il territorio dell'ASP di Cosenza è organizzato in 6 Distretti socio-sanitari con una popolazione così suddivisa (Tab.1):

Tab.1 - Popolazione residente nell'ASP Cosenza (dati Istat) anno 2019

DISTRETTI ASP	N° Comuni	popolazione	% Maschi	% Femmine
1 - "TIRRENO"	33	**134.730**	49	51
2 - "ESARO/POLLINO"	28	**96.633**	49	51
3- "JONIO NORD"	21	**100.867**	49	51
4 - "JONIO SUD"	14	**70.723**	49	51
5 - "VALLE CRATI"	20	**143.516**	49	51
6 - "COSENZA/SAVUTO"	34	**159.284**	48	52
TOTALE DISTRETTI	150	**705.753**	49	51

Nella tabella seguente si riporta la classifica delle province della Calabria ordinata per **popolazione residente**. I dati sono aggiornati al 01/01/2019 (*ISTAT*).

	Provincia/Città Metropolitana	Popolazione *residenti*	Superficie *km²*	Densità *abitanti/km²*	Numero Comuni
1.	**Cosenza**	705.753	6.709,75	105	150
2.	*Città Metropolitana di* **REGGIO CALABRIA**	548.009	3.210,37	171	97
3.	**Catanzaro**	358.316	2.415,45	148	80
4.	**Crotone**	174.980	1.735,68	101	27
5.	**Vibo Valentia**	160.073	1.150,64	139	50
	Totale	**1.947.131**	**15.221,90**	**128**	**404**

Di seguito si riportano i dati della distribuzione per fasce di età della popolazione nella provincia di Cosenza al 01 gennaio 2019:

Età	*Celibi/ Nubili*	*Coniugati/e*	*Vedovi/e*	*Divorziati e*	***Maschi N°***	***Maschi %***	***Femmine N°***	***Femmine %***	***Totale N°***	***Totale %***
0-4	27.668	0	0	0	14.078	50,90%	13.590	49,10%	**27.668**	3,90%
05-set	29.670	0	0	0	15.184	51,20%	14.486	48,80%	**29.670**	4,20%
ott-14	31.637	0	0	0	16.300	51,50%	15.337	48,50%	**31.637**	4,50%
15-19	33.628	17	0	1	17.408	51,70%	16.238	48,30%	**33.646**	4,80%
20-24	35.704	750	0	6	19.051	52,30%	17.409	47,70%	**36.460**	5,20%
25-29	36.424	5.733	8	45	21.580	51,10%	20.630	48,90%	**42.210**	6,00%
30-34	27.428	16.561	43	196	22.438	50,70%	21.790	49,30%	**44.228**	6,30%
35-39	18.388	26.510	97	511	22.929	50,40%	22.577	49,60%	**45.506**	6,40%
40-44	13.861	34.855	270	976	24.954	49,90%	25.008	50,10%	**49.962**	7,10%
45-49	10.772	39.838	666	1.533	25.650	48,60%	27.159	51,40%	**52.809**	7,50%
50-54	8.548	43.728	1.245	1.722	26.837	48,60%	28.406	51,40%	**55.243**	7,80%
55-59	6.349	42.970	2.206	1.487	25.847	48,80%	27.165	51,20%	**53.012**	7,50%

60-64	4.500	38.527	3.362	1.241	23.097	48,50%	24.533	51,50%	**47.630**	6,70%
65-69	3.051	33.813	4.971	995	20.739	48,40%	22.091	51,60%	**42.830**	6,10%
70-74	2.219	26.416	6.505	610	17.116	47,90%	18.634	52,10%	**35.750**	5,10%
75-79	1.558	18.303	8.101	355	13.121	46,30%	15.196	53,70%	**28.317**	4,00%
80-84	1.375	12.990	10.180	210	10.646	43,00%	14.109	57,00%	**24.755**	3,50%
85-89	970	6.020	8.950	101	6.110	38,10%	9.931	61,90%	**16.041**	2,30%
90-94	476	1.595	4.464	33	2.120	32,30%	4.448	67,70%	**6.568**	0,90%
95-99	149	266	1.204	9	439	27,00%	1.189	73,00%	**1.628**	0,20%
100+	25	34	124	0	57	31,10%	126	68,90%	**183**	0,00%
Totale	**294.400**	**348.926**	**52.396**	**10.031**	**345.701**	**49,00%**	**360.052**	**51,00%**	**705.753**	100,00%

3.2 *Dati geo-funzionali e di attività economica*

La popolazione residente è per lo più distribuita in maniera disomogenea nei 150 Comuni per come si evince anche dai dati geo-funzionali della ASP di Cosenza distinti per gli ex 15 Distretti sociali:

DATI GEOFUNZIONALI ASP COSENZA			
DISTRETTI SOCIALI	n° comuni	sup. Km2	dens-ab/Km
Trebisacce	17	887	61,77
Castrovillari	13	734	68,66
Cosenza	15	687	172,56
San Marco Argentano	15	606	79,07
Praia Scalea	15	541	107,55
MVC	9	392	135,55
Rogliano	18	373	66,44
Paola Cetraro	9	351	141,19
Corigliano	5	298	157,88
San Giovanni in Fiore	1	280	61,53
Cariati	7	245	69,38
Acri	2	238	97,45
Rende	9	224	302,96
Amantea	9	214	129,70
Rossano	6	209	260,02
TOTALE	**150**	**6.279**	**113,35**

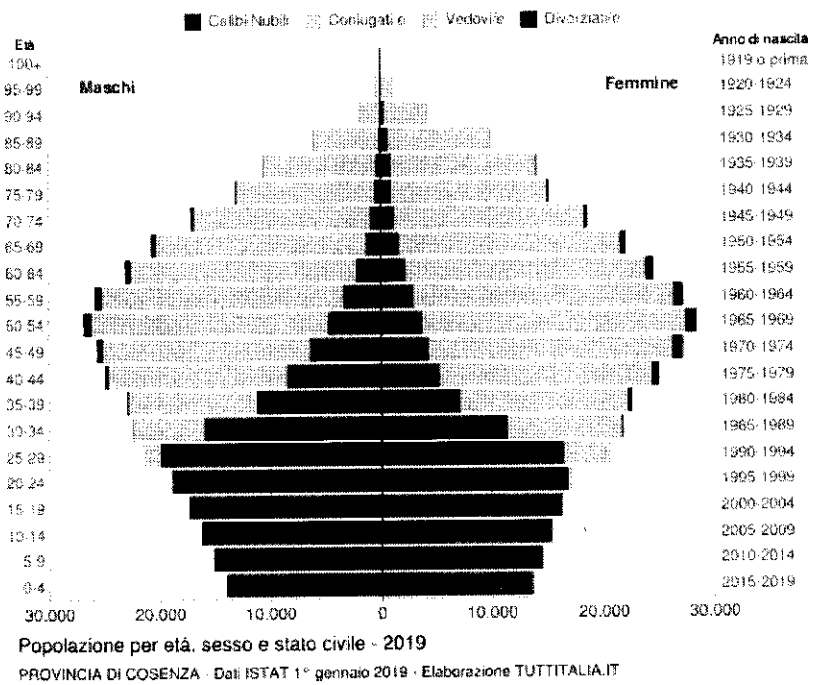
Si riporta di seguito la classificazione sintetica dei Comuni dell'ASP di Cosenza secondo la densità abitativa e la zona altimetrica estesa:

Densità abitativa Ab/Km2	Valori assoluti	valori percentuali
(0 – 49)	41	26,5
(49,01 – 77)	37	23,9
(77,01 - 157)	40	25,8
(157+)	37	23,9
Totale	**155**	**100**

Zona altimetrica estesa x numero di Comuni		
	Valori assoluti	**valori percentuali**
Montagna interna	53	34,2
Montagna litoranea	27	17,4
Collina interna	43	27,7
Collina litoranea	25	16,1
Pianura	7	4,5
Totale	**155**	**100**

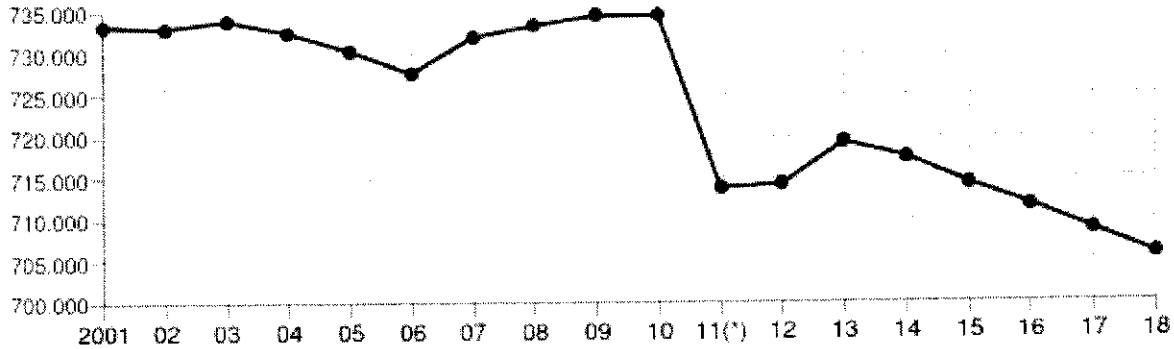
I residenti con 65 e più anni sono 156.072, nell'intera azienda, con un tasso di invecchiamento (popolazione => 65 anni/popolazione totale), per l'intera azienda pari a 19.1 anziani per ogni 100 abitanti. L'età media della popolazione dell'intera Azienda, calcolata come media delle età ponderata con l'ammontare della popolazione in ciascuna classe di età, è di 41 anni.

Il grafico in basso, detto **Piramide delle Età**, rappresenta la distribuzione della popolazione residente in provincia di Cosenza per età, sesso e stato civile al 1° gennaio 2019.



La popolazione è riportata per **classi quinquennali** di età sull'asse Y, mentre sull'asse X sono riportati due grafici a barre a specchio con i maschi (a sinistra) e le femmine (a destra). I diversi colori evidenziano la distribuzione della popolazione per stato civile: celibi e nubili, coniugati, vedovi e divorziati.

Andamento demografico della popolazione residente in **provincia di Cosenza** dal 2001 al 2018. Grafici e statistiche su dati ISTAT al 31 dicembre di ogni anno.



Andamento della popolazione residente

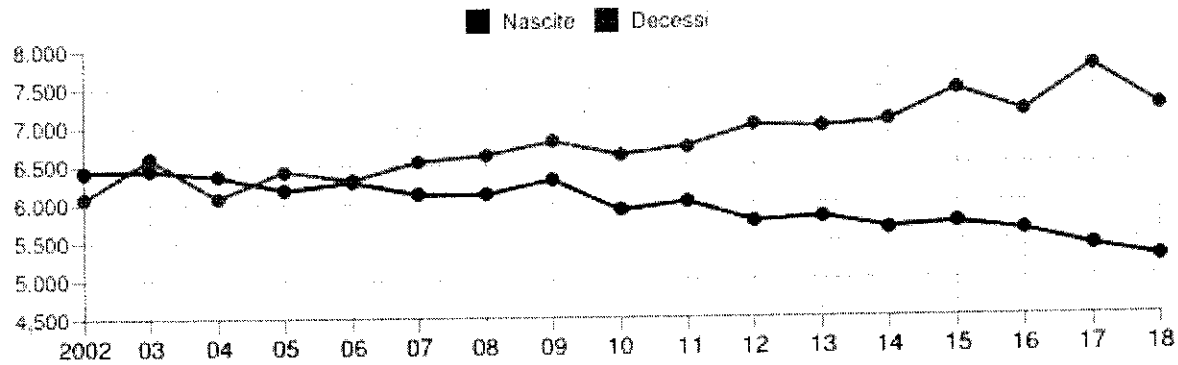
PROVINCIA DI COSENZA - Dati ISTAT al 31 dicembre di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento

Dal grafico si evince come la popolazione dal 2016 al 2018 sia diminuita passando da 711.739 del 2016, a 708.702 del 2017, a 705.753 del 2018.

Movimento naturale della popolazione

Il movimento naturale di una popolazione in un anno è determinato dalla differenza fra le nascite ed i decessi ed è detto anche **saldo naturale**. Le due linee del grafico in basso riportano l'andamento delle nascite e dei decessi negli ultimi anni. L'andamento del saldo naturale è visualizzato dall'area compresa fra le due linee.

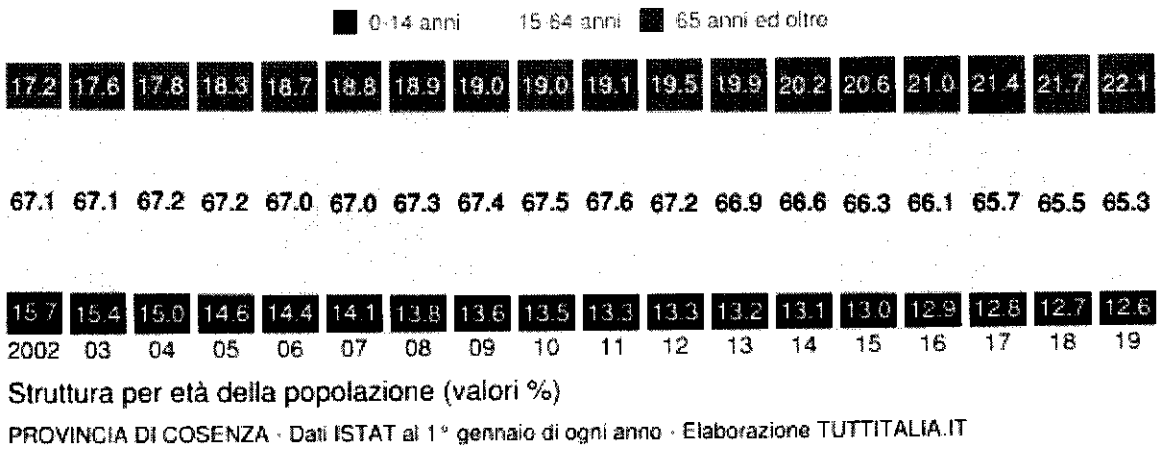


Movimento naturale della popolazione

PROVINCIA DI COSENZA - Dati ISTAT (bilancio demografico 1 gen-31 dic) - Elaborazione TUTTITALIA.IT

Dal grafico si evince che le nascite in provincia di Cosenza sono diminuite passando da 5.622 nati del 2016, a 5.412 nel 2017, ed a 5.560 nati nel 2018.
Per quanto riguarda i decessi, nella provincia di Cosenza si sono incrementati passando da 7.178 decessi del 2016, a 7.767 nel 2017, ed a 7.241 nel 2018.

Struttura della popolazione dal 2002 al 2019
L'analisi della struttura per età di una popolazione considera tre fasce di età: **giovani** 0-14 anni, **adulti** 15-64 anni e **anziani** 65 anni ed oltre. In base alle diverse proporzioni fra tali fasce di età, la struttura di una popolazione viene definita di tipo *progressiva*, *stazionaria* o *regressiva* a seconda che la popolazione giovane sia maggiore, equivalente o minore di quella anziana.
Lo studio di tali rapporti è importante per valutare alcuni impatti sul sistema sociale, ad esempio sul sistema lavorativo o su quello sanitario.



Struttura per età della popolazione (valori %)
PROVINCIA DI COSENZA - Dati ISTAT al 1° gennaio di ogni anno - Elaborazione TUTTITALIA.IT

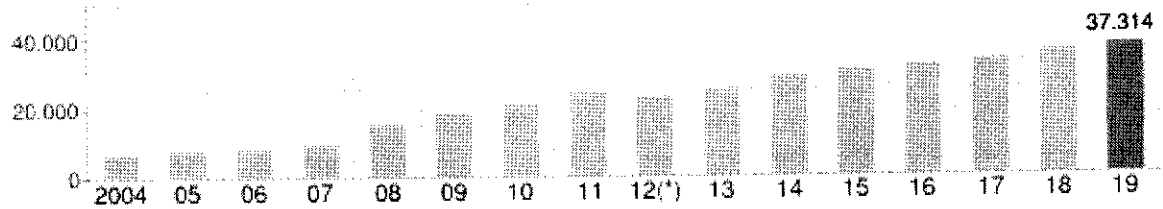
Dal grafico si evince che la popolazione della provincia di Cosenza è di tipo regressivo.

Indice di vecchiaia
Rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione. È il rapporto percentuale tra il numero degli ultrasessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni. *Ad esempio, nel 2019 l'indice di vecchiaia per la provincia di Cosenza dice che ci sono 175,4 anziani ogni 100 giovani.*

Indice di dipendenza strutturale
Rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella attiva (15-64 anni). *Ad esempio, teoricamente, in provincia di Cosenza nel 2019 ci sono 53,2 individui a carico, ogni 100 che lavorano.*

Indice di ricambio della popolazione attiva
Rappresenta il rapporto percentuale tra la fascia di popolazione che sta per andare in pensione (60-64 anni) e quella che sta per entrare nel mondo del lavoro (15-19 anni). La popolazione attiva è tanto più giovane quanto più l'indicatore è minore di 100. *Ad esempio, in provincia di Cosenza nel 2019 l'indice di ricambio è 141,6 e significa che la popolazione in età lavorativa è molto anziana.*

Cittadini stranieri 2019 - provincia di Cosenza
Popolazione straniera residente in **provincia di Cosenza** al 1° gennaio 2019. Sono considerati cittadini stranieri le persone di cittadinanza non italiana aventi dimora abituale in Italia.



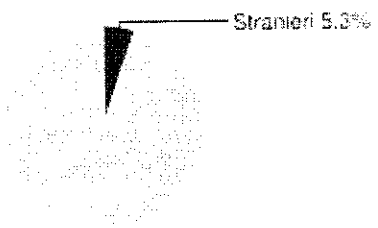
Andamento della popolazione con cittadinanza straniera - 2019

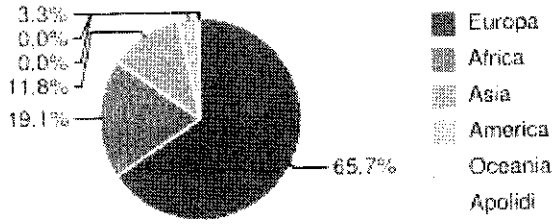
PROVINCIA DI COSENZA - Dati ISTAT 1° gennaio 2019 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento

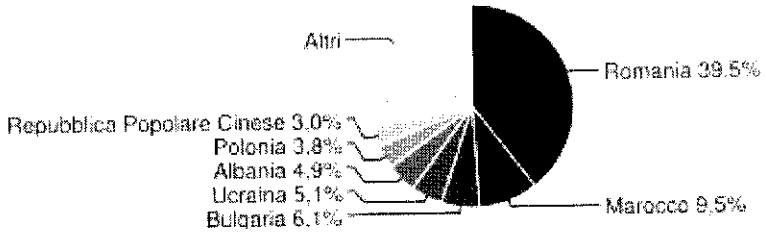
Distribuzione per area geografica di cittadinanza

Gli stranieri residenti in provincia di Cosenza al 1° gennaio 2019 sono **37.314** e rappresentano il 5,3% della popolazione residente.





La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla **Romania** con il 39,5% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dal **Marocco** (9,5%) e dalla **Bulgaria** (6,1%).



Economia

Con i suoi 150 comuni è la prima provincia calabrese per numero di comuni. Ospita, presso Arcavacata di Rende, l'Università della Calabria (UNICAL).

La superficie territoriale è suddivisa in 3.604 km^2 di montagna, 2.696 km^2 di collina e 352 km di pianura. La provincia ha anche 228 km di coste, che affacciano sul mar Tirreno ad ovest e sul mare Jonio ad est.

Le attività produttive prevalenti si possono ricondurre al settore edile, al settore agricolo forestale ed allevamenti di bestiame, al settore turistico – alberghiero e balneare.

Edilizia
L'edilizia riguarda soprattutto la costruzione di civili abitazioni concentrate nei centri più grandi e nelle aree costiere. Ciò, fatto salvo i centri più grandi, avviene anche per il lento ma costante fenomeno dell'abbandono dei centri montani.
Una parte rilevante del settore edile è impegnato nella costruzione e nella manutenzione di opere stradali e nella costruzione di opifici industriali.

Agricoltura
L'agricoltura è, come nel resto della regione, il settore più importante sia per numero di occupati che di aziende.
La piana di Sibari, è il cuore pulsante di questo settore, ed è dedicato soprattutto alla coltivazione di piantagioni di alberi da frutta (agrumi, pesche, melograni) ed ortaggi vari;
Le valle del Savuto e la valle del Crati, sono in prevalenza ricche di vigneti ed anche qui insistono una discreta presenza di piantagioni di alberi da frutta.
Inoltre, sparsa su tutto il territorio provinciale, sia nelle valli che nelle aree pedemontane ai piedi del Pollino e della Sila vi è una importante coltivazione di ulive.

Pesca ed allevamento
Il settore ittico è un settore importante e variamente diffuso nell'intera provincia. L'attività si concentra soprattutto in alcuni importanti centri costieri nei quali è presente una rilevante flotta peschereccia; tra questi spiccano, tra le due coste dello Ionio e del Tirreno, centri importanti quali: Corigliano Calabro e Trebisacce sulla costa ionica, Paola e Cetraro sul Tirreno.
Per quel che concerne l'allevamento questo è praticamente diffuso su tutto il territorio, dalla costa all'aree montane. In queste ultime aree si concentra maggiormente l'allevamento bovino, mentre nelle zone collinari della provincia e sulla costa è diffuso l'allevamento di ovini e caprini e di animali domestici di razza avicola (polli e tacchini).

Industria e commercio
L'industria è il settore che più di altri ha avuto nel corso del tempo uno sviluppo a macchia di leopardo su tutto il territorio. Attività industriali di un certo rilievo si trovano solo in alcune aree della provincia, mentre altre aree, specie le zone più interne, che soffrono della carenza di infrastrutture adeguate, presentano attività più che altro artigianali.
La provincia è priva di distretti industriali; questo ha comportato la mancanza del know-how necessario ad uno sviluppo industriale con basi più solide su tutto il territorio.
Non mancano tuttavia rilevanti attività industriali, in particolar modo, nel campo dell'industria agro-alimentare, che si concentrano prevalentemente nell'area urbana di Cosenza, nell'area Corigliano-Rossano e nei centri più grandi del tirreno.

Energia
Il settore energetico occupa una parte consistente dell'industria cosentina. Rilevanti sono le centrali idroelettriche realizzate nei primi decenni del secolo scorso site nei comuni di Acri e San Giovanni in Fiore, merita di essere ricordata la Centrale termoelettrica di Rossano, che attualmente conosce un certo declino.
Attualmente vi sono in funzione le nuove centrali idroelettriche di Tarsia , la Centrale a Biomasse di Laino Borgo e la Centrale a gas di Altomonte.
Il settore delle fonti energetiche rinnovabili è in crescita, grazie alla creazione di parchi eolici realizzati nella valle del Crati e nella piana di Sibari.
Il mercato dell'energia nel complesso, è un settore ancora in crescita nella provincia cosentina.

Terziario e servizi
Quello del terziario e dei servizi è il settore più in crescita nella provincia, conseguente ad un travaso di lavoratori da parte del settore manifatturiero verso questo settore.
Il polo urbano di Cosenza con il suo hinterland è il maggiore centro erogatore di servizi.
Un secondo polo urbano di una certa importanza è quello di Corigliano-Rossano sulla costa ionica e Castrovillari nell'area del Pollino.
Cosenza e il suo hinterland forniscono pressoché tutti i servizi principali della provincia, oltreché servizi *avanzati* collocati soprattutto nella cittadina di Rende e Castrovillari.

Turismo
Il turismo della provincia di Cosenza è il più variegato fra quello delle province calabresi, poiché all'ormai consolidato turismo estivo delle località marittime e a quello culturale e religioso dei principali centri interni, la provincia di Cosenza negli ultimi anni ha acquisito anche un turismo montano pressoché costante nell'intero anno.

Infrastrutture e trasporti
Linee ferroviarie
Il sistema ferroviario della provincia si divide in:

- Ferrovie gestite da Ferrovie dello Stato
- Ferrovie gestite da Ferrovie Calabro Lucane

I tratti ferroviari di competenza statale sono i tratti costieri tirrenici molto servito e quello ionico che denuncia qualche precarietà. Vi sono poi alcuni tratti interni che si snodano tra Cosenza e Sibari e tra Paola e Cosenza.
I tratti di competenza regionali sono la Ferrovia Cosenza-Catanzaro Lido che collega i due capoluoghi, la Ferrovia Cosenza-Camigliatello-San Giovanni in Fiore che è una trasversale.

3.3 Dati di contesto su fenomeno corruttivo

Determinante ai nostri fini, risulta l'approfondimento delle problematiche che caratterizzano la presenza e le possibilità di sviluppo del fenomeno corruttivo nello specifico settore della sanità e l'approfondimento delle caratteristiche del contesto territoriale nell'ambito del quale opera la nostra Azienda.

Per quanto riguarda le caratteristiche del fenomeno corruttivo in ambito sanitario, a seguito della constatazione della forte incidenza, dei conseguenti costi e dell'impatto sulla erogazione dei servizi, si sono succeduti, negli ultimi anni, alcuni importanti studi che, oltre a sistematizzare la specifica letteratura sull' argomento, hanno rilevato gli elementi portanti del sistema corruttivo in ambito sanitario, delineandone i diversi profili. In particolare, l'indagine Corruzione e sprechi in Sanità realizzato da Transparency International Italia e RiSSC nell' ambito del Progetto "Unhealthy Health System", individua cinque aree nell'ambito dei quali il fenomeno corruttivo si presenta con maggiore evidenza, per ognuno dei quali vengono individuati le più importanti situazioni di criticità emergenti:

NOMINE	ingerenza politica, conflitto di interessi, revolving doors, spoil system, insindacabilità, discrezionalità, carenza di competenze
FARMACEUTICA	aumento artificioso dei prezzi. brevetti, comparaggio, falsa ricerca scientifica, prescrizioni fasulle, prescrizioni non necessarie, rimborsi fasulli
FORNITURE	gare non necessarie, procedure non corrette, gare orientate o cartelli, infiltrazione crimine organizzato, carenza di controlli, false attestazioni di forniture, inadempimenti-irregolarità non rilevate
NEGLIGENZA	"*scorrimento*" delle liste d'attesa, il dirottamento verso la sanità privata; le false dichiarazioni (intramoenia); gli omessi versamenti (intramoenia)
SANITA'PRIVATA	mancata concorrenza, mancato controllo requisiti, ostacoli all'ingresso e scarso turnover, prestazioni inutili, false registrazioni dei sistemi di rimborso (Drg), falso documentale.

Il rapporto Illuminiamo la Salute ha individuato inoltre alcuni "fattori facilitanti" legati ai conflitti di interessi emergenti nel rapporto medico – paziente, che si verificano al momento dell'informazione al paziente, quando la tutela della salute e la verità di ricerca vengono sacrificati a vantaggio di interessi personali.

La stessa Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), nella fase di monitoraggio e verifica della prima fase di programmazione delle attività di prevenzione della corruzione ha dedicato molto spazio all'analisi del settore sanitario, individuando specifici fattori di rischio e misure di prevenzione, recepite nella nuova programmazione (Determinazione Anac n. 12 del 28 ottobre 2015 e nuovo Piano Nazionale Anticorruzione di cui alla Delibera n. 831 del 3 agosto 2016), che costituiscono ad oggi un punto di riferimento e di orientamento fondamentale per la costruzione di un articolato sistema di prevenzione.

Nell'ambito del settore sanitario diversi studi mettono in evidenza sei tipologie di corruzione nelle aree di assistenza sanitaria prese in esame:

- ✓ corruzione nell'erogazione dei servizi medici;
- ✓ corruzione nell'aggiudicare gli appalti;
- ✓ rapporti commerciali illeciti;
- ✓ uso improprio di posizioni di prestigio;
- ✓ richieste di rimborso ingiustificate;
- ✓ truffe e malversazioni relative a medicinali e a dispositivi medici.

Le inefficienze e gli sprechi più macroscopici fanno invece riferimento a :

- ✓ sacche di resistenza a far interagire e ad interfacciarsi dei diversi comparti del sistema attraverso procedure trasparenti e gestionalmente efficaci;
- ✓ scarsa interoperabilità dei sistemi informatici;
- ✓ bassa produttività delle attrezzature diagnostiche;
- ✓ liste di attesa prolungate;
- ✓ scarsa reingegnerizzazione dei sistemi sanitari verso la domanda di salute a livello territoriale;
- ✓ inadeguatezza dei sistemi di controllo degli standard di qualità;
- ✓ incapacità di codecisione con tutti gli stakeolders del sistema.

Il complesso sistema di sprechi, inefficienze e corruzione, genera dei costi indotti per i quali si stima che possano incidere per il 20% della spesa sanitaria pubblica.

La conoscenza specifica delle problematiche corruttive che interessano il settore sanitario in generale definisce lo specifico "contesto" operativo nell'ambito del quale posizionare la programmazione di un efficace sistema di prevenzione della corruzione.

L'analisi del contesto territoriale rileva invece una situazione di forte criticità determinata dalla situazione socio – economica locale, dalla presenza di forme diffuse di criminalità organizzata, dalla presenza pervasiva della classe politica nella gestione la pubblica amministrazione.

Il contesto socio economico, secondo la prevalente letteratura, costituisce un indicatore di grande rilevanza per la corruzione che risulta chiaramente acutizzata dalla coesistenza di bassi livelli di reddito e ampia dimensione del settore pubblico, alimentato dal deterioramento della morale della classe politica.

Alla situazione socio economica meridionale si aggiunge poi la specifica criticità organizzativa e gestionale del sistema sanitario regionale che rafforza il rischio di corruzione, per come sottolineano le Relazioni della Procura Generale della Corte dei Conti in quanto di cui si trova riscontro nelle osservazioni relative alla gestione amministrativo – contabile delle Aziende Sanitarie ed

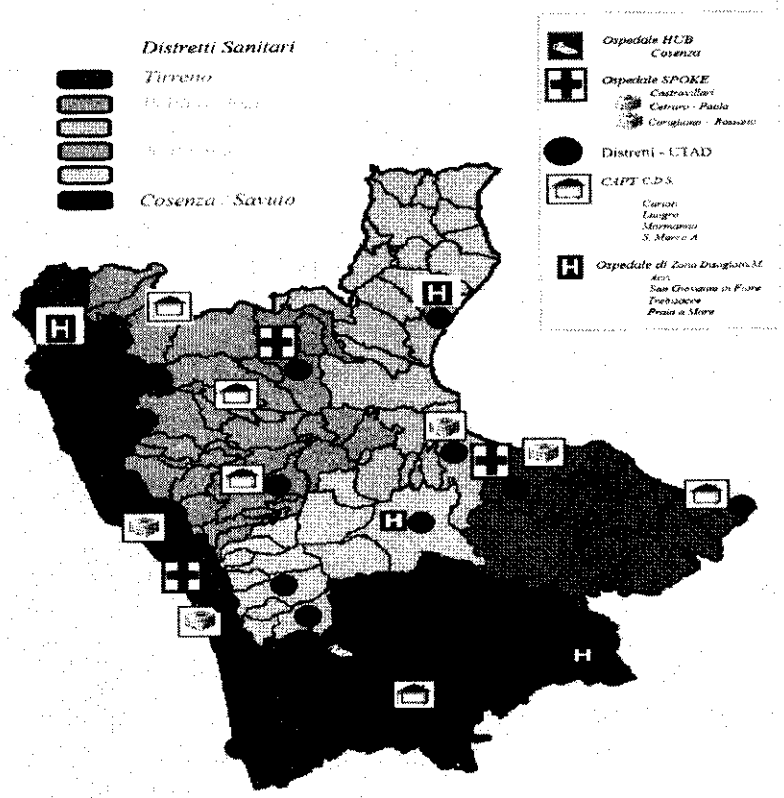
Ospedaliere presenti nella regione Calabria della Ragioneria Generale dello Stato che riportano i verbali dei Collegi sindacali delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere. Il risultato deludente di tale attività risulta confermato da numerose ricerche ed indagini che hanno preso in considerazione il settore sanitario calabrese, fra le quali si vuole citare solo l'ultima, di recente pubblicazione, che presenta l'Indice di Performance Sanitaria (IPS) che ha l'obiettivo di delineare il livello di efficienza e competitività dell'offerta sanitaria delle regioni italiane, con un'attenzione più marcata verso il sistema dell'assistenza ospedaliera, realizzato dall'Istituto Demoskopika sulla base di otto indicatori: i) soddisfazione sui servizi sanitari, ii) mobilità attiva, iii) mobilità passiva, iv) risultati di esercizio, v) disagio economico, vi) spese legali per liti da contenzioso e da sentenze sfavorevoli, vii) costi della politica, viii) speranza di vita; Dal report anno 2018 si evince che la competizione sulla migliore perfomance dei sistemi sanitari regionali è tra le realtà del Nord e del Centro. il report evidenzia precisamente: *"A guidare la graduatoria, in particolare, l'Emilia Romagna che con un punteggio pari a 646,6 conquista la vetta, spodestando il Piemonte che, con 497,4 punti, ha registrato una retrocessione di ben 10 posizioni rispetto all'anno precedente collocandosi nell'area delle regioni con un sistema sanitario "influenzato". Seguono, tra i migliori sistemi sanitari locali, le Marche (624 punti) che, con un salto in avanti di 5 posizioni rispetto al 2016, ottiene la seconda posizione immediatamente seguita sul podio dal Veneto con 601,9 che con un rilevante balzo in avanti di ben 7 posizioni lascia l'area delle realtà sanitaria "influenzate" conquistando l'obiettivo di sistema "sano". Nel cluster delle migliori, ci sono anche Toscana con 591 punti, Umbria con 581,7 punti e Lombardia con 580,4 punti. Nel gruppo, ben più consistente, delle regioni "influenzate" si collocano ben nove realtà: Friuli Venezia Giulia (552,7 punti), Trentino Alto Adige (527,4 punti), Lazio (519,8 punti), Liguria (504,6 punti), Piemonte (497,4 punti), Puglia (494,8 punti), Valle d'Aosta (467,9 punti), Abruzzo (431,3 punti) e Basilicata (405,8 punti). Sono tutte del Sud, infine, le rimanenti regioni che contraddistinguono l'area dell'inefficienza sanitaria, dei sistemi sanitari etichettati "malati" nel ranking di Demoskopika: Campania (395,5 punti), Sardegna (384,4 punti), Calabria (348,7 punti), Sicilia (332,7 punti) e Molise (309,9 punti)".*

Fonte: www.demoskopica.eu

Tale lettura dell'attuale stato della sanità regionale risulterebbe di grande rilevanza per la definizione della strategia di prevenzione della corruzione, che diventerebbe funzionale alla riqualificazione/miglioramento della qualità assistenziale e al recupero complessivo di efficienza/efficacia del sistema.

3.4 Analisi Contesto interno

L'esperienza operativa sviluppata nel 2017, 2018 e 2019 ha confermato che le problematiche che vive l'Azienda Sanitaria Provinciale "*investono gli assetti organizzativi generali e loro articolazione territoriale che assicuri una offerta qualificata di servizi sanitario e socio sanitari, la individuazione di un sistema diffuso di responsabilità riconoscibili, la elaborazione di procedure uniformi e trasparenti, la standardizzazione dei procedimenti amministrativi nel pieno rispetto delle previsioni normative, la promozione della trasparenza nell'azione amministrativa, l'attivazione di un sistema coerente e costante di controlli che coinvolga e renda partecipi anche i cittadini*" (PTPCT 2017 – 2019), pertanto l'attenzione del Piano, anche per il 2020, deve essere indirizzata in modo particolare sulla dimensione dell'organizzazione generale e dei macroprocessi. Nel corso del 2017, tra l'altro, con DCA n° 117/2017 è stato approvato l'Atto Aziendale, documento fondamentale che sta determinando un profondo mutamento organizzativo aziendale, a partire dall'anno 2018 ed è tutt'ora in corso, anche se con le dimissioni del Direttore Generale nel gennaio del 2019, e la Reggenza temporanea nel corso del 2019 hanno pressochè fermato il processo di riordino. Con l'insediamento del Commissario Straordinario il 15 gennaio scorso, ci si augura una ripresa dei processi organizzativi aziendali per migliorare le performance aziendali. Tale mutamento dovrà essere accompagnato da azioni di supporto che assicurino la continuità dell'azione gestionale ed amministrativa ed il rispetto della

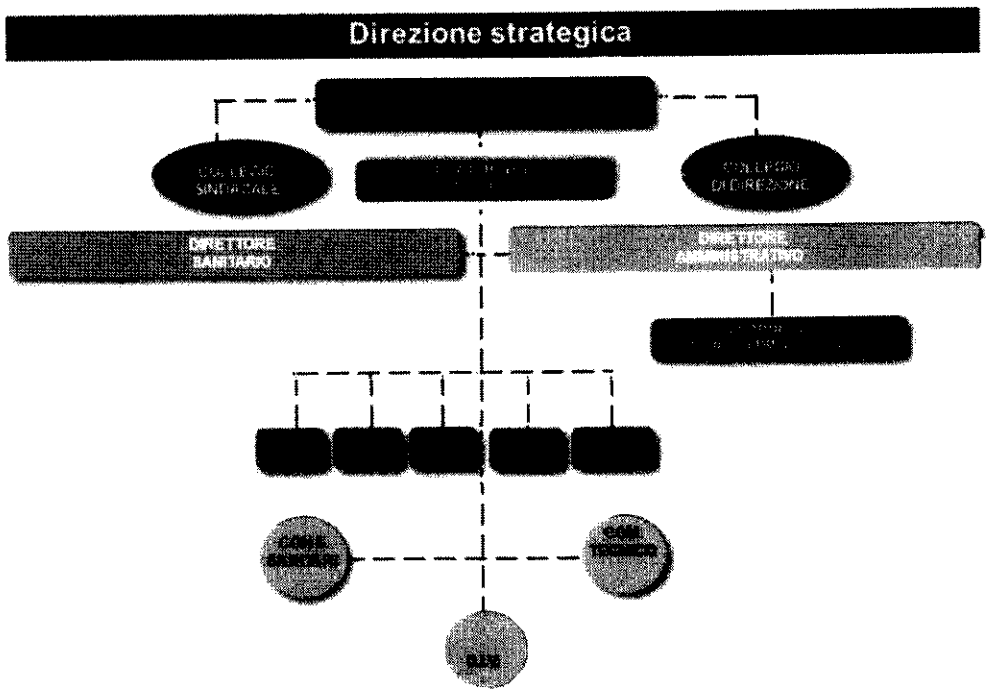


normativa e degli orientamenti gestionali afferenti al sistema di prevenzione della corruzione. Si riporta la mappa schematica dell'organizzazione aziendale dell'ASP di Cosenza con l'allocazione delle principali strutture organizzative:

Dal punto di vista del PTPCT 2020-2022, diventa ancora piu' importante, in questa fase, da una parte colmare quel ritardo di regolamentazione interna che costituisce una cronica criticità aziendale e sul quale si è lavorato, con notevoli difficoltà, nel corso dell'anno e contemporaneamente dall'altra, adeguare al nuovo assetto organizzativo le analisi, i processi ed i procedimenti, nonché le misure individuate, in modo da contribuire alla definizione della regolamentazione che dovrà sostenere l'organizzazione prevista dall'attuale Atto Aziendale, con le conseguenti modifiche dell'assetto organizzativo e gestionale, oltre chè una possibile revisione migliorativa dello stesso.

4. Il Modello organizzativo:

4.1 Struttura organizzativa dell'Azienda sanitaria



Si riporta di seguito l'organigramma sintetico della ASP di Cosenza:

L'ASP di Cosenza è articolata in :

1. Distretti Sanitari;
2. Presidi Ospedalieri;
3. Dipartimenti;
4. Strutture operative complesse;
5. Strutture operative semplici a valenza dipartimentale;
6. Strutture operative semplici nell'ambito di struttura operativa complessa.

Macro articolazione organizzativa.
L'A.S.P di Cosenza è articolata nelle seguenti macrostrutture organizzative sanitarie, dotate, nell'ambito delle risorse assegnate, di autonomia organizzativa:

a. Distretti Sanitari:
I Distretti Sanitari dell'ASP di Cosenza sono attualmente sei e derivano dall'accorpamento di quindici Distretti esistenti nelle vecchie Asl, avvenuto nel rispetto delle linee guida regionali e per come di seguito specificato:

- Distretto 1 " Tirreno" ;
- Distretto 2 "Pollino-Esaro " con il CAPT/CdS di Lungro, Mormanno e S. Marco A.;
- Distretto 3 " Ionio Nord " con l'Hospice di Cassano;
- Distretto 4 " Ionio Sud " con il CAPT/Casa della salute di Cariati;
- Distretto 5 " Valle Crati ";
- Distretto 6 " Cosenza –Savuto " con S.G.F.

b. Presidi Ospedalieri:
I tredici presidi esistenti nelle vecchie Asl sono stati riqualificati secondo le indicazioni previste nel decreto 18/2010, 106/2011 , 106/2012, DCA n° 9/2015 e DCA n°64/2016 per il riordino della rete ospedaliera, ed attualmente le strutture ospedaliere attive nell' ASP di Cosenza sono:

- Ospedale Spoke di Rossano- Corigliano;
- Ospedale Spoke di Castrovillari;
- Ospedale Spoke di Cetraro-Paola;
- Ospedale di zona disagiata di Acri;
- Ospedale di zona disagiata di S. Giovanni in Fiore;
- Ospedale di zona disagiata di Trebisacce secondo DCA n° 64 ed in fase di riapertura;
- Ospedale di Praia a mare come da sentenza n° 1153 del 2017 - III sez. Cons. di Stato e da decreto Ministero salute ed in fase di riapertura .

L'Organizzazione delle strutture ospedaliere dovrà comunque essere rimodulata in funzione degli ultimi decreti commissariali e del nuovo atto aziendale approvato con DCA n° 117/2017.

c. Dipartimenti (Macro Strutture Operative) :

Dipartimenti Strutturali

- Dipartimento di Prevenzione;
- Dipartimento di Salute Mentale;

La dimensione "organizzazione" comprende l'organigramma, l'individuazione delle responsabilità (centri di responsabilità) e, ove presenti delle "corresponsabilità", l'articolazione territoriale dell'amministrazione, il personale in servizio, ecc.. che dovrà necessariamente subire un riordino in funzione dell'applicazione dell'atto aziendale.
L'ambito di analisi interna riconducibile alle "risorse strumentali ed economiche" è attinente alla ricognizione delle infrastrutture, tecnologiche e non, strumentali al raggiungimento degli obiettivi. Nella tecnologia devono essere compresi non solo il fattore materiale di supporto ai processi e ai sistemi informatici, ma anche i "fattori immateriali".
L'ambito di analisi "risorse umane" evidenzia le conoscenze, le capacità, le attitudini, i comportamenti, il turn-over e i valori dominanti dei soggetti che operano nell'organizzazione.
L'analisi delle risorse umane dovrà essere condotta con un approccio di genere. L'utilizzo degli indicatori tipici del capitale intellettuale facilitano la comprensione, anche verso l'esterno, della qualità oltre che della quantità di capitale umano disponibile.
La cognizione dello stato di "salute finanziaria" deve essere inteso in termini di equilibri finanziari, economici e patrimoniali, tenendo conto dei vincoli di bilancio e dei sistemi contabili propri di ogni amministrazione. A tal fine è utile anche un'analisi per indici che faccia facilmente emergere situazioni

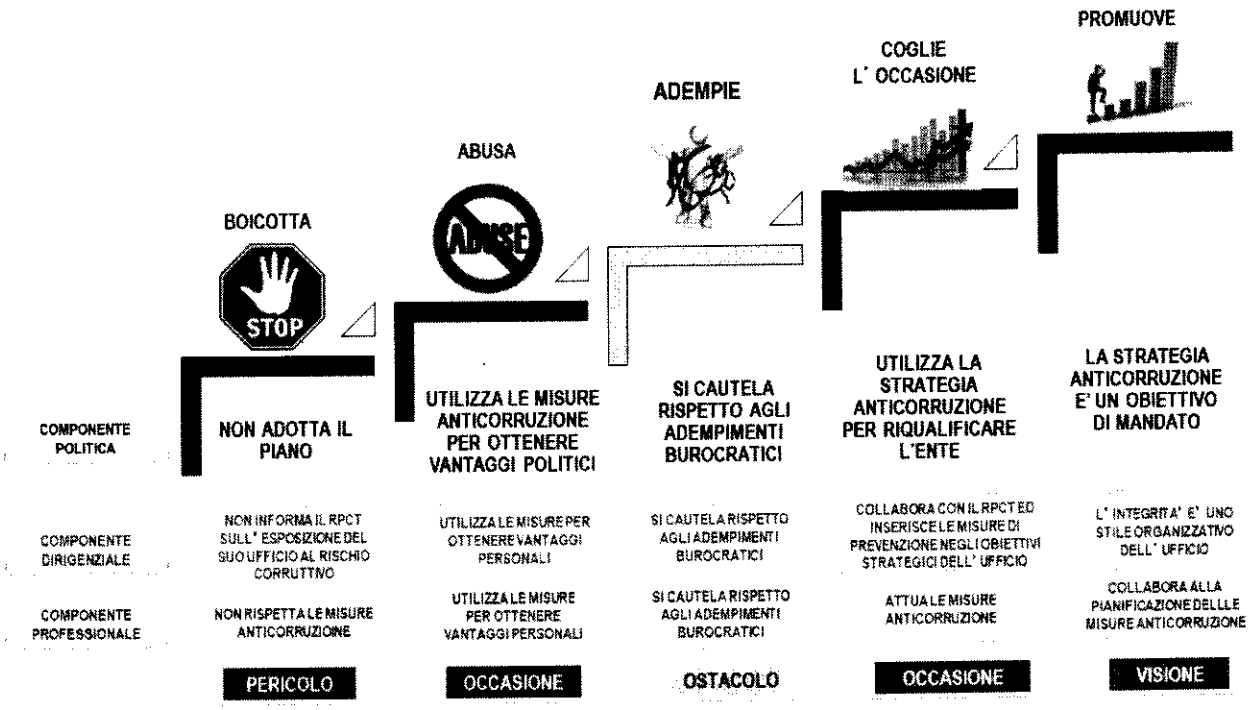
di miglioramento o di peggioramento rispetto agli anni precedenti e ad amministrazioni confrontabili (benchmarking).
Sono, ad esempio, strumenti di analisi del contesto interno: le indagini del benessere organizzativo, l'analisi delle competenze, l'analisi del capitale intellettuale, le analisi di salute organizzativa, l'analisi di salute finanziaria, economica e patrimoniale, ecc..
Lo stato di "salute finanziaria", l'analisi organizzativa e la ricognizione quantitativa e qualitativa delle risorse strumentali, economiche e umane disponibili condizionano il raggiungimento degli obiettivi strategici e degli obiettivi operativi.
Le risorse umane disponibili nell'Azienda sono al 31/12/2019:

TOTALE PRESENTI	Al 31/12/2018	Al 31/12/2019	Diff. 2019/2018
PERSONALE DIPENDENTE A TEMPO INDETERMINATO			
DIRIGENTI MEDICI	958	926	-32
DIRIGENTI MEDICI IN ASPETTATIVA	14	3	-11
DIRIGENTI MEDICI EX CONDOTTI	1		-1
TOTALE	973	929	-44
DIRIGENTI NON MEDICI RUOLO SAN.	105	89	-16
DIRIGENTI NON MEDICI RUOLO PROF.	3	6	3
DIRIGENTI NON MEDICI RUOLO TEC.	19	11	-8
DIRIGENTI NON MEDICI RUOLO AMM.	12	12	0
DIRIGENTI NON MEDICI RUOLO PROF. ASPETTATIVA		1	1
DIRIGENTI NON MEDICI RUOLO AMM. ASPETTATIVA	1	1	0
TOTALE	140	120	-20
PERSONALE NON DIRIGENTE RUOLO SAN.	2.083	2.046	-37
PERSONALE NON DIRIGENTE RUOLO PROF.	8	8	0
PERSONALE NON DIRIGENTE RUOLO TEC.	947	908	-39
PERSONALE NON DIRIGENTE RUOLO AMM.	548	483	-65
PERSONALE NON DIRIGENTE (R. TEC.)IN ASPETTATIVA	2	1	-1
PERSONALE NON DIRIGENTE (R. AMM.)IN ASPETTATIVA	1	3	2
PERSONALE NON DIRIGENTE (R. SAN.)IN ASPETTATIVA	4	7	3
TOTALE	3.593	3.456	-137
TOTALE TEMPO INDETERMINATO	4.706	4.505	-201
DIRIGENTI MEDICI 15/7	1	1	0
DIRIGENTI NON MEDICI 15/7	2	1	-1
TOTALE 15/7	3	2	-1
PERSONALE DIPENDENTE A TEMPO DETERMINATO			
DIRIGENTI MEDICI	35	36	1
DIRIGENTI NON MEDICI RUOLO SAN.	10	12	2
DIRIGENTI NON MEDICI RUOLO TEC.	2	2	0
TOTALE	12	14	2
PERSONALE NON DIRIGENTE RUOLO SAN.	218	222	4
PERSONALE NON DIRIGENTE RUOLO TEC.	48	50	2
TOTALE	266	272	6
TOTALE TEMPO DETERMINATO	313	322	9
RESTANTE PERSONALE (COCOCO) Sanitario	15	15	0
RESTANTE PERSONALE (COCOCO) Non Sanitario	5	5	0
RESTANTE PERSONALE (PERS.RELIG.)	6	6	0
ALTRI	0	0	0
PERS. IN COMANDO DA ALTRE AMM.ZIONI San. (D)	1	0	-1
PERS. IN COMANDO DA ALTRE AMM.ZIONI Amm. (C)	1	1	0
PERS. IN COMANDO DA ALTRE AMM.ZIONI Tec. (B)	1	0	-1
TOTALE RESTANTE PERS.	29	27	-2
TOTALE GENERALE	5.051	4.856	-195

La struttura organizzativa aziendale è attualmente in corso di rimodulazione per la riorganizzazione necessaria in applicazione dell' atto aziendale. L'insieme di provvedimenti normativi a livello nazionale e, di conseguenza, regionale nel corso degli ultimi anni in materia di spending review e di azioni di razionalizzazione nel corretto impiego delle risorse umane e strumentali ha imposto, anche nel sistema sanitario, una revisione dei propri modelli organizzativi e produttivi.
Le direttive impartite e le azioni previste hanno come obiettivo comunque il rafforzamento del welfare territoriale, la revisione della rete ospedaliera nonché l'ulteriore potenziamento del percorso di integrazione dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari.
In questo contesto anche i processi tecnico-amministrativi devono adattarsi alle nuove esigenze, rafforzando la loro natura di facilitatori nell'erogazione di servizi sanitari, proponendo il più possibile percorsi amministrativi di accesso, più agili sia per l'operatore sanitario che per il cittadino, in una logica di semplificazione dell'azione pubblica senza venir meno al principio della certezza del procedimento amministrativo.
La sfida che si intende affrontare, è quella di potenziare l'attuale modello organizzativo sia per una ridefinizione dei processi sia per una valorizzazione delle proprie professionalità, in una logica multidisciplinare, in modo da alimentare un circolo "virtuoso" di arricchimento in progress del capitale umano, capace di rispondere in maniera mirata alle necessità dell'utente sempre nel rispetto della trasparenza dell'azione amministrativa.

4.2 Anticorruzione e Trasparenza

Nei primi sette anni di attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione nelle organizzazioni del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) a partire dall'approvazione il 6 novembre del 2012 della legge 190/12, l'atteggiamento che le varie componenti (politica, dirigenziale amministrativa e sanitaria e professionale) hanno tenuto nei confronti dell'architettura "anticorruzione" si è consolidata all'interno dei 5 passaggi illustrati nella seguente immagine:



Secondo il documento " *l'Anticorruzione possibile: un decalogo per la sanità*" prodotto da ISPE-Sanità, il comparto della sanità pubblica ha dimostrato di saper cogliere la sfida. L'aggiornamento al Piano Nazionale Anticorruzione del 2017 infatti riconosce che: "*I risultati del monitoraggio per comparto mostrano un andamento disomogeneo. L'esperienza maggiormente positiva è quella delle aziende sanitarie, che hanno*

sperimentato un trend *crescente in quasi tutti i punti esaminati*". Si riporta infatti che la maggioranza delle organizzazioni, si posiziona tra il centro del processo, nella posizione di "adempiere" al dettato normativo e il primo *step* verso destra che corrisponde al "cogliere l'occasione". In linea generale significa che le organizzazioni del SSN hanno già da tempo nominato un responsabile della prevenzione della corruzione, elaborato un piano triennale con una mappatura di base delle aree più esposte al rischio di corruzione. Infine, hanno adottato le misure di carattere obbligatorio e generale che il Piano Nazionale (con i suoi vari aggiornamenti, 2015, 2016, 2017) ha puntualmente individuato.
Ma un certo numero di organizzazioni (ASL e Ospedali) si sono spinte più avanti, sperimentando una mappatura evoluta delle aree a rischio anche grazie ad un gruppo di referenti consolidato e consapevole, alcune hanno adottato misure organizzative *ad hoc*; alcune, ad esempio, hanno realizzato attività formative non convenzionali, alcune hanno condiviso la propria esperienza costituendo reti a carattere locale (regionale). Sul tema del *whistleblowing*, inoltre, sono state proprio le aziende sanitarie ad adottare i primi regolamenti interni che poi sono stati ampiamente diffusi in gran parte delle amministrazioni italiane. Si è assistito ad un processo che ha permesso di comprendere come il passaggio cruciale dalla posizione di "adempiere" a quella di "cogliere l'occasione" dipenda, in maniera prevalente, all'atteggiamento della componente politica che nelle organizzazioni del SSN viene ricoperta dal Direttore Generale. Se l'intera *governance* aziendale non viene, in qualche modo, positivamente inquinata da obiettivi consapevolmente posti dalla *leadership* politica, la strategia di prevenzione della corruzione non uscirà mai dallo "stallo" dell'adempimento burocratico. A sua volta, il Direttore Generale viene individuato dagli Assessorati regionali alla Sanità e, pertanto, da questi ultimi ci si aspetta di "ispirare", attraverso chiari obiettivi di mandato, una dinamica virtuosa che, progressivamente, porti ad una "visione" della prevenzione della corruzione come elemento cardine dell'integrità aziendale, dove per "integrità" si fa riferimento, da una parte, alla conformità legale (*compliance*) dei processi organizzativi e, dall'altra, all'integrità delle condotte degli agenti che la rappresentano.
Nell'ASP di Cosenza si sta realmente assistendo ad un processo che tende progressivamente a favorire il passaggio cruciale dalla posizione di ***"adempiere"*** a quella di ***"cogliere l'occasione"*** con implementazione progressiva del sistema, fermo restando alcune sacche di resistenza al cambiamento che progressivamente e più lentamente seguiranno il rinnovamento.
Per le forti criticità presenti , è stato approvato il disegno di legge di conversione in legge del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, recante misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria.
Obiettivo del decreto è quello di ripristinare il **rispetto dei livelli essenziali di assistenza** in ambito sanitario, nonché assicurare il raggiungimento degli obiettivi del Piano di rientro dai disavanzi del servizio sanitario regionale secondo i relativi programmi operativi. Tutti gli interventi proposti pertanto si configurano come provvedimenti normativi straordinari, assunti per un periodo temporale limitato a 18 mesi (ai sensi dell'articolo 15, comma 1), con i quali si intende accompagnare la sanità calabrese verso situazioni amministrative "normali". Si disciplinano e rafforzano le procedure di verifica dei direttori generali degli enti del Servizio sanitario regionale (attualmente regolamentate dall'art. 2 del D. Lgs. 171/2016 e di pertinenza delle regioni), prevedendo procedure di **verifica straordinaria sui direttori generali**, effettuate direttamente dal Commissario ad acta per l'attuazione dei Piano di rientro nella Regione Calabria. Qui si prescrivono misure da attivarsi nel caso di esito negativo della verifica sull'attività dei direttori generali da parte del Commissario ad acta e si dettano le norme relative alla nomina ed alla disciplina dell'operato del commissario straordinario (requisiti e modalità di nomina del commissario straordinario, la disciplina giuridica dell'incarico e la definizione del relativo compenso).
Al commissario spetta, tra l'altro, l'adozione di un **nuovo atto aziendale** entro non più nove ma **sei mesi dalla nomina**. Ai fini dell'adozione dell'atto aziendale, viene istituita con decreto ministeriale un'**Unità di crisi speciale** per la Regione, con il compito di effettuare visite ispettive straordinarie presso le aziende sanitarie. L'Unità, composta da dirigenti del Ministero della salute che operano nell'esercizio delle funzioni istituzionalmente assegnate, e da un numero massimo di cinque esperti, trasmette al commissario straordinario e al commissario ad acta una relazione sullo stato dell'erogazione delle prestazioni sanitarie, evidenziando, sia gli eventuali scostamenti dagli standard necessari a garantire i livelli essenziali di assistenza, che le misure organizzative.

Altra novità, entro nove mesi dalla nomina e, successivamente, almeno ogni nove mesi, il Commissario ad acta dovrà provvedere alla verifica delle attività svolte dal Commissario straordinario. In caso di valutazione negativa, il Commissario ad acta dispone la decadenza immediata dall'incarico del Commissario straordinario e provvede alla relativa sostituzione.
In ogni caso, il commissario straordinario potrà restare in carica per soli 18 mesi dalla data di entrata in vigore del decreto.
A seguito di tale Decreto e delle dimissioni del Direttore Generale, avvenute nel mese di febbraio 2019, nella ASP di Cosenza si sono alternati diversi Dirigenti Reggenti, con incarichi temporanei della durata media di 1,5 mesi ciascuno, per la gestione della ordinaria amministrazione; soltanto con la delibera n° 139 del 15 gennaio 2020 si è insediato il Commissario Straordinario.
Inevitabilmente la temporaneità e precarietà della reggenza, ha influito sul corretto svolgimento delle attività e dei programmi aziendali, se si pensa che ad oggi l'ASP di Cosenza non è dotata di un bilancio consuntivo per l'anno 2018.

4.3 Contesto normativo di riferimento.

Limitando l'attenzione alle norme fondanti per le principali competenze dell'A.N.AC., si possono individuare i seguenti riferimenti:

a. la legge n. 190/2012, sulla prevenzione e sulla repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione;
b. il decreto legislativo n. 39/2013, recante disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni;
c. il decreto legislativo n. 33/2013, recante la disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni;
d. il decreto legge n. 90/2014 (convertito dalla legge n. 114/2014), con particolare riferimento alle competenze che tale decreto ha posto in capo al Presidente dell'Autorità (articoli 30, 32 e 37);
e. la legge n. 164/2014, in ordine al potere dell'Autorità di disporre controlli a campione su interventi di estrema urgenza (art. 9, co. 2 *bis*);
f. il nuovo Codice dei contratti pubblici, di cui al decreto legislativo n. 50/2016;
g. il decreto legislativo n. 56/2017, recante disposizioni integrative e correttive al Codice dei contratti pubblici;
h. la legge n. 179/2017, che disciplina l'istituto del *whistleblowing*.

I prevalenti ambiti di intervento dell'Autorità verso l'esterno possono così riassumersi:

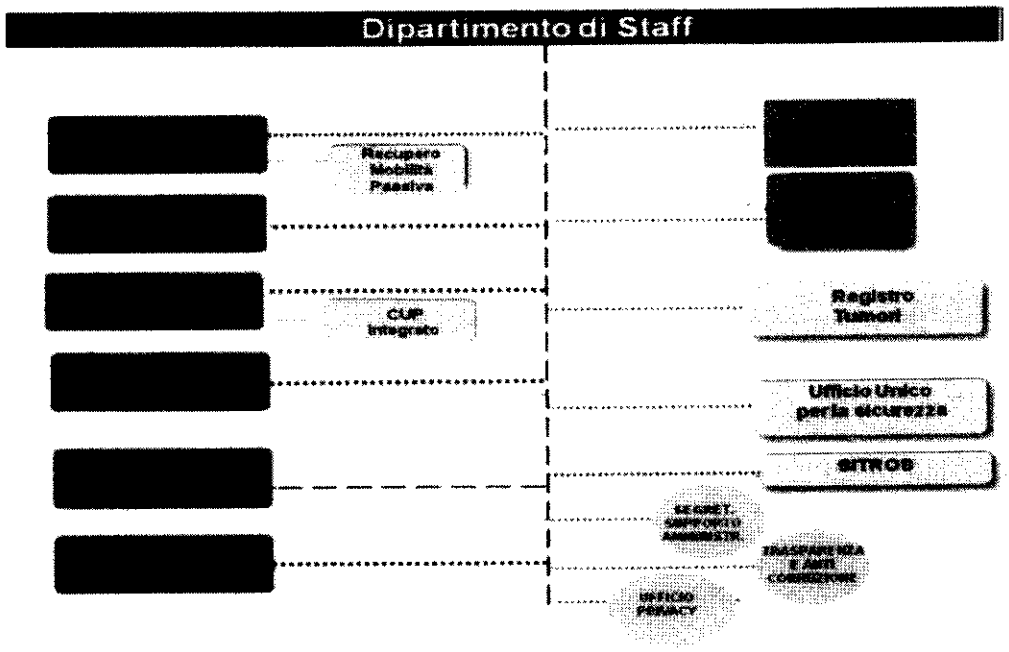
- vigilanza e controllo sull'effettiva applicazione e sull'efficacia delle misure adottate dalle pubbliche amministrazioni in materia di prevenzione e repressione della corruzione, con particolare riguardo all'adozione del Piano triennale di prevenzione della corruzione (l. n. 190/2012), al rispetto della normativa in materia di trasparenza (d.lgs. n. 33/2013, come da ultimo novellato dal d.lgs. n. 97/2016) e di quella in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi (d.lgs. 39/2013);
- adozione del Piano Nazionale Anticorruzione;
- gestione delle segnalazioni dei *whistleblowers*, con poteri di accertamento, di vigilanza, di controllo nonché sanzionatori (l. n. 179/2017);
- emanazione di pareri e linee guida nella materia dell'anticorruzione e trasparenza;
- vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture nei settori ordinari e speciali e sulle concessioni;
- vigilanza sul sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti e delle centrali di committenza;
- attività ispettiva, d'ufficio o anche su richiesta motivata di chiunque ne abbia interesse, anche avvalendosi del Corpo della Guardia di Finanza;

- attività di segnalazione, avente ad oggetto le irregolarità riscontrate all'esito dell'attività di vigilanza, verso le competenti Procure della Repubblica e Procure della Corte dei Conti;
- attività di promozione dell'efficienza delle Stazioni appaltanti e della qualità della loro attività attraverso linee guida, bandi-tipo, capitolati-tipo, contratti-tipo ed altri strumenti di regolamentazione flessibile, comunque denominati;
- attività di "vigilanza collaborativa" con le stazioni appaltanti, finalizzata al controllo degli atti di gara prima della loro adozione e ad un controllo di carattere preventivo sull'intera attività di gestione della procedura di gara; tale forma di vigilanza si attua mediante la stipula di specifici protocolli d'intesa con la stazione appaltante interessata;
- collaborazione con l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato per la rilevazione di comportamenti aziendali meritevoli di valutazione al fine dell'attribuzione del "Rating di legalità";
- gestione della Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP) avvalendosi dell'Osservatorio dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture;
- gestione del Casellario Informatico dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, istituito presso l'Osservatorio, contenente tutte le notizie, le informazioni e i dati relativi agli operatori economici con riferimento alle iscrizioni previste dall'art. 80 del d.lgs. n. 50/2016;
- creazione e gestione dell'albo dei componenti delle commissioni giudicatrici, nonché dell'elenco delle stazioni appaltanti che operano mediante affidamenti diretti nei confronti di proprie società *in house*;
- irrogazione di sanzioni pecuniarie;
- attività di cd. precontenzioso, emanazione di pareri e potere di impugnazione di bandi, atti generali e provvedimenti delle stazioni appaltanti, relativi a contratti pubblici di lavori, servizi e forniture (art. 211 del Codice dei contratti, come novellato dall'art. 52-ter della l. n. 96/2017).

4.4 Modello organizzativo ufficio anticorruzione ASP Cosenza

4.4.1 Organizzazione interna dell'ASP di Cosenza:

L'Ufficio del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza è collocato nel Dipartimento di Staff della Direzione Strategica,:

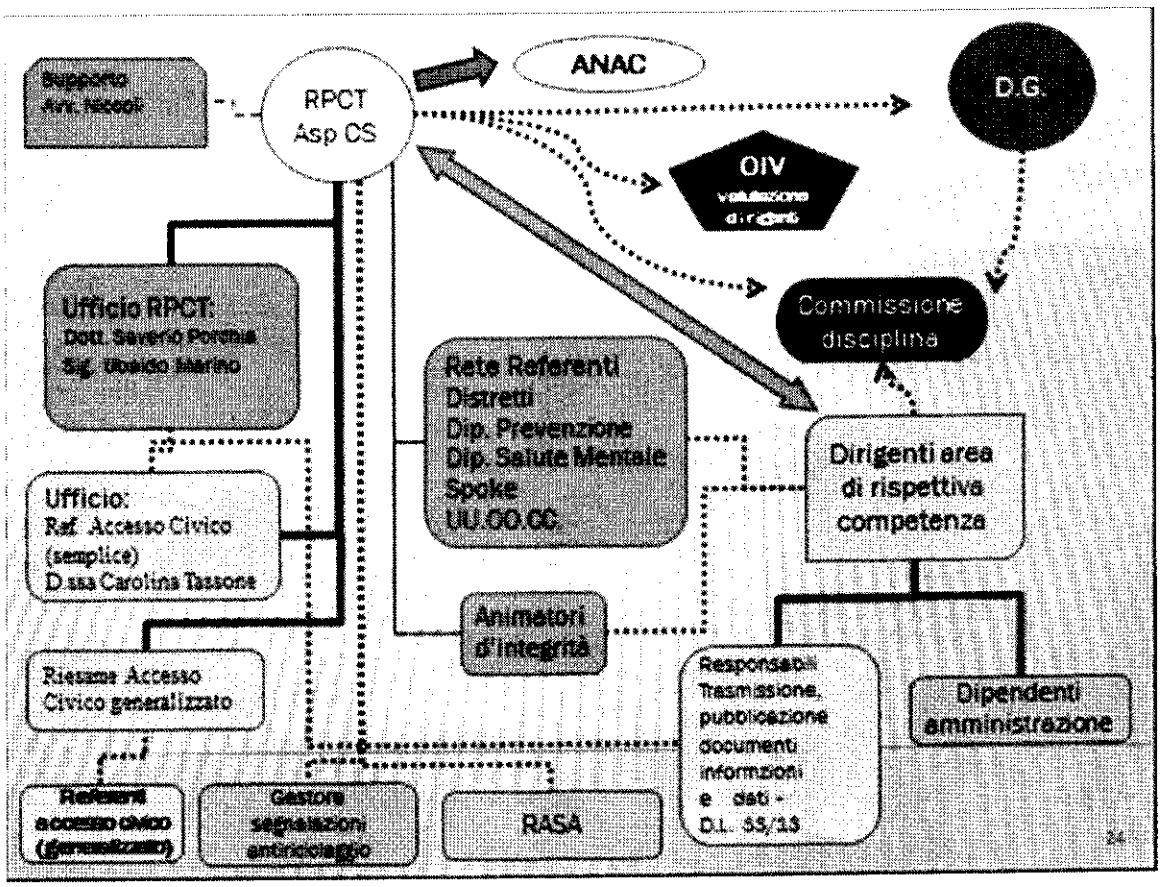


4.4.2 Modello organizzativo dell'ASP di Cosenza:

Nella ASP di Cosenza è stato adottato un modello a rete in cui il RPCT possa effettivamente esercitare poteri di programmazione, impulso e coordinamento e la cui funzionalità dipende dal coinvolgimento e dalla responsabilizzazione di tutti coloro che, a vario titolo, partecipano dell'adozione e dell'attuazione delle misure di prevenzione.

Il RPCT, attualmente il Direttore della Struttura operativa complessa (U.O.C.) Programmazione e Controllo, anch'essa in staff alla Direzione strategica, già nella redazione del PTPCT triennio 2017 – 2019 ha previsto la definizione di un modello organizzativo di gestione del sistema aziendale di prevenzione della corruzione e trasparenza fortemente diffuso e responsabilizzante di tutte le articolazioni aziendali ed orientato ad attività continue di supporto conoscitivo e coordinamento operativo per come di seguito specificato:

Nella figura si riporta il modello organizzativo e le relazioni funzionali del RPCT e dell'ufficio anticorruzione dell'ASP di Cosenza:



a. **Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza:**
Nominato con Deliberazioni n. 1614 del 05.10.2016 e Delibera 1776 del 10.11.2016, svolge le attività assegnate dalle norme e dal PTPCT; il RPCT è Direttore della U.O.C. Programmazione e controllo dell'ASP di Cosenza.

b. **Ufficio RPCT – Trasparenza e anticorruzione:**
Nell'ambito del modello organizzativo individuato nel PTPCT 2017 – 2019 era stata prevista la costituzione dell'Ufficio RPCT. L'ufficio è stato costituto con Atto Deliberativo n. 499 del 28.03.2017 a seguito di avviso interno fra il personale interessato e, gradualmente dotato di ogni

risorsa logistica e strumentale. L'ufficio del RPCT, coordina funzionalmente le attività dei referenti del RPCT e degli animatori di integrità ed è costituito da uno staff e dei collaboratori:

- Ufficio RPCT - Trasparenza e anticorruzione

Dott. Saverio Porchia: supporto alla programmazione; osservatorio sulla trasparenza e prevenzione della corruzione: rilevazione ed elaborazione dati, studio ed approfondimento finalizzato all'analisi del contesto e dei processi; monitoraggio delle attività e reporting periodico, definizione e progettazione delle iniziative di formazione;

Sig. Ubaldo Marino: pubblicazione dati; cura della sezione "Amministrazione Trasparente" del sito aziendale; supporto alla attività informatica di implementazione ed elaborazione dati. Supporto nella organizzazione e gestione banche dati e software dedicati alla trasparenza e gestione del rischio corruzione. Nel corso della implementazione dell'ufficio si renderà necessario una revisione della struttura organizzativa in ragione della rimodulazione delle attività congiuntamente alle mutate esigenze operative.

- Ufficio RPCT - Collaboratori

Avv. Alfonso Niccoli: attività di approfondimento nella definizione delle procedure e supporto tecnico nella gestione delle segnalazioni di violazione di norme e regolamenti, nonché studio e pareri legali su normative afferenti la materia e casistica che di volta in volta viene indirizzata per la trattazione a questo ufficio; supporto ai gruppi di lavoro su tematiche amministrative e legali.

Si rende necessario una revisione della struttura organizzativa in ragione mutate esigenze operative individuando un supporto all'analisi dei processi e gestione del rischio in ambito sanitario, che sia da supporto anche ai gruppi di lavoro su tematiche sanitarie ed alle attività formative specifiche.

c) Rete dei Referenti:

In relazione alla complessità organizzativa dell'ASP di Cosenza, che costituisce una "criticità" oggettiva nel sistema di prevenzione della corruzione che si vuole attivare, è stata attivata la rete dei Referenti interni. I Referenti potranno essere coinvolti nell'attività dei Gruppi di lavoro finalizzati alla realizzazione delle misure di trattamento del rischio corruzione. Il monitoraggio relativo all'attuazione delle iniziative previste nei PTPCT 2017, 2018, 2019 ha fatto emergere un dato incontestabile, nel senso che dove è presente il Referente, lo stato di attuazione del PTPCT risulta avanzato. Si ritiene opportuna una ulteriore implementazione della rete nel corso del 2020, con l'inserimento/sostituzione di altri referenti nelle aree non coperte, in particolare quelle a rischio corruzione, ed una migliore definizione del suo ruolo, rendendolo parte attiva ed integrante del sistema aziendale di prevenzione della corruzione. Risulta opportuno chiarire il ruolo dei Referenti, che devono essere considerati figure a supporto del sistema aziendale di prevenzione della corruzione e di collaborazione diretta del RPCT. A volte si è equivocato su tale ruolo da parte dei direttori delle strutture, interpretando la figura del Referente quale soggetto al quale affidare le attività previste dal PTPCT per la sua realizzazione presso le strutture di appartenenza. Tale interpretazione genera confusione fra i ruoli di **risk manager** ai quali i referenti sono assegnati rispetto a quelli di **risk owner**, proprio dei Responsabili delle strutture. Il Referente svolge quindi compiti e funzioni previsti dal PNA 2016 (par. 5.2. lettera g)), in particolare quelli di *svolgere attività*

informativa nei confronti del RPCT, affinche' questi abbia elementi e riscontri per la formazione e il monitoraggio del PTPCT e sull'attuazione delle misure.

Di seguito si riporta l'elenco dei Referenti già individuati:

n.	NOMINATIVO	RUOLO
1	BITONTI ANGELITA	REFERENTE RPTC U.O.C. GESTIONE VALORIZZAZIONE SVILUPPO E FORMAZIONE RISORSE UMANE
2	CACCURI ANTONIO	REFERENTE RPTC SPOKE CORIGLIANO - ROSSANO
3	CAVALCANTI UGO	REFERENTE RPTC DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE – SVET AREA B
4	CROCE EMILIO	REFERENTE RPTC DISTRETTO SANITARIO COSENZA - SAVUTO
5	CIRONE RAFFAELE	REFERENTE RPTC SPOKE CASTROVILLARI
6	CHIARELLI DOMENICO	REFERENTE RPTC DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - SVET AREA A
7	COSENTINO ERCOLE	REFERENTE RPTC U.O.C. PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO
8	DE BELDER MARIE CLAUDE	REFERENTE RPTC DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE – SVET AREA C
9	FERRARI ASSUNTA	REFERENTE RPTC DISTRETTO SANITARIO TIRRENO
10	GATTO SILVANA GABRIELLA	REFERENTE RPTC DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - SPISAL
11	GRANATA DONATELLA	REFERENTE RPTC DISTRETTO SANITARIO VALLECRATI
12	GRECO GIULIO	REFERENTE RPTC DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE – SIAN
13	MARRANCHELLA ANGELINA	REFERENTE RPTC DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - SISP
14	MARINO ANTONELLA	REFERENTE RPTC DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - SVET AREA A
15	MINELLA MARIA	REFERENTE RPTC SPOKE CASTROVILLARI
16	PELLEGRINI MARIA CARMEN	REFERENTE RPTC U.O.C. SERVIZI SOCIALI
17	PERRI VINCENZO	REFERENTE RPTC U.O. C. GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE
18	GIANFRANCO PIETRAMALA	REFERENTE RPTC U.O.S.D. SCREENING DEI TUMORI
19	RAMUNDO ANTONIO	REFERENTE RPTC DISTRETTO SANITARIO IONIO NORD
20	RAIMONDO GIUSEPPE	REFERENTE RPTC SPOKE CETRARO - PAOLA
21	SCALISE TERESA	REFERENTE RPTC DISTRETTO SANITARIO IONIO SUD
22	STRATI ANTONIO	REFERENTE RPTC DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE
23	TASSONE CAROLINA	REFERENTE RPTC DISTRETTO SANITARIO ESARO POLLINO
24	MIGNUOLI ANNA DOMENICA	REFERENTE RPCT CONSULTORI FAMILIARI

d) Responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi del D.Lgs 33/13:

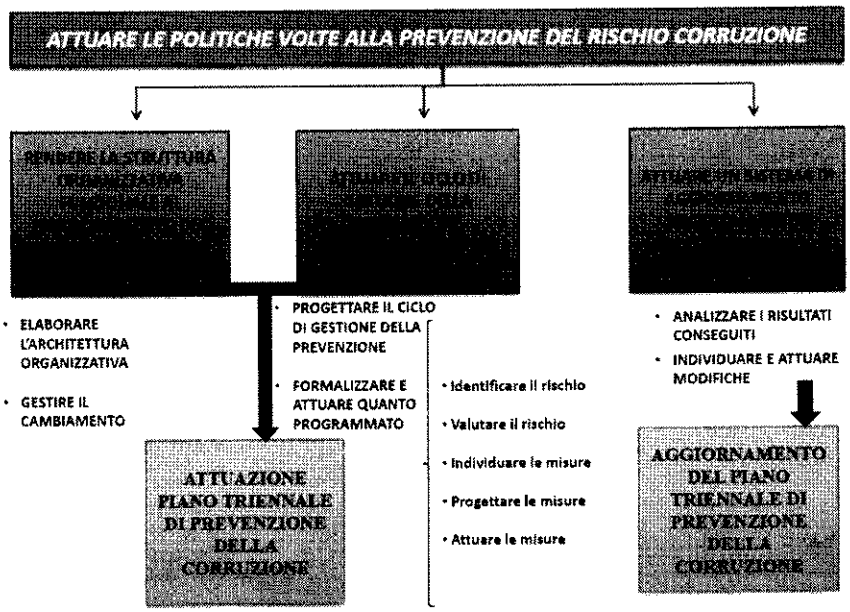
Il Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013, cosi per come modificato ed integrato dal D.Lgs 97/16, all'art. 10, prevede che vengano indicati, in una apposita sezione del PTPCT, i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi dello stesso Decreto. I responsabili individuati dai Direttori/Dirigenti delle strutture di afferenza, al fine di assolvere al meglio gli adempimenti obbligatori di pubblicazione costituiranno parte integrante e qualificato del sistema della trasparenza aziendale.

e) Animatori integrità:

Nell'ambito dell'attività di prevenzione della corruzione, è assegnata una grande importanza all'attività di promozione di comportamenti giuridicamente ed eticamente corretti da parte di tutti i dipendenti, attraverso l'adozione di misure di sensibilizzazione ai temi della buona amministrazione, formazione valoriale, informazione e conoscenza delle norme comportamentali stabilite nel Codice di Comportamento adottato dall'Azienda. Tale attività risulta però molto complessa all'interno dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza, per le sue caratteristiche di grande diversificazione dei servizi, distribuzione geografica e consistenza numerica dei dipendenti. A partire dal 2016, pertanto, si è avviato un percorso di formazione di un nucleo di operatori che, nell'ambito dei servizi di appartenenza, svolga una costante attività di promozione di comportamenti corretti, interagendo con il sistema aziendale di prevenzione della corruzione, sia nella fase di input, di programmazione

ed individuazione delle iniziative da intraprendere, che nella fase di output, sviluppando attività di amplificazione e moltiplicazione delle iniziative programmate. Gli "*animatori dell'integrità*" costituiscono quindi i terminali del sistema aziendale di prevenzione della corruzione e ne implementeranno, anche in modo autonomo, le iniziative, collaborando il Direttore della macrostruttura di afferenza e con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione. Gli Animatori potranno essere coinvolti nell'attività dei Gruppi di lavoro finalizzati alla realizzazione delle misure obbligatorie ed ulteriori di trattamento del rischio corruzione di tipi etico – comportamentale.

5. Processo di gestione del rischio:



Mappatura dei processi, valutazione e trattamento del rischio.

L'attività prevista dal PTPCT 2019 – 2021 è stata quella di realizzare le misure di prevenzione della corruzione previste e di completare la mappatura dei processi, valutazione e trattamento del rischio per le strutture ancora inadempienti.

L'attività è stata accuratamente programmata e supportata da una continua attività di coordinamento e di supporto informativo e consulenziale, in presenza e a a) distanza, alla rete dei Referenti, ai Dirigenti delle strutture, ai gruppi di lavoro operativi, da parte dell'Ufficio RPCT.

Pertanto, la situazione a consuntivo dell'attività svolta appare abbastanza diversificata e vede la presenza di:

a) strutture che hanno effettuato la mappatura dei processi, individuato le misure di trattamento del rischio, che sono state ampiamente realizzate;
b) strutture che hanno effettuato la mappatura dei processi, individuato le misure di trattamento del rischio, che sono state parzialmente realizzate;
c) strutture che hanno effettuato la mappatura dei processi, individuato le misure di trattamento del rischio, che non sono state realizzate;
d) strutture che hanno effettuato la mappatura dei processi e individuato le misure di trattamento del rischio;
e) strutture che hanno effettuato la sola mappatura dei processi;

f) strutture che non hanno ancora effettuato la mappatura dei processi;

Tutta l'attività relativa alla gestione del rischio è descritta e schematizzata, nelle diverse articolazioni organizzative, nell'allegato 2)

In relazione a quanto sopra, pertanto, l'obiettivo da perseguire nel corso dell'anno 2020 è quello di completare l'attività di mappatura nel primo semestre dell'anno 2020, in modo che si possano individuare ed assumere le necessarie misure di prevenzione ed attuarle nel corso dello stesso anno, ed allineare tutte le strutture nell'attività di gestione del rischio, al fine di verificare l'efficacia degli interventi e rivalutare i i rischi individuati.

Nel corso del 2020, ci si concentrerà, inoltre, sul completamento/attuazione delle misure di prevenzione di carattere generale o trasversale, non ancora attuate o parzialmente attuate per difficoltà di ordine tecnico-operativo.

6. Trasparenza.

Nel corso dell'anno 2019 sono ancora migliorati i livelli di trasparenza dati dal maggiore assolvimento degli obblighi di pubblicazione sul sito aziendale e si stanno creando le condizioni per assicurare un flusso continuo e regolare di informazioni da pubblicare. Questo anche in virtù della individuazione dei Responsabili della pubblicazione dei dati, elencati nell'allegato 3) del PTPCT e della costante attività di monitoraggio e segnalazione delle inadempienze.

L'obiettivo strategico che si intende perseguire nell'anno 2020 rimane comunque quello di rendere definitivi certi e stabili i flussi di trasmissione e pubblicazione obbligatoria, individuando responsabilità ed assicurando i necessari supporti tecnologici.

Si continuerà, inoltre nell'attività di rilevazione, schedatura e pubblicazione dei procedimenti amministrativi, implementando il Catalogo di cui all'allegato 1)

Sono purtroppo ancora presenti situazioni diversificate di inadempimento di tali importanti obblighi di legge, e per il 2020 l'obiettivo sarà quello di tendere alla riduzione del fenomeno, insistendo sulla individuazione e pubblicizzazione delle responsabilità, anche al fine di consentire a chiunque di voler proporre segnalazioni o richieste di **accesso civico (semplice).**

In merito a tale strumento, sono state create le condizioni per facilitarne l'utilizzo ed è stato individuato un Referente dell'accesso civico (semplice), Dott.ssa Carolina Tassone, ai sensi dell'art. 24 del *Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso agli atti e ai documenti amministrativi, accesso civico semplice e accesso civico generalizzato*, di cui alla Deliberazione n. 1360 del 20.07.2017 di questa ASP, al quale rivolgersi in prima istanza. In caso di inerzia, ritardo od omissione nel riscontro della richiesta di accesso civico, il richiedente potrà comunque sempre rivolgersi al RPCT, titolare del potere sostitutivo.

Inoltre, e questo vale per ogni obbligo di pubblicazione, l'Azienda Sanitaria dovrà continuare ad effettuare un grande sforzo per aumentare la qualità delle informazioni da pubblicare, ai sensi dell'art 6 del Dlgs 33/13 e soprattutto di pubblicare informazioni, dati e documenti, in termini di adozione di formati aperti e riutilizzabili, ai sensi dell'art. 7 Dlgs 33/13.

Nell'anno 2020 tutti i dati, documenti, informazioni pubblicati sul sito aziendale dovranno essere pubblicati con uno standard di almeno tre stelle (Open Licence, Readable, Open Format) della scala di Tim Berners Lee, per come rivisitata dall'AgID nelle *Linee Guida per la valorizzazione del patrimonio informativo pubblico – 2016*. Tutti i dati, documenti, informazioni già pubblicati in formati non corrispondenti a tale standard, dovranno, nel corso dell'anno, essere pubblicati anche in tale standard.

Per quanto riguarda l'accesso civico generalizzato è stata completata la realizzazione della **Rete dei referenti per l'Accesso civico generalizzato,** per come previsto dall'art. 28 del *Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso agli atti e ai documenti amministrativi, accesso civico semplice e accesso civico generalizzato*, di cui alla Deliberazione n. 1360 del 20.07.2017 di questa ASP, che costituisce il secondo grande pilastro del sistema della Trasparenza ai fini della programmazione coordinata delle iniziative di accesso, di formazione e autoformazione, di scambio e collaborazione, "centro di competenza" e supporto ai servizi, di analisi congiunta e assistita delle richieste di accesso che perverranno.

Rete dei Referenti per l'accesso civico generalizzato:

STRUTTURA	REFERENTE	QUALIFICA
Dipartimento di Staff	Dott. Giorgio Corrado	Collaboratore Amministrativo Prof.le
Dipartimento Amministrativo	Dott.ssa Giovanna Borromeo	Dirigente Amministrativo
Distretto Sanitario Vallecrati	Sig.ra Elena Labonia	CPS Tecnico sanitario di Laboratorio Biomedico
Distretto Sanitario Esaro - Pollino	Dott. Ferdinando De Noia	Collaboratore Amministrativo Prof.le
Distretto Sanitario Tirreno	Dott.ssa Debora D'Acunzo	Collaboratore Amministrativo Prof.le Esperto
Distretto Sanitario Ionio Nord	Dott.ssa Antonia Bellitti	Collaboratore Amministrativo Prof.le
Distretto Sanitario Ionio Sud	Dott. Vito Saccone	Collaboratore Prof. le Assistente Sociale
Distretto Sanitario Cosenza – Savuto	Dott.ssa Flora Andreoli	Assistente Sociale Specialista
Dipartimento Salute Mentale	Dott.ssa Rosa Laratta	Collaboratore professionale sanitario Infermiere
Dipartimento di Prevenzione	Dott.ssa Francesca Russo	Collaboratore Amministrativo Prof.le

Per il riesame delle richieste di accesso civico generalizzato, in caso di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine previsti, per come previsto dall'art. 33 del medesimo Regolamento, il RPCT si avvale del supporto del Referente per l'accesso Civico e del Responsabile della Privacy (DPO) dell'Azienda Sanitaria.

In materia di **Open data**, nei prossimi anni si intende recepire la normativa europea e nazionale sulla valorizzazione del patrimonio informativo pubblico, cosi per come indicato nelle Linee Guida Nazionali formulate dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri – Agenzia per l'Italia Digitale e seguire gli standard condivisi a livello internazionale.

7. Etica e integrità

I temi dell'etica e dell'integrità sono stati affrontati nel corso della programmazione di prevenzione della corruzione sin dall'avvio delle attività, con l'approvazione del Codice di Comportamento nell'anno 2013, la costante organizzazione di corsi di formazione, la formazione di un nucleo di dipendenti per la diffusione di tali tematiche (Animatori dell'integrità). In considerazione dell'importanza delle tematiche, nel corso dell'anno 2019 si sono sviluppate le attività, di studio e consultazione, ai fini dell'aggiornamento del Codice di comportamento e di elaborazione del Codice Etico aziendale, seguendo le indicazioni della Linea Guida ANAC/AGENAS già approvate per il settore sanitario e quelle relative alla parte generale, di prossima pubblicazione.

L'attività proseguirà nel corso dell'anno 2020 con ulteriori momenti di confronto con gli stakeholder interni ed esterni, al fine di approvare il nuovo Codice di Comportamento.

A seguito dell'approvazione del nuovo Codice Etico e di Comportamento, sarà poi possibile aggiornare il Codice Disciplinare aziendale, a cura della U.O.C. Risorse Umane, che potrà utilizzare il gruppo di lavoro individuato con Deliberazione n. 1509 del 04 agosto 2017.

Una particolare attenzione verrà dedicata alle verifiche dell'applicazione della procedura di gestione del conflitto d'interesse trasmessa con nota prot. 177397 del 21.12.2017 che verrà interamente recepita

nell'ambito del nuovo Codice di Comportamento, oltre che della procedura di registrazione sulla piattaforma sulla gestione del conflitto d'interesse appositamente creata dall'AGENAS.

8. Formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche attinenti alla prevenzione della corruzione.

L'importanza e obbligatorietà di tale misura di supporto alla realizzazione del Piano Triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza è stata più volte sottolineata e ribadita dal Piano Nazionale Anticorruzione pubblicato (PNA) nel 2013, dal suo aggiornamento di cui alla Determinazione Anac n. 12 del 28.10.2015 e dal Piano nazionale Anticorruzione di cui alla Delibera Anac n. 831 del 3 agosto 2016. Tale misura è stata ampiamente utilizzata negli anni scorsi ed ha sicuramente raggiunto l'obiettivo di far conoscere il sistema di prevenzione della corruzione e sensibilizzare tutti i dipendenti sulle tematiche relative all'etica ed all'integrità.

Tenuto conto delle diverse iniziative di formazione che si sono svolte nell'ultimo triennio, si sono identificate le seguenti iniziative, molte delle quali già proposte nell'anno 2019 e non realizzate in quanto non è stato approvato il Piano annuale della formazione, tutte già richiamate all'interno dei diversi contesti nei quali si intende posizionarle, da realizzare nell'annualità 2020, con l'obiettivo di diffondere ulteriormente la formazione di carattere generale, in materia di etica ed integrità e continuando a "*targettizzare*" la formazione specifica destinandola, in questo caso, esclusivamente agli operatori impegnati nella realizzazione delle misure di prevenzione:

FORMAZIONE RESIDENZIALE GENERALE

ATTIVITA'/CONTENUTI	DESTINATARI PRIORITARI	EDIZIONI	BUDGET *
Codice di comportamento dell'ASP: aspetti etico comportamentali nei rapporti con l'utenza	Operatori che svolgono attività nei servizi che hanno rapporti con l'utenza, a maggiore rischio corruzione, individuati dai Responsabili delle strutture proponenti, appartenenti a tutte le professioni.	8	€ 2.000,00

FORMAZIONE RESIDENZIALE SPECIFICA

ATTIVITA'/CONTENUTI	DESTINATARI PRIORITARI	EDIZIONI	BUDGET
L'attività di vigilanza e ispezione nel Dipartimento di prevenzione: standard, procedure, aspetti etico – comportamentali e prevenzione della corruzione	Medici, veterinari, tecnici della prevenzione, personale amministrativo di supporto, impegnati nelle attività di vigilanza e ispezione	2	€ 2.000,00
Buone prassi operative in neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza	Medici, psicologi, sociologi, infermieri, assistenti sociali, fisioterapisti, logopedisti, educatori professionali, Tecnici della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, operanti nei servizi di Neuropsichiatria infantile	1	€ 2.000,00

ATTIVITA'/CONTENUTI	DESTINATARI PRIORITARI	EDIZIONI	BUDGET
Controllo e verifica dell'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere e prevenzione della corruzione: una possibile integrazione	Componenti N.O.C.I. UOC Governo della rete e degli erogatori	1	€ 2.000,00
TOTALE BUDGET FORMAZIONE RESIDENZIALE GENERALE E SPECIFICA			**€ 8.000,000**

FORMAZIONE ESTERNALIZZATA SPECIFICA

ATTIVITA'/CONTENUTI	DESTINATARI	BUDGET
Partecipazione ad attività di formazione organizzata dalla Scuola Nazionale dell'Amministrazione (SNA) e altre istituzioni pubbliche ed incontri di formazione /informazione/scambio organizzati a livello interregionale da istituzioni pubbliche sulla tematica della prevenzione delle corruzione e della trasparenza.	Responsabile Trasparenza e prevenzione della corruzione. Dirigenti/funzionari dell'Ufficio RTPC, rete dei referenti RPTC, rete dei referenti accesso civico, dirigenti/funzionari operanti nelle aree a rischio	**€ 5.000,00**

AGGIORNAMENTO/MATERIALI DIDATTICI

ATTIVITA'/CONTENUTI	DESTINATARI	BUDGET
Acquisto di manuali e testi professionali, abbonamenti a riviste specializzate, anche online	Ufficio RPCT	**€ 1.000,00**

Le attività formative saranno realizzate dall'Ufficio di Formazione aziendale.

PROPOSTA DI PROGETTO FORMATIVO

STRUTTURA PROPONENTE	RESPONSABILE PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
CRITICITÀ DA CORREGGERE	Il progetto costituisce una misura di prevenzione della corruzione emersa e condivisa nell'ambito della mappatura dei processi e costituisce il momento trasferimento e diffusione delle procedure di regolamentazione delle attività di vigilanza e ispezione che verranno elaborate dal Dipartimento di Prevenzione.
OBIETTIVI DA REALIZZARE	✓ Trasferimento e diffusione delle procedure elaborate dal Dipartimento ✓ Scambio di buone prassi ✓ Integrazione operativa fra i servizi ✓ Trasparenza nell'azione amministrativa ✓ Riduzione del rischio di comportamenti a rischio corruttivo ✓ Sensibilizzazione etica
TITOLO CORSO	L'attività di vigilanza e ispezione nel Dipartimento di prevenzione: standard, procedure, aspetti etico – comportamentali e prevenzione della corruzione
RESPONSABILE SCIENTIFICO *	Dott. Leonardo Lione, Dott. Saverio Porchia (già individuati dal Comitato Scientifico Aziendale ECM)
DESTINATARI	Medici, veterinari, tecnici della prevenzione, personale amministrativo di supporto, impegnati nelle attività di vigilanza e ispezione
RELATORI	✓ Componenti del Gruppo di lavoro che elaborerà delle procedure di regolamentazione delle attività di vigilanza e ispezione che avrà frequentato attività formative sul tema, organizzate dalla SNA, in una logica di formazione "a cascata" ✓ Responsabile prevenzione corruzione e trasparenza ✓ Esperto/testimone esterno
DURATA (in ore)	8 (otto)
PROGRAMMA DETTAGLIATO	Contesto istituzionale e giuridico all'interno del quale si colloca l'attività ispettiva del Dipartimento di Prevenzione. Le diverse aree operative. Programmazione dell'attività ispettiva. Presentazione delle procedure elaborate per ogni area operativa: ipotesi di integrazione operativa fra i servizi. La procedimentalizzazione dell'attività: trasparenza e prevenzione del rischio corruttivo. Confronto interno e scambio di buone prassi con altre istituzioni. Aspetti etico comportamentali nell'attività di vigilanza ed ispezione e codice di comportamento.
ALTRE STRUTTURE COINVOLTE	Unità operative afferenti al Dipartimento di prevenzione impegnate nelle attività di vigilanza ed ispezione
COSTI PREVISTI	€ 2.000,00
TEMPI DI ATTUAZIONE (n. di edizioni)	2

PROPOSTA DI PROGETTO FORMATIVO

STRUTTURA PROPONENTE	RESPONSABILE PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE - UNITA' OPERATIVE DI NPIA
CRITICITÀ DA CORREGGERE	Il progetto costituisce una misura di prevenzione della corruzione che emersa e condivisa nell'ambito della mappatura dei processi che integra in modo sinergico le altre iniziative programmate. Gli elementi di rischio emersi nella mappatura dei processi risultano infatti essere agevolati dalla mancanza di un modello unico organizzativo. La misura preventiva più efficace sul medio – lungo periodo è stata quella di identificare ed attuare un modello organizzativo omogeneo in coerenza con il nuovo Atto Aziendale, con l'attivazione di percorsi organizzativi – diagnostici – clinici – riabilitativi, omogenei e condivisi sul territorio attraverso: studio e ricerca di buone prassi a livello nazionale, individuazione percorsi condivisi, formalizzazione (Regolamenti, protocolli, linee guida). La formazione sarà quindi lo strumento per trasferire il modello, confrontarsi con altre realtà e con tutti gli operatori aziendali.
OBIETTIVI DA REALIZZARE	✓ Trasferimento e diffusione delle procedure e linee guida elaborate dal Gruppo di Lavoro ✓ Scambio di buone prassi ✓ Integrazione operativa fra i servizi ✓ Sensibilizzazione etica
TITOLO CORSO	Buone prassi operative in neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza
RESPONSABILE SCIENTIFICO *	Dott.ssa Caterina IANNAZZO, Dott.ssa Cleofe LUBERTO (già individuati dal Comitato Scientifico Aziendale ECM)
DESTINATARI	Medici, psicologi, sociologi, infermieri, assistenti sociali, fisioterapisti, logopedisti, educatori professionali, terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, operanti nei servizi di Neuropsichiatria infantile
RELATORI	✓ Componenti del Gruppo di lavoro che elaborerà le procedure in attuazione del modello organizzativo proposto ✓ Responsabile prevenzione corruzione e trasparenza ✓ Esperti/testimoni esterni
DURATA (in ore)	12
PROGRAMMA DETTAGLIATO	I servizi di neuropsichiatria infantile: standard organizzativi – diagnostici – clinici – riabilitativi. Dati epidemiologici e filiera istituzionale. Contesto e territoriale e rete dei servizi. Criticità organizzative e rischio corruzione. Presentazione delle procedure e linee guida elaborate dal Gruppo di lavoro. Confronto interno e scambio di buone prassi con altre istituzioni.
ALTRE STRUTTURE COINVOLTE	Distretti sanitari, Dipartimento di salute mentale e delle dipendenze, Consultori Familiari, Reparti di Pediatria,
COSTI PREVISTI	€ 2.000,00
TEMPI DI ATTUAZIONE (n. di edizioni)	Edizione unica

PROPOSTA DI PROGETTO FORMATIVO

STRUTTURA PROPONENTE	RESPONSABILE PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA DIREZIONE MEDICA SPOKE CASTROVILLARI
CRITICITÀ DA CORREGGERE	La riorganizzazione del sistema di controllo e verifica dell'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere previsto dal nuovo Atto aziendale lo rende funzionale all'integrazione con le attività di controllo di 2^ livello per alcune attività a maggiore rischio corruttivo, acquisendo nuovi elementi di verifica ed osservazione. Si rende pertanto necessario supportare il nuovo sistema con lo svolgimento di un corso di formazione finalizzato.
OBIETTIVI DA REALIZZARE	✓ Incremento delle competenze relative all'attività di controllo ✓ Integrazione fra attività di verifica dell'appropriatezza e prevenzione della corruzione
TITOLO CORSO	Controllo e verifica dell'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere e prevenzione della corruzione: una possibile integrazione
RESPONSABILE SCIENTIFICO *	Dott. Francesco LAVIOLA (già individuato dal Comitato Scientifico Aziendale ECM)
DESTINATARI	Componenti N.O.C.I. UOC Governo della rete e degli erogatori
RELATORI	Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza Direzione sanitaria UOC Programmazione e controllo UOC Governo della rete e degli erogatori Esperti/testimoni esterni
DURATA (in ore)	8 (otto)
PROGRAMMA DETTAGLIATO	Il nuovo sistema di verifica e controllo Standard e indicatori di verifica dell'appropriatezza Appropriatezza delle prestazioni e prevenzione della corruzione Fattoti abilitanti di rischio Integrazione del sistema di verifica, monitoraggio e controllo
ALTRE STRUTTURE COINVOLTE	UOSD Risk management, Direzioni Mediche Spoke, Ospedali di zona disagiata
COSTI PREVISTI	€ 2.000,00
TEMPI DI ATTUAZIONE (n. di edizioni)	Edizione Unica

PROPOSTA DI PROGETTO FORMATIVO

STRUTTURA PROPONENTE	RESPONSABILE PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA
CRITICITÀ DA CORREGGERE	Il progetto costituisce una misura di prevenzione della corruzione emersa e condivisa nell'ambito della mappatura dei processi che supporta le altre iniziative programmate intervenendo sulla difficile area di rischio legata allo standard etico. In particolare si vuole intervenire su quei comportamenti che fanno leva sulla "asimmetria informativa" fra l'utente e l'operatore per svolgere attività di indirizzo ed orientamento verso strutture, prestazioni, servizi, attività, prodotti predeterminati, al fine di trarne vantaggi personali, limitando la libertà di scelta, in grave violazione di principi etici e comportamentali, già rilevati nel Codice di comportamento aziendale.
OBIETTIVI DA REALIZZARE	✓ Condivisione dei principi etici da seguire nei rapporti con le persone che rivolgono a i servizi sanitari e socio – assistenziali; ✓ Condivisione delle regole di condotta nei rapporti con l'utenza in particolare in situazioni di asimmetria informativa; ✓ Conoscenza delle prescrizioni del Codice di comportamento
TITOLO CORSO	Codice di comportamento dell'ASP: aspetti etico comportamentali nei rapporti con l'utenza
RESPONSABILE SCIENTIFICO *	Dott. Raffaele CRESCENZO, Dott.ssa Giuliana BERNAUDO (già individuati dal Comitato Scientifico Aziendale ECM)
DESTINATARI	Operatori che svolgono attività nei servizi che hanno rapporti con l'utenza, a maggiore rischio corruzione, individuati dai Responsabili delle strutture proponenti, appartenenti a tutte le professioni ECM.
RELATORI	Responsabile prevenzione della corruzione e trasparenza Animatori dell'integrità
DURATA (in ore)	8 (otto)
PROGRAMMA DETTAGLIATO	Principi etici e deontologici nei servizi sanitari e socio sanitari. Carte dei diritti e statuti professionali. I fattori abilitanti del rischio etico nell'attività dei servizi sanitari: in particolare asimmetria informativa e conflitto d'interesse. Simulazione di situazioni a rischio e confronto fra partecipanti. Il Codice di comportamento aziendale.
ALTRE STRUTTURE COINVOLTE	Distretti Sanitari, UOC Anziani e Disabili, DMI, DSMD, Centrale Operativa 118
COSTI PREVISTI	€ 2.000,00
TEMPI DI ATTUAZIONE (n. di edizioni)	8

9. Segnalazione degli illeciti: cultura e strumenti di tutela.

Oltre all'attività di coordinamento e gestione del PTPCT, anche nel corso dell'anno 2019 si è svolta una importante attività di vigilanza, che ha preso in considerazione diverse situazioni di presunta irregolarità segnalate da dipendenti e cittadini, spesso pervenute impropriamente al RPCT, individuato come destinatario di una gamma troppo vasta di segnalazioni.

Il RPCT vuole promuovere una diffusa cultura della segnalazione, indispensabile per colpire quelle situazioni di *maladmistration* sulle quali vuole intervenire il sistema aziendale di prevenzione della corruzione.

In tal senso, oltre all'attività formativa sui temi dell'etica e della legalità già presentati, con il Regolamento già approvato dall'ASP di Cosenza, che deve essere aggiornato con il recepimento della nuova legge sul Wistleblowing, e supportato da un qualificato software per la gestione delle segnalazioni, reperibile in Open source.

L'attività di vigilanza dovrà essere progressivamente strutturata attraverso la diffusione sempre più capillare della comunicazione delle competenze del RPCT in materia, della coerenza con la strategia di prevenzione della corruzione, chiarendo le irregolarità segnalabili per le quali si procederà ad istruttoria e quelle che non verranno prese in considerazione, analogamente a quanto già elaborato dall' Anac in materia di vigilanza.

L'efficacia delle misure che saranno adottate dal PTPCT sarà assicurata, oltre che dall'aumento della qualità della progettazione, verificata ex ante dalle attività di coinvolgimento e partecipazione degli stakeholder, anche da una ulteriore integrazione nel triennio 2020-2022 fra il PTPCT ed il Piano della Performance, in ogni fase del ciclo di programmazione.

In particolare si continuerà la progettazione delle misure del PTPCT con la definizione degli specifici obiettivi di budget da assegnare ad ogni struttura coinvolta nel sistema, con l'indicazione dei pesi assegnati ad ogni obiettivo, le modalità, tempi ed indicatori di verifica.

10. Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

Le azioni di sensibilizzazione e il rapporto con la società civile hanno la funzione di sostenere la partecipazione della comunità locale nell'azione di prevenzione della corruzione, nella consapevolezza che le risorse interne sono spesso insufficienti in questa direzione. Il rapporto con la società civile, in questo contesto, consente altresì di migliorare il rapporto di fiducia verso l'Ente, migliorando l'immagine e la percezione di qualità dei servizi erogati. Le azioni di sensibilizzazione e partecipazione saranno finalizzate a:

1. miglioramento della qualità della comunicazione nelle azioni di prevenzione della corruzione, in particolare attraverso la qualificazione delle pagine dedicate del sito aziendale www.asp.cosenza.it
2. attivazione di iniziative di partecipazione da parte dei cittadini e delle Associazioni dei consumatori, costruendo percorsi di coinvolgimento strutturato (mappatura degli stakeholder ed istituzione di strutture accreditate) e modalità/canali di ricevimento di segnalazioni di disservizi/maladmistration, percezione di trasparenza, ascolto;
3. organizzazione di incontri, nell'ambito dell'iniziativa "Giornata della Trasparenza".

11. Monitoraggio del PTPC e delle misure

Le attività di monitoraggio periodico, riguarderà le seguenti attività:

a) crono programma di realizzazione delle azioni previste dal PTPCT e dalle singole misure;
b) adempimenti di pubblicazione ai sensi del Dlgs 33/13;
c) diffusione ed attuazione Codice di Comportamento.

I dati di monitoraggio sullo stato di attuazione del PTPCT saranno rilevati dai Referenti RPTC sulla base di schede appositamente predisposte dall'Ufficio RPCT. Nelle strutture nelle quali non è presente il Referente, le attività di monitoraggio saranno svolte dall'Ufficio RPCT.
Le attività di monitoraggio avranno quindi come esito la stesura di un Report sullo stato di avanzamento della realizzazione del PTPCT, elaborato entro il mese di giugno, che sarà trasmesso al Direttore Generale e alla O.I.V. e pubblicato sul sito www.asp.cosenza.it perché possa essere visionato dall'ANAC, dai servizi coinvolti nella realizzazione del Piano, dagli stakeholder interni ed esterni. L'attuazione della misura sarà a carico del RPCT.

12. Coordinamento ed integrazione con la programmazione aziendale.

Il PTPCT è un documento di natura programmatica per i quale risulta necessario stabilire reali collegamenti con il Piano ed il ciclo della Performance, in quanto non solo costituisce una parte rilevante dei programmi di attività dell'azienda, ma ne consente la piena conoscibilità da parte di tutti i cittadini, anche in riferimento al loro stato di attuazione ed ai risultati conseguiti.

Il PTPCT si integra con il Piano della Performance, per come previsto dalla vigente normativa, in ogni fase di realizzazione:

a) elaborazione del Piano, con la condivisione della medesima base dei dati e fonti informative;
b) assegnazione degli obiettivi, per come già indicato, contenenti anche le misure di prevenzione della corruzione individuate per ogni servizio;
c) monitoraggio/valutazione delle attività.

L'ASP provvederà ad inserire negli strumenti del ciclo della performance, in qualità di obiettivi e di indicatori per la prevenzione del fenomeno della corruzione, i processi e le attività di programmazione posti in essere per l'attuazione del PTPCT nel duplice versante della :

- *performance organizzativa* (art. 8 d.lgs. n. 150/2009)
- *performance individuale* (art. 9 d.lgs. 150/2009).

Dell'esito del raggiungimento degli obiettivi in tema di contrasto del fenomeno della corruzione, individuati nel P.T.P.C.T. e negli atti programmatori relativi al ciclo della Performance organizzativa, si darà conto nell'ambito della Relazione della performance (art. 10 d.lgs. n. 150 del 2009), dove a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, si verificheranno i risultati raggiunti, rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

Relativamente alla performance individuale, gli obiettivi e le relative attività da perseguire per la prevenzione dei fenomeni corruttivi saranno oggetto di valutazione da parte del dirigente responsabile della struttura competente.

13. Comunicazioni relative all'avvio, realizzazione, monitoraggio, valutazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

Tutte le comunicazioni relative all'avvio, realizzazione, monitoraggio, valutazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ed ogni altra informazione relativa alla trasparenza ed alla prevenzione della corruzione, rivolte ai servizi interni, avverranno **esclusivamente con la pubblicazione sul sito aziendale, sulla home e nella sezione "**Amministrazione Trasparente – Altri contenuti/Prevenzione della corruzione/Piano Triennale prevenzione della corruzione e della trasparenza"**http://www.asp.cosenza.it/trasparente/?p=programma_trasparenza_integrita** che tutti i dipendenti, ognuno nel suo ruolo, hanno l'obbligo di consultare periodicamente quale adempimento attuativo dell'art. 6 del Codice di Comportamento aziendale (Delibera n. 3374 del 16.12.2013).

ALLEGATO 1

CATALOGO DEI PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI

AREA DI STAFF

PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO

PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI DI UFFICIO

1. Mappa dei Centri di Responsabilità.
2. Mappa dei Centri di costo/spesa.
3. Piano Attuativo Triennale e piano annuale delle Attività.
4. Piano Aziendale annuale delle Performance.
5. Misurazione delle Performance.
6. Regolamento di Budget.
7. Processo di Budget – schede di budget.
8. Implementazione sistema di Reporting Direzionale, Controllo di Gestione.
9. Piano Annuale per i controlli analitici sulle SDO anno successivo.
10. Report Annuale attività di controllo sulle SDO.

SCREENING ONCOLOGICI E TUMORI

PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI DI UFFICIO

1. Realizzazione programma di Screening oncologici
2. Registro tumori

SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI

PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI DI UFFICIO

1. Acquisizione MEPA
2. Adesione CONSIP
3. Comunicazione flussi
4. Controllo ordinativi e liquidazione fatture
5. Procedure Gara e affidamento
6. Sistemistica software

SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI

PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI AD ISTANZA DI PARTE

1. Accesso agli atti
2. Attivazione PEC
3. Attivazione casella di posta elettronica
4. Attivazione firma digitale
5. Configurazione PC
6. Profili abilitazioni informatiche

AREA DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO

GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE

PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI AD ISTANZA DI PARTE

1. Intervento di manutenzione straordinaria ad immobile di proprietà
2. Intervento di manutenzione ordinaria ad immobile di proprietà
3. Servizi di Vigilanza ad immobile di proprietà
4. Manutenzione automezzi

GESTIONE RISORSE UMANE

PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI AD ISTANZA DI PARTE

1.Permessi disciplinati dal CCNL e da particolari norme di legge

(Aspettativa, Congedo, Autorizzazioni etc)

2. Procedura per la trasformazione rapporto di lavoro a tempo parziale

3. Autorizzazione all'espletamento d'incarico esterni

4. Permessi disciplinati dal CCNL e da particolari norme di legge (Aspettativa, Congedo, Autorizzazioni etc)

5. Gestione delle Pratiche di Collocamento a riposo (sia pensione che trattamento di fine servizio) per: aggiunti limiti di età anzianità contributiva (limiti di servizio) - pensione di reversibilità per gli eredi - collocamento in pensione inidoneità fisica - Rideterminazione trattamento pensionistico - Trattamento di fine servizio personale cessato (TFS/TFR)

6. Denuncia/Comunicazione di Infortunio, il dipendente o persona incaricata, deve rivolgersi all'ufficio risorse umane nell'immediatezza dell'evento per la denuncia in modo da attivare il procedimento.

7. Rilascio certificato di servizio in bollo da esibire a strutture private

8. Rilascio certificato di stipendio ai dipendenti.

9. Autorizzazioni Permesso allo Studio per dipendenti frequentanti corsi di Laurea, Master, Dottorati Specializzazioni e altro

10. Concessione di Cessione del Quinto o Delega

PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI DI UFFICIO

1. Corresponsione Indennità Sostitutiva del mancato preavviso. E' un procedimento autorizzativo all'erogazione dell'indennità sostitutiva del preavviso. Requisiti e/o presupposti: Dipendente a tempo indeterminato cessato per morte, inabilità a proficuo lavoro o riconosciuto permanentemente inidoneo a proficuo lavoro

2. Determinazione contingente annuo di permessi sindacali e loro ripartizione alle OO.SS CCNQ del 9/10/09 CCNQ del 26/10/2008

3. Attribuzione fascia superiore dell'indennità di esclusività del rapporto del lavoro. Ad avvenuta maturazione di esperienza professionale superiore ai 5 anni o ai 15 anni parte dei Dirigenti appartenenti all'area Medico-Veterinaria e all'area della Dirigenza Sanitaria,

4. Gestione del pre-contenzioso. riscontro fornito su istanze avanzate dai dipendenti tese al riconoscimento di natura giuridica - economica (es. Mansioni Superiori, progressione verticale, differenze retributive in genere, liquidazione ferie non godute ecc..)

5. Supporto informativo e documentale nel caso di contenzioso. Nel caso dipendenza di controversia presso AGO o AGA, su richiesta dell'UOC Area Legale

6. Atto di Pignoramento presso Terzi; verifica situazione contabile dipendenti a seguito di pignoramento presso terzi con ordine di pagamento

7. Compilazione Statistica Conto Annuale, Monitoraggio Trimestrale e Rilevazione attività allegata al Conto Annuale

8. Inoltro pratiche per prestazioni creditizie INPS domande WEB piccolo prestito e prestito pluriennale.

9. Gestione Crediti agli iscritti

10. Gestione Piani di Ammortamento Riscatti e Ricongiunzione

11. Predisposizione bandi di concorso e/o di mobilità regionale extraregionale - avvisi pubblici per il conferimento degli incarichi di Strutture complessa del ruolo sanitario - avvisi pubblici per il conferimento di eventuali incarichi temporanei

12. Gestione del servizio buoni pasto a favore del personale dipendente, calcolo numerico legato alla presenza e distribuzione degli stessi ai dipendenti

13. Acquisizione ed inserimento nel sistema dei certificati di malattia on line con trasmessi dall'INPS e richieste e verifiche esiti visite fiscali

14. Adempimenti trasmissioni dati alla funzione pubblica GEPAS gestione delle dichiarazioni di sciopero; - Rilevazione permessi ex Legge 104/92

15. Attività di monitoraggio calcolo giorni di malattia nel rispetto del comparto

16. Rilevazione presenze inserimento giustificativi nel sistema rilevazione presenze il personale dipendente (ferie, malattia, congedi, permessi, etc)

17. Attività di inserimento e monitoraggio calcolo voce accessorie stipendiali.

ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE INTRAMOENIA

PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI AD ISTANZA DI PARTE

1. Richiesta nuove prestazioni attività professionale intramoenia in regime allargata.
2. Rilevazione procedimenti amministrativi.
3. Richiesta variazione giorni/orari attività professionale intramoenia nella struttura aziendale.
4. Richiesta variazione giorni/orari attività professionale intramoenia in regime allargata.
5. Richiesta variazione indirizzo attività professionale intramoenia in regime allargata.
6. Richiesta variazione tariffe attività professionale intramoenia in regime allargata.
7. Richiesta variazione tariffe attività professionale intramoenia in struttura.

AREA DISTRETTUALE

DISTRETTI

PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI AD ISTANZA DI PARTE

1. Liquidazioni ad associazioni di volontariato per il trasporto di pazienti dializzati non deambulanti dalla residenza al centro dialisi e viceversa.
2. DRG364 Liquidazione contributo a favore delle persone affette da disabilità gravissima
3. Autorizzazioni al trasporto in ambulanza pazienti dializzati non deambulanti: Per i pazienti sottoposti al trattamento dialitico nefropatici cronici non deambulanti, in possesso della certificazione del Centro Dialisi, l'Asp garantisce, per tutto il territorio, il servizio di trasporto in ambulanza;
4. Rimborso spese a dializzati
5. Rimborso spese di viaggio per ricovero in Centro Alta Specialità in Italia.
6. Richiesta indennità TBC. Legge 88/87
7. Rimborso spese per modifica strumenti di guida: contributo per l'adattamento degli strumenti di guida, relativi ad un veicolo destinato abitualmente alla mobilità di una persona con incapacità motorie permanenti, destinato a cittadini
   a) residenti nel territorio di competenza dell'Asp
   b) portatori di handicap - legge 104/92 -
   c) titolari di patente di guida delle categorie a, b, c, speciali
8. Attivazione del servizio di ossigenoterapia domiciliare
9. Autorizzazione e vidimazione delle prestazioni in assistenza domiciliare programmata di MMG e di PLS
10. Autorizzazioni, rinnovo, assistenza integrativa per malattia celiaca, insufficienza renale cronica.
11. Rilascia la certificazione per accedere ai benefici previsti per i pazienti e i familiari hanseniani, di validità trimestrale.
12. modello 415 specialisti ambulatoriali.
13. Consegna buoni acquisto alimenti per celiaci.
14. Consegna e registrazione dei ricettari medici standardizzati.
15. Controllo e liquidazione bilanci di salute pls.
16. Individuazione ed integrazione dei minori portatori di handicaps e alunni con difficoltà di apprendimento.
17. Liquidazione fatture elettroniche passive di ditte fornitrici di ausili e protesi.
18. Liquidazione fatture parafarmacie ed esercizi commerciali convenzionati, farmacie extra-provinciali ed extra-regionali per la fornitura di assistenza integrativa di alimenti per celiaci.
19. Liquidazione competenza a favore dei MMG per accessi a pazienti presi in carico dal servizio CDI (Servizio Cure Domiciliari Integrate)
20. Rilascio esenzioni ticket per patologie croniche invalidanti.
21. Rilascio esenzione ticket E01-E02-E03-E04
22. Rilascio esenzione ticket per invalidità civile, di guerra, vittime del terrorismo, malattie rare.
23. Vidimazione e controllo delle prestazioni particolare impegno professionale di mmg e di pls.
24. Accesso alle cure domiciliari integrate

25. Accesso alle prestazioni di assistenza protesica concedibili nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale.
26. Procedimento individuazione dei minori ai fini dell'integrazione scolastica.
27. Richiesta di mantenimento del pediatra di libera scelta oltre il 14 anno di età.
28. Accesso ai servizi sanitari territoriali.
29. Richiesta di scelta e revoca di pediatri di libera scelta medici di medicina generale.
30. Richiesta di scelta in deroga territoriale di pediatri di libera scelta
31. Rilascio e aggiornamento dati tessera sanitaria

PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI DI UFFICIO

1. Commissione Appropriatezza Prescrittiva. Appropriatezza d'uso dei farmaci e conoscenza del miglior profilo rischio beneficio
2. Individuazione Zone Carenti per la Medicina Generale e PLS
3. Revoca di ufficio dagli elenchi degli assistibili dei pediatri di libera scelta/medici di assistenza primaria "assistiti deceduti, trasferiti, iscritti AIRE

TUTELA ANZIANI E DISABILI

PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI AD ISTANZA DI PARTE

1. Autorizzazione e liquidazione per ricovero extra regione in struttura riabilitativa
2. Autorizzazione ricoveri in RSA Anziani, Medicalizzata, Disabili e Case Protette per Anziani
3. Liquidazione fatture centri accreditati convenzionati - Riabilitazione estensiva
4. Liquidazione fatture per ricoveri in RSA Anziani, Medicalizzata, Disabili e Case Protette per Anziani
5. Trasmissione progetti riabilitativi individuali - pri - di riabilitazione estensiva autorizzati dalla UVM ai CRE e controllo e validazione delle prestazioni riabilitative

PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI DI UFFICIO

1. Compilazioni accordi-contratti con le strutture accreditate sanitarie e sociosanitarie RSA - CP e Riabilitazione Estensiva

AREA FARMACEUTICA

FARMACIA TERRITORIALE

1. Apertura/chiusura Farmacia
2. Assegnazione sede vinta concorso
3. Assunzione/cessazione collaboratori
4. Autorizzazione ferie farmacia
5. Cambio titolarità farmacia
6. Consegna ricetta
7. Distruzione sostanze stupefacenti
8. Indennitá residenza
9. Trasferimento locali
10. Vidimazione consegna registro stupefacenti

AREA DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI DI UFFICIO

DIREZIONE DIPARTIMENTO

11. Registrazione SCIA
12. Approvazione preventiva dei prototipi di corsi di formazione per Operatori del Settore Alimentare – OSA
13. Istanze su richiesta di enti - autorità competenti privati

EPIDEMIOLOGIA

PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI AD ISTANZA DI PARTE

1. Rilascio copia della scheda ISTAT di morte

2. Rilascio copia della scheda ISTAT di morte, su richiesta scritta di Enti e Istituti Scientifici: INAIL, Enti Locali, Magistratura, INPS, Istituti Scientifici di Ricerca, etc

3. Rilascio copia della scheda ISTAT di morte, su richiesta scritta di Uffici periferici aziendali autorizzati, afferenti al Dipartimento di Prevenzione

MEDICINA LEGALE

PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI AD ISTANZA DI PARTE

1. Commissione Medica Locale
2. Commissione di Prima Istanza
3. Valutazioni per Legge 210/92
4. Visite fiscali
5. Visite mediche di controllo su richiesta dell'autorita' giudiziaria
6. Rilascio certificato necroscopico
7. Rilascio certificato per sana costituzione
8. Rilascio certificato per direttori e responsabili sciovie
9. Rilascio certificato per la concessione del contrassegno invalidi
10. Rilascio certificato per ammissione al voto assistito
11. Rilascio certificato per voto domiciliare
12. Rilascio certificato per idoneita' psicofisica all'uso delle armi
13. Rilascio certificato per anticipazione del tfr
14. Rilascio certificato per la cessione del v° dello stipendio
15. Rilascio certificato di idoneita' psicofisica all'adozione
16. Rilascio certificato attestante la patologia
17. Rilascio certificato per portatore di handicap
18. Rilascio certificato di idoneita' psicofisica per la patente nautica
19. Rilascio certificato per esenzione obbligo cinture di sicurezza

PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI DI UFFICIO

1. Attivita' necroscopica

MEDICINA DELLO SPORT

PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI AD ISTANZA DI PARTE

1. Certificazione medica per l'esercizio di attività sportiva non agonistica
2. Certificazione medica per l'esercizio di attività sportiva agonistica

IGIENE PUBBLICA

PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI AD ISTANZA DI PARTE

1. Verifica amianto

2. Rilascio Parere di idoneità Ambulanze ad Enti, Associazioni, Cooperative, Privati ai fini dell'Autorizzazione Regionale

3. Richiesta parere di idoneità sanitaria - carro funebre – ambulanza

4. Rilascio Parere di idoneità Carri Funebri a Ditte Private ai fini dell'autorizzazione comunale

5. Parere igienico-sanitario reso al Comune per rilascio di Autorizzazione Attività industriali insalubri

6. Parere igienico-sanitario reso alla Regione per rilascio di Autorizzazione apertura di stabilimenti di produzioni e commercio di cosmetici

7. Parere igienico-sanitario reso al Comune, per apertura di scuole e altre attività di formazione - apertura piscine

8. Richieste partecipazioni Conferenze dei Servizi per valutazioni progetti relativi a insediamenti produttivi di elevata complessità (Impianti Produzione Energia, Impianti produzione Carburanti, Impianti smaltimento rifiuti, ecc.) pianificazione strumenti di regolazione urbanistica del territorio

9. Richieste di sopralluoghi da parte di privati per inconvenienti igienico-sanitari

10. Segnalazione inconvenienti igienico-sanitari

11. Parere igienico-sanitario reso alle Autorità Competenti Provincia, Regione, Comune, ai fini dell'Autorizzazione Unica Ambientale per scarico acque industriali o meteoriche /industriali sul suolo o in un corpo idrico (Autorità competente Provincia)scarico acque industriali o meteoriche /industriali in pubblica fognatura (Autorità Competente Comune), emissioni in atmosfera (Autorità Competente Regione);

12. Parere igienico-sanitario reso al Comune per rilascio di Autorizzazione apertura Medie e grandi strutture commerciali

13. Parere igienico-sanitario reso alle Autorità Competenti Comune o Regione per Bonifiche siti inquinati

14. Parere igienico-sanitario reso al Comune, per Costruzione ed ampliamento Cimiteri, Riduzione fascia di rispetto Cimiteriale, Estumulazione

15. Parere di idoneità igienico-sanitaria per autorizzazione comunale al funzionamento di strutture socio-assistenziali rilasciato a privati, enti, etc

16.Richiesta parere igienico-sanitario strutture socio-assistenziali

17. Richieste partecipazioni Commissioni Prefettizie e Comunali di Vigilanza per Locali Pubblico Spettacolo per Autorizzazioni di aree e /o locali pubblico spettacolo al chiuso e/o all'aperto

18. Richieste di Parere igienico-sanitario per insalubrità alloggio ai fini dell'assegnazione di alloggi comunali edilizia economica e popolare

19. Rilascio parere per Nulla Osta prefettizio alla detenzione e impiego di sostanze radioattive e/o macchine radiogene per attività industriali di Categoria B Vigilanza sulle attività che comportano rischio di R.I.

PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI DI UFFICIO

1. Interventi sulla presenza di materiali contenenti AMIANTO acquisizione di Scheda di Censimento Amianto

2. Attività di Vigilanza sulle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie, Termali e Carcerarie, Centri Accoglienza Straordinaria, Sportive, Educative, Scolastiche

3. Vigilanza e controllo sulle attività che comportano rischio di R.I.

SPISAL

PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI SU ISTANZA DI PARTE

1. Interdizione dal Lavoro per le Lavoratrici Madri
2. Ricorso avverso il giudizio del medico competente ex art. 41 D.Lgs 81/08

PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI DI UFFICIO

1. Estinzione delle contravvenzioni in materia di sicurezza e igiene del lavoro

SERVIZIO VETERINARIO A

PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI AD ISTANZA DI PARTE

1. Rilascio codice struttura (codice Aziendale) per nuovi insediamenti animali. allegando alla richiesta fotocopia di documento di riconoscimento e cod. fiscale se trattasi di attività per autoconsumo.
Per attività Operatore Settore Alimentare (OSA) verrà rilasciato dopo l' assegnazione del codice di registrazione - Segnalazione Certificata Inizio Attività (SCIA)

2. Registrazione in B.D.N. fornitura marche auricolari e duplicati per identificazione dei bovini e degli ovi-caprini, subentro su marche assegnate

3.Registrazione in B.D.N. anagrafe zootecnica capi bovini, ovi-caprini, suini, equidi, api, (iscrizione per movimentazione in uscita/entrata da vita) entro 7 gg. Dall' avvenuta movimentazione allegando relativa documentazione (mod. 4, allegato C per api).

4. Registrazione in B.D.N. anagrafe zootecnica nascite capi bovini, ovi-caprini, suini, equidi

5. Ristampa passaporto (documento di identificazione) della specie bovina a seguito di smarrimento/ furto bisogna fare regolare denuncia di furto o smarrimento all'autorità di polizia territorialmente competente (nota ministero prot. 17922 del 08/05/2006)

6. Registrazione in B.D.N. censimento dei capi suini ed ovi-caprini. I titolari di allevamenti ovi-caprini e/o suini sono tenuti a effettuare, nel mese di marzo di ogni anno, il censimento del numero

di capi, suddivisi per tipologia, presenti nell'allevamento (che devono corrispondere ai capi presenti nel registro aziendale) e a comunicare i dati al servizio veterinario

7. Produzione e rilascio certificazioni sanitarie per spostamento animali da reddito

8. Attestazione sanitaria di allevamento bovino ufficialmente indenne da Brucellosi, Tubercolosi e Leucosi Bovina Enzootica

9. Vidimazione registro carico-scarico allevamenti animali da reddito.

10.Attestazione sanitaria di allevamento ovino-caprino ufficialmente indenne da brucellosi sotto il controllo dello Stato

11. Liquidazione indennità di abbattimento animali infetti da TBC- Brucellosi- Leucosi Bovina Enzotica

12. Su richiesta UVAC (Ufficio Veterinario Adempimenti CE) si attuano le verifiche su animali introdotti da Paesi CE

13. Controlli su animali introdotti da Paesi CE su disposizione dell'UVAC (Ufficio Veterinario Adempimenti CE)

14. Controlli su animali importati da Paesi extra UE su disposizione del PIF (Posto Ispettivo Frontaliero)

15. Certificazione sanitaria per l'esportazione di animali vivi intra ed extra Paesi UE (TRACES). Il sistema TRACES è uno strumento di gestione dei movimenti di animali e di prodotti di origine animale sia provenienti dall'esterno dell'Unione europea che sul suo territorio.

16. Registrazione sul sistema NSIS esiti accertamenti richiesti da UVAC su partite di animali vivi importati.

17. Rilascio di attestazioni su richiesta di privati emesse a seguito di sopralluogo e non.

18. Interventi di ispezione e verifica specifici su richiesta di autorità di polizia giudiziaria.

19. Attestazione iscrizione cani all'anagrafe canina, passaggi di proprietà, denunce smarrimento, furto, decesso.

20. Passaporto animali da compagnia della specie cane, gatto e furetto.

21. Prelievo per esami di laboratorio per la movimentazione all'estero degli animali da compagnia entro 5 gg..

22. Certificazione sanitaria per la movimentazione all' estero degli animali da compagnia.

23. Richieste di accalappiamento cani da parte dei sindaci per le seguenti motivazioni:
❒ catture cani vaganti sul territorio "ordinario" e cattura con previsione re immissione sul territorio entro 4 gg
❒ emergenza per sicurezza stradale
❒ emergenza per cane segnalato aggressivo
❒ emergenza cane morsicatore

❒ emergenza sanitaria ,(categoria prestazione ad hoc) , scatta intervento urgente dal personale di turno

24. Attestazione esito controllo sanitario Profilassi della rabbia.

PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI DI UFFICIO

1. Tariffario - aggiornato al 13 dic 2017

2. Esecuzione dei controlli ufficiali in materia di sicurezza alimentare (Ispezione, vigilanza, verifica, campionamento…) presso aziende OSA e non.

3. Sanzioni amministrative per violazioni regolamenti concernenti le materie di competenza.

4. Notizie di reato per violazioni di natura penale concernenti le materie di cui ai punti precedenti.

5. Proposta di adozione di ordinanze contingibili ed urgenti.

6. Provvedimenti urgenti consecutivi a malattia infettiva denunciabile degli animali 24 ore comunicazione scritta notificata al proprietario degli animali.

7. La procedura si applica in caso di accertamento, durante il controllo ufficiale presso imprese o altre attività connesse alla produzione dì alimenti, di non conformità per cui è prevista l'emissione dì una delle misure indicate all'art. 54 del Reg. CE 882/2004.

8. Denuncia di malattia infettiva e diffusiva degli animali.

9. Indagine epidemiologica.

10.Compilazione e validazione modello 2/33 e 2/33bis nell'ambito della profilassi della BRC ovi-caprina e della TBC, BRC, LBE, IBR bovina.

11.Verbale di prescrizioni, sequestro cautelativo/dissequestro, di vincolo/svincolo ed affidamento in custodia di animali e merci.

SERVIZIO VETERINARIO B

PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI AD ISTANZA DI PARTE

1. Atto di registrazione delle attività di produzione primaria, commercio al dettaglio in sede fissa, laboratorio artigianale con annessa vendita, commercio al dettaglio con strutture mobili su aree pubbliche, trasporto alimenti, trasporto animali, fiere, festival, sagre popolari, stabilimento di produzione, trasformazione e confezionamento, ristorazione, distribuzione all'ingrosso

2. Rilascio certificazioni sanitarie relative ad alimenti di origine animale (trasporto, esportazione dichiarazione di non commestibilità).

3. Richiesta sanitaria per animali (Suini) macellati a domicilio.

4. Rilascio del decreto di assegnazione dell'approval number definitivo per gli stabilimenti con riconoscimento CE.

5. b1 Modello unico di domanda di "Riconoscimento" per tutte le attività oggetto di Riconoscimento ai sensi del Regolamento (CE) 853/2004.

6. b2 Cambio d'intestazione stabilimento "Riconosciuto" per sub ingresso.

7. b3 Comunicazione di modifiche strutturali e/o impiantistiche che non comportano variazioni dell'atto di riconoscimento.

8. b4 Domanda di variazione produttiva (Sezione e/o Attività e/o Prodotto) comportante modifica dell'atto di "Riconoscimento" dello stabilimento.

9. b21 Cambio di intestazione per la sola variazione di ragione sociale o denominazione per stabilimento già "riconosciuto".

PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI DI UFFICIO

1. Attività ispettiva e di vigilanza (audit, ispezione, verifica, campionamento...) presso industrie alimentari del settore delle carni e derivati (macelli, laboratori di sezionamento e di trasformazione, depositi, spacci vendita, automezzi, ...).

2. Attività ispettiva e di vigilanza (audit, ispezione, verifica, campionamento ...) presso industrie alimentari del settore della pesca e derivati (laboratori di trasformazione, depositi, spacci vendita, automezzi, ...).

3. Attività ispettiva e di vigilanza (audit, ispezione, verifica, campionamento ...) presso industrie alimentari del settore del miele e derivati (laboratori di trasformazione, depositi, spacci vendita,...).

4. Attività ispettiva e di vigilanza (audit, ispezione, verifica, campionamento ...) presso industrie alimentari del settore delle uova e ovoprodotti (laboratori di trasformazione, depositi, spacci vendita, automezzi...).

5. Interventi a seguito di stati d'allerta e conseguenti atti amministrativi/giudiziari (sequestro, vincolo sanitario, sanzioni, denunce,...).

6. Controlli su alimenti introdotti da Paesi CE su disposizione dell'UVAC (Ufficio Veterinario Adempimenti CE).

7. Controlli su alimenti importati da Paesi extra UE su disposizione del PIF (Posto Ispettivo Frontaliero).

8. Rilascio certificazione inerente l'assegnazione alla distruzione o ad uso diverso.

9. Rilascio attestazione sanitaria per animali (Suini) macellati a domicilio.

10. Attestazione sanitaria di avvenuta visita degli animali abbattuti negli impianti di macellazione.

11. Attività di campionamento ufficiale/conoscitivo con stesura relativo verbale di prelievo con sopralluogo e atti conseguenti.

12. Emissione bollette ai fini della fatturazione quali contributi per le ispezioni ed i controlli veterinari di animali vivi e di taluni prodotti di origine animale.

13. Trasmissione bollette ai fini della fatturazione quali contributi per le ispezioni ed i controlli veterinari di animali vivi e di taluni prodotti di origine animale.

14. Sanzioni amministrative per violazioni regolamenti concernenti le materie di competenza.

15. Notizie di reato per violazioni di natura penale concernenti le materie di cui ai punti precedenti.

16. Tossinfezioni derivanti dal consumo 19_Indagini epidemiologiche in caso intossicazioni, di alimenti di origine animale.

SERVIZIO VETERINARIO C

PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI DI PARTE

1.Rilascio parere per riconoscimento stabilimenti CE prodotti O.A.: Parere di competenza per il rilascio di riconoscimenti CE presso industrie alimentari del settore latte e derivati intera filiera dalla produzione primaria (stalla) alla produzione post-primaria (caseifici) distribuzione e sottoprodotti di origine animale.

2. Rilascio parere per modifiche strutturali/impiantistiche stabilimenti CE prodotti O.A.: Parere di competenza per modifiche strutturali e/o impiantistiche stabilimenti già riconosciuti CE presso industrie alimentari del settore latte e derivati.

3. Rilascio parere per modifiche tipologie produttive stabilimenti CE prodotti O.A.: Parere di competenza per modifiche tipologie produttive stabilimenti già riconosciuti CE presso industrie alimentari del settore latte e derivati intera filiera dalla produzione primaria (stalla) alla produzione post-primaria (caseifici) distribuzione e sottoprodotti di origine animale.

4. Rilascio parere per riconoscimento stabilimenti settore alimentazione animale: Parere di competenza per rilascio riconoscimento REGIONALE stabilimenti operanti nel settore dell'alimentazione animale: stabilimenti che trattano prodotti di origine animale per i quali sono previsti requisiti ai sensi dell'allegato III del Regolamento (CE) n. 853/2004-gli esercizi di commercio al dettaglio che effettuano operazioni allo scopo di fornire alimenti di origine animale ad altri stabilimenti e tale attività costituisce attività prevalente in termini di volumi, riferiti ad un valore superiore al 40% del prodotto lavorato/anno-le attività di produzione, commercializzazione e deposito ai fini della commercializzazione degli additivi.

5. Rilascio parere per modifiche strutturali e/o impiantistiche stabilimenti riconosciuti / registrati settore alimentazione animale: Parere di competenza per rilascio parere di competenza per modifiche strutturali/impiantistiche stabilimenti già riconosciuti/registrati operanti nel settore dell'alimentazione animale (coltivazione-trasformazione-commercializzazione-trasporto).

6. Rilascio certificazioni esportazione prodotti lattiero-caseari: Rilascio certificazione nell'interesse di privati per l'esportazione di prodotti lattiero caseari.

7. Rilascio certificazioni: Rilascio certificazione nell'interesse di privati.

8. Rilascio certificazioni a seguito controlli su richiesta Min.Sal- Uvac- altro: Rilascio certificazione o attestato relativo a controlli su richiesta Min.Sal o uffici periferici ai fini dello svincolo di partite di animali, mangimi o alimenti di origine animale.

9. Concentramento, mostre animali, spettacoli con animali: Parere idoneità nel campo benessere animale per concentramenti, mostre e spettacoli con uso di animali.

10. Autorizzazione al trasporto animali vivi.

11. Rilascio parere per registrazione stabilimenti settore alimentazione animale: Registrazione operatori del settore alimentazione animale (tutti gli stabilimenti del settore alimentare che eseguono una qualsiasi delle fasi di produzione, trasformazione, trasporto, magazzinaggio, somministrazione e vendita ai quali non si applica il Regolamento (CE) n. 853/2004-tutti gli stabilimenti del settore dei mangimi che eseguono una qualsiasi delle fasi di produzione, trasformazione, stoccaggio, trasporto, somministrazione e vendita di mangimi e materie prime per mangimi, nonché la somministrazione di proteine animali per l'alimentazione, ai sensi del reg. CE 999/2001 e successive modificazioni; e) l'attività effettuata da parte di intermediari, comportante la compravendita (con o senza raccolta e/o trasporto di alimenti senza ulteriore trattamento/trasformazione degli stessi), con o senza sede di stoccaggio.

12. Autorizzazione alla detenzione dei scorte di medicinali veterinari Medici Veterinari (con o senza struttura) e/o aziende zootecniche. Vidimazione registro scorte per Medici Veterinari (con o senza struttura) e/o aziende zootecniche.

12. A. Autorizzazione alla detenzione di scorte di medicinali veterinari in strutture di allevamento o di custodia di animali non destinati alla produzione di alimenti.

12.B.Autorizzazione alla detenzione di scorte di medicinali veterinari in strutture di allevamento o di custodia di animali destinati alla produzione di alimenti.

12. C. Autorizzazione alla detenzione di scorte di medicinali veterinari da parte dei medici veterinari.

12. D. Comunicazione variazione medico veterinario responsabile delle scorte.

12. E. Rinuncia alla detenzione di scorte di medicinali veterinari di medicinali veterinari.

13. Intervento a seguito di segnalazione relativa a pericolo riferito alla sicurezza alimentare.

14. Vidimazione registri vari.

15. Istanza di dissequestro e/o distruzione.

PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI DI UFFICIO

1. Audit, ispezione, verifica, campionamento.

2. Controllo Ufficiale Attività artigianali di produzione di uova e miele.

3. Controllo Ufficiale Filiera del settore del farmaco veterinario: farmacosorveglianza e farmacovigilanza Produttori – distributori- depositi – vendita – prescrittori – utilizzatori finali.

4. Controllo Ufficiale Filiera del settore dell'alimentazione animale: Produttori – distributori-depositi – vendita – utilizzatori finali.

5. Controllo sulle Encefaliti Spongiformi trasmissibili degli animali.

6. Controllo Ufficiale sulla Riproduzione Animale animali da reddito e di affezione.

7. Controllo Ufficiale Controllo sul Benessere degli animali da reddito e di affezione.

8. Attività di Controllo Ufficiale strutture per Interventi assistiti con animali (IAA).

9. Attività di Controllo Ufficiale Protezione ambientale da impianti di produzione primaria e secondaria.

10. Provvedimento prescrittivo per risoluzione non conformità in tutti i settori di competenza.

11. Provvedimento di sospensione attività in tutti i settori di competenza.

12. Provvedimento di revoca sospensione attività in tutti i settori di competenza.

13. Provvedimento o convalida di sequestro in tutti i settori di competenza.

14. Provvedimento di dissequestro e/o distruzione in tutti i settori di competenza.

15. Provvedimento di notifica di processi verbali di sanzioni amministrative in tutti i settori di competenza.

AREA SALUTE MENTALE E DIPENDENZE

ASSISTENZA TERRITORIALE PSICHIATRICA

PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI AD ISTANZA DI PARTE

1. Ricovero in strutture fuori regione per disturbi alimentari

2. Ricovero in strutture residenziali psichiatriche.

3. Accesso al Centro di salute mentale.

4. Accesso al Centro Diurno.

5. Accesso agli atti.

PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI DI UFFICIO

1. Fatturazione elettronica.

2. Protocollo di documentazione in uscita.

3. Verifiche e controlli presso strutture residenziali psichiatriche.

SERD

PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI AD ISTANZA DI PARTE

1. Attestato di tossicodipendenza.

PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI DI UFFICIO

1. Fatturazione elettronica

AREA OSPEDALIERA

SPOKE

PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI AD ISTANZA DI PARTE

1. Rilascio copia cartella clinica.

2. Richiesta documentazione sanitaria (Pronto Soccorso, Radiografie, Parti della Cartella Clinica).

3. Rilascio attestato di ricovero in atto.

4. Rilascio attestato avvenuto ricovero.

5. Richiesta di autorizzazione alla esportazione di campione di sangue del cordone ombelicale ad uso autologico.

ALLEGATO 2

Mappatura dei processi e valutazione del rischio: identificazione degli eventi rischiosi, analisi e ponderazione del rischio.
Misure di trattamento del rischio

DIPARTIMENTO DI STAFF E
DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO

Il nuovo Atto Aziendale ha inserito le strutture che svolgono funzioni di Staff all'interno di un Dipartimento funzionale, in corso di attivazione. Le strutture di staff supportano la Direzione aziendale nello svolgimento delle funzioni di indirizzo/programmazione/controllo e gestiscono e/o presidiano funzioni trasversali e comuni a tutta l'organizzazione; hanno il compito di indirizzare e coordinare la definizione degli obiettivi, fornire le Linee Guida ed indirizzi, supportare le funzioni di programmazione, monitoraggio e controllo delle attività aziendali, garantire il necessario supporto alle scelte ed alle azioni intraprese.

Secondo le indicazioni del nuovo Atto aziendale, inoltre, l'area dei servizi amministrativi è aggregata in un unico Dipartimento. Il Dipartimento tecnico amministrativo è di tipo strutturale e quindi sovraordinato rispetto alle Unità Operative che lo compongono, è dotato di autonomia gestionale delle risorse ad esso assegnate e svolge funzioni di standardizzazione dei processi, di verifica della qualità, di monitoraggio delle attività e dei risultati. Il Dipartimento svolge attività di supporto nei confronti della Direzione Strategica e di tutte le altre strutture aziendale, garantendo l'espletamento delle funzioni amministrative e la massima integrazione delle risorse professionali, finanziarie e tecnologiche per il raggiungimento degli obiettivi dipartimentali. Assicura la correttezza formale degli adempimenti posti in essere e l'omogeneità degli stessi all'interno dell'Azienda.

In entrambe le aree, purtroppo, nonostante il peso e l'importanza dei processi operativi, che costituiscono un focus di attenzione delle attività di prevenzione della corruzione, si riscontra una scarsa adesione, disinteresse ed una bassa collaborazione sporadica nelle attività proposte di mappatura dei processi e di ogni altra attività e/o specifico adempimento relativo alla prevenzione della corruzione ed alla trasparenza, anche quando previsto da specifiche norme di legge.

Nell'area dipartimentale di Staff si è proceduto alla effettuazione della mappatura dei processi, alla quale hanno effettivamente aderito solo alcune Unità Operative (UOSD Screening oncologici e Registro dei Tumori, UOSD URP e Comunicazione istituzionale, UOC Programmazione e controllo, UOC Struttura tecnica permanete dell'OIV). Con la UOC Sistemi informativi aziendali è in corso l'attività di mappatura. L'attività rimane insufficiente e non contempla le Unità Operative che rientrano in importanti aree di rischio (UOC Affari Legali, UOC Governo della rete degli erogatori, Risk management, Cup – gestione liste di attesa).

Nell'ambito del Dipartimento tecnico – amministrativo non vi è stata alcuna collaborazione per procedere alla mappatura dei processi e valutazione/rivalutazione del rischio e tantomeno per la realizzazione delle misure già assunte PTPCT 2017 – 2019 e ribadita nel PTPCT 2018 – 2020 e nel PTPCT 2019 – 2021 che non risultano ancora realizzate e quindi si riprongono con una revisione del cronoprogramma, che non dovrà comunque andare oltre il primo semestre 2020.

Catalogo dei processi Dipartimento di staff

UOSD Screening oncologici e Registro Tumori

1) Screening oncologico

UOC Programmazione e controllo

1) Elaborazione Piano di attività annuale e triennale
2) Gestione ciclo della performance

UOC Struttura tecnica permanente all'OIV

1) Valutazione performance organizzativa
2) Valutazione performance individuale
3) Attestazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione ex D.Lgs 33/13

UOSD URP e Comunicazione istituzionale

1) Gestione reclamo

Catalogo dei processi Dipartimento tecnico amministrativo

UOC Gestione, valorizzazione. Sviluppo delle Risorse Umane

1) Programmazione, organizzazione, erogazione di eventi formativi
2) Rilevazione presenze, congedi, permessi
3) Affidamento incarico a collaboratore esterno
4) Affidamento incarico a personale interno, anche a carattere gratuito

UOC Provveditorato, economato, gestione logistica,

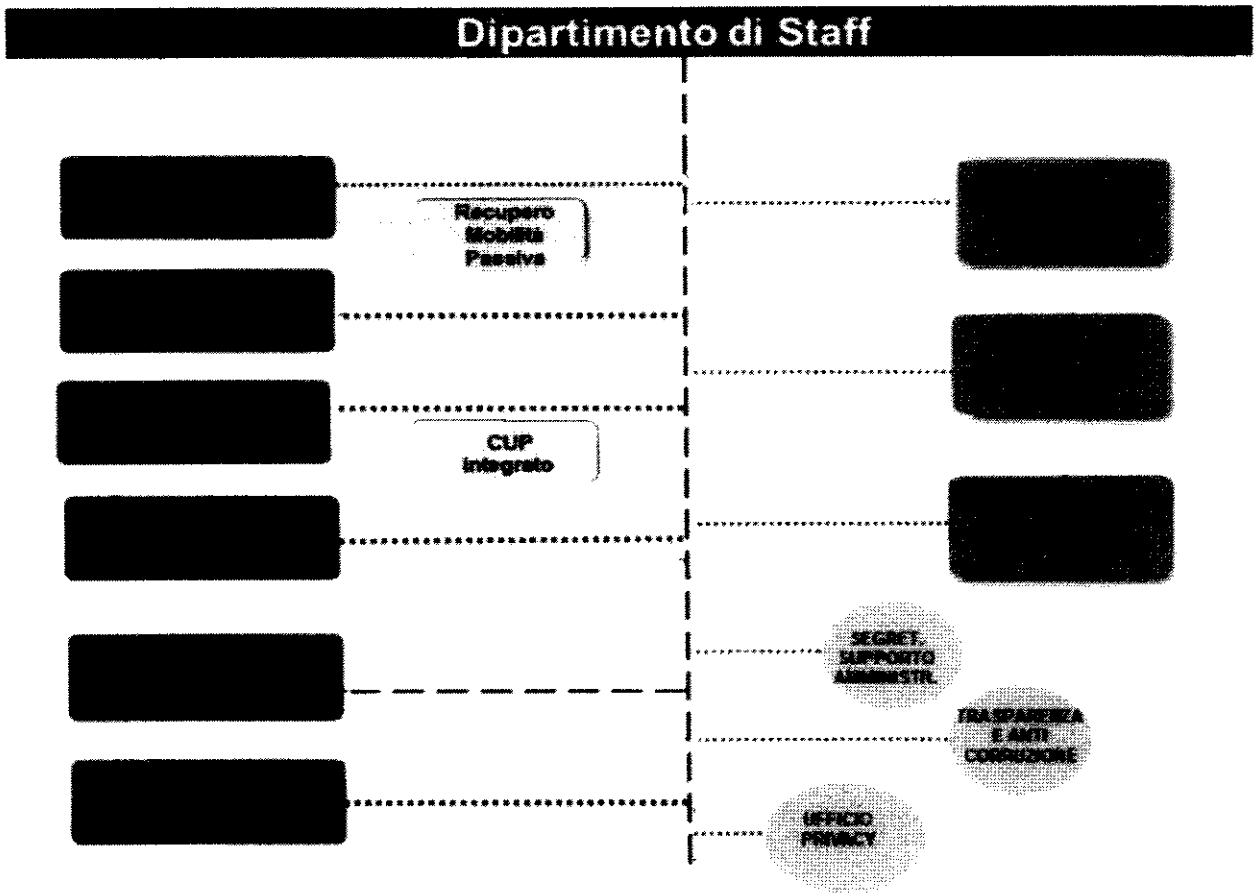
1) Contratti pubblici

UOC Gestione sistemi informativi

1) Contratti pubblici

UOC Gestione Tecnico patrimoniale

1) Contratti pubblici
2) Affidamento incarico a professionista esterno


Dipartimento di Staff
Recupero Mobilità Passiva
CUP Integrato
SEGRET. SUPPORTO AMMINISTR.
TRASPARENZA E ANTI CORRUZIONE
UFFICIO PRIVACY

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Screening oncologico	Programmazione	Unità Operativa Screening Oncologici e Registro Tumori	Favorire alcuni territori nella erogazione del servizi di screening	Utilizzo della Unità Mobile di Screening senza tenere conto degli indicatori di adesione al programma	Interno/esterno	Complessità del sistema Mancanza di programmazione (dovuta a diverse variabili) Discrezionalità	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità **1** b) Rilevanza esterna **4** c) Complessità **3** d) Valore **1** e) Informatizzazione 4 f) Programmazione **1** **Totale: 14** **Media Aritmetica** **14/6 = 2,33**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico **1** c) Reputazionale **2** d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi **1** f) Etico, comportamentale **1** **Totale: 13** **Media aritmetica** **13/6 = 2,17**	Valore di **P x I** **2,33X2,17= 5,06** **MEDIO**
	Convocazione	Unità Operativa Screening Oncologi e Registro Tumori							
	Refertazione	Radiologia Anatomia Patologica							
	Comunicazione agli interessati	Unità Operativa Screening Oncologici e Registro Tumori							
	Archiviazione	Unità Operativa Screening Oncologici e Registro Tumori							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
Programmazione semestrale delle giornate dedicate allo screening per ogni Centro di erogazione	Trasparenza e stabilizzazione delle attività programmate
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: controllo e verifics da parte dei Responsabili dei Centri erogatori della puntuale applicazione delle Agende e pubblicazione sul sito aziendale della programmazione semestrale	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: Programmazione semestrale delle giornate dedicate allo screening per ogni Centro di erogazione				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Programmazione	Definizione degli impegni in ogni Centro erogatore	Marzo/giugno 2020	UOSD Screening	Documento
Pubblicazione sul sito aziendale	Trasparenza	Marzo/giugno 2020	RPCT	Pubblicazione
Report attività	Verifica di efficacia	Novembre 2020	UOSD Screening	Report

Attuazione delle misure e monitoraggio: la misura è stata sostanzialmente adottata ed è integralmente riproposta in continuità ed implementazione.

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Elaborazione Piano di Attività annuale e triennale	Assegnazione risorse/obiettivi alle Aziende Sanitarie Provinciali	Regione Calabria/ Commissario ad acta	Cattiva gestione/ spreco di risorse a vantaggio di strutture/ categorie particolari/ improduttive				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 3 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 3 d) Valore 3 e) Informatizzazione 3 f) Programmazione 1 **Totale = 18** **Media 18/6= 3**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 3 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Etico, comportamentale 1 f) Qualità dei servizi 1 **Totale = 10** **Media 10/6= 1,67**	Valore di **P x I** **3X1,67= 5,06** **MEDIO**
	Trasferimento risorse/obiettivi alla Uoc Programmazione e controlli per la definizione delle line del Piano programmatico	Direzione Strategica							
	Elaborazione: Bilancio di previsione Piano degli investimenti Piano dei fabbisogni (personale, beni e servizi)	Altre Unità Operative							
	Elaborazione piano del fabbisogno delle prestazioni (territoriali, ospedaliere, prevenzione) sulla base dei dati a consuntivo presenti sui sistemi informativi aziendali	UOC Programmazione e Controllo							
	Elaborazione Piano delle attività con l'integrazione dei documenti di fabbisogno/program.ne	UOC Programmazione e Controllo		Elaborazione del Piano sulla base di dati che potrebbero essere non aderenti alla reale situazione aziendale	Interno	Carenza di sistemi informativi e/o di implementazione di quelli esistenti			
	Approvazione Piano delle attività territoriali	Direzione Strategica							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	Motivazione
Elaborazione procedura di validazione dei dati utili per la programmazione	Trasparenza e tracciabilità
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio-basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: Definizione di un percorso che assicuri la piana attendibilità dei dati forniti per l'elaborazione dei reports direzionali	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: Elaborazione procedura di validazione dei dati utili per la programmazione

Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Elaborazione procedura	Trasparenza e Tracciabilità	Marzo/aprile 2020	UOC Programmazione e Controllo	Documento
Pubblicazione sul sito aziendale	Condivisione con le strutture interessate	Marzo/aprile 2020	UOC Programmazione e Controllo	Pubblicazione
Adozione procedura	Formalizzazione	Entro Giugno 2020	Direzione strategica	Atto formale

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Gestione ciclo della performance	Approvazione del Piano della performance annuale	Direzione Strategica	Favorire/penalizzare alcune strutture nella misurazione della performance organizzativa				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 3 b) Rilevanza esterna 2 c) Complessità 3 d) Valore 2 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 **Totale= 15** **Media 15/6= 2,50**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 3 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 4 e) Etico, comportamentale 1 f) Qualità dei servizi 2 **Totale= 12** **Media 12/6= 2**	Valore di P x I 2,50X 2= 5 MEDIO
	Negoziazione degli obiettivi strategici e operativi ai Centri di Responsabilità	UOC Programmazione e Controllo							
	Assegnazione degli obiettivi strategici e operativi ai Centri di Responsabilità	UOC Programmazione e Controllo							
	Perseguimento degli obiettivi di budget	Tutti i CDR							
	Condivisione obiettivi all'interno del CDR	Tutti i CDR							
	Assegnazione obiettivi individuali/carichi di lavoro	Tutti i CDR							
	Rimodulazione obiettivi operativi del piano a seguito di apposite motivate segnalazioni	UOC Programmazione e Controllo							
	Misurazione grado di raggiungimento degli obiettivi	UOC Programmazione e Controllo		Misurazione della performance sulla base di dati che potrebbero essere non aderenti alla reale situazione aziendale	Interno	Mancanza di procedure aziendali operative interne			
	Trasferimento esito della misurazione alla UOC STP - OIV	UOC Programmazione e Controllo							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
Elaborazione procedura di validazione dei dati utili per la Misurazione	Trasparenza e tracciabilità
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio-basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: Definizione di un percorso che assicuri la piana attendibilità dei dati forniti per l'elaborazione dei reports direzionali	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: Elaborazione procedura di validazione dei dati utili per la misurazione

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Elaborazione procedura	Trasparenza e Tracciabilità	Marzo/aprile 2020	UOC Programmazione e Controllo	Documento
Pubblicazione sul sito aziendale	Condivisione con le strutture interessate	Marzo/aprile 2020	UOC Programmazione e Controllo	Pubblicazione
Adozione procedura	Formalizzazione	Entro Giugno 2020	Direzione strategica	Atto formale

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Valutazione della performance organizzativa	Acquisizione dei dati della performance dalla U.O.C. Programmazione e controllo	U.O.C. STP	Favorire/penalizzare alcune strutture nella valutazione della performance				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 2 c) Complessità 3 d) Valore 4 e) Informatizzazione 5 f) Programmazione 1 **TOTALE 17** **MEDIA ARITMETICA: 2,83**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Etico, comportamentale 2 f) Qualità dei servizi 1 **TOTALE 13** **MEDIA ARITMETICA: 2,17**	Valore di P x I 2,83X 2,17= 6,14 **MEDIO**
	Verifiche di congruità e corrispondenza sulla base di dati storici, attività corrente, obiettivi assegnati per l'anno	U.O.C. STP		Sopravvalutare/sottovalutare l'attività di una struttura, attraverso una lettura incongrua dei dati acquisiti	Interno	Discrezionalità			
	Confronto dei dati con la UOC Programmazione e controllo, preliminare alla fase di validazione	U.O.C. STP UOC Programmazione e Controllo							
	Trasferimento dei dati e della documentazione all'OIV per la validazione	U.O.C. STP							
	Validazione	OIV							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
accesso alla piattaforma di gestione della performance organizzativa e creazione di eventuali ulteriori modalità di dialogo con la stessa	Monitoraggio costante relativo al raggiungimento degli obiettivi di budget
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: creazione di una modalità di dialogo costante fra le due piattaforme di gestione della performance in moda da gestire in modo integrato il ciclo	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: accesso alla piattaforma di gestione della performance organizzativa e creazione di eventuali ulteriori modalità di dialogo con la stessa				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Incontro di verifica sulle possibilità/necessità di accesso ed integrazione fra le piattaforme di gestione della performance	Monitoraggio costante relativo al raggiungimento degli obiettivi di budget	Aprile 2020	STP – OIV U.O.C. Programmazione e controllo	Verbale incontro

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Valutazione della performance individuale	Acquisizione dei dati validati della performance organizzativa validati dall'OIV	U.O.C. STP	Favorire/penalizzare dipendenti nella valutazione della performance				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 2 c) Complessità 3 d) Valore 4 e) Informatizzazione 2 f) Programmazione 1 **TOTALE 14** **MEDIA ARITMETICA: 2,33**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Etico, comportamentale 2 f) Qualità dei servizi 1 **TOTALE 13** **MEDIA ARITMETICA: 2,17**	Valore di P x I 2,33X 2,17= 5,06 **MEDIO**
	Acquisizione elenco del personale con allocazione e nominativo valutatore da parte della U.O.C. Risorse Umane	U.O.C. STP							
	Verifica di congruenza degli elenchi del personale, con incrocio dati di attività	U.O.C. STP		Mancata verifica della corretta assegnazione Valutato/valutatore	interno	Discrezionalità			
	Trasferimento elenchi del personale ai corrispondenti valutatori	U.O.C. STP							
	Tutoraggio al Valutatore per l'attività	U.O.C. STP		Orientare o fuorviare il valutatore nella corretta informazione e scelta di valutazione	interno	Monopolio delle competenze			
	Verifica di congruità della valutazione della performance individuale in relazione all'esito della valutazione organizzativa	U.O.C. STP		Bassa attenzione al rapporto performance organizzativa con Performance individuale	interno	Discrezionalità			
	Verifica della corretta assegnazione della premialità	U.O.C. STP		Mancata verifica della corretta assegnazione della premialità	interno	Discrezionalità			
	Trasmissioni dati all'OIV per la validazione	U.O.C. STP OIV							
	Trasmissione alla UOC Risorse Umane per la liquidazione delle competenze	U.O.C. STP							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	Motivazione
evidenziazione preliminare del nominativo del valutatore sulla piattaforma di valutazione; inserimento di una modalità di allerta sulla piattaforma che segnala eventuali incongruità fra performance individuale e performance organizzativa; inserimento blocco oltre il numero consentito delle premialità assegnate.	Verifica della corretta corrispondenza valutato/valutatore, segnalazione incongruità per verifica e conferma, rispetto del tetto massimo di premialità da assegnare
acquisizione del tasso di assenza/presenza del personale dipendente e della struttura di afferenza	Inserimento elemento oggettivo di valutazione
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: le misure consistono in una implementazione della piattaforma di valutazione del personale, con l'inserimento, contestuale e integrato, di alcune innovazioni utili per limitare i rischi corruttivi individuati	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: evidenziazione preliminare del nominativo del valutatore sulla piattaforma di valutazione; inserimento una modalità di allerta sulla piattaforma che segnala eventuali incongruità fra performance individuale e performance organizzativa; inserimento blocco oltre il numero consentito delle premialità assegnate.

Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Richiesta di implementazione della piattaforma informatica alla struttura di gestione	Verifica della compatibilità tecnica ed economica	Marzo 2020	STP - OIV	Nota di richiesta
Verifica di fattibilità	Acquisizione degli elementi di fattibilità tecnica ed economica	Aprile 2020	Struttura di gestione	Nota di riscontro
Richiesta di autorizzazione alla implementazione del programma	Autorizzazione ed eventuale impegno di spesa	Maggio 2020	STP - OIV	Nota di richiesta
Implementazione programma	Inserimento nel programma delle modifiche richieste	Entro novembre 2020	Struttura di gestione	Piattaforma valutazione

Misura: acquisizione del tasso di assenza/presenza del personale dipendente e della struttura di afferenza

Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Richiesta di acquisizione del tasso di assenza/presenza del personale dipendente e della struttura di afferenza	Verifica modalità di acquisizione	Marzo 2020	STP - OIV	Nota di richiesta
Trasmissione tabulato o accesso informatico per l'acquisizione dei dati	Disponibilità di un dato di confronto oggettivo per la valutazione individuale	entro maggio 2020	U.O.C. Risorse Umane U.O.C. Sistema informativo – SEC SISR	Tabulato

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Attestazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione ex D.Lgs 33/13	Pubblicazione della Delibera che indica i criteri, le modalità e gli obblighi per i quali attestare la pubblicazione	ANAC	Favorire strutture inadempienti				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 2 c) Complessità 3 d) Valore 4 e) Informatizzazione 2 f) Programmazione 1 **TOTALE 14** **MEDIA ARITMETICA: 2,33**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Etico, comportamentale 2 f) Qualità dei servizi 1 **TOTALE 13** **MEDIA ARITMETICA: 2,17**	Valore di P x I 2,33X 2,17= 5,06 **MEDIO**
	Verifica dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione sul sito aziendale	U.O.C. STP		Mancata rilevazione dell'inadempienza	interno	Discrezionalità			
	Confronto con il Responsabile della Trasparenza sulle risultanze dell'attività di verifica	U.O.C. STP RPCT		Mancata rilevazione dell'inadempienza	interno	Discrezionalità			
	Elaborazione attestazione	U.O.C. STP							
	Pubblicazione attestazione	RPCT							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso: il sistema complementare di controllo, da parte dell'Organismo superiore (ANAC) e da parte della comunità locale, attraverso l'attivazione dell'istituto dell'Accesso Civico, incide efficacemente sul fattore abilitante, non si ritiene pertanto necessario adottare ulteriori misure.

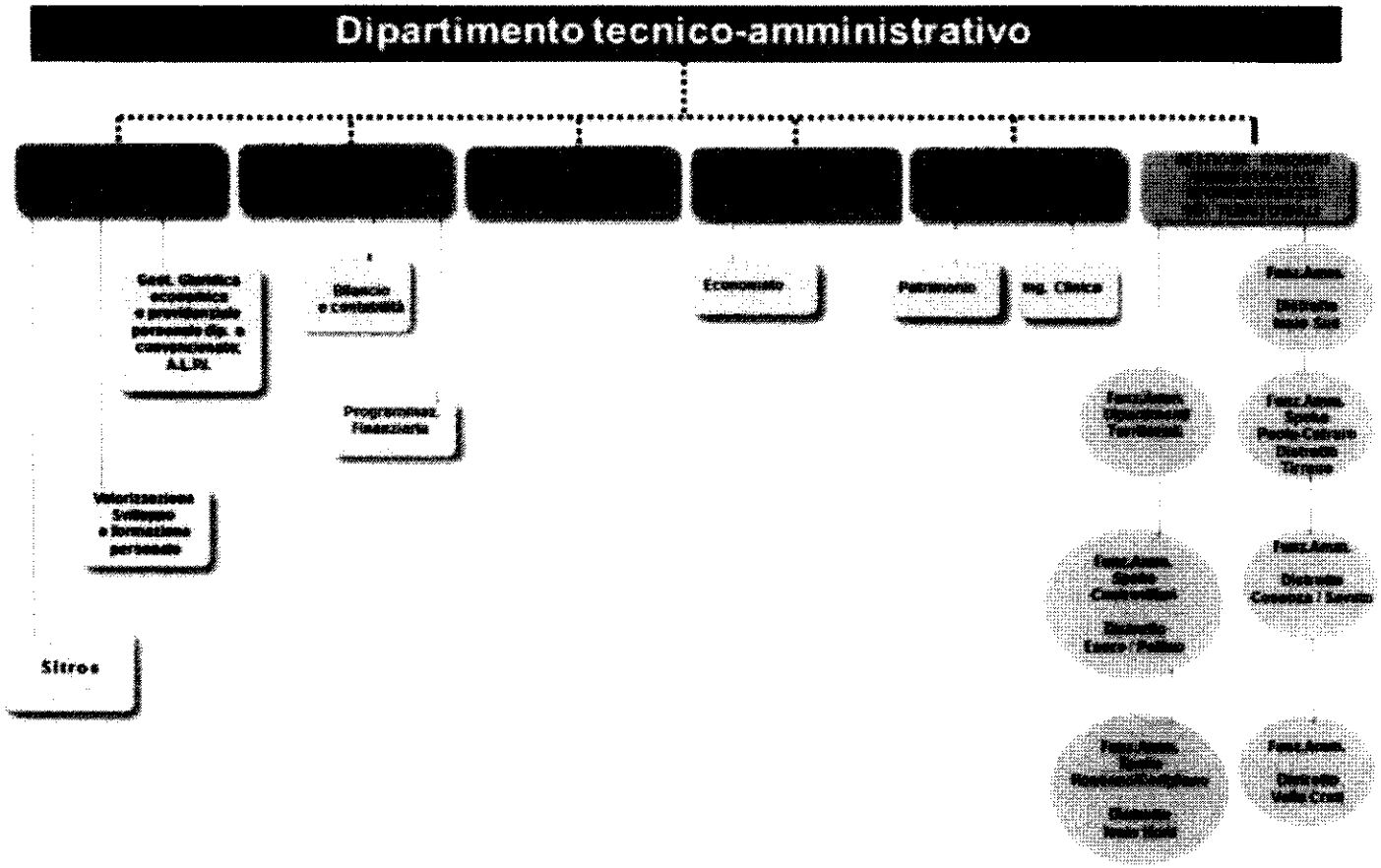
PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Gestione Reclamo	Ricezione Reclamo (accesso diretti, email, corrispondenza)	UOSD URP	Favorire o penalizzare l'utente reclamante o la struttura interessata al reclamo				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 3 d) Valore 1 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 TOTALE 15 MEDIA 15/6= 2,5	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 1 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Etico, comportamentale 1 f) Qualità dei servizi 3 TOTALE 10 MEDIA 10/6= 1,67	Valore di P x I 2.5X 1,67= 4,17 **MEDIO**
	Valutazione della problematica segnalata	UOSD URP							
	Risposta semplice con chiusura reclamo	UOSD URP		Sottostima dell'evento segnalato	interno	Monopolio della scelta/discrezionalità/ mancanza di competenze			
	Presa in carico con protocollo del Reclamo	UOSD URP		Sovrastima dell'evento segnalato	interno	Monopolio della scelta/discrezionalità/ mancanza di competenze			
	Invio reclamo alla struttura competente per istruttoria e valutazione (entro 5 giorni)	UOSD URP							
	Risposta della struttura competente (entro 10 giorni)	UOSD URP							
	Valutazione e risposta all'utente (entro 30 giorni dal protocollo)	UOSD URP DIREZIONE GENERALE							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
Elaborazione check list per gestire una risposta semplice e chiusura del reclamo	Uniformare la valutazione dei casi di risposta semplice/ immediata
Formazione tecnica ed etico - comportamentale	Migliorare le competenze tecniche e sensibilizzare sugli aspetti etico - comportamentali
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: elaborazione check list per gestire una risposta semplice e chiusura del reclamo				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Elaborazione check list	Uniformare la valutazione dei casi di risposta semplice	entro giugno 2020	Direzione UOSD	Documento

Misura: organizzazione evento formativo/ Codice di comportamento dell'ASP: aspetti etico comportamentali nei rapporti con l'utenza				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Inserimento dell'evento nella programmazione aziendale	Programmazione delle attività	Gennaio 2020	RPCT	Atto di programmazione
Elaborazione del progetto formativo	Progettazione didattica	Entro marzo 2020	RPCT UO Formazione Responsabile scientifico	Determina di approvazione del progetto formativo
Realizzazione del progetto formativo	Organizzazione ed erogazione della formazione	Entro giugno 2020	RPCT UO Formazione	Realizzazione corso


Dipartimento tecnico-amministrativo
Sitros

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA' Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica	IMPATTO Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica	VALORE/ RISCHIO
Programmazione	Individuazione del fabbisogno formativo	Formazione UU.OO./Servizi Aziendali Macrostrutture Aziendali	Pilotare la programmazione per programmare Corsi di formazione predefiniti	rilevazione del fabbisogno non corrispondente alle reali necessità emergenti fabbisogno non fondato su dati oggettivi e confrontabili	Interno	Mancanza di programmazione Mancanza di trasparenza	a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 2 c) Complessità 3 d) Valore 1 e) Informatizzazione 3 f) Programmazione 1 **Totale: 12** **Media Aritmetica** **12/6 = 2**	a) Organizzativo 1 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 4 e) Qualità dei servizi 2 f) Etico, comportamentale 1 **Totale: 10** **Media Aritmetica** **10/6 = 1,66**	Valore di **P x I** **2X1,66= 3,32** **MEDIO BASSO**
	Selezione esigenze formative ed elaborazione Piano annuale	Formazione Direzione Strategica Aziendale		selezione esigenze formative non corrispondente alle reali necessità emergenti	Interno	Mancanza di programmazione Mancanza di trasparenza	a) Discrezionalità 5 b) Rilevanza esterna 2 c) Complessità 3 d) Valore 1 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 **Totale: 16** **Media Aritmetica** **16/6 = 2,66**	a) Organizzativo 2 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 5 e) Qualità dei servizi 3 f) Etico, comportamentale 1 **Totale: 13** **Media Aritmetica** **13/6 = 2,16**	Valore di **P x I** **2,66X2,16= 5,75** **MEDIO**

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA' Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica	IMPATTO Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica	VALORE/ RISCHIO
Organizzazione	1) Affidamento incarico di responsabile scientifico	Formazione, dietro individuazione da parte del Comitato Scientifico Provider ASP Cosenza	Favorire l'assegnazione dell'incarico a soggetti predeterminati	Distribuzione degli incarichi fra i membri del Comitato Scientifico Provider ECM	Interno	Discrezionalità	a) Discrezionalità 5 b) Rilevanza esterna 2 c) Complessità 1 d) Valore 2 e) Informatizzazione 5 f) Programmazione 1 **Totale: 16** **Media Aritmetica** **16/6 = 2,66**	a) Organizzativo 2 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 1 **Totale: 9** **Media Aritmetica** **9/6 = 1,5**	Valore di **P x I** **2,66X1,5= 3,99** **MEDIO**
	2) Affidamento incarico di Docente/Relatore/Tutor interno	Formazione, dietro individuazione da parte del Responsabile Scientifico		Individuazione discrezionale del Docente	Interno	Discrezionalità	a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 1 d) Valore 3 e) Informatizzazione 5 f) Programmazione 3 **Totale: 19** **Media Aritmetica** **19/6 = 3,17**	a) Organizzativo 1 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 1 **Totale: 8** **Media Aritmetica** **8/6 = 1,33**	Valore di **P x I** **3,17X1,5= 4,21** **MEDIO**
	3) Affidamento incarico di Docente/Relatore/Tutor esterno	Formazione dietro individuazione da parte del Responsabile Scientifico		Individuazione discrezionale del Docente	Interno	Discrezionalità	a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 1 d) Valore 3 e) Informatizzazione 5 f) Programmazione 3 **Totale: 19** **Media Aritmetica** **19/6 = 3,17**	a) Organizzativo 1 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 1 **Totale: 8** **Media Aritmetica** **8/6 = 1,33**	Valore di **P x I** **3,17X1,5= 4,21** **MEDIO**

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA' Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica	IMPATTO Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica	VALORE/ RISCHIO
Erogazione	1) Ammissione candidati alle attività formative residenziali	Formazione	Ammettere candidati non in possesso dei requisiti	gestione scorretta delle richieste pervenute	Interno	Mancanza di controlli	a) Discrezionalità 1 b) Rilevanza esterna 2 c) Complessità 3 d) Valore 1 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 **Totale: 12** **Media Aritmetica** **12/6 = 2**	a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 2 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 1 **Totale: 11** **Media Aritmetica** **11/6 = 1,83**	Valore di **P x I** **2X1,83= 3,66** **MEDIO BASSO**
	2)Riconoscimento crediti ECM, CNOAS e certificazione attività formative residenziali	Formazione	Riconoscimento crediti ECM e CNOAS certificazione attività formative a soggetti che non hanno maturato i requisiti di presenza (falsa rilevazione/ attestazione della presenza)	1)Non rilevando ritardo o assenze orarie in aula 2)Non rilevando che il test di valutazione dell'apprendimento è inferiore al minimo consentito per il diritto all'assegnazione dei crediti	Interno	Mancanza di controlli	a) Discrezionalità 1 b) Rilevanza esterna 1 c) Complessità 1 d) Valore 2 e) Informatizzazione 1 f) Programmazione 2 **Totale: 8** **Media Aritmetica** **8/6 = 1,33**	a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 2 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 1 **Totale: 11** **Media Aritmetica** **11/6 = 1,83**	Valore di **P x I** **1,33X1,83= 2,43** **MEDIO BASSO**
	3) Formazione esternalizzata	Formazione	Privilegiare alcuni soggetti nella concessione della autorizzazione alla frequenza di corsi organizzati da Agenzie esterne e riconoscimento dei costi	Effettuando un esame poco obiettivo delle richieste pervenute	Interno	Discrezionalità Mancanza di trasparenza	a) Discrezionalità 4 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 1 d) Valore 3 e) Informatizzazione 5 f) Programmazione 5 **Totale: 23** **Media Aritmetica** **23/6 = 3,83**	a) Organizzativo 1 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 5 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 1 **Totale: 10** **Media Aritmetica** **10/6 = 1,66**	Valore di **P x I** **3,83X1,66= 6,36** **MEDIO**

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA' Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica	IMPATTO Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica	VALORE/ RISCHIO
Reporting e Rendicontazione	1) Reporting e rendicontazione del singolo corso	Formazione	Riconoscimento partecipazione ai corsi a soggetti che non hanno i requisiti	Inclusione nel Report di partecipanti che non hanno completato la formazione	Interno	Mancanza di controlli	a) Discrezionalità 1 b) Rilevanza esterna 1 c) Complessità 1 d) Valore 1 e) Informatizzazione 1 f) Programmazione 1 **Totale:6** **Media Aritmetica** **6/6 = 1**	a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 1 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 1 **Totale: 10** **Media Aritmetica** **10/6 = 1,66**	Valore di **P x I** **1X1,66= 1,66** **BASSO**

MISURE INSERITE NEL PTPCT 2018 – 2020

NON ANCORA REALIZZATE

AREA 1) RILEVAZIONE PRESENZE – CONGEDI E PERMESSI

SCHEDA/CHECK LIST DI PROGETTAZIONE MISURE GENERALI/TRASVERSALI

Processo: RILEVAZIONE PRESENZA – CONGEDI - PERMESSI

Evento rischioso: falsa, infedele, fraudolenta attestazione della presenza in servizio. Abusi e connivenze nella fruizione di congedi e permessi e nell'attestazione/validazione della presenza in servizio.

Unità organizzative interessate: tutte

Fase azione su cui incide l'evento: accertamento della presenza in servizio

Modalità di comportamento: diverse modalità elencate nella mappatura del rischio

Fattori abilitanti: Discrezionalità/Carenza – inefficacia dei controlli

Misure obbligatorie	In grado incidere direttamente sui fattori abilitanti (SI/NO)?	Costi (di implementazione) ragionevoli rispetto all'efficacia?	Realizzabile con le competenze presenti o acquisibili nel triennio?	Può essere avviata in tempi coerenti con l'implementazione del Piano?	Motivazioni
Adempimenti di trasparenza	SI	SI	SI	SI	Rendere riconoscibile l'assegnazione/collocazione lavorativa di ogni dipendente
Codice di comportamento	SI	SI	SI	SI	Favore l'assunzione di comportamenti giuridicamente ed eticamente corretti
Rotazione del personale	SI	SI	NO	NO	Impedire la creazione di nicchie di potere/influenza
Whistleblowing	SI	SI	SI	SI	Favorire la cultura della segnalazione collegandola ad altre misure (es. ispezioni)
Formazione	SI	SI	SI	SI	Acquisizione valori etici e competenze tecniche
Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile	SI	SI	SI	SI	Migliorare l'immagine aziendale

PROGETTAZIONE ESECUTIVA MISURE GENERALI/TRASVERSALI

Riportare le indicazioni previste dalla Legge e da P.N.A. o da altra fonte normativa e le condizioni organizzative/procedurali

Condizione organizzativa procedurale/Fonte normativa	Indicazioni
Delibera n. 3374 del 16 dicembre 2013 avente ad oggetto Recepimento Codice di Comportamento ASP Cosenza	Aggiornamento del codice di comportamento con integrazione componente etica, aggiornamento dei codici disciplinari; individuazione di specifiche fattispecie relative all'area di rischio per le quali prevedere specifiche e chiare sanzioni disciplinari
PTPCT 2019 - 2021	Attività finalizzate alla rotazione del personale
Delibera n. 26 del 29 gennaio 2016	Policy Wistleblowing Promozione della cultura della segnalazione
PTPCT 2019 - 2021	Organizzazione Giornata/e della Trasparenza con diffusione delle iniziative avviate per la riduzione del fenomeno

Dettagliare tutte le fasi (sequenza di attività) che è necessario svolgere per attuare la misura.
Per ogni fase indicare i tempi di realizzazione, gli uffici responsabili e gli indicatori

MISURA OBBLIGATORIA				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio Responsabile**	**Indicatori**
Elencare tutto il personale nell'ambito dei servizi aziendali pubblicati sul sito e renderlo tracciabile attraverso una funzione "*cerca persone*"	rendere riconoscibile, anche ai terzi l'assegnazione /collocazione lavorativa di ogni dipendente	30 marzo 2020	UOC Gestione, valorizzazione. Sviluppo e formazione delle Risorse Umane U.O.C. Sistema informativo	Pubblicazione sul sito
Codice di comportamento	identificazione dei principi etici condivisi a livello aziendale e delle fattispecie di comportamento da sanzionare	30 giugno 2020	RPCT	Proposta di Delibera aggiornamento Codice etico e di comportamento
Rotazione del personale	identificazione del percorso che possa rendere attuabile la rotazione del personale e/o di misure alternative ugualmente efficaci	30 giugno 2020	UOC Gestione, valorizzazione. Sviluppo e formazione delle Risorse Umane - Gruppo di lavoro *Rotazione del personale*	Documento
Wistleblowing	Aggiornamento policy wistleblowing	30 giugno 2020	RPCT	Documento
Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile	miglioramento dell'immagine aziendale presso la comunità locale	30 settembre 2020	UOC Gestione, valorizzazione. Sviluppo e formazione delle Risorse Umane - RPCT	Realizzazione Giornata/e della trasparenza

SCHEDA/CHECK LIST DI PROGETTAZIONE MISURA N. 1

Processo: rilevazione presenze, congedi, permessi

Unità organizzative interessate: tutte

Modalità di comportamento: fruizione di permessi personali, anche con digitazione del codice 17, senza la preventiva autorizzazione del Responsabile dell'Ufficio

Evento rischioso: fruizioni di permessi personali senza autorizzazione

Fase azione su cui incide l'evento: autorizzazione

Fattori abilitanti: A – mancanza di controlli

Misure ulteriori	In grado incidere direttamente sui fattori abilitanti (SI/NO)?	Costi (di implementazione) ragionevoli rispetto all'efficacia?	Realizzabile con le competenze presenti o acquisibili nel triennio?	Può essere avviata in tempi coerenti con l'implementazione del Piano?	Motivazioni
Dotazione password di accesso agli account dei dipendenti presenti sul "portalino", assegnati alla struttura, al Dirigente responsabile	SI	**SI**	SI	SI	Misura di controllo costante delle uscite/allontanamento dal servizio del personale dipendente

Identificare gli obiettivi che si vogliono raggiungere rispetto agli eventi rischiosi (comportamenti/condizioni abilitanti) con la messa in opera della misura e descrivere sinteticamente la procedura e il relativi impianto organizzativo (uffici, ruoli, professionalità…) necessari per il funzionamento della misura.

Processo: rilevazione presenze, congedi, permessi

Evento rischioso: fruizioni di permessi personali senza autorizzazione

Fattori abilitanti: A – mancanza di controlli

Modalità di comportamento: fruizione di permessi personali, anche con digitazione del codice 17, senza la preventiva autorizzazione del Responsabile dell'Ufficio

Misura ulteriore abbinata: rendere uniforme il sistema di rilevazione delle presenze su tutto il territorio/strutture aziendale

Obiettivi: consentire il costante accesso agli account dei dipendenti sul "portalino" da parte del dirigente favorisce la possibilità di effettuare un controllo, non contestuale, sulla presenza in servizio da parte del personale appartenete alla struttura, rilevando le eventuali irregolarità.

Descrizione sintetica della modalità di adozione della misura affinchè risponda ai requisiti di efficacia/efficienza
L' UOC Gestione, valorizzazione. Sviluppo e formazione delle Risorse Umane provvederà a comunicare ad ogni Direttore/Dirigente Responsabile le password di accesso agli account di tutto il personale assegnato

Dettagliare tutte le fasi (sequenza di attività) che è necessario svolgere per attuare la misura.
Per ogni fase indicare i tempi di realizzazione, gli uffici responsabili e gli indicatori

MISURA 1				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio Responsabile**	**Indicatori**
Dotazione password di accesso agli account dei dipendenti presenti sul "portalino", assegnati alla struttura, al Dirigente responsabile	Mettere i Dirigenti responsabili nelle condizioni effettive di poter controllare la presenza del personale dipendente	30 marzo 2020	UOC Gestione, valorizzazione. Sviluppo e formazione delle Risorse Umane	Nota di corretto adempimento

SCHEDA/CHECK LIST DI PROGETTAZIONE MISURA N. 2

Processo: rilevazione presenze, congedi, permessi

Evento rischioso: falsa attestazione della presenza: obliterazione badge da parte di collega, obliterazione badge e successiva uscita non autorizzata ; assenza/allontanamento dal servizio senza autorizzazione; non corretta registrazione dell'assenza/giustifica

Unità organizzative interessate: tutte

Fase azione su cui incide l'evento: accertamento presenza in servizio

Modalità di comportamento: attestare la presenza, con badge o foglio firma, e assentarsi dal servizio; allontanarsi arbitrariamente dal servizio

Fattori abilitanti: A – mancanza di controlli

Misure ulteriori	In grado incidere direttamente sui fattori abilitanti (SI/NO)?	Costi (di implementazione) ragionevoli rispetto all'efficacia?	Realizzabile con le competenze presenti o acquisibili nel triennio?	Può essere avviata in tempi coerenti con l'implementazione del Piano?	Motivazioni
istituite una Commissione aziendale di ispezione e controllo sulle presente in servizio da parte del personale dipendente e modalità di registrazione delle assenze/giustifiche	SI	SI	SI	SI	Verificare ed analizzare la presenza presso servizi campione o segnalati (wistlblower) del personale dipendente e le modalità di registrazione delle assenze/giustifiche, da parte degli uffici
costituzione Gruppo di lavoro per la elaborazione di un piano di fattibilità aziendale per l'istituzione di un sistema filtrante di accesso al servizio (es. tornelli…) e di controllo da remoto (es. telecamere) sulle postazioni di rilevazione automatica della presenza.	SI	SI	SI	SI	Verifica di fattibilità sulla attivazione di misure che possano impedire uscite non registrate e tracciare il momento di accertamento della presenza

Identificare gli obiettivi che si vogliono raggiungere rispetto agli eventi rischiosi (comportamenti/condizioni abilitanti) con la messa in opera della misura e descrivere sinteticamente la procedura e il relativi impianto organizzativo (uffici, ruoli, professionalità…) necessari per il funzionamento della misura.

Processo: rilevazione presenze, congedi, permessi

Fattori abilitanti: A – mancanza di controlli

Evento rischioso: falsa attestazione della presenza: obliterazione badge da parte di collega, obliterazione badge e successiva uscita non autorizzata ; assenza/allontanamento dal servizio senza autorizzazione;

Modalità di comportamento: attestare la presenza, con badge o foglio firma, e assentarsi dal servizio; allontanarsi arbitrariamente dal servizio

Misura ulteriore abbinata:

Obiettivi: attivare modalità di controllo: contestuale, remoto, a distanza sulle corrette modalità di accertamento e sull'effettiva presenza in servizio da parte del personale dipendente, al fine di accertare eventuali irregolarità e violazioni, da sanzionare prioritariamente sul piano disciplinare, prevenendo comportamenti giuridicamente rilevanti sul piano giudiziario, eventualmente da denunciare, salvaguardando l'Azienda da danno erariale e all'immagine.

Descrizione sintetica della modalità di adozione della misura affinchè risponda ai requisiti di efficacia/efficienza
Costituzione della Commissione di controllo e ispezione.
Costituzione Gruppo di lavoro per la elaborazione di un piano di fattibilità aziendale per l'istituzione di un sistema filtrante e di controllo da remoto sulle postazioni di rilevazione automatica della presenza.

Dettagliare tutte le fasi (sequenza di attività) che è necessario svolgere per attuare la misura.
Per ogni fase indicare i tempi di realizzazione, gli uffici responsabili e gli indicatori

MISURA ULTERIORE				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio Responsabile**	**Indicatori**
Costituzione della Commissione di controllo e ispezione.	svolgimento attività di ispezione e controllo	30 marzo 2020	UOC Gestione, valorizzazione. Sviluppo e formazione delle Risorse Umane	Atto di costituzione
Costituzione Gruppo di lavoro per la elaborazione di un piano di fattibilità aziendale per l'istituzione di un sistema filtrante di accesso al servizio (es. tornelli…) e di controllo da remoto (es. telecamere) sulle postazioni di rilevazione automatica della presenza.	Verifica fattibilità	30 marzo 2020	U.O.C. Gestione tecnico patrimoniale	Piano di fattibilità

SCHEDA/CHECK LIST DI PROGETTAZIONE MISURA ULTERIORE N. 3

Processo: rilevazione presenze, congedi, permessi

Evento rischioso: falsa attestazione della presenza su foglio firma; falsa attestazione della presenza in servizio per attività in altre strutture o sul territorio

Unità organizzative interessate: tutte

Fase azione su cui incide l'evento: accertamento della presenza in servizio

Modalità di comportamento: falsa e infedele attestazione della presenza in servizio con apposizione dell'orario su foglio firma e/o su foglio missione o in sede di svolgimento di attività di servizio presso altre sedi

Fattori abilitanti: d - discrezionalità

Misure ulteriori	**In grado incidere direttamente sui fattori abilitanti (SI/NO)?**	**Costi (di implementazione) ragionevoli rispetto all'efficacia?**	**Realizzabile con le competenze presenti o acquisibili nel triennio?**	**Può essere avviata in tempi coerenti con l'implementazione del Piano?**	**Motivazioni**
rilevazione automatica della presenza in tutte le strutture del territorio	SI	SI	SI	SI	Rendere oggettiva la rilevazione della presenza
adozione dello stesso programma di rilevazione presenze in tutte le strutture dell'ASP	SI	SI	SI	SI	Rendere uniforme la rilevazione della presenza e consentire l'accertamento anche a dipendenti provenienti da altre sedi

Identificare gli obiettivi che si vogliono raggiungere rispetto agli eventi rischiosi (comportamenti/condizioni abilitanti) con la messa in opera della misura e descrivere sinteticamente la procedura e il relativi impianto organizzativo (uffici, ruoli, professionalità...) necessari per il funzionamento della misura.

Processo: rilevazione presenze, congedi, permessi

Fattori abilitanti: A – mancanza di controlli

Evento rischioso: falsa attestazione della presenza su foglio firma; falsa attestazione della presenza in servizio per attività in altre strutture o sul territorio

Modalità di comportamento: falsa e infedele attestazione della presenza in servizio con apposizione dell'orario su foglio firma e/o su foglio missione o in sede di svolgimento di attività di servizio presso altre sedi

Misura ulteriore abbinata: Costituzione della Commissione di controllo e ispezione.

Obiettivi: rendere uniforme ed oggettivo il sistema di rilevazione della presenza su tutto il territorio aziendale, al fine di assicurare la parità di trattamento del personale dipendente ed una maggiore efficacia nei controlli

Descrizione sintetica della modalità di adozione della misura affinchè risponda ai requisiti di efficacia/efficienza
installazione degli apparecchi marcatempo nelle strutture attualmente sprovviste ed adozione dello stesso software di rilevazione in tutte le postazioni aziendali, anche per consentire la registrazione della presenza da parte di dipendenti provenienti da altre strutture

Dettagliare tutte le fasi (sequenza di attività) che è necessario svolgere per attuare la misura.
Per ogni fase indicare i tempi di realizzazione, gli uffici responsabili e gli indicatori

MISURA ULTERIORE				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio Responsabile**	**Indicatori**
installazione degli apparecchi marcatempo nelle strutture attualmente sprovviste	rendere oggettiva la rilevazione della presenza	30 aprile 2020	U.O.C. Sistemi informativi U.O.C. Provveditorato, economato, gestione logistica	Nota di adempimento
adozione dello stesso programma di rilevazione presenze in tutte le strutture dell'ASP	Rendere uniforme la rilevazione della presenza	30 aprile 2020	UOC Gestione, valorizzazione. Sviluppo e formazione delle Risorse Umane	Nota di adempimento

SCHEDA/CHECK LIST DI PROGETTAZIONE MISURA ULTERIORE N. 4

Processo: rilevazione presenze, congedi, permessi

Unità organizzative interessate: tutte

Modalità di comportamento: fruizione di permessi personali, anche con digitazione del codice 17, senza la preventiva autorizzazione del Responsabile dell'Ufficio

Evento rischioso: falsa attestazione della presenza su foglio firma presso la sede formativa;

Fase azione su cui incide l'evento: accertamento della presenza in servizio

Fattori abilitanti: A – mancanza di controlli

Misure ulteriori	In grado incidere direttamente sui fattori abilitanti (SI/NO)?	Costi (di implementazione) ragionevoli rispetto all'efficacia?	Realizzabile con le competenze presenti o acquisibili nel triennio?	Può essere avviata in tempi coerenti con l'implementazione del Piano?	Motivazioni
Istituzione di un codice di digitazione presenza per "formazione obbligatoria"	SI	SI	SI	SI	Registrare correttamente la presenza presso le sedi formative dotate di apparecchio marcatempo
Dotazione apparecchio badge portatile per la corretta registrazione delle presenze nelle sedi formative non dotate di apparecchio marcatempo	SI	SI	SI	SI	Registrare correttamente la presenza presso le sedi formative dotate di apparecchio marcatempo

Identificare gli obiettivi che si vogliono raggiungere rispetto agli eventi rischiosi (comportamenti/condizioni abilitanti) con la messa in opera della misura e descrivere sinteticamente la procedura e il relativi impianto organizzativo (uffici, ruoli, professionalità…) necessari per il funzionamento della misura.

Processo: rilevazione presenze, congedi, permessi

Evento rischioso: falsa attestazione della presenza su foglio firma presso la sede formativa

Fattori abilitanti: A – mancanza di controlli – D discrezionalità

Modalità di comportamento: falsa e infedele attestazione della presenza in servizio con apposizione dell'orario su foglio firma

Misura ulteriore abbinata: rendere uniforme il sistema di rilevazione delle presenze su tutto il territorio/strutture aziendale ed assicurare il beneficio del riconoscimento dei crediti Ecm solo agli aventi diritto

Obiettivi: rendere uniforme ed oggettivo il sistema di rilevazione della presenza su tutto il territorio aziendale, al fine di assicurare la parità di trattamento del personale dipendente ed una maggiore efficacia nei controlli. Costituzione della Commissione di controllo e ispezione.

Descrizione sintetica della modalità di adozione della misura affinchè risponda ai requisiti di efficacia/efficienza
L' UOC Gestione, valorizzazione. Sviluppo delle Risorse Umane provvederà ad istituire un codice di digitazione presenza per "formazione obbligatoria". L'U.O. formazione proporrà l'acquisito della dotazione strumentale necessario per la rilevazione della presenza presso le sedi formative non dotate di apparecchio marcatempo. L'U.O.C. Provveditorato, economato e logistica provvederà all'acquisto in tempi congrui.

Dettagliare tutte le fasi (sequenza di attività) che è necessario svolgere per attuare la misura.
Per ogni fase indicare i tempi di realizzazione, gli uffici responsabili e gli indicatori

MISURA ULTERIORE				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio Responsabile**	**Indicatori**
Istituzione di un codice di digitazione presenza per "formazione obbligatoria"	registrare correttamente la presenza per lo svolgimento di attività formative presso le sedi formative aziendali dotate di apparecchio marcatempo	30 marzo 2020	UOC Gestione, valorizzazione. Sviluppo e formazione delle Risorse Umane	Nota di corretto adempimento
Dotazione apparecchio badge portatile per la corretta registrazione delle presenze nelle sedi formative non dotate di apparecchio marcatempo	registrazione fedele e corretta della presenza presso le sedi formative dotate di apparecchio marcatempo	30 marzo 2020	U.O.C. Provveditorato, economato, gestione logistica	Copia ordine di acquisto

SCHEDA/CHECK LIST DI PROGETTAZIONE MISURA ULTERIORE N. 4

Processo: rilevazione presenze, congedi, permessi

Unità organizzative interessate: tutte

Modalità di comportamento: non corretta ed uniforme registrazione dell'assenza/giustifica, dovuta a mancato coordinamento, regolamentazione e interpretazione delle norme

Evento rischioso: non corretta ed uniforme registrazione dell'assenza/giustifica

Fase azione su cui incide l'evento: registrazione assenza/giustifica

Fattori abilitanti: D - discrezionalità

Misure ulteriori	**In grado incidere direttamente sui fattori abilitanti (SI/NO)?**	**Costi (di implementazione) ragionevoli rispetto all'efficacia?**	**Realizzabile con le competenze presenti o acquisibili nel triennio?**	**Può essere avviata in tempi coerenti con l'implementazione del Piano?**	**Motivazioni**
Aggiornamento Regolamento sulle assenze del personale e regolamentazione di tutti gli istituti contrattuali, per ogni categoria di personale, con evidenza sulle modalità di autorizzazione, attestazione, giustificazione, registrazione, delle presenze/assenze	SI	SI	SI	SI	Rendere uniforme e aderente a norme e contratti, il sistema di registrazione delle assenze

Identificare gli obiettivi che si vogliono raggiungere rispetto agli eventi rischiosi (comportamenti/condizioni abilitanti) con la messa in opera della misura e descrivere sinteticamente la procedura e il relativi impianto organizzativo (uffici, ruoli, professionalità…) necessari per il funzionamento della misura.

Processo: rilevazione presenze, congedi, permessi

Evento rischioso: falsa attestazione della presenza su foglio firma presso la sede formativa

Fattori abilitanti: D - discrezionalità

Modalità di comportamento: non corretta ed uniforme registrazione dell'assenza/giustifica, dovuta a mancato coordinamento, regolamentazione e interpretazione delle norme

Misura ulteriore abbinata: istituzione Commissione di ispezione e controllo

Obiettivi: rendere uniforme e aderente a norme e contratti, il sistema di registrazione delle assenze tracciando tutto il percorso dall'autorizzazione alla giustificazione.

Descrizione sintetica della modalità di adozione della misura affinchè risponda ai requisiti di efficacia/efficienza
L' UOC Gestione, valorizzazione. Sviluppo delle Risorse Umane provvederà ad aggiornare, anche attraverso la Costituzione di uno specifico Gruppo di lavoro, il Regolamento sulle assenze del personale, che prevederà la regolamentazione di tutti gli istituti contrattuali, per ogni categoria di personale, con evidenza sulle modalità di autorizzazione, attestazione, giustificazione, registrazione, delle presenze/assenze.

Dettagliare tutte le fasi (sequenza di attività) che è necessario svolgere per attuare la misura.
Per ogni fase indicare i tempi di realizzazione, gli uffici responsabili e gli indicatori

MISURA ULTERIORE				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio Responsabile**	**Indicatori**
Aggiornamento Regolamento sulle assenze del personale e regolamentazione di tutti gli istituti contrattuali, per ogni categoria di personale, con evidenza sulle modalità di autorizzazione, attestazione, giustificazione, registrazione, delle presenze/assenze	Uniforme e corretta registrazione delle assenze	30 aprile 2020	UOC Gestione, valorizzazione. Sviluppo e formazione delle Risorse Umane	Pubblicazione Regolamento aggiornato

Area 2) CONTRATTI PUBBLICI – MISURA 1

Processo: Programmazione Contratti Pubblici

Evento rischioso: Definizione fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/ economicità al fine di favorire lobbies e operatori particolari

Unità organizzative interessate: RPCT, Gruppo Tecnico di lavoro, Dipartimenti, Distretti, U.O.C. Servizi finanziari, UOC Programmazione e controllo, UOC Provveditorato, economato, gestione logistica, UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione sistemi informativi

Fase azione su cui incide l'evento: analisi e definizione dei fabbisogni

Modalità di comportamento: Definizione fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità al fine di favorire lobbies e operatori particolari

Fattori abilitanti: eccesso di discrezionalità, carenza di accountabiliy

Misura ulteriore: Obbligo di documentazione delle richieste, secondo esigenze effettive e documentate, utilizzando scheda di rilevazione appositamente predisposta; audit interni sulla determinazione dei fabbisogni, per processo.

Obiettivi: le misure si propongono di razionalizzare il fabbisogno attraverso un processo di analisi condivisa delle esigenze effettive di approvvigionamento in corrispondenza con il volume di prestazioni erogate e limitando gli sprechi, nella consapevolezza della varietà e complessità dei beni e servizi acquistati in ambito sanitario ed alla "*condizione di potenziale intrinseca "prossimità" di interessi generata dal fatto che i soggetti proponenti l'acquisto sono spesso anche coloro che utilizzano i materiali acquistati. con conseguenti benefici diretti e/o indiretti nei confronti dello stesso utilizzatore*" (PNA – Aggiornamento 2015).

Descrizione sintetica della modalità di adozione della misura affinchè risponda ai requisiti di efficacia/efficienza: istituzione Gruppo di lavoro che si impegni alla elaborazione di una scheda/e di rilevazione del fabbisogno che metta in relazione le richieste con i volumi di prestazione ed alla elaborazione di un calendario di audit interni di determinazione del fabbisogno, per processo.

MISURE	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori
Istituzione Gruppo di lavoro per l'elaborazione scheda/e di rilevazione del fabbisogno che mettano in relazione le richieste di fabbisogno con i volumi di prestazione	Gruppo di lavoro	Realizzato	RPCT	Delibera n. 1509 del 4 agosto 2018
elaborazione scheda/e di rilevazione del fabbisogno che mettano in relazione le richieste di fabbisogno con i volumi di prestazione	Scheda operativa	Marzo 2020	Gruppo di lavoro	Documento
Istituzione Gruppo tecnico di lavoro per Audit interni	Gruppo di lavoro	Realizzato	RPCT	Delibera n. 1509 del 4 agosto 2018
Elaborazione calendario Audit interni di determinazione del fabbisogno	Calendario di attività	Febbraio 2020	Gruppo tecnico di lavoro	Documento
Audit interni di determinazione del fabbisogno, per processo	Audit per centri di costo aggregati per macrostruttura	Marzo 2020	Gruppo tecnico di lavoro/ Dipartimenti, Distretti, U.O.C. Servizi finanziari, UOC Programmazione e controllo, UOC Provveditorato, economato, gestione logistica, UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione sistemi informativi	n. Audit realizzati/n. centri di costo aggregati per macrostruttura

Processo: Programmazione Contratti Pubblici

Evento rischioso: ritardata o mancata predisposizione ed approvazione degli strumenti di programmazione ..

Unità organizzative interessate: Gruppo di lavoro, Dipartimenti, Distretti, U.O.C. Servizi finanziari, UOC Programmazione e controllo, UOC Provveditorato, economato, gestione logistica, UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione sistemi informativi

Fase azione su cui incide l'evento: predisposizione ed approvazione degli strumenti di programmazione

Modalità di comportamento: ritardata o mancata approvazione degli strumenti di programmazione

Fattori abilitanti: carenza di accontabiliy

Misura ulteriore: formalizzazione della tempistica di programmazione, predeterminazione dei criteri per l'individuazione delle priorità, coinvolgimento, formalizzato, delle strutture richiedenti nella fase di programmazione

Obiettivi: avviare un processo di programmazione bottom up, che coinvolga tutte le strutture richiedenti al fine di condividere in modo consapevole vincoli e opportunità di razionalizzazione della spesa, definendo procedure appropriate di identificazione delle priorità in relazione al raggiungimento degli obiettivi aziendali.

Descrizione sintetica della modalità di adozione della misura affinchè risponda ai requisiti di efficacia/efficienza: formalizzazione della tempistica di programmazione, predeterminazione dei criteri per l'individuazione delle priorità, organizzazione incontri di condivisione delle scelte da effettuare, in termini di priorità ed obiettivi

MISURE	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori
Formalizzazione della tempistica di programmazione	definizione di un percorso di programmazione con tempi certi scanditi per fasi ed obiettivi	Marzo 2020	Gruppo di lavoro	Documento
Predeterminazione dei criteri per l'individuazione delle priorità	scheda criteri	Marzo 2020	Gruppo di lavoro	Documento
Coinvolgimento, formalizzato, delle strutture richiedenti nella fase di programmazione	condivisione delle scelte da effettuare, in termini di priorità ed obiettivi	Marzo 2019	Gruppo di lavoro/ Dipartimenti, Distretti, Dipartimenti, Distretti, U.O.C. Servizi finanziari, UOC Programmazione e controllo, UOC Provveditorato, economato, gestione logistica, UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione sistemi informativi	n. incontri /n. strutture richiedenti n. invitati/n. partecipanti

Area 2) CONTRATTI PUBBLICI – MISURA 2 - GENERALI

Processo: Progettazione e gestione gara

Unità organizzative interessate: Dipartimenti, Distretti, U.O.C. Servizi finanziari, UOC Programmazione e controllo, UOC Provveditorato, economato, gestione logistica, UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione sistemi informativi

Modalità di comportamento: nomina Rp/Rup privo di requisiti idonei e/o adeguati ad assicurare terzietà e indipendenza

Evento rischioso: Rp/Rup privo di requisiti idonei e/o adeguati ad assicurare terzietà e indipendenza

Fase azione su cui incide l'evento: nomina Rup/Rp

Fattori abilitanti: Monopolio del potere/carenza di accountability

MISURE	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori
Rotazione del personale	Rotazione Rp/Rup per prevenzione comportamenti a rischio corruzione	Secondo valutazione Direttore U.O.C.	UOC Provveditorato, economato, gestione logistica, UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione sistemi informativi	personale ruotato/ procedimenti attivati
Acquisizione di dichiarazione su assenza di conflitto d'interesse di RUP/ RP, da citare nell'atto di nomina	terzietà e indipendenza RUP/RP	Contestuale a nomina	UOC Provveditorato, economato, gestione logistica, UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione sistemi informativi	n. incarichi Rup/Rp/n. attestazioni avvenuta verifica conflitto interessi
Wistleblowing	Monitoraggio segnalazioni	annuale	UOC Provveditorato, economato, gestione logistica, UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione sistemi informativi	rapporto dati richiesti/dati inviati

Processo: Progettazione e gestione gara

Unità organizzative interessate: UOC Provveditorato, economato, gestione logistica, UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione sistemi informativi

Modalità di comportamento: infedeltà, fornire notizie circa contenuti, tempi e modalità di espletamento della gara potenziali concorrenti, prima della pubblicazione

Evento rischioso: fuga di notizie circa le procedure di gara ancora non pubblicate

Fase azione su cui incide l'evento: progettazione gara

Fattori abilitanti: Monopolio del potere/carenza di accountability

MISURE	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori
Adozione programma e realizzazione azioni di diffusione e sensibilizzazione al rispetto del Codice di Comportamento	acquisizione comportamenti individuali eticamente e giuridicamente corretti	Giugno 2020	RPCT/Gruppo di lavoro Animatori integrità	n. azioni previste/n. azioni realizzate
Wistleblowing	monitoraggio segnalazioni	annuale	UOC Provveditorato, economato, gestione logistica, UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione sistemi informativi	rapporto dati richiesti/dati inviati

Processo: Progettazione e gestione gara

Unità organizzative interessate: UOC Provveditorato, economato, gestione logistica, UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione sistemi informativi

Modalità di comportamento: omettere il controllo formale dell'integrità dei plichi, tenuta e conservazione

Evento rischioso: alterazione o sottrazione della documentazione sia in fase di gara che di successivo controllo

Fase azione su cui incide l'evento: selezione del contraente

Fattori abilitanti: carenza di accountability

MISURE	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori
Adozione programma e realizzazione azioni di diffusione e sensibilizzazione al rispetto del Codice di Comportamento	acquisizione comportamenti individuali eticamente e giuridicamente corretti	Giugno 2020	RPCT/Gruppo di lavoro Animatori integrità	n. azioni previste/n. azioni realizzate
Wistleblowing	monitoraggio segnalazioni	annuale	UOC Provveditorato, economato, gestione logistica, UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione sistemi informativi	rapporto dati richiesti/dati inviati

Processo: Progettazione e gestione gara

Evento rischioso: selezione del contraente

Unità organizzative interessate: UOC Provveditorato, economato, gestione logistica, UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione sistemi informativi

Fase azione su cui incide l'evento: selezione del contraente

Modalità di comportamento: mancato adempimento degli obblighi di pubblicazione e prevenzione della corruzione

Fattori abilitanti: carenza di accountability

MISURE	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori
Pubblicazioni legali e obbligatorie	esatto adempimento dell'obbligo	secondo le previsioni di legge	UOC Provveditorato, economato, gestione logistica, UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione sistemi informativi	Rapporto Procedure avviate/dati e documenti pubblicati sul sito aziendale
Codice di comportamento	Inserimento in tutti i contratti della clausola di osservanza delle norme contenute nel Codice di comportamento	Contestuale ad affidamento incarico	UOC Provveditorato, economato, gestione logistica, UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione sistemi informativi	100% contratti Verifiche a campione
Wistleblowing	monitoraggio segnalazioni	annuale	UOC Provveditorato, economato, gestione logistica, UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione sistemi informativi	rapporto dati richiesti/dati inviati

Area 2) CONTRATTI PUBBLICI – MISURA 3

Processo: Progettazione e gestione gara

Evento rischioso: alterazione o sottrazione della documentazione sia in fase di gara che di successivo controllo

Unità organizzative interessate: UOC Provveditorato, economato, gestione logistica, UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione sistemi informativi

Fase azione su cui incide l'evento: selezione del contraente

Modalità di comportamento: omesso controllo formale dell'integrità dei plichi, tenuta e conservazione

Fattori abilitanti: carenza di accontabiliy

Obiettivi: assicurare una corretta acquisizione, tenuta e conservazione dei documenti di gara e individuazione responsabilità per l'eventuale alterazione o sottrazione della documentazione sia in fase di gara che di successivo controllo

Descrizione sintetica della modalità di adozione della misura affinchè risponda ai requisiti di efficacia/efficienza: disporre l'immediata attuazione delle misure

MISURE	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori
Accessibilità online della documentazione di gara e/o delle informazioni complementari rese; in caso di documentazione non accessibile online, predefinizione e pubblicazione delle modalità per acquisire la documentazione e/o le informazioni complementari.	Rendere trasparente la procedura di gara attraverso l'accessibilità totale e diretta a ogni informazione utile a verificare la correttezza	Contestuale	UOC Provveditorato, economato, gestione logistica, UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione sistemi informativi	Pubblicazione documento o modulo di richiesta e acquisizione 100% gare
Pubblicazione, sul sito aziendale, del nominativo dei soggetti cui ricorrere in caso di ingiustificato ritardo o diniego dell'accesso ai documenti di gara.	Rendere trasparente la procedura di gara attraverso l'immediato ricorso al potere sostitutivo	Contestuale	UOC Provveditorato, economato, gestione logistica, UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione sistemi informativi	Pubblicazione 100% gare
Obbligo di menzione nei verbali di gara delle condizioni di acquisizione e delle specifiche cautele adottate a tutela dell'integrità e della conservazione delle buste contenenti l'offerta	Favorire una corretta tenuta e conservazione dei documenti di gara	Contestuale	UOC Provveditorato, economato, gestione logistica, UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione sistemi informativi	Verbalizzazioni 100%
Individuazione di appositi archivi (fisici e/o informatici) per la custodia della documentazione.	Favorire una corretta tenuta e conservazione dei documenti di gara	Giugno 2020	UOC Provveditorato, economato, gestione logistica, UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione sistemi informativi	Attestazione adempimento

Processo: Progettazione e gestione gara

Unità organizzative interessate: UOC Provveditorato, economato, gestione logistica, UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione sistemi informativi

Modalità di comportamento: improprio utilizzo di sistemi di affidamento al fine di favorire un operatore

Evento rischioso: elusione delle regole di affidamento degli appalti

Fase azione su cui incide l'evento: individuazione strumenti/istituto affidamenti, elementi essenziali del contratto, importi/volumi, procedura di aggiudicazione

Fattori abilitanti: eccesso di discrezionalità, carenza di accontabiliy

Processo: Progettazione e gestione gara

Evento rischioso: elusione delle regole di affidamento degli appalti

Fase azione su cui incide l'evento: individuazione strumenti/istituto affidamenti, elementi essenziali del contratto, importi/volumi, procedura di aggiudicazione

Modalità di comportamento: improprio utilizzo di sistemi di affidamento al fine di favorire un operatore

Obiettivi: ridurre il rischio elusione delle regole di affidamento degli appalti, introducendo le misure suggerite dall'aggiornamento 2015 del PNA

Descrizione sintetica della modalità di adozione della misura affinchè risponda ai requisiti di efficacia/efficienza: le misure saranno tutte previste e dettagliate nell'ambito di un solo documento/linea guida da elaborarsi a cura di un gruppo di lavoro appositamente costituito che preveda la partecipazione di un rappresentante per ogni UOC coinvolta nel processi, validato dal Responsabile della prevenzione in termini di coerenza con gli obiettivi del PTPC. Quando possibile, anche nel caso siano state già regolamentate dal Gruppo di lavoro, alcune misure saranno anticipate e adottate dal Direttore Generale su proposta del RPCT con specifiche disposizioni, circolari e direttive.

MISURE	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori
Obbligo di motivazione nella determina a contrarre in ordine sia alla scelta della procedura sia alla scelta del sistema di affidamento adottato ovvero delle tipologia contrattuale. Predeterminare, nello stesso atto, i criteri che saranno utilizzati per l'individuazione delle imprese da invitare	ridurre il rischio elusione delle regole di affidamento degli appalti	Contestuale	UOC Provveditorato, economato, gestione logistica, UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione sistemi informativi	Documento
Obbligo di comunicare al RPCT la presenza di ripetuti affidamenti ai medesimi operatori economici in un dato arco temporale (definito in modo congruo dalla stazione appaltante).	Monitorare le procedure di affidamento e renderne trasparente il percorso	periodico	UOC Provveditorato, economato, gestione logistica, UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione sistemi informativi	Documento
Verifica puntuale, da parte dell'ufficio acquisti, **attestata negli atti deliberativi di indizione**, della possibilità di accorpare le procedure di acquisizione di forniture, di affidamento dei servizi o di esecuzione dei lavori omogenei.	Razionalizzazione della spesa e delle procedure adottate e riduzione rischi di corruzione legati alla parcellizzazione delle procedure	contestuale	UOC Provveditorato, economato, gestione logistica, UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione sistemi informativi	Documento
Adozione linea guida che introduca criteri stringenti ai quali attenersi nella determinazione del valore stimato del contratto avendo riguardo alle norme pertinenti e all'oggetto complessivo del contratto	ridurre il rischio elusione delle regole di affidamento degli appalti	Aprile 2020	Gruppo di lavoro Delibera n. 1509 del 4 agosto 2018	Documento
Preventiva individuazione, mediante adozione linea guida, di procedure volte ad attestare il ricorrere dei presupposti legali per indire procedure negoziate o procedere ad affidamenti diretti	ridurre il rischio elusione delle regole di affidamento degli appalti	Aprile 2020	Gruppo di lavoro Delibera n. 1509 del 4 agosto 2018	Documento

Adozione di Linee Guida/direttive che limitino il ricorso al criterio dell'OEPV in caso di affidamenti di beni e servizi standardizzati o di lavori che non lasciano margini di discrezionalità.	ridurre al minimo il ricorso al criterio dell'OEPV	Aprile 2020	Gruppo di lavoro Delibera n. 1509 del 4 agosto 2018	Documento
Adozione disposizioni/Linee Guida che introducano come criterio tendenziale modalità di aggiudicazione competitive ad evidenza pubblica ovvero affidamenti mediante cottimo fiduciario, con consultazione di almeno 5 operatori economici, anche per procedure di importo inferiore a 40.000 euro.	favorire la dinamica competitiva di mercato a vantaggio della trasparenza e qualità dei prodotti/servizi/lavori acquisiti	Aprile 2020	Gruppo di lavoro Delibera n. 1509 del 4 agosto 2018	Documento
Elaborazione *Check list* di verifica degli adempimenti da porre in essere, anche in relazione alle direttive/linee guida interne adottate, da trasmettersi periodicamente al RPCT.	Monitorare l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione	Aprile 2020	Gruppo di lavoro Delibera n. 1509 del 4 agosto 2018	Documento
Utilizzo di elenchi aperti di operatori economici con applicazione del principio della rotazione, previa fissazione di criteri generali per l'iscrizione e verifica del rispetto del principio	Favorire a trasparenza ed il criterio della rotazione fra operatori	Aprile 2020	Gruppo di lavoro Delibera n. 1509 del 4 agosto 2018	Documento

Processo: Progettazione e gestione gara

Evento rischioso: evitare l'aggiudicazione in favore di un soggetto diverso da quello atteso, ovvero creare i presupposti per concedere un indennizzo all'aggiudicatario

Unità organizzative interessate: UOC Provveditorato, economato, gestione logistica, UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione sistemi informativi

Fase azione su cui incide l'evento: selezione del contraente

Modalità di comportamento: adozione di un provvedimento di revoca del bando, strumentale nell'annullamento di una gara,

Fattori abilitanti: eccesso di discrezionalità/carenza di accontabiliy

Misura ulteriore: Nomina Commissione per l'attivazione di verifiche di secondo livello in caso di paventato annullamento e/o revoca della gara.

Obiettivi: assicurarsi che l'eventuale annullamento o revoca sia dovuto a fattori oggettivi, ponderati e condivisi, determinato sulla base di interesse pubblico, che escludano ogni possibilità di favorire operatori coinvolti nella gara.

Descrizione sintetica della modalità di adozione della misura affinchè risponda ai requisiti di efficacia/efficienza: disporre l'immediata attuazione delle misure attraverso la verifica di secondo livello affidata a commissione di tecnici appartenenti a servizi diversi dalla stazione appaltante interessata, appositamente costituita, che riscontri e attesti formalmente le motivazioni addotte alla opportunità di annullamento o revoca ed escluda ogni possibilità di favorire operatori coinvolti nella gara.

MISURE	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori
Nomina Commissione per l'attivazione di verifiche di secondo livello in caso di paventato annullamento e/o revoca della gara.	Verifica di secondo livello su procedure a rischio	contestuale	Direttore Generale/RPC	Nomina Commissione 100% gare

Processo: Progettazione e gestione gara

Evento rischioso: manipolazione esito della gara e anomalie nella procedura selettiva

Unità organizzative interessate: UOC Provveditorato, economato, gestione logistica, UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione sistemi informativi

Fase azione su cui incide l'evento: selezione del contraente

Modalità di comportamento: applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara, per manipolarne l'esito, sottovalutazione di anomalie selettive

Fattori abilitanti: eccesso di discrezionalità/carenza di accontabiliy

Obiettivi: assicurarsi della correttezza, trasparenza e imparzialità della procedura selettiva

Descrizione sintetica della modalità di adozione della misura affinchè risponda ai requisiti di efficacia/efficienza: predisporre gli strumenti di trasparenza e verifica delle situazioni di potenziale anomalia

MISURE	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori
Pubblicazione sul sito internet della amministrazione, per estratto, dei punteggi attribuiti agli offerenti all'esito dell'aggiudicazione definitiva.	Trasparenza nella procedura selettiva	contestuale	UOC Provveditorato, economato, gestione logistica, UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione sistemi informativi	Pubblicazione tabella punteggi 100%
Obbligo di segnalazione al RPCT di gare in cui sia presentata un'unica offerta valida/credibile.	Monitoraggio e valutazione potenziali anomalie	contestuale	UOC Provveditorato, economato, gestione logistica, UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione sistemi informativi	n. gare/n. segnalazioni
Introduzione di misure atte a documentare il procedimento di valutazione delle offerte anormalmente basse e di verifica della congruità dell'anomalia, specificando espressamente le motivazioni nel caso in cui, all'esito del procedimento di verifica, la stazione appaltante non abbia proceduto all'esclusione.	Monitoraggio e valutazione potenziali anomalie	giugno 2020	Gruppo di lavoro	Documento

Processo: Progettazione e gestione gara

Evento rischioso: favorire un aggiudicatario privo di requisiti o favorire operatori che seguono in graduatoria

Unità organizzative interessate: UOC Provveditorato, economato, gestione logistica, UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione sistemi informativi

Fase azione su cui incide l'evento: verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto

Modalità di comportamento: alterazione e/ o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo di requisiti o favorire operatori che seguono in graduatoria

Fattori abilitanti: eccesso di discrezionalità/carenza di accontabiliy

Obiettivi: verificare correttamente la correttezza della procedura espletata preliminarmente alla stipula del contratto

Descrizione sintetica della modalità di adozione della misura affinchè risponda ai requisiti di efficacia/efficienza: condividere strumenti e procedure per la corretta verifica delle procedure espletate

MISURE	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori
Disposizione interna che assicuri la collegialità nella verifica dei requisiti, sotto la responsabilità del dirigente dell'ufficio acquisti e la presenza dei funzionari dell'ufficio, coinvolgendoli nel rispetto del principio di rotazione.	Valutazione collegiale e condivisa	contestuale	UOC Provveditorato, economato, gestione logistica, UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione sistemi informativi	Verbale 100%
Check list di controllo sul rispetto degli adempimenti e formalità di comunicazione previsti dal Codice.	Uniformare i processi di verifica	giugno 2020	Gruppo di Lavoro Gruppo di lavoro Delibera n. 1509 del 4 agosto 2018 (vedi schede prec.)	Documento
Introduzione di un termine tempestivo di pubblicazione dei risultati della procedura di aggiudicazione.	Certezza dei tempi	contestuale	UOC Provveditorato, economato, gestione logistica, UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione sistemi informativi	Documento 100%
Formalizzazione e pubblicazione da parte dei funzionari e dirigenti che hanno partecipato alla gestione della procedura di gara di una dichiarazione attestante l'insussistenza di cause di incompatibilità con l'impresa aggiudicataria e con la seconda classificata, avendo riguardo anche a possibili collegamenti soggettivi e/o di parentela con i componenti dei relativi organi amministrativi e societari, con riferimento agli ultimi 5 anni.	Rilevare incompatibilità e conflitti d'interesse	contestuale	UOC Provveditorato, economato, gestione logistica, UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione sistemi informativi	Pubblicazione

Processo: esecuzione del contratto

Unità organizzative interessate: UOC Provveditorato, economato, gestione logistica, UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione sistemi informativi

Modalità di comportamento: elaborazione crono programma con insufficiente precisione nella tempistica di esecuzione dei lavori che consenta all'impresa di non essere eccessivamente vincolata ad una organizzazione precisa negli stati di avanzamento, creando i presupposti per extraguadagni

Evento rischioso: extraguadagni dell'impresa determinati dalla mancanza di precisione del cronoprogramma

Fase azione su cui incide l'evento: cronoprogramma

Fattori abilitanti: eccesso di discrezionalità, carenza di accontabiliy

Obiettivi: effettuare un controllo preventivo di congruità e coerenza del cronoprogramma

Descrizione sintetica della modalità di adozione della misura affinchè risponda ai requisiti di efficacia/efficienza: prevedere un controllo interno preventivo sulla precisione e congruità del crono programma in corrispondenza alle operazioni da effettuare, con apposizione di visto congiunto di Rup/Rp e del Direttore della struttura. Pubblicare il crono programma sul sito aziendale.

MISURE	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori
Disposizione interna che inserisca nella procedura un controllo sulla precisione e congruità del crono programma in corrispondenza alle operazioni da effettuare, con apposizione di un visto congiunto di Rup/Rp e Direttore della struttura	Riduzione dei rischi dovuti ad imprecisione del cronoprogramma	contestuale	UOC Provveditorato, economato, gestione logistica, UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione sistemi informativi	Controlli 100%
Pubblicazione crono programma sul sito aziendale	Trasparenza	contestuale	UOC Provveditorato, economato, gestione logistica, UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione sistemi informativi	Pubblicazioni 100%

Processo: esecuzione del contratto

Evento rischioso: evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto a soggetti inadempienti

Unità organizzative interessate: UOC Provveditorato, economato, gestione logistica, UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione sistemi informativi

Fase azione su cui incide l'evento: avanzamento lavori

Modalità di comportamento: mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato di avanzamento dei lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto

Fattori abilitanti: eccesso di discrezionalità, carenza di accontabiliy

Obiettivi: monitorare i tempi di esecuzione del contratto e sanzionare gli inadempimenti

Descrizione sintetica della modalità di adozione della misura affinchè risponda ai requisiti di efficacia/efficienza: prevedere un sistema di monitoraggio dei tempi di esecuzione dei contratti e procedere a verifiche e controlli sull'applicazione di eventuali penali per il ritardo.

MISURE	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori
Check list relativa alla verifica dei tempi di esecuzione, da effettuarsi con cadenza prestabilita e trasmettersi al RPCT al fine di attivare specifiche misure di intervento in caso di eccessivo allungamento dei tempi rispetto al cronoprogramma.	monitoraggio dei tempi di esecuzione dei contratti	giugno 2020	Gruppo di lavoro Delibera n. 1509 del 4 agosto 2018	Documento
Controllo sull'applicazione di eventuali penali per il ritardo.	Applicazione penali	contestuale al monitoraggio	RPC	Ritardi da Check list/penali applicate

Processo: esecuzione del contratto

Evento rischioso: indebita liquidazione di competenze per stati di avanzamento e prestazioni effettuate

Unità organizzative interessate: UOC Provveditorato, economato, gestione logistica, UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione sistemi informativi

Fase azione su cui incide l'evento: Verifiche e controlli

Modalità di comportamento: omessa verifica quali/quantitativa delle prestazioni appaltate

Fattori abilitanti: eccesso di discrezionalità, carenza di accontabiliy

Obiettivi: inserire un controllo di secondo livello all'interno di una fase critica del processo di esecuzione del contratto

Descrizione sintetica della modalità di adozione della misura affinchè risponda ai requisiti di efficacia/efficienza: costituire una Commissione aziendale che possa effettuare controlli a campione e/o su segnalazioni di criticità di controllo e verifica delle prestazioni sui contratti in essere

MISURE	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori
Costituzione Commissione di controllo e verifica	Individuazione struttura di controllo di secondo livello	Costituita	Direzione Generale/RPC	Gruppo di lavoro Delibera n. 1509 del 4 agosto 2017
Verifiche e controlli	Miglioramento quali/quantitativo delle prestazioni effettuate	Novembre 2020	Gruppo di lavoro Delibera n. 1509 del 4 agosto 2017	Report

Processo: esecuzione del contratto

Evento rischioso: consentire all'appaltatore di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire ulteriori guadagni, addebitabili in particolare alla sospensione dell'esecuzione del lavoro/servizio durante i tempi di attesa dovuti alla redazione delle perizie di variante

Unità organizzative interessate: UOC Provveditorato, economato, gestione logistica, UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione sistemi informativi

Fase azione su cui incide l'evento: varianti

Modalità di comportamento: ammissione di varianti in corso di esecuzione del contratto al fine di consentire all'appaltatore di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire ulteriori guadagno, addebitabili in particolare alla sospensione dell'esecuzione del lavoro/servizio durante i tempi di attesa dovuti alla redazione delle perizie di variante.

Fattori abilitanti: eccesso di discrezionalità, carenza di accontabiliy

Obiettivi: prevenire la possibilità di abusare dello strumento

Descrizione sintetica della modalità di adozione della misura affinchè risponda ai requisiti di efficacia/efficienza: attivazione di tutte le misure cautelari, nel corso dell'intero ciclo dell'appalto, dalla redazione del bando alla esecuzione del contratto per prevenire abusi nell'utilizzo delle varianti

MISURE	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori
Obbligo di dettagliare nel bando di gara in modo trasparente e congruo i requisiti minimi di ammissibilità delle varianti progettuali in sede di offerta.	stabilire requisiti minimi di ammissibilità delle varianti progettuali in sede di offerta	contestuale	UOC Provveditorato, economato, gestione logistica, UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione sistemi informativi	Documento 100%
Fermi restando gli adempimenti formali previsti dalla normativa, previsione di una certificazione con valore interno, da inviarsi al RPC da parte del RP, che espliciti l'istruttoria interna condotta sulla legittimità della variante e sugli impatti economici e contrattuali della stessa (in particolare con riguardo alla congruità dei costi e tempi di esecuzione aggiuntivi, delle modifiche delle condizioni contrattuali, tempestività del processo di redazione ed approvazione della variante).	Monitoraggio	contestuale	UOC Provveditorato, economato, gestione logistica, UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione sistemi informativi	documento
Verifica del corretto assolvimento dell'obbligo di trasmissione all'ANAC delle varianti.	Monitoraggio	semestrale	UOC Provveditorato, economato, gestione logistica, UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione sistemi informativi	report
Pubblicazione, contestualmente alla loro adozione e almeno per tutta la durata del contratto, dei provvedimenti di adozione delle varianti.	Trasparenza	contestuale	UOC Provveditorato, economato, gestione logistica, UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione sistemi informativi	pubblicazione

Processo: esecuzione del contratto

Evento rischioso: elusione norme e regole del subappalto

Unità organizzative interessate: UOC Provveditorato, economato, gestione logistica, UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione sistemi informativi

Fase azione su cui incide l'evento: subappalto

Modalità di comportamento: mancato controllo della stazione appaltante nell'esecuzione della quota lavori che l'appaltatore dovrebbe eseguire direttamente e che invece viene scomposta ed affidata attraverso contratti non qualificati come subappalto, ma alla stregua di fornitore.

Fattori abilitanti: eccesso di discrezionalità, carenza di accontabiliy

Obiettivi: prevenire la possibilità di affidare lavori eludendo le norme e regole del subappalto

Descrizione sintetica della modalità di adozione della misura affinchè risponda ai requisiti di efficacia/efficienza: attivazione di controlli interni da parte del Rup/Rp

MISURE	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori
Monitoraggio e controlli sugli affidamenti a fornitori /appaltatori.	Prevenire elusione norme e regole subappalto	contestuale	UOC Provveditorato, economato, gestione logistica, UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione sistemi informativi	Controlli/appalti

Processo: esecuzione del contratto

Evento rischioso: condizionamenti nelle decisioni assunte all'esito delle procedure di accordo bonario, derivabili dalla presenza della parte privata all'interno della Commissione

Unità organizzative interessate: UOC Provveditorato, economato, gestione logistica, UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione sistemi informativi

Fase azione su cui incide l'evento: accordi bonari

Modalità di comportamento: condizionamenti nelle decisioni assunte all'esito delle procedure di accordo bonario

Fattori abilitanti: carenza di accontabiliy

Obiettivi: trasparenza

Descrizione sintetica della modalità di adozione della misura affinchè risponda ai requisiti di efficacia/efficienza: pubblicazione atti sul sito aziendale

MISURE	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori
pubblicazione degli accordi bonari e delle transazioni (con osservanza della normativa della privacy)	trasparenza	contestuale	UOC Provveditorato, economato, gestione logistica, UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione sistemi informativi	Accordi/Pubblicazione

Area 3) INCARICHI E NOMINE - MISURA 1 - GENERALI

Processo: Affidamento incarico professionale a professionista esterno

Evento rischioso: affidamento incarico professionisti esterni

Unità organizzative interessate: Dipartimento Amministrativo, U.O.C. Area Giuridica, Affidamento incarico a personale interno, anche a carattere gratuito, Responsabili progetti obiettivo aziendali

Fase azione su cui incide l'evento: affidamento incarico

Modalità di comportamento: affidare l'incarico (legale, tecnico, di formazione…) in assenza di adozione di atti pubblici, obblighi di pubblicazione e informazione, verifica incompatibilità e conflitto d'interessi

Fattori abilitanti: carenza di accountability

MISURE	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori
Pubblicazioni obbligatorie	Adempimento dell'obbligo	Contestuale ad affidamento incarico	Dipartimento Amministrativo U.O.C. Area Giuridica UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione, valorizzazione. Sviluppo e formazione delle Risorse Umane (formazione) Responsabili progetti obiettivo aziendali	Rapporto Incarichi affidati/incarichi pubblicati sito aziendale
Conflitto d'interesse	Attestazione del Dirigente proponente l'affidamento incarico di verifica dell'assenza conflitto interesse per incaricato e pubblicazione sul sito aziendale	Contestuale ad affidamento incarico	Dipartimento Amministrativo U.O.C. Area Giuridica UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione, valorizzazione. Sviluppo e formazione delle Risorse Umane (formazione) Responsabili progetti obiettivo aziendali	100% pubblicazione/ verifica su campione
Comunicazioni ex art. 53 D.Lgs 165/01	Adempimento dell'obbligo	Contestuale ad affidamento incarico	Dipartimento Amministrativo U.O.C. Area Giuridica UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione, valorizzazione. Sviluppo e formazione delle Risorse Umane (formazione) Responsabili progetti obiettivo aziendali	Rapporto Incarichi affidati/incarichi comunicati alla UOC Risorse Umane (Anagrafe delle prestazioni)
Formazione del personale	Acquisire le competenze nel settore interessato	Novembre 2020	Dipartimento Amministrativo U.O.C. Area Giuridica UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione, valorizzazione. Sviluppo e formazione delle Risorse Umane (formazione) Responsabili progetti obiettivo aziendali	n. posti assegnati in attività formative/ n. dipendenti partecipanti
Codice di comportamento	Inserimento in tutti i contratti della clausola di osservanza delle norme contenute nel Codice di comportamento	Contestuale ad affidamento incarico	Dipartimento Amministrativo U.O.C. Area Giuridica UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione, valorizzazione. Sviluppo e formazione delle Risorse Umane (formazione) Responsabili progetti obiettivo aziendali	100% contratti Verifiche a campione su incarichi pubblicati
Wistleblowing	Monitoraggio segnalazioni	Novembre 2020	Dipartimento Amministrativo U.O.C. Area Giuridica UOC Tecnico patrimoniale , UOC Gestione, valorizzazione. Sviluppo e formazione delle Risorse Umane (formazione) Responsabili progetti obiettivo aziendali	Report

Area 3) INCARICHI E NOMINE - MISURA 2

Processo: Affidamento incarico a personale interno, anche a carattere gratuito

Evento rischioso: Assenza di procedure di selezione comparativa

Unità organizzative interessate: Dipartimento Amministrativo, UOC Gestione, valorizzazione. Sviluppo e **formazione** delle Risorse Umane, Responsabili progetti obiettivo aziendali

Fase azione su cui incide l'evento: individuazione personale

Modalità di comportamento: favorire alcuni dipendenti in mancanza di requisiti o senza rispettare criteri di scelta predeterminati

Fattori abilitanti: eccessiva discrezionalità

Misure ulteriori	In grado incidere direttamente sui fattori abilitanti (SI/NO)?	Costi (di implementazione) ragionevoli rispetto all'efficacia?	Realizzabile con le competenze presenti o acquisibili nel triennio?	Può essere avviata in tempi coerenti con l'implementazione del Piano?	Motivazioni
Istituzione Albi/elenchi/short list di dipendenti e definizione dei criteri di affidamento dell'incarico	SI	SI	SI	SI	Riduzione della discrezionalità nella individuazione del dipendente

Obiettivi: Il Piano nazionale anticorruzione - aggiornamento 2015 (Delibera ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015), nella sezione specifica dedicata alla sanità che stabilisce "*Laddove non sia previsto di norma il ricorso a procedure di selezione comparativa, **l'organo nominante deve** dotarsi di tutti gli strumenti interni che consentano la massima pubblicizzazione delle esigenze alla base del conferimento, delle caratteristiche e competenze professionali funzionali allo svolgimento dell'incarico (come ad esempio regolamenti interni, albi e/o elenchi di professionisti ed esperti), al fine anche di consentire opportune verifiche sul possesso dei requisiti e sul rispetto dei principi di trasparenza, rotazione ed imparzialità*". Tale misura, seppure non contemplata fra quelle esplicitamente previste come obbligatorie e relativa agli incarichi a soggetti esterni, può essere assunta e recepita anche per gli incarichi affidati a personale interno, nel momento in cui si constata, presso l'ASP di Cosenza, il mancato ricorso a procedure di selezione comparativa per la maggior parte degli incarichi affidati, anche a carattere gratuito, a personale interno.

Descrizione sintetica della modalità di adozione della misura affinchè risponda ai requisiti di efficacia/efficienza: istituzione degli albi/elenchi dei professionisti da individuare, nell'ambito di un regolamento/linea guida Aziendale, e delle modalità di aggiornamento. Formalizzazione, nell'ambito di tale regolamentazione, delle eventuali deroghe al principio di acquisizione delle professionalità interne attraverso gli albi/elenchi/short list indicando le motivazioni che giustificano il mantenimento della piena discrezionalità dell'Ente nella scelta del dipendente. Pubblicazione degli albi elenchi sul sito aziendale www.asp.cosenza.it. Definizione dei criteri e modalità di assegnazione degli incarichi ai dipendenti inseriti negli Albi/elenchi e delle responsabilità di scelta.

Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori
Istituzione albi/elenchi/short list	Pubblicazione dell'atto di istituzione dell' albo/elenco	entro giugno 2019	Direttore UOC Gestione, valorizzazione. Sviluppo e formazione delle Risorse Umane (coordinamento e armonizzazione delle norme specifiche con le esigenze di carattere generale. Formalizzazione percorsi per Responsabili progetti obiettivo aziendali, in collaborazione con U.O.C. Programmazione e controllo) Dipartimento Amministrativo	Pubblicazione atto
Avviso pubblico di inserimento nell'albo/elenco short list	Acquisizione disponibilità	entro giugno 2020	idem	Albo/elenco/short list
Elaborazione e pubblicazione albo/elenco short list	Elaborazione e pubblicazione albo/elenco short list	entro giugno 2020	idem	Pubblicazione sul sito Albo/elenco/short list
Aggiornamento periodico albo/elenco short list	Aggiornamento periodico albo/elenco short list	entro i termini previsti dal/dai regolamento/i	idem	Pubblicazione aggiornamento periodico Albo/elenco/short list

3) INCARICHI E NOMINE - MISURA N. 3

Processo: professionista esterno

Evento rischioso: mancanza di uniformità nelle procedure.
Assenza di procedure di selezione comparativa

Unità organizzative interessate: Dipartimento Amministrativo, UOC Gestione, valorizzazione. Sviluppo e formazione delle Risorse Umane , Responsabili progetti obiettivo aziendali

Fase azione su cui incide l'evento: individuazione collaboratori

Modalità di comportamento: favorire alcuni professionisti in mancanza di requisiti o senza rispettare criteri di scelta predeterminati

Fattori abilitanti: eccessiva discrezionalità

Misure ulteriori	In grado incidere direttamente sui fattori abilitanti (SI/NO)?	Costi (di implementazione) ragionevoli rispetto all'efficacia?	Realizzabile con le competenze presenti o acquisibili nel triennio?	Può essere avviata in tempi coerenti con l'implementazione del Piano?	Motivazioni
Elaborazione regolamento/linea guida che stabilisca procedure uniformi di selezione dei collaboratori, assegnando la titolarità esclusiva dei procedimenti alla U.O.C. Risorse Umane	SI	SI	SI	SI	Rendere uniforme la procedura e ridurre la discrezionalità nella individuazione del collaboratore

Obiettivi: Rendere uniforme la procedura e ridurre la discrezionalità nella individuazione del collaboratore

Descrizione sintetica della modalità di adozione della misura affinchè risponda ai requisiti di efficacia/efficienza: adozione della Linea guida/regolamento.

Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori
Elaborazione linea guida/regolamento	Pubblicazione dell'atto di adozione	entro giugno 2020	UOC Gestione, valorizzazione. Sviluppo e formazione delle Risorse Umane	Pubblicazione atto

Area 3) INCARICHI E NOMINE - MISURE ULTERIORI

Processo: Affidamento incarico collaborazione a collaboratore esterno

Evento rischioso: Utilizzo improprio dei collaboratori

Unità organizzative interessate: Dipartimento Amministrativo, UOC Gestione, valorizzazione. Sviluppo e formazione delle Risorse Umane, Responsabili progetti obiettivo aziendali

Fase azione su cui incide l'evento: gestione collaboratori

Modalità di comportamento: creazione di vincoli di subordinazione utili il riconoscimento di attività di dipendenza (accertamento della presenza, assegnazione delle pratiche, firma, riconoscimento di ruoli istituzionali ecc.)

Fattori abilitanti: eccessiva discrezionalità/ carenza di accountability

Misure ulteriori	In grado incidere direttamente sui fattori abilitanti (SI/NO)?	Costi (di implementazione) ragionevoli rispetto all'efficacia?	Realizzabile con le competenze presenti o acquisibili nel triennio?	Può essere avviata in tempi coerenti con l'implementazione del Piano?	Motivazioni
Elaborazione regolamento/linea guida che stabilisca procedure uniformi di gestione dei collaboratori esterni (accertamento della presenza, assegnazione delle pratiche, firma, riconoscimento di ruoli istituzionali ecc.) , con adozione di appositi formati modulistica. Rilevazione delle responsabilità disciplinari ed erariali in capo al Dirigente che utilizza impropriamente il personale.	SI	SI	SI	SI	Prevenire il rischio della creazione di vincoli di subordinazione utili il riconoscimento di attività di dipendenza

Obiettivi: Prevenire il rischio della creazione di vincoli di subordinazione utili il riconoscimento di attività di dipendenza

Descrizione sintetica della modalità di adozione della misura affinchè risponda ai requisiti di efficacia/efficienza: adozione della Linea guida/regolamento.

Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio Responsabile	Indicatori
Elaborazione linea guida/regolamento	Pubblicazione dell'atto di adozione	entro giugno 2020	UOC Gestione, valorizzazione. Sviluppo e formazione delle Risorse Umane	Pubblicazione atto

DISTRETTI SANITARI

Il Distretto sanitario è l'articolazione aziendale che garantisce il coordinamento e l'integrazione di tutte le attività sanitarie e socio sanitarie a livello territoriale; svolge la propria attività nell'ambito degli indirizzi impartiti dalla Direzione strategica, coerentemente con la programmazione regionale. Il Distretto costituisce il centro di governo oltre che di organizzazione e di erogazione di servizi , il polo di integrazione sanitaria e socio sanitaria, il punto di riferimento unico per il cittadino per l'accesso a tutti i servizi sanitari e socio sanitari dell'Azienda. Esso assume il ruolo di committenza e quindi di valutazione e di gestione dei servizi territoriali. Tra le funzioni di committenza si richiamano: l'analisi e la valutazione dei bisogni di salute; il governo dei consumi di prestazioni indirette, farmaceutiche, specialistiche ambulatoriali ed ospedaliere, attraverso l'attività di orientamento del cittadino e l'integrazione effettiva dei servizi erogati ai diversi livelli di assistenza.

Il territorio dell'Azienda Sanitaria di Cosenza si articola in 6 distretti che comprendono tutti i 155 Comuni dell'ambito territoriale provinciale.

Sono stati così individuati:

Distretto Sanitario Cosenza-Savuto, Distretto Sanitario Jonio Sud , Distretto Sanitario Esaro – Pollino, Distretto Sanitario Jonio Nord, Distretto Sanitario Valle Crati, Distretto Sanitario Tirreno

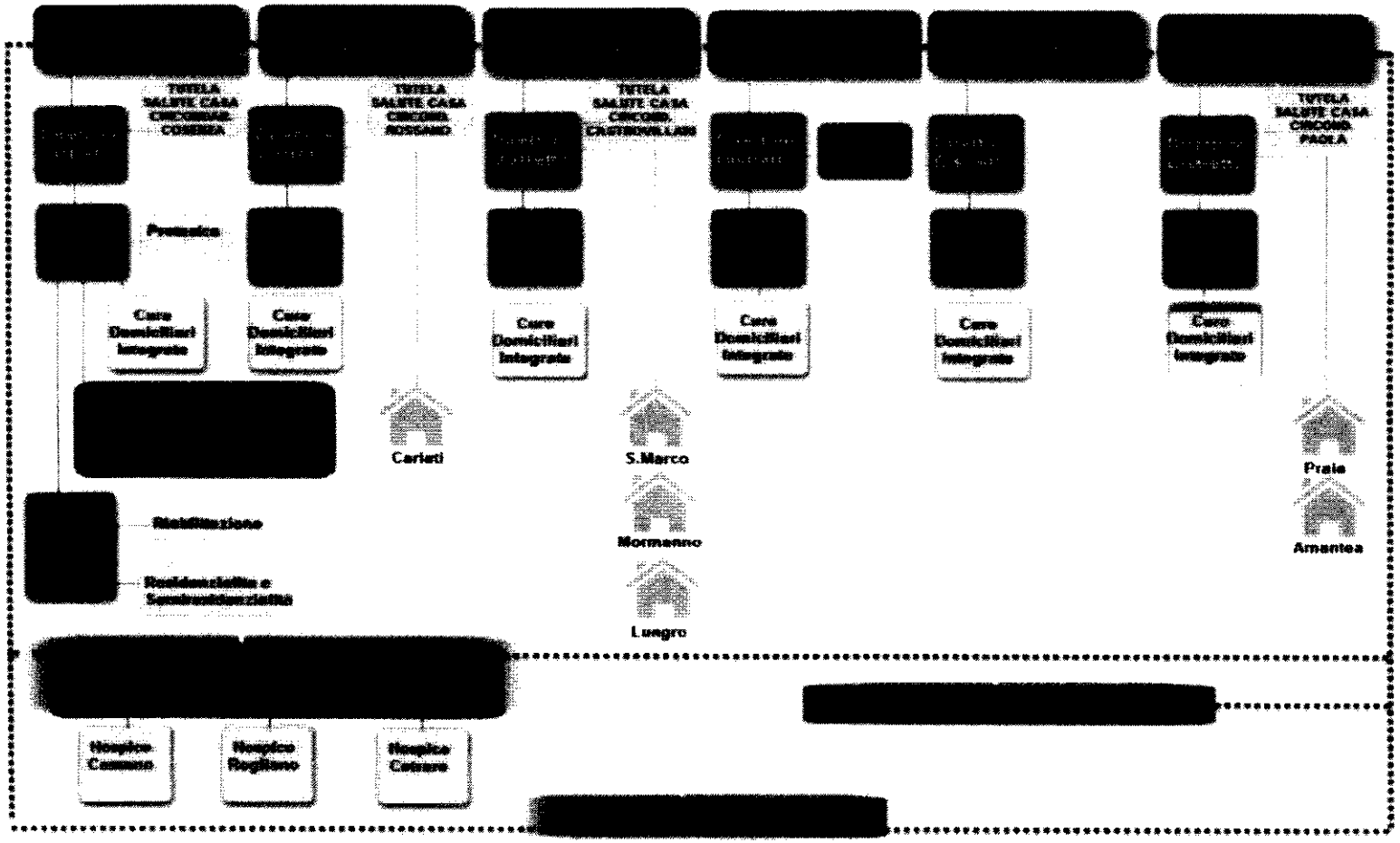
Ai Distretti spetta il compito di:

- ✓ promuovere e sviluppare la collaborazione con i Comuni e con le forme associative per individuare gli specifici bisogni di salute ed effettuare la relativa programmazione degli interventi;
- ✓ favorire e garantire l'integrazione tra attività territoriali ed ospedaliere e tra attività sanitarie e sociali;
- ✓ assicurare l'accessibilità ai servizi sanitari e sociali, seguendo criteri di appropriatezza ed equità.

All'interno dei Distretti sono attivi i PUA – Punti unici di accesso, costituiti da una rete di luoghi (sportelli) ai quali i cittadini fanno riferimento per avere risposte utili, tempestive e uniformi capaci di orientare l'accesso ai servizi sanitari e socio sanitari. Il PUA nella sua funzione di Front office raccoglie le istanze dei cittadini e li orienta alla fruizione dei servizi; nella funzione di back office, poi, il PUA gestisce e valuta le richieste di accesso ai servizi territoriali e funge da anello di congiunzione con la UVM (Unità di valutazione multidimensionale), equipe professionale con competenze multidisciplinari. Ai Distretti afferiscono le Case della salute che favoriscono l'integrazione tra attività di prevenzione, cura e riabilitazione.

Il processo di revisione organizzativa dei Distretti, da rendere coerente con le indicazioni e gli assetti previsti dal nuovo Atto aziendale è stata avviata e procede con qualche difficoltà, che non rende agevole la completa e definitiva trasformazione delle strutture e la conseguente ridefinizione dei compiti. In questo momento esistono alcune aree di sovrapposizione fra vecchia e nuova articolazione organizzativa che producono criticità da tenere presenti anche nel contesto della prevenzione della corruzione, in quanto potrebbero creare opportunità per abusi e/o violazioni di norme, prioritariamente etico – comportamentali.

Organigramma



Mappatura dei processi e individuazione della aree di rischio:

Il percorso di mappatura dei processi si è svolto nel corso dell'anno 2018 ed ha coinvolto le Direzioni dei distretti e delle Unità Operative attivate e disponibili, che operano in ambito distrettuale ed è stato articolato in due fasi: 1) la prima fase di rilevazione dei processi e successiva descrizione; individuazione ed analisi degli eventi rischiosi; valutazione e ponderazione; la seconda fase di individuazione delle misure di trattamento e successiva progettazione. Ogni fase di attività è iniziata con una momento di rilevazione, selezione e schedatura effettuato dagli uffici e dalla Direzione distrettuale, con il supporto del Referente RPCT. E' poi seguito un momento di confronto e decisione fra tutti i Distretti, in incontri plenari ai quali hanno partecipato le Direzioni distrettuali e delle Unità operative coinvolte, i referenti, il RPCT. L'intero processo è stato coordinato e monitorato dall'ufficio Rpct – Trasparenza e anticorruzione. Tale attività, da segnalare come una *buona prassi*, ha raggiunto interessanti risultati sia relativamente a quanto emerso nel *processo* di mappatura, che ha consentito di avviare un confronto costante e metodico fra i servizi distrettuali, teso alla conoscenza delle diverse modalità operative presenti, alla condivisione delle criticità ea alla individuazione di percorsi di miglioramento, sia per gli *esiti* dell'attività di mappatura, che viene di seguito rappresentata e che costituisce un buon programma di lavoro per risolvere problemi, che sebbene impattino in modo rilevante con il rischio corruttivo, costituiscono motivo di bassa qualità nell'offerta dei servizi.
I più importanti fattori abilitanti per i quali sono state individuate misure di trattamento dei rischi corruttivi si possono cosi sintetizzare: mancanza di programmazione; mancanza di uniformità, trasparenza e tracciabilità dei processi; aree troppo ampie di discrezionalità della scelta; mancanza di controlli; basso standard etico. Pertanto le misure individuate sono prevalente di tipo regolamentare, di programmazione, di formazione, di verifica e controllo (anche dall'esterno), dove il valore aggiunto consiste nel procedere in modo coordinato ed uniforme alla razionalizzazione e miglioramento dei processi, da parte di tutti i Distretti. L'attività di mappatura ha riguardato le attività rientranti nell'area delle Cure Primarie e, parallelamente, le altre aree operative che operano in ambito Distrettuale, che si sono relazionate direttamente con il RPCT. Nel corso dell'anno 2019 si è proceduto alla mappatura dei processi dell'UOSD Pneumologia territoriale ed Ossigenoterapia. Rimangono ancora da mappare alcuni processi che fanno riferimento a strutture per le quali non è ancora completa la definizione organizzativa, anche in termini di individuazione di responsabilità (UOC Cure palliative – Terapia del Dolore, Case della Salute, Tutela salute Casa Circondariale), per i quali si procederà, se emergeranno le condizioni, nel corso dell'anno 2020. L'attività di mappatura è stato realizzato con il costante supporto dell'Ufficio RPCT – Trasparenza e anticorruzione, dei Referenti distrettuali del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e con la collaborazione di tutti i dirigenti responsabile delle specifiche articolazioni organizzative.

U.O.C. CURE PRIMARIE - CATALOGO DEI PROCESSI

1. Anagrafe assistiti MMG e PLS 2. Scelte e revoche 3. Riconoscimento esenzione ticket per patologia e reddito 4. Autorizzazione e valutazione indennità accessorie MMG e PLS – APD 5. Rilascio autorizzazione per ritiro prodotti per celiaci-diabetici-nefropatici e fenilchetonurici	6. Erogazione protesi, ausili, ortesi 7. Unità di valutazione multidisciplinare (UVM) 8. Controllo appropriatezza prescrittiva 9. Cure domiciliari integrate e cure palliative domiciliari

Attuazione e monitoraggio delle misure di prevenzione

Nel corso dell'anno 2020 si sono realizzate le misure di prevenzione inserite nel PTPCT 2019 – 2021. Preliminarmente, al fine di assicurare una realizzazione uniforme, omogenea e condivisa delle misure, sono stati costituiti i Gruppi di lavoro interdistrettuali, sulla base degli specifici argomenti da affrontare, che hanno coinvolto numerosi professionisti, competenti per settore (riunione del Coordinamento Distretti e RPCT del 8 marzo 2019). L'attività dei Gruppi di lavoro è stata occasione di scambio e condivisione di esperienze fra i diversi componenti; afferenti ai Distretti, e di verifica delle procedure adottate negli specifici settore che, di per sé costituisce già una misura di miglioramento delle attività, consolidamento dei rapporti professionali, costituzione di un *modus operanti* orientato alla soluzione dei problemi nella consapevolezza dei ruoli e delle responsabilità di ogni area operativa aziendale. I Gruppi di lavoro hanno realizzato le misure di prevenzione, per come di seguito illustrato, con il supporto costante dell'Ufficio RPCT – Trasparenza e anticorruzione, che ha svolto l'attività di avvio e coordinamento, raccordo fra le misure, confronto continuo con il RPCT per verificare il rapporto fra le attività realizzate ed obiettivi del PTPCT, verbalizzazione delle sedute, archiviazione e tenuta degli atti. Trimestralmente, utilizzando schede di monitoraggio standardizzate, appositamente predisposte dall'Ufficio RPCT – Trasparenza e prevenzione della corruzione, i Referenti RPCT hanno effettuando il monitoraggio sullo stato di avanzamento nella realizzazione delle misure, assicurando una preziosa attività di supporto per le misure che presentavano ritardi, costante dialogo finalizzato alla comunicazione e condivisione degli obiettivi del PTPCT, orientamento rispetto al coerente superando delle difficoltà incontrate, integrazione con gli obiettivi di performance assegnati ai Distretti Sanitari. Sulla base dell'attività di monitoraggio in itinere si sono assunte decisioni circa la modifica, integrazione, sostituzione di alcune misure e, in relazione a quanto emerso nel monitoraggio finale, il RPCT, in collaborazione con i Referenti, ha identificato e proposto le misure di continuità ed implementazione da inserire nel PTPCT 2020 – 2022, approvate nella riunione con le Direzioni dei Distretti Sanitari del 9 gennaio 2020.

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Controllo anagrafe del medico di medicina generale e pediatra di libera scelta	inizio: d'ufficio e su richiesta MMG_PLS si predispone il controllo del massimale del medico in relazione alle revoche e scelte mensili e semestrali	UOC Cure Primarie Comitato Aziendale	Riconoscimento di quote non spettanti ai MMG e PLS	mancata verifica e modifica periodica e costante dei dati acquisiti soprattutto dalle anagrafi dei comuni, dai singoli medici o dall'utenza; mancato allineamento con i dati dei sistemi operativi; notifica ai medici mmg – pls;	intra	-mancanza di comunicazione - mancanza di controllo da parte dell'operatore	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 4 d) Valore 2 e) Informatizzazione 3 f) Programmazione 1 **TOTALE= 17** **MEDIA ARITMETICA** **17/6 =2,83**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a)Organizzativo 1 b) Economico 1 c)Reputazionale 1 d)Organizzativo, economico, Immagine 2 e) Qualità dei servizi 2 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE= 8** **MEDIA ARITMETICA** **8/6 = 1,33**	Valore di **P x I** **2,83 x 1,33= 3,76** **MEDIO**
	connessione con enti: anagrafi dei comuni, connessione con i sistemi operativi: sec-sisr- sogei ts								
	elaborazione dei dati e decisione di convalida dell'operazione da parte dell'operatore								
	decisione: stampa del report indicante il dettaglio delle scelte e delle revoche operate nel periodo mensile / semestrale. consegna del report al medico per verifica notificata; il medico per contratto potrà presentare le eventuali contestazioni .			mancata consegna mensile e semestrale dei report(tabulati) con il n. degli assistiti in carico. non correzione delle notifiche di revoche d'ufficio/anagrafi comuni	intra	-mancanza di controlli, -mancanza di verifiche;			
	Archivio								

Processo: controllo anagrafe del medico di medicina generale e pediatra di libera scelta

Per quanto riguarda la realizzazione delle misure relative a tale processo, il GdL ha elaborato un documento ricognitivo dello stato attuale del sistema di allineamento dati inseriti in Anagrafe, evidenziando le criticità riscontrate e dando indicazioni su possibili soluzioni. Se si prende in considerazione il quadro normativo le principali categorie che hanno diritto di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sono i cittadini italiani residenti in Italia o all'estero, i nuovi nati residenti, i cittadini dell'Unione Europea residenti in Italia, i cittadini extracomunitari in regola con il permesso di soggiorno ed altre specifiche categorie identificate dalla normativa vigente. L'iscrizione al SSN è necessaria per usufruire dell'assistenza del Medico di Medicina Generale (MMG) o Pediatra di Libera Scelta (PLS) ed è documentata dalla tessera sanitaria, trasmessa dall'Agenzia delle Entrate agli aventi diritto. Gli stranieri regolarmente soggiornanti in Italia e iscritti al SSN hanno uguali diritti ed obblighi degli italiani residenti sia in termini di scelta del MMG o PLS che di erogazione di prestazioni sanitarie. La L. 833/78, con la quale è stato istituito il SSN, individua, in particolare agli artt. 19 e 25, i soggetti assistibili da ciascuna Azienda Sanitaria nei cittadini residenti nel territorio della Azienda stessa. In riferimento alla normativa relativa all'iscrizione anagrafica nel Comune di residenza le indicazioni del Ministero della Salute prevedevano, già nel 1984, una collaborazione/cooperazione tra i Comuni e le Aziende Sanitarie Locali (ASL) per la trasmissione dell'elenco dei residenti e delle variazioni (elenchi dei nati, dei morti e degli emigrati/immigrati). Uno sviluppo di tale situazione, che ci vedrà coinvolti nell'immediato futuro, è dato dalle indicazioni individuate (L. 17/12/2012) in riferimento all'Anagrafe Nazionale della Popolazione Residente (ANPR) per l'alimentazione dell'Anagrafe Sanitaria Regionale, in subentro all'Indice Nazionale delle Anagrafi (INA) e dell'Anagrafe della Popolazione Italiana Residente all'Estero (AIRE). Al 10 gennaio 2018 avevano completato il subentro solo n. 41 Comuni per una popolazione di 1.035.030, ma il processo è ormai in forte accelerazione, tenendo conto degli orientamenti governativi verso lo sviluppo dell'amministrazione digitale.

Con l'attivazione della procedura Regionale SEC-SISR su anagrafe assistiti e scelta MMG – PLS è stata avviata una interconnessione tra il SISR e il Sistema Tessera Sanitaria. Con nota SIAR, n. 374595 del 30/11/2017, il settore SISR del Dipartimento Tutela Salute della Regione Calabria ha comunicato le determinazioni assunte in merito all'allineamento dell'anagrafe assistiti nonché le azioni che successivamente sono state poste in essere.

Si è proceduto ad allineare:

a. Le posizioni chiuse nel SISR e aperte nel Sistema TS;

b. Le posizioni aperte nel SISR e non presenti nel Sistema TS;

c. Le posizioni aperte nel Sistema TS e non presenti nel SISR;

Le posizioni aperte nel SISR per assistiti deceduti nel Sistema TS.

Il Sistema TS rende disponibile a ciascuna Regione ogni giorno i file contenenti i dati dei decessi così come pervengono dai Comuni, dall'INPS o dalle dichiarazioni di successione. Tali file sono prelevati costantemente e inseriti nel SISR che provvede, in via automatica, a chiudere per decesso tutte le scelte, le esenzioni e le iscrizioni per i casi in cui il Sistema TS indica come fonte, appunto, l'Anagrafe Comunale che, come da norma, è la fonte ufficiale delle notizie di decesso che, sola, può giustificare la revoca dell'assistenza sanitaria ad un cittadino e la trattenuta delle corrispondenti quote ai medici. Il Sistema TS rende disponibili a ciascuna Regione ogni giorno i file contenenti i dati degli assistiti trasferiti in altre ASL del territorio nazionale. Tali file sono prelevati costantemente ed inseriti nel SISR che provvede, in via automatica, a chiudere per trasferimento tutte le scelte, le esenzioni e le iscrizioni per i casi in cui il Sistema TS indichi come destinazione una ASL di altra Regione. Giova precisare che con la succitata nota veniva comunicato altresì che, al fine di dare esecuzione a quanto fin qui descritto, la Regione Calabria ha conferito incarico al RTI EXPRIVIA – DATA PROCESSING di procedere in autonomia a compiere tutte le operazioni.

Quanto rappresentato non risulta comunque sufficiente per assicurare l'allineamento completo e contestuale dei dati in quanto le comunicazioni delle anagrafi dei Comuni non avvengono in tempo reale, bensì a distanza di mesi ed in alcuni casi non avvengono affatto se non sollecitate dall'operatore preposto. Una ulteriore criticità nella interconnessione SISR – Sistema TS è rappresentata dalla mancata rilevazione degli assistiti trasferiti all'estero (AIRE).

Al fine di discutere le criticità emerse nell'ambito di tali analisi si é organizzata una riunione con la U.O.C. Sistemi informativi Aziendali e Società Exprivia, che si è svolta il 9 settembre 2019. Nel corso dell'incontro si sono prese in considerazione le criticità segnalate nel documento elaborato dal Gruppo di lavoro e la Società Exprivia ha confermato la mancata rilevazione del flussi da parte del sistema TS con il quale dialoga il Sistema regionale prospettando come soluzione a livello informatico la richiesta al MEF di acquisire anche tale dato dai Comuni o di rimandare la soluzione del problema all'attivazione della nuova piattaforma dell'Anagrafe Nazionale Assistiti (ANA) che sostituirà il Sistema TS, dove è prevista la rilevazione del flusso. Intanto, al fine di superare le criticità rilevate in sede di mappatura del rischio corruttivo, viene condivisa l'esigenza di acquisire, attraverso la richiesta ai Comuni, gli elenchi degli iscritti all'AIRE della popolazione dell'ASP da trasferire alla Società Exprivia per la cancellazione dalle anagrafiche ed acquisire le successive variazioni, unitamente alle altre variazioni anagrafiche che trasmettono i Comuni.

Per quanto riguarda l'allineamento dei dati dal punto di vista temporale e la mancata trasmissione, la Società Exprivia chiarisce che i tempi di acquisizione sono dovuti alla trasmissione dei dati da parte dei Comuni al MEF ed al tempo di intermediazione. Il ritardo non comporta comunque alcun rischio in termini di aggravio di spesa e danno per l'Ente in quanto le revoche dell'assistenza decorrono dalla data di interruzione del rapporto. Per quanto riguarda le mancate trasmissioni, queste potrebbero essere dovute a comunicazioni, in particolare di decessi, che non avvengono tramite gli Uffici Comunali ma da altri Enti (Es. INPS). Su questo, la Società Exprivia si è impegnata a prendere in considerazione con il MEF (Sistema TS) la possibilità di acquisire i dati da tutte le fonti informative e non dai soli Comuni. Pertanto, in seguito a tale incontro si è proceduto ad acquisire glie elenchi AIRE da parte di tutti i Comuni ed alla trasmissione alla Società Exprivia per la cancellazione.

Rispetto alla misura relativa alla istituzione di una Commissione interdistrettuale per il monitoraggio e controllo sul carico assistiti dei deceduti, trasferiti, doppioni, cambio medico, in considerazione della nuova organizzazione del sistema, affidato prevalentemente al SEC – SISR, il Gruppo di Lavoro, rettifica la misura inizialmente assunta ritenendo più utile ed efficace l'organizzazione di una giornata di aggiornamento sulle funzioni offerte dalla piattaforma per effettuare gli incroci e rilevare le criticità di allineamento. Tale giornata si è svolta il 19 novembre 2019 ed ha visto la partecipazione di oltre 20 operatori degli uffici di medicina di base che hanno ritenuto utile ed efficace l'iniziativa oltre che sollevato diverse problematiche operative con le quali si confrontano quotidianamente.

Per l'anno 2020 si è quindi prevista una misura integrata di monitoraggio e controllo dell'allineamento dei dati, con la verifica delle informazioni trasmesse dai Comuni ed inserita dalla Società Exprivia, l'allineamento a carico degli uffici periferici, relativo anche ad altre anomalie (ultra14enni, detenuti, stranieri) accompagnata da una misura di accompagnamento formativo consistente in ulteriori seminari sull'utilizzo ottimale della piattaforma SEC SISCR, con l'obiettivo di ridurre al minimo le anomalie ed allineare il più possibile i dati.

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazioni**
monitoraggio allineamenti sistema a carico della società Exprivia	monitorare l'attività di allineamento dei dati a carico della Società Exprivia
allineamento trimestrale delle anagrafiche dei cittadini (detenuti, ultracentenari, ultra 14enni, trasferiti, deceduti..)	allineamento delle anagrafiche attraverso la cancellazione dei soggetti per i quali è venuto meno il requisito di quella specifica tipologia di assistenza
indicazioni per rendere uniforme il caricamento anagrafico degli stranieri	uniformare le modalità di caricamento in anagrafica degli stranieri per i quali non esiste una chiara collocazione
ciclo di sei incontri Distrettuali operativi sulle funzioni offerte dalla piattaforma per effettuare gli incroci e rilevare le criticità di allineamento (con operatori della società Exprivia).	uniformare ed incrementare le competenze di utilizzo della piattaforma
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: attività integrata e finalizzata al raggiungimento dell'obiettivo dell'allineamento dei dati dei sistemi anagrafici	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: monitoraggio allineamenti sistema a carico della società Exprivia				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Verifica periodica degli allineamenti sul sistema	Monitoraggio	Giugno/novembre 2020	Distretti Sanitari	Report semestrale

Misura: Allineamento trimestrale delle anagrafiche dei cittadini (detenuti, ultracentenari, ultra 14enni, deceduti.....)				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Allineamento delle anagrafiche	Allineamento delle anagrafiche attraverso la cancellazione dei soggetti per i quali è venuto meno il requisito di quella specifica tipologia di assistenza	Giugno/novembre 2020	Distretti Sanitari	Report semestrale

Misura: Indicazioni per rendere uniforme il caricamento anagrafico degli stranieri				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Elaborazione legenda indicazioni sulle modalità di inserimento in Anagrafe degli stranieri	Uniformare le modalità di caricamento in anagrafica degli stranieri per i quali non esiste una chiara collocazione	Giugno/novembre 2020	Distretto Sanitario Tirreno (Capofila)	Report semestrale allineamento

Misura: ciclo di sei incontri Distrettuali operativi sulle funzioni offerte dalla piattaforma per effettuare gli incroci e rilevare le criticità di allineamento				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Organizzazione ed erogazione Seminari	Uniformare ed incrementare le competenze di utilizzo della piattaforma	Giugno 2020	RPCT Società Exprivia	Calendario Fogli rilevazione presenza

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Scelta / revoca MMG-PLS	FRONT-OFFICE: comprende l'identificazione dell'utente e l'acquisizione dei documenti	U.O.C. CURE PRIMARIE	FAVORIRE LA SCELTA DEL MEDICO MMG - PLS	mancanza di verifica della documentazione presentata	intra ed extra	-discrezionalita' scelta, -abuso di relazioni con l'utenza	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 4 d) Valore 2 e) Informatizzazione 1 f) Programmazione 1 **TOTALE= 15** **MEDIA ARITMETICA 15/6 = 2,50**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 1 b) Economico 1 c) Reputazionale 2 d) Organizzativo, economico, Immagine 2 e) Qualità dei servizi 2 f) Etico, comportamentale 2 **TOTALE =10** **MEDIA ARITMETICA 10/6 =1,67**	Valore di **P x I** **2,50x 1,67= 4,18** **MEDIO**
	Connessione con Enti: Comuni, Questura, Uffici del Lavoro Connessione con i Sistemi Operativi Sec-Sisr Sogei TS								
	Elaborazione dei dati e decisione di convalida dell'operazione di scelta e revoca con firma dell'interessato			indirizzare/condizionare scelta da parte dell'operatore/ mmg-pls creando una impropria lista di attesa	intra ed extra	-mancanza di controllo, -abuso di relazioni con l'utenza			
	DOCUMENTO: Rilascio libretto di Iscrizione all'Anagrafe Assistiti della Regione Calabria con indicazione del Medico curante scelto/revocato								

Processo: scelta / revoca MMG-PLS: la realizzazione delle misura che prevedeva di rendere visibile e fruibile l'elenco dei MMG e PLS mediante affissione presso gli sportelli e aggiornarlo in tempo reale relativamente al numero dei pazienti in carico è stata sostanzialmente realizzata, anche se si rende opportuno ribadirla stabilendo una modalità uniforme di esposizione al pubblico di tali informazioni in quanto, al momento, in ogni Distretto, gli uffici hanno disposto autonomamente ed in modo diverso (elenco totale con indicazione n. assistiti, solo medici con disponibilità, con/senza n. assistiti ecc.). Si dovrà valutare inoltre la possibilità di comunicare, esponendolo con le stesse o altre modalità, anche altri elementi utili per la scelta/revoca del medico curante da parte del cittadino, che possono incidere sull'evento rischioso identificato, come ad esempio la data di pensionamento. L'esposizione manuale di tali informazioni si potrà superare con l'acquisto di appositi display da collocare negli uffici scelta e revoca sui quale far scorrere la situazione della disponibilità dei medici con l'aggiornamento in tempo reale, sulla base dei dati inseriti sui sistemi. In questa direzione è stato richiesto, e sollecitato, l'acquisto e l'installazione dei display alle competenti Unità Operative, finora senza esito. Relativamente alle modalità di esposizione di tali dati sul display, si è discusso della possibilità di utilizzare un programma internet, in modo da avere tali dati disponibili anche sui propri dispositivi e non solo presso l'Ufficio scelte e revoche, come già sperimentato in altre realtà, (solo per esempio https://sportello.asppalermo.org/release/index/cambioMedico) promuovendo comunque la possibilità di procedere alla scelta/revoca online. Relativamente alla misura di regolamentazione delle situazioni di abuso nell'utilizzo delle deleghe per la scelta e revoca del medico curante, in particolare valutando le situazioni di conflitto d'interesse, prima di definire norme regolatrici della materia si è proceduto alla richiesta di un parere al consulente legale RPCT sulla possibilità di limitare il potere di delega, in particolare relativamente a: soggetti delegati, qualora dovessero trovarsi in rapporti di coniugio, parentela ed altre situazioni di conflitto d'interesse, reale e potenziale, con il medico da scegliere/revocare; numero delle deleghe assegnate a singola persona, in particolare qualora dovessero presupporre un rapporto di tipo "professionale". Purtroppo la richiesta non è stata ancora riscontrata, pertanto la misura è stata riproposta nella stessa formulazione. La misura relativa alla somministrazione di un questionario agli utenti è stata sostanzialmente realizzata, si dovrà procedere alla sola elaborazione ed analisi dei dati, a livello di singolo Distretto e poi a livello aziendale, ed alla successiva condivisione con le strutture Distrettuali. Il previsto Corso di formazione di sensibilizzazione sulle tematiche etico – comportamentali non è stato invece realizzato in quanto non è stato approvato il Piano di formazione annuale dell'Azienda Sanitaria ed è stato quindi interamente riproposto.

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso:	**Motivazioni:**
rendere visibile e fruibile l'elenco dei MMG e PLS mediante affissione presso gli sportelli e aggiornarlo in tempo reale relativamente al numero dei pazienti in carico nelle more della visualizzazione su display;	trasparenza: favorire la scelta in modo autonomo da parte del cittadino
analisi dei risultati e condivisione con le strutture Distrettuali della somministrazione dei questionari agli utenti;	monitoraggio e verifiche sulle attività degli operatori
organizzazione evento formativo/informativo;	sensibilizzazione sulle tematiche etiche
regolamentazione accettazione deleghe in caso di conflitto d'interesse	scoraggiare gli abusi nell'utilizzo delle deleghe
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio – basso, in considerazione che rimane un margine ancora ampio di rischio da imputare a fattori etico comportamentali.	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: attività integrata e finalizzata al raggiungimento dell'obiettivo di consentire al cittadino di effettuare liberamente, senza condizionamenti, la scelta/revoca del medico curante	

Misura: rendere visibile e fruibile l'elenco dei MMG e PLS mediante affissione presso gli sportelli e aggiornarlo in tempo reale relativamente al numero dei pazienti in carico nelle more della visualizzazione su display

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Rinnovo disposizione, uniforme per tutti i Distretti, finalizzata a rendere visibile e fruibile l'elenco dei MMG e PLS mediante affissione presso gli sportelli e aggiornarlo in tempo reale relativamente al numero dei pazienti	rendere visibile e fruibile l'elenco dei MMG e PLS	Marzo 2020	Distretti Sanitarii	Trasmissione nota di adempimento
Rinnovo richiesta acquisto display ed eventuale supporto informatico per tutte le postazioni scelte e revoche	Acquisizione strumenti e software	Entro marzo 2020	RPCT	Nota di richiesta
Avvio procedura acquisto e installazione display ed elaborazione software per la fruibilità online delle disponibilità dei medici MMG e PLS	Dotazione strumentale	Entro giugno 2020	CED	Indizione gara
Installazione display	Verifica in tempo reali della disponibilità/indisponibilità del medico	2020	CED	Installazione

Misura: analisi dei risultati e condivisione con le strutture Distrettuali della somministrazione dei questionari agli utenti;				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Elaborazione dati dei questionari somministrati nel corso dell'anno 2019/20	Interpretazione dati	Entro febbraio 2020	Referenti RPCT	Report
Analisi, condivisione, diffusione dei risultati dell'indagine	Confronto con le strutture distrettuali e gli stakeholder interni ed esterni	Entro giugno 2020	Referenti RPCT	Evento/i diffusione risultati

Misura: organizzazione evento formativo/ Codice di comportamento dell'ASP: aspetti etico comportamentali nei rapporti con l'utenza				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Inserimento dell'evento nella programmazione aziendale	Programmazione delle attività	Gennaio 2020	RPCT	Atto di programmazione
Elaborazione del progetto formativo	Progettazione didattica	Entro febbraio 2020	RPCT UO Formazione Responsabile scientifico	Determina di approvazione del progetto formativo
Realizzazione del progetto formativo	Organizzazione ed erogazione della formazione	Entro giugno 2020	RPCT UO Formazione	Realizzazione corso

Misura: regolamentazione accettazione deleghe in caso di conflitto d'interesse				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Nota di regolamentazione	regolamentazione accettazione deleghe	Entro marzo 2020	Coordinatore Distretti	Nota di trasmissione ai servizi interessati

PROCESSO	**FASI/AZIONI**	**U.O. COINVOLTE**	**EVENTO**	**SCHEMA EVENTI RISCHIOSI**			**VALUTAZIONE RISCHIO**		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	**PERIMETRO (DOVE)**	**FATTORI ABILITANTI**	**PROBABILITA'**	**IMPATTO**	**VALORE/ RISCHIO**
Riconoscimento esenzione ticket per patologia e reddito	FRONT-OFFICE: comprende l'identificazione dell'utente e l'acquisizione dei documenti	U.O.C. Cure Primarie Servizio Medicina di Base	Favorire il rilascio dell'esenzione per patologia	Possibile certificazione di malattia falsificata /falsa documentazione presentata	Esterno	-mancanza di controllo, -abuso di relazioni con l'utenza -mancanza di comunicazione tra gli enti	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 4 d) Valore 4 e) Informatizzazione 1 f) Programmazione 1 **TOTALE=16** **MEDIA ARITMETICA 16/6 =2,66**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 3 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizz., econom., Immagine 1 e) Qualità dei servizi 2 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE= 9** **MEDIA ARITMETICA 9/6 = 1,5**	Valore di **P x I 2,66x1,5 = 3,99** **MEDIO**
	Elaborazione dei dati e convalida dell'operazione								
	Rilascio di TESSERINO di Esenzione con relativo Codice								
	Archiviazione Documenti e Atti								

Processo: riconoscimento esenzione ticket per patologia e reddito: le misure previste sono state realizzate e necessitano di monitoraggio ed implementazione. Per quanto riguarda la prevista elaborazione di una nota circolare volta ad informare/incrementare le conoscenze/competenze degli specialisti prescrittori ed uniformare le attività a livello aziendale, è stata condivisa una disposizione già adottata dal Distretto Sanitario Cosenza/Savuto con relativo Modello di certificazione per le malattie croniche ed invalidanti appositamente predisposto. E' necessario però monitorare costantemente il rispetto della disposizione al fine di rende efficace la misura. Il Gruppo di lavoro, appositamente integrato con i funzionari degli uffici coinvolti, ha poi effettato una verifica a campione della documentazione sanitaria sulla base della quale sono state riconosciute le esenzioni per patologia, al fine di verificare l'uniformità delle procedure fra i diversi Distretti/uffici. Dall'analisi della documentazione sono emerse alcune problematiche applicative della normativa che necessitano di essere definite fornendo indicazioni univoche e ciò costituisce l'implementazione della misura. Si sono acquisiti tutti i documenti utilizzati dai Distretti, al fine di elaborare materiali informativi uniformi da pubblicare sul sito aziendale e rendere disponibile presso gli uffici ticket. La misura relativa alla somministrazione di un questionario agli utenti è stata sostanzialmente realizzata, si dovrà procedere alla sola elaborazione ed analisi dei dati, a livello di singolo Distretto e poi a livello aziendale, ed alla successiva condivisione con le strutture Distrettuali. Il previsto Corso di formazione di sensibilizzazione sulle tematiche etico – comportamentali non è stato invece realizzato in quanto non è stato approvato il Piano di formazione annuale dell'Azienda Sanitaria ed è stato quindi interamente riproposto.

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso:	**Motivazione:**
procedura tesa ad uniformare le modalità di riconoscimento esenzione ticket per patologia (anche in relazione alle problematiche rilevate nella seduta del 8.11.19) e/o non per reddito (gravidanza, infortunio, invalidità…);	uniformare le modalità di riconoscimento esenzione ticket
analisi dei risultati e condivisione con le strutture Distrettuali della somministrazione dei questionari agli utenti;	monitoraggio e verifiche sulle attività degli operatori
organizzazione evento formativo/informativo;	sensibilizzazione sulle tematiche etiche
verifica dell'attuazione rispetto della Circolare relativa ad aggiornamento specialisti prescrittori;	monitoraggio e verifica
elaborazione materiali informativi uniformi da pubblicare sul sito aziendale e rendere disponibile presso gli uffici ticket	informazione e dissuasione da comportamenti devianti
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio – basso, in considerazione che rimane un margine ancora ampio di rischio da imputare a fattori etico comportamentali.	

Misura: Procedura tesa ad uniformare le modalità di riconoscimento esenzione ticket per patologia				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Procedura tesa ad uniformare le modalità di riconoscimento esenzione ticket per patologia (anche in relazione alle problematiche rilevate nella seduta del 8.11.19) e/o non per reddito (gravidanza, infortunio, invalidità…)	uniformare le modalità di riconoscimento esenzione ticket per patologia	Entro febbraio 2020	Referenti RPCT	Report

Misura: analisi dei risultati e condivisione con le strutture Distrettuali della somministrazione dei questionari agli utenti;				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Elaborazione dati dei questionari somministrati nel corso dell'anno 2019/20	Interpretazione dati	Entro febbraio 2020	Referenti RPCT	Report
Analisi, condivisione, diffusione dei risultati dell'indagine	Confronto con le strutture distrettuali e gli stakeholder interni ed esterni	Entro giugno 2020	Referenti RPCT	Evento/i diffusione risultati

Misura: organizzazione evento formativo/ Codice di comportamento dell'ASP: aspetti etico comportamentali nei rapporti con l'utenza				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Inserimento dell'evento nella programmazione aziendale	Programmazione delle attività	Gennaio 2020	RPCT	Atto di programmazione
Elaborazione del progetto formativo	Progettazione didattica	Entro febbraio 2020	RPCT UO Formazione Responsabile scientifico	Determina di approvazione del progetto formativo
Realizzazione del progetto formativo	Organizzazione ed erogazione della formazione	Entro giugno 2020	RPCT UO Formazione	Realizzazione corso

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Autorizzazione e Valutazione Indennita' Accessorie per i MMG --Apd	ISTANZA DEL MEDICO MMG protocollo informatico dell'Istanza	U.O.C. Cure Primarie Servizio Medicina di Base	**Autorizzazione di prestazioni per favorire il medico (e il paziente)**	mancata verifica al domicilio del paziente	intra	mancanza di controlli	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 1 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 1 d) Valore 2 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione1 **TOTALE= 14** **MEDIA ARITMETICA 14/6 =2,33**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 1 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 2 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE= 9** **MEDIA ARITMETICA 9/6 = 1,5**	Valore di **P** x **I** **3,33X1,5 = 3,50** **MEDIO BASSO**
	Autorizzazione del Dirigente medico con verifica della congruità della richiesta in relazione alla patologia riportata; Si stabilisce la frequenza degli accessi								
	Autorizzazione e notifica al Medico MMG								
	Consegna da parte del Medico MMG all'Ufficio Medicina di Base degli accessi effettuati, Controllo e liquidazione da parte dell'operatore. Invio all'Ufficio Economico Previdenziale del report da inoltrare ai fini della contabilità								
	Archivio Atti								

Processo: Autorizzazione e Valutazione Indennita' Accessorie per i MMG/PLS –Assistenza domiciliare programmata (AdP)

Le misure sono state attuate con l'elaborazione di una procedura per l'autorizzazione e valutazione delle richieste di Adp , con relative verifiche e controlli ex ante ed ex post. Tale procedura necessità ora di un monitoraggio ai fini dell'applicazione uniforme in tutti i Distretti e di verifica di eventuali incongruente normative ed operative. La procedura ripercorre le previsioni normative di cui all'allegato G) dell'A.C.N. Per l'anno 2020 è stata prevista una ulteriore misura che prevede l'acquisizione dei dati delle autorizzazioni al fine di effettuare un controllo incrociato con le autorizzazioni di inserimento in CDI, ai fini della verifica dell'efficacia dell'intervento effettuato per la riduzione del rischio. Una particolare attenzione è stata dedicata alla verifica/controllo ex ante del rapporto/sovrapposizione fra le diverse prestazioni domiciliari (ADI/ADP) riconosciute al MMG/PLS, considerate alternative. Anche in questo caso, una razionalizzazione del processo che assicuri la massima trasparenza e tracciabilità del percorso oltre che di qualificazione del servizio, potrebbe essere assicurata dal innovazioni di tipo tecnologico, acquisendo supporti che consentono la digitalizzazione delle procedure, già presenti sul mercato. In alternativa, si potrebbe percorrere la strada della implementazione del programma SIGEMONA, per come già emerso nel corso della mappatura del processo, inserito nella procedura e verificato con la società di gestione, che assicura però solo la registrazione dei dati e non la gestione dell'intero processo.

Nel corso dell'anno 2020, tenuto conto delle inchieste aperte dalla Corte de Conti della Regione Piemonte, per le vicende che hanno interessato le Aziende Sanitarie della Città di Torino, ci si propone di approfondire e verificare il quadro normativo e contrattuale regionale che eventualmente regola le modalità di erogazioni di prestazioni dei MMG/PLS di assistenza domiciliare nei confronti di pazienti ospiti in residenze protette e collettività (ADR) di cui all'art. 53 comma 1 del vigente ACN 23 marzo 2005 atteso che per l'erogazione di tali tipologie di prestazione è stata prevista una contrattazione decentrata regionale, per come stabilisce il medesimo art. 53 comma 2 e che, in mancanza di ciò, non possono essere economicamente equiparate/riconosciute come ADP, come da pronuncia della SISAC del 30 giugno 2015.

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso:	**Motivazione:**
Verifica e monitoraggio applicazione della procedura di cui alla Nota RPCT prot. n. 85309 del 05.07.2019, integrata con nota 119349 del 04.10.2019	verifica e monitoraggio
Trasmissione trimestrale al Direttore del Distretto elenco autorizzazione ADP	monitoraggio sostanziale dell'efficacia della misura
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): basso, in considerazione che rimane un margine ancora ampio di rischio da imputare a fattori etico comportamentali.	

Misura: verifica e monitoraggio applicazione della procedura

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Verifica e monitoraggio applicazione della procedura di cui alla Nota RPCT prot. n. 85309 del 05.07.2019, integrata con nota 119349 del 04.10.2019	verifica e monitoraggio	Entro marzo 2020	Distretti Sanitari	Report

Misura: Trasmissione trimestrale al Direttore del Distretto elenco autorizzazione ADP

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Trasmissione semestrale al Direttore del Distretto elenco autorizzazione ADP	monitoraggio sostanziale dell'efficacia della misura	Giugno e novembre 2020	Uffici distrettuali di autorizzazione APD	Elenco
Comunicazione al RPCT del n. richieste ADP per le quali si è riscontrata la presenza di inserimento in CDI	monitoraggio sostanziale dell'efficacia della misura	Giugno e novembre 2020	Distretti Sanitari	Comunicazione

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Rilascio autorizzazione per ritiro prodotti per celiaci diabetici nefropatici fenilchetonurici	Prescrizione piano terapeutico da parte dello specialista aziende territorio ed ospedaliere intra ed extra regione	U.O.C. Cure Primarie Specialistica territoriale ed ospedaliera Medicina di base	Favorire la scelta di un negozio accreditato alla vendita di ausili/ prodotti rispetto ad un altro		intra		Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 3 d) Valore 2 e) Informatizzazione 2 f) Programmazione1 **TOTALE= 15** **Media aritmetica** **15/6 = 2,**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 2 b) Economico 1 c) Reputazionale1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 2 f) Etico, comportamentale1 **TOTALE=10** **Media Aritmetica** **10/6 =1,67**	Valore di **P** x **I** **2,5x 1,67= 4,18** **MEDIO**
	recepimento della documentazione e identificazione utente			orientamento nella scelta dei negozi accreditati sia da parte dello specialista che da parte del dirigente medico	intra	monopolio delle informazioni mancanza di controlli			
	Verifica della congruita' della documentazione in relazione alla certificazione esibita			orientamento nella scelta dei negozi accreditati sia da parte dello specialista che da parte del dirigente medico	intra	monopolio delle informazioni mancanza di controlli			
	Rilascio della autorizzazione/ prescrizione per i prodotti/ausili tecnici richiesti								
	archiviazione documenti e atti								

Processo: Rilascio autorizzazione per ritiro prodotti per celiaci diabetici nefropatici fenilchetonurici

La misura, che prevedeva la creazione ed aggiornamento di un pagina web contenente l'elenco dei negozi e delle farmacie abilitate a fornire i prodotti è stata realizzata: http://www.asp.cosenza.it/trasparente/?p=celiachia. Si rende opportuno aggiornare costantemente la pagina e completare l'intervento e migliorare il posizionamento della pagina web rendendo evidente l'icona e linkandola nell'area relativa alla illustrazione del procedimento amministrativo di autorizzazione nell'area Amministrazione trasparente/Attività e procedimenti/tipologie di procedimento: http://www.asp.cosenza.it/trasparente/?p=tipologie-procedimento-distretti. La misura relativa alla somministrazione di un questionario agli utenti è stata sostanzialmente realizzata, si dovrà procedere alla sola elaborazione ed analisi dei dati, a livello di singolo Distretto e poi a livello aziendale, ed alla successiva condivisione con le strutture Distrettuali.

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazioni**
Rendere trasparente l'elenco completo dei negozi e delle farmacie abilitati a fornire i prodotti	Favorire la scelta dei negozi e delle farmacie in modo autonomo da parte dell'utenza
Indagine utenti	Verificare/segnalare casi di orientamento
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: per rendere realistica la misura relativa alla somministrazione del questionario all'utenza, tale attività dovrà essere ricompresa in una più ampia indagine che ricomprenda anche altri servizi distrettuali.	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: rendere più trasparente l'elenco completo dei negozi e delle farmacie abilitati a fornire i prodotti				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Aggiornare l'elenco dei negozi e delle farmacie abilitate a fornire i prodotti e pubblicare sul sito aziendale migliorando il posizionamento della pagina web dedicata sul sito	Assicurare l'informazione completa	Entro Marzo 2020 e aggiornamento contestuale	UOC Affari Generali Ufficio Convenzioni RPCT	Aggiornamento sul sito aziendale

Misura: analisi dei risultati e condivisione con le strutture Distrettuali della somministrazione dei questionari agli utenti;				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Elaborazione dati dei questionari somministrati nel corso dell'anno 2019/20	Interpretazione dati	Entro febbraio 2020	Referenti RPCT	Report
Analisi, condivisione, diffusione dei risultati dell'indagine	Confronto con le strutture distrettuali e gli stakeholder interni ed esterni	Entro giugno 2020	Referenti RPCT	Evento/i diffusione risultati

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
erogazione forniture di protesi ed ausili, ortesi	richiesta di visita specialistica da parte dei mmg-pls	-specialistica : specialisti dipendenti, convenzionati, ospedalieri intra ed extra regione -servizi ausili e protesi	anomalia prescrittiva concedere il beneficio non dovuto al fine di favorire la ditta fornitrice o il paziente				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 3 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 4 d) Valore 4 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 2 **TOTALE 22** **Media aritmetica** **22/6 = 3,67**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 4 b) Economico 4 c) Reputazionale 5 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi5 f) Etico, comportamentale1 **TOTALE 22** **Media aritmetica** **22/6 = 3,67**	Valore di P x I **3,67 X 3,67= 13,47**
	prescrizione ausilio/protesi/ortesi			indirizzare la scelta all'atto della prescrizione	intra /esterno	monopolio competenze			
	connessione front-office servizio protesi ed ausili con recepimento della prescrizione			indirizzare la scelta dell'utente nella fase di front- office	intra /esterno	mancanza di controllo basso standard etico			
	verifica dei documenti dell'assistito valutazione congruita' dei requisiti rispetto alla normativa di riferimento (nomenclatore tariffario)			eludere la normativa del riuso (per ausili standard)	intra /esterno	mancanza di controllo			
	rilascio autorizzazione alla fornitura di quanto prescritto-								
	archiviazione collaudo								

Processo: erogazione forniture di protesi ed ausili, ortesi.

Le misure previste erano prevalentemente di tipo regolativo, di monitoraggio e di controllo. Le procedure di regolamentazione sono state in parte elaborate ed in parte in corso di elaborazione. Non è stato possibile concludere l'attività e definire formalmente le procedure/linee guida per la carenza e/o la continua alternanza della Direzione Strategica. I controlli sono stati comunque effettuati, in itinere, nell'ambito dell'attività istituzionale. La misura relativa alla somministrazione di un questionario agli utenti è stata sostanzialmente realizzata, si dovrà procedere alla sola elaborazione ed analisi dei dati, a livello di singolo Distretto e poi a livello aziendale, ed alla successiva condivisione con gli uffici Distrettuali. Il previsto Corso di formazione di sensibilizzazione sulle tematiche etico – comportamentali non è stato invece realizzato in quanto non è stato approvato il Piano di formazione annuale dell'Azienda Sanitaria ed è stato quindi interamente riproposto.

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazioni**
Controlli sulle prescrizioni e autorizzazioni	Un controllo sulle prescrizioni e autorizzazioni può influire in modo significativo sulla possibilità che si verifichino anomalie prescrittive
Albo dei medici prescrittori abilitati	Competenza – requisiti
Monitoraggio e verifica quali quantitativa delle prestazioni/prescrizioni	Monitorare e verificare la fase di collaudo al fine di evitare che le ditte forniscano ausili, protesi e ortesi non rispondenti ai parametri qualitativi della prescrizione
Segregazione di funzioni. Compartecipazione dei dipendenti alle diverse fasi del procedimento amministrativo	Non consentire la creazione di posizioni esclusive nella gestione delle pratiche ed effettuare un controllo interno al procedimento
Formazione del personale	Ottimizzazione del processo
Indagine utenti	Verificare/segnalare casi di orientamento
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): basso	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: controlli sulle prescrizioni e autorizzazioni				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Costituzione Commissione interdistrettuale composta da operatori professionalmente competenti nelle specifiche materie	Attivazione Commissione	Entro marzo 2020	Distretto Sanitario Cosenza/Savuto (Capofila)	Atto/nota di costituzione
Monitoraggio e controllo	Riduzione anomalie prescrittive	Controllo in itinere	Commissione	Report annuale riepilogativo delle attività di controllo in itinere

Misura: albo dei medici prescrittori abilitati e delle Ditte fornitrici accreditate				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Istituzione Albo dei medici prescrittori abilitati	Trasparenza	Entro giugno 2020	Distretto Sanitario Cosenza/Savuto (Capofila) UOS Protesica Direzione Strategica	Atto istitutivo

Misura: monitoraggio e verifica quali quantitativa delle prestazioni/prescrizioni				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Disposizione – Linee Guida per ottemperanza e rispetto delle norme nella fase di collaudo	Oggettivo riscontro tra ausilio prescritto e presidio consegnato all'utenza	Entro giugno 2020	Distretto Sanitario Cosenza/Savuto (Capofila) / UOS Protesica	Documento
Monitoraggio e verifica	Rispetto parametri qualitativi di prescrizione	Trimestrale (a decorrere dal 01 aprile 2019)	UOS Protesica In raccordo con gli Uffici Protesi Distrettuali	

Misura: segregazione di funzioni. Compartecipazione dei dipendenti alle diverse fasi del procedimento amministrativo				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Mappatura delle risorse umane disponibili sull'intero territorio e programmazione del sistema di segregazione delle funzioni	Mappatura delle risorse disponibili	Entro marzo 2020	UOS Protesica In raccordo con gli Uffici Protesi Distrettuali	Documento
Disposizione interna	Non consentire la creazione di posizioni esclusive nella gestione delle pratiche ed effettuare un controllo interno al procedimento	Entro maggio 2020	Distretto Sanitario Cosenza/Savuto (Capofila) / UOS Protesica	Disposizione

Misura: analisi dei risultati e condivisione con le strutture Distrettuali della somministrazione dei questionari agli utenti;				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Elaborazione dati dei questionari somministrati nel corso dell'anno 2019/20	Interpretazione dati	Entro febbraio 2020	Referenti RPCT	Report
Analisi, condivisione, diffusione dei risultati dell'indagine	Confronto con le strutture distrettuali e gli stakeholder interni ed esterni	Entro giugno 2020	Referenti RPCT	Evento/i diffusione risultati

Misura: organizzazione evento formativo/ Codice di comportamento dell'ASP: aspetti etico comportamentali nei rapporti con l'utenza				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Inserimento dell'evento nella programmazione aziendale	Programmazione delle attività	Gennaio 2020	RPCT	Atto di programmazione
Elaborazione del progetto formativo	Progettazione didattica	Entro febbraio 2020	RPCT UO Formazione Responsabile scientifico	Determina di approvazione del progetto formativo
Realizzazione del progetto formativo	Organizzazione ed erogazione della formazione	Entro giugno 2020	RPCT UO Formazione	Realizzazione corso

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
VALUTAZIONE RICHIESTE: 1Attivazione Assistenza Domiciliare Integrata/Cure Palliative domiciliari 2 Autorizzazione ricovero in struttura(CP, RSA-A, RSA-D, RSA-M, Lungodegenza, Riabilitazione intensiva, Riabilitazione estensiva) 3Autorizzazione riabilitazione estensiva domiciliare	Richiesta di : 1Assistenza domiciliare integrata-cure palliative domiciliari 2Autorizzazione al ricovero in struttura- 3Autorizzazione riabilitazione domiciliare con elaborazione della scheda di accesso ai servizi territoriale da parte del MMG/PLS e dei familiari del paziente	U.O.C. Cure Primarie U.V.M.	Favorire l'inserimento in particolari setting assistenziali				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 4 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 2 d) Valore 4 e) Informatizzazione 2 f) Programmazione 1 **TOTALE=18** **MEDIA ARITMETICA 18/6 = 3**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale1 d) Organizzativo, economico, Immagine 2 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 3 **TOTALE= 13** **MEDIA ARITMETICA 13/6 =2,17**	Valore di **P x I** **3X 2,17= 6,50** **MEDIO**
	-Acesso al P.U.A.-front-office								
	Collegamento con il back– office decodificazione della domanda raccordo con l'UVM convocazione UVM								
	VALUTAZIONE UVM 1Attivazione Assistenza Domiciliare Integrata/cure palliative domiciliari 2 Autorizzazione ricovero in struttura 3Autorizzazione riabilitazione estensiva domiciliare			alterazione dei requisiti di valutazione	intra ed extra	discrezionalita'			
	Elaborazione SVAMA, PAI Individuazione Case Manager								

Processo: VALUTAZIONE RICHIESTE: Attivazione Assistenza Domiciliare Integrata/Cure Palliative domiciliari, Autorizzazione ricovero in struttura (CP, RSA-A, RSA-D, RSA-M, Lungodegenza, Riabilitazione intensiva, Riabilitazione estensiva), Autorizzazione riabilitazione estensiva domiciliare.

Le misure di prevenzione dell'evento rischioso individuato sono state realizzate ed erano tese a prevenire il verificarsi di situazioni di conflitto d'interesse per i membri della UVM e di verifica/controllo delle modalità operative fra i diversi Distretti. Si è quindi stabilito di attestare l'assenza/eventuale presenza di conflitto d'interesse nell'ambito dei verbali di valutazione, con conseguente eventuale astensione. Le Direzioni Distrettuali hanno poi controllato tutti i verbali al fine di verificare il rispetto della disposizione. L'attività di monitoraggio e controllo dovrà continuare anche nell'anno 2020, raccordando la disposizione con le altre previsioni procedurali previste dalla policy aziendale sul conflitto d'interessi, come, ad esempio, la comunicazione al RPCT dei casi di astensione. Per l'attività di verifica e controllo è stata istituita una Commissione interdistrettuale che ha svolto l'attività secondo un calendario di incontri svoltisi presso una UVM di ogni Distretto Sanitario. L'attività della Commissione ha preso in considerazione le autorizzazioni al primo ricovero e successive proroghe e si è focalizzata sul controllo ex post di congruità ed appropriatezza, finalizzato a ridurre il margine di discrezionalità dell'UVM nella identificazione del setting assistenziale, la procedure utilizzate nell'attività UVM, la corrispondenza con la normativa di riferimento, la gestione delle situazioni non normate o non sufficientemente chiare. A conclusione dell'attività la Commissione ha elaborato un Report finale dal quale emerge che dall'attività di verifica e controllo svolta sono emerse solo alcune difformità di tipo procedurale consistenti, per come si evince dai singoli verbali, nella carenza/incompletezza del PAI. Pertanto, al fine di completare l'attività, per l'anno in corso si è stabilito che la medesima Commissione, sulla base dell'esperienza maturata e gli elementi disponibili, elabori nel più breve tempo una procedura uniforme di Valutazione, da sottoporre all'attenzione del RPCT e delle Direzioni Distrettuali, ai fini dell'adozione e diffusione. La misura relativa alla somministrazione di un questionario agli utenti è stata sostanzialmente realizzata, si dovrà procedere alla sola elaborazione ed analisi dei dati, a livello di singolo Distretto e poi a livello aziendale, ed alla successiva condivisione con le strutture Distrettuali. Il previsto Corso di formazione di sensibilizzazione sulle tematiche etico – comportamentali non è stato invece realizzato in quanto non è stato approvato il Piano di formazione annuale dell'Azienda Sanitaria ed è stato quindi interamente riproposto.

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	Motivazione
Monitoraggio periodico dei verbali di valutazione e reporting sul rispetto della policy sul conflitto d'interesse adottata dall'azienda	Evitare favoritismi ai pazienti o alle strutture
Elaborazione procedura uniforme di Valutazione	Ridurre il margine di discrezionalità dell'UVM e di conseguenza ridurre il favorire particolare setting assistenziale
Organizzazione evento formativo/ Codice di comportamento dell'ASP: aspetti etico comportamentali nei rapporti con l'utenza	Sensibilizzazione verso comportamenti eticamente e giuridicamente corretti
Somministrazione questionario di gradimento/verifica agli utenti	Monitoraggio e controllo esterno
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio - basso	

Misura: monitoraggio periodico dei verbali di valutazione e reporting sul rispetto della policy sul conflitto d'interesse adottata dall'azienda

Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Elaborazione scheda per la rilevazione uniforme dei dati di monitoraggio	Dotazione dello strumento di rilevazione	Entro marzo 2020	Ufficio RPCT	scheda
Monitoraggio attività delle UVM	rispetto policy conflitto d'interesse	Giugno 2020 Novembre 2020	Distretti Sanitari	Report
Trasmissione dai monitoraggio al RPCT	Verifica e confronto	Giugno 2020 Novembre 2020	Distretti Sanitari	Nota di trasmissione Report

Misura: elaborazione procedura uniforme di Valutazione

Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
elaborazione procedura uniforme di Valutazione	Uniformità nelle procedure di valutazione	Entro marzo 2020	Gruppo di lavoro di cui alla nota Coord. Distretti prot. n. 34011 del 14.03.2019	procedura
Approvazione procedura	Approvazione documento	Entro aprile 2020	Distretti Sanitari	Verbale di approvazione
Trasmissione procedura	Diffusione e Adozione documento	Entro maggio 2020	RPCT	Nota di trasmissione

Misura: analisi dei risultati e condivisione con le strutture Distrettuali della somministrazione dei questionari agli utenti;				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Elaborazione dati dei questionari somministrati nel corso dell'anno 2019/20	Interpretazione dati	Entro febbraio 2020	Referenti RPCT	Report
Analisi, condivisione, diffusione dei risultati dell'indagine	Confronto con le strutture distrettuali e gli stakeholder interni ed esterni	Entro giugno 2020	Referenti RPCT	Evento/i diffusione risultati

Misura: organizzazione evento formativo/ Codice di comportamento dell'ASP: aspetti etico comportamentali nei rapporti con l'utenza				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Inserimento dell'evento nella programmazione aziendale	Programmazione delle attività	Gennaio 2020	RPCT	Atto di programmazione
Elaborazione del progetto formativo	Progettazione didattica	Entro febbraio 2020	RPCT UO Formazione Responsabile scientifico	Determina di approvazione del progetto formativo
Realizzazione del progetto formativo	Organizzazione ed erogazione della formazione	Entro giugno 2020	RPCT UO Formazione	Realizzazione corso

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
controllo appropriatezza prescrittiva	I fase organizzativa sulla base delle informazioni trasmesse dalla UOC farmaceutico si avvia la fase amministrativa in cui il segretario, informa la Commissione su indicazione del Direttore invia le convocazioni ai membri	UOC Cure primarie UOC Farmaceutico	Omessa segnalazione della irregolarita' da: singoli componenti, presidente	mancata trasmissione dei dati da parte della UOC farmaceutico con comportamento omissivo del personale ;	intra	monopolio del potere discrezionalita' di scelta	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 3 d) Valore 4 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 **TOTALE=19** **MEDIA ARITMETICA** **19/6 =3,17**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a)Organizzativo 5 b) Economico 1 c)Reputazionale 3 d)Organizzativo, economico, Immagine 5 e) Qualità dei servizi 5 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE=20** **MEDIA ARITMETICA** **20/6 =3,33**	Valore di **P x I** **3,17x3,33 = 10,46** **MEDIO ALTO**
	la Commissione riunita analizza 1-i report inviati dalla UOC farmaceutica 2- le prescrizioni segnalate irregolari sulla scorta della normativa vigente			mancata segnalazione in sede di Commissione di controllo per decisione comune – mancata segnalazione di irregolarita' al medico da parte della Commissione / componente/segretario	intra ed extra	monopolio del potere discrezionalita' di scelta			
	elaborazione dei dati da parte della Commissione e decisione di -segnalazione al medico di contestazione formale -verifica delle controdeduzioni dei medici prescrittori -conclusioni -verbalizzazione con eventuale proposta di addebito			comportamento omissivo del Direttore del Distretto	intra ed extra	monopolio del potere			
	trasferimento al Direttore Generale dei risultati delle sanzioni da apportare ai medici prescrittori contravvenenti – decisione di addebito relazione del presidente								
	archiviazione dei risultati delle Commissioni archiviazione delle comunicazioni ai sigg. medici prescrittori archiviazione dei verbali delle controdeduzioni dei medici e delle relazioni del presidente.								

Processo: controllo appropriatezza prescrittiva.

Si sono avviate le attività per la realizzazione delle misure previste che, allo stato, si devono considerare ancora in itinere in quanto, l'attività realizzata è stata utile per la focalizzazione della problematica, il confronto fra Distretti e Dipartimento Farmaceutico e, successivamente, con le rappresentanze dei MMG/PLS, ma non ha prodotto atti definitivi finalizzati alla prevenzione del rischio individuato. In effetti, la discussione sulla materia, come spesso è successo nel momento in cui si sono affrontate problematiche gestionali nell'ambito della realizzazione di misure di prevenzione della corruzione è andata oltre le tematiche di razionalizzazione del percorso procedurale utilizzato dalle Commissioni per l'attività di verifica dell'appropriatezza, soffermandosi anche sui contenuti e criteri/metodologia di valutazione che, per quanto possano indirettamente rappresentare anche una criticità da prendere in considerazione, in termini di gestione della spesa, uniforme applicazione delle norme e riduzione della discrezionalità, responsabilità erariale, non possono essere affrontate in questo ambito ma, eventualmente assunte quale problematica da affrontare nell'ambito della razionalizzazione dei processi di controllo ed assegnate quale specifico obiettivo di performance organizzativa, con relativi indicatori condivisi. Pertanto per tali problematiche, considerato che sono state comunque affrontate e prese in considerazione, si suggerisce alla Direzione Strategica di voler promuovere ogni attività volta ad uniformare approcci e omogeneizzare criteri e metodologie di valutazione dell'appropriatezza prescrittiva, seguendo magari alcune delle indicazioni proposte negli incontri effettuati, quali ad esempio:

- individuazione di gruppo ristretto che possa stabilire i criteri e le metodologie da adottare per la valutazione da parte delle Commissioni sulla base di una selezionata casistica;
- attivazione di un Tavolo tecnico di consultazione fra le Commissioni di appropriatezza, anche al fine di organizzare momenti di formazione/informazione rivolta ai medici di base.

Rispetto invece agli obiettivi della specifica misura individuata nell'ambito del Piano di prevenzione della corruzione e della trasparenza, risulta sufficiente assicurare la piena applicazione del DCA 66 del giugno 2015, precisando i passaggi procedurali pochi chiari e/o ambigui, le fasi e i tempi dell'istruttoria procedimentale, i soggetti e le modalità di conclusione dei procedimenti, anche ai fini dell'eventuale proposta di addebito e recupero delle somme. In questo contesto e considerata la complessità della gestione del procedimento amministrativo, è emersa con forza la necessità che, per il ruolo di segretario, venga individuato un funzionario di categoria D. La regolamentazione di tali aspetti costituisce la misura prevista per l'anno in corso. Per la trasmissione delle inappropriatezze prescrittive dei medici, è invece prevista una modalità informatica che assicurerà l'automatica e contestuale acquisizione da parte di tutti i soggetti coinvolti. Non essendo ancora attiva tal modalità, è stata prevista una modalità di monitoraggio e verifica.

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	Motivazioni
Verifica implementazione del nuovo sistema informatico in rete in grado di segnalare automaticamente le inappropriatezze dei medici prescrittori	acquisizione contestuale dei dati
Regolamentazione ed ottimizzazione delle procedure di cui al DCA 66/2015 con chiarimento delle fasi non chiare e adeguamento alla situazione aziendale	Verifica e controllo
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: la procedura deve prevedere l'attività di verifica e controllo che parte dal momento della verifica di appropriatezza in sede di Dipartimento farmaceutico e finisce al momento dell'accertamento del recupero (o contenzioso), con acquisizione di tutti i dati del percorso.	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: verifica implementazione del nuovo sistema informatico in rete in grado di segnalare automaticamente le inappropriatezze dei medici prescrittori				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Monitoraggio e verifica	acquisizione contestuale delle inappropriatezze rilevate	Giugno/novembre 2020	Distretti Sanitari	Report

Misura: regolamentazione ed ottimizzazione delle procedure di segnalazione delle irregolarità prescrittive a carico del SSN				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
regolamentazione ed ottimizzazione delle procedure	Uniformare procedura a livello aziendale, formalizzata con Atto della Direzione strategica	Entro giugno 2020	Distretto Sanitario Cosenza – Savuto (Capofila)	Atto di recepimento

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Presa in carico pazienti nel servizio Cdi/cure palliative domiciliari	Richiesta di Assistenza domiciliare integrata /Cure Palliative domiciliari con elaborazione della scheda di accesso ai servizi territoriale da parte del MMG/PLS e dei familiari del paziente P.U.A.-FRONT-OFFICE INSERIMENTO RICHIESTA	U.O.C. Cure Primarie UO CDI	Abusi nella gestione clinica dei pazienti ai fini del riconoscimento di prestazioni professionali non effettuate o incongrue e nelle prescrizioni di ausili e farmaci		INTERNO	Discrezionalità Mancanza di controlli	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 3 d) Valore 2 e) Informatizzazione 2 f) Programmazione 1 **TOTALE=14** **MEDIA ARITMETICA** **14/6 =2,33**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 4 b) Economico 1 c) Reputazionale1 d) Organizzativo, economico, Immagine 2 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale2 **TOTALE=11** **MEDIA ARITMETICA** **11/6 = 1,83**	Valore di **P** x **I= 2,33 X 1,83 = 4,28** **MEDIO**
	COLLEGAMENTO CON L'UVM.								
	Acquisizione Documentazione UVM (SVAMA, PAI, individuazione case manager) con autorizzazione all'attivazione delle CDI/ Cure Palliative Domiciliari								
	attivazione assistenza domiciliare integrata/ cure palliative domiciliari presa in carico pazienti			Prescrizioni farmaceutiche non necessarie. Prestazioni professionali non effettuate/accertate.					
	elaborazione cartella clinica								

Processo: presa in carico pazienti nel servizio Cdi/cure palliative domiciliari

I Distretti Sanitari, al fine di ridurre l'evento a rischio corruzione individuato, hanno disposto il rispetto della cronologia delle richieste di CDI provenineti dall'UVM e l'individuazione di un percorso che assicuri la tracciabilità, per ogni finalità di monitoraggio e controllo. al fine di uniformare la procedura a livello aziendale ed evitare il riconoscimento di prestazioni non effettuate, ha condiviso e proposto l'opportunità di seguire alcune indicazioni per la verifica delle prestazioni effettuate da parte degli infermieri in extraorario, quali: assicurare la tracciabilità delle presenze in servizio da parte di tutto il personale direttamente utilizzato nell'attività di CDI attraverso la rilevazione automatizzata della presenza e, quando tale modalità non risulta possibile per mancanza del marcatore o antieconomica per l'Azienda, attraverso il foglio di autorizzazione alla Missione di cui al Regolamento per la disciplina del trattamento di missione del personale dell'ASP di Cosenza, con ogni responsabilità, anche erariale, per il Dirigente che autorizza la missione; verificare dell'avvenuto accesso attraverso la consultazione, a campione, del paziente assistito, da attestare in sede di liquidazione; verificare la compatibilità delle prestazioni degli infermieri in extraorario che tenga conto dei dati rilevati attraverso l'acquisizione dei: tabulati presenze degli infermieri dedicati ed extraorario, dei turni di pronta reperibilità (per chi le fa), dei diari clinici riportati nella cartella ADI, della dichiarazione sostitutiva secondo il modello appositamente predisposto. Per quanto riguarda la misure relativa all'apertura delle Agende CUP per le prestazioni di **N**utrizione **A**rtificiale **D**omiciliare (NAD), nel corso degli approfondimenti effettuati con il Gruppo di lavoro è emersa una situazione più complessa e diversificata da affrontare in quanto la situazione di questo specifico settore d'intervento non è immediatamente riconducibile ad una netta differenziazione fra prestazioni da erogare in regime CDI e prestazioni da erogare in regime ambulatoriale, non essendo tra l'altro previste nell'attuale nomenclatore tariffario, prestazioni riconducibili a tali prestazioni. Si rende pertanto necessario ed opportuno effettuare una ricognizione del quadro normativo nazionale e regionale e fotografare l'attuale situazione presente nella nostra azienda verificandone la compatibilità e coerenza. Successivamente, si potranno verificare esperienze e buone prassi di altre Regioni e proporre un modello da adottare nella nostra Azienda sia nel breve periodo, assicurando la massima coerenza, in una logica di coordinamento ed uniformità aziendale, sia nel medio periodo, individuando un assetto definitivo di tale importante servizio, da valorizzare nel futuro Atto aziendale. Tale attività costituisce la misura di implementazione per l'anno 2020. La misura relativa alla somministrazione di un questionario agli utenti è stata sostanzialmente realizzata, si dovrà procedere alla sola elaborazione ed analisi dei dati, a livello di singolo Distretto e poi a livello aziendale, ed alla successiva condivisione con le strutture Distrettuali. Per l'anno 2020 è stata prevista una ulteriore misura che prevede l'acquisizione dei dati delle prese in carico CDI al fine di effettuare un controllo incrociato con le autorizzazioni ADP, ai fini della verifica incrociata dei dati ed il controllo di eventuali sovrapposizioni.

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	Motivazioni
procedura maggiore controllo delle prestazioni effettuate da parte degli infermieri in extraorario mediante comunicazione da parte del paziente dell'avvenuto accesso : verifica e monitoraggio del rispetto della procedura di cui alla Nota RPCT prot.n. 84800 del 4.7.2019	Evitare il riconoscimento di prestazioni non effettuate.
controllo cronologia delle richieste pervenute all'U.v.m : verifica e monitoraggio del rispetto della procedura di cui alla Nota RPCT prot. n. 126593 del 22.10.2019	Rispetto cronologia e tracciabilità richieste
Elaborazione Linee Guida e proposte organizzative per prestazioni NAD – Nutrizione artificiale domiciliare	Definizione percorso assistenziale
Questionario di gradimento degli utenti	Formazione indirizzata alla motivazione del personale
Trasmissione trimestrale al Direttore del Distretto elenco inserimenti in CPI	monitoraggio eleggibilità inserimento e confronto con ADP
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio - basso	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: procedura maggiore controllo delle prestazioni effettuate da parte degli infermieri in extraorario mediante comunicazione da parte del paziente dell'avvenuto accesso

Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Verifica e monitoraggio del rispetto della procedura di cui alla Nota RPCT prot.n. 84800 del 4.7.2019	Rispetto/attuazione della procedura	Giugno/novembre 2020	Distretti Sanitari	Report

Misura: controllo cronologia delle richieste pervenute all'U.v.m

Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Trasmissione del percorso che assicura la tracciabilità della procedura di attivazione CDI nel rispetto della cronologia UVM per ogni finalità di monitoraggio e controllo	Rispetto/attuazione della procedura	**Entro marzo 2020**	Distretti Sanitari	Nota di trasmissione con allegato percorso
verifica e monitoraggio del rispetto della procedura di cui alla Nota RPCT prot. n. 126593 del 22.10.2019	Rispetto/attuazione della procedura	Giugno/novembre 2020	Distretti Sanitari	Report

Misura: elaborazione Linee Guida e proposte organizzative per prestazioni NAD				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
elaborazione Linee Guida e proposte organizzative per prestazioni NAD	Definizione percorso assistenziale	Entro Marzo 2020	Distretto Sanitario Ionio Nord (capofila) con Distretto Sanitario Vallecrati e Dipartimento farmaceutico	Linee Guida e proposte organizzative
Approvazione procedura	Approvazione documenti	Entro aprile 2020	Distretti Sanitari	Verbale di approvazione
Trasmissione procedura	Diffusione e Adozione documenti	Entro maggio 2020	RPCT	Nota di trasmissione

Misura: analisi dei risultati e condivisione con le strutture Distrettuali della somministrazione dei questionari agli utenti;				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Elaborazione dati dei questionari somministrati nel corso dell'anno 2019/20	Interpretazione dati	Entro febbraio 2020	Referenti RPCT	Report
Analisi, condivisione, diffusione dei risultati dell'indagine	Confronto con le strutture distrettuali e gli stakeholder interni ed esterni	Entro giugno 2020	Referenti RPCT	Evento/i diffusione risultati

Misura: Trasmissione trimestrale al Direttore del Distretto elenco inserimenti CDI				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Trasmissione semestrale al Direttore del Distretto elenco inserimenti CDI	monitoraggio sostanziale dell'efficacia della misura	Giugno e novembre 2020	UO CDI	Elenco
Comunicazione al RPCT del n. pazienti in CDI per le quali si è riscontrata la presenza di inserimento in ADP	monitoraggio eleggibilità inserimento e confronto con ADP	Giugno e novembre 2020	Distretti Sanitari	Comunicazione

U.O.C. SERVIZI SOCIALI

L'U.O.C. Servizi Sociali già coordina e raccorda l'attività di programmazione territoriale integrata con gli enti locali e le organizzazioni no-profit (Piani di zona) e i servizi e gli interventi sociali territoriali dell'ASP, dei Comuni e delle strutture gestite dai privati (sociale non profit) quali strutture diurne e residenziali per minori, per disabili per anziani; coordina gli interventi sociali tra ospedale e territorio; svolge una serie di adempimenti e attività assistenziali che si concretizzano in attività e procedure amministrative e prestazioni più specificamente socio-assistenziali a favore di soggetti fragili e in situazioni di disagio e non autosufficienza.

Nel contesto sociale in cui si opera ed in relazione alla mappatura dei processi, la problematica sociale prevalente risulta essere il basso livello di reddito e l'acclarata patologia, spesso rara e invalidanti. Tale circostanza spesso si associa alla carenza di servizi di cura a livello regionale capaci di soddisfare le esigenze di tali pazienti ed alla diffusione di servizi di cura di prossimità (nel caso della dialisi).

Concorre alla problematica la specifica situazione geomorfologica che non rende agevole il percorso per raggiungere i centri di cura e la carenza di servizi di trasporto. In considerazione delle modifiche demografiche e della struttura familiare, talvolta la gestione dei pazienti è affidata ad Associazioni non profit, in particolare per quanto riguarda i trasporti.

Soggetti esterni coinvolti

Pazienti dializzati. Pazienti affetti da particolari patologie che necessitano di prestazioni extraregionali. Pazienti affetti da tubercolosi. Pazienti portatori di handicap Legge 104/92, titolari di patenti di guida delle categorie A,B,C speciali e affette da disabilità gravissima. Fra gli stakeholder si possono annoverare le Associazioni di volontariato che gestiscono servizi di trasporto e Associazioni di pazienti (es. Dializzati, Lega pazienti SLA). Il coinvolgimento delle Associazioni avviene a diversi livelli, dalla programmazione (quando possibile) al sostegno dei pazienti negli iter burocratici relativi alle concessioni.

CATALOGO DEI PROCESSI

1. Processo rimborso spese a pazienti affetti da particolari patologie invalidanti
2. Rimborso spese pazienti dializzati (Legge 36/86)
3. Contributo associazioni di volontariato per trasporto dializzati non autosufficienti

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Rimborso spese a pazienti affetti da particolari patologie invalidanti	Istanza utente		Alterazione dell'attività di valutazione finalizzata a favorire un particolare utente				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 1 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 4 d) Valore 2 e) Informatizzazione 5 f) Programmazione 1 **TOTALE: 17** **MEDIA ARITMETICA** **17/6 = 2,83**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 1 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 2 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE: 7** **MEDIA ARITMETICA** **7/6 = 1,17**	Valore di **P** x **I** **2,83X1,17= 3,31** **MEDIO BASSO**
	Autorizzazione	UOC Servizi Sociali							
	Valutazione requisiti sanitari ed economici	UOC Servizi Sociali		Mancata verifica dei requisiti attestanti il reddito (ISEE, Mod. 730)	interno	Discrezionalità Mancanza competenze			
	Acquisizione richieste di rimborso con allegate pezze giustificative	UOC Servizi Sociali							
	Verifica congruità spesa esibita	UOC Servizi Sociali		Valutazione incongrua delle pezze giustificative	interno	Discrezionalità Mancanza competenze			
	Delibera annuale di liquidazione	UOC Servizi Sociali							

Le misure non sono state realizzate e sono riproposte per l'anno 2020.

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
Segregazione di funzioni. Compartecipazione dei dipendenti alle diverse fasi del procedimento amministrativo	Non consentire la creazione di posizioni esclusive nella gestione delle pratiche ed effettuare un controllo interno al procedimento
Verifica a campione sulle pratiche realizzate	Controllo ex post sui procedimenti
Formazione etica	Sensibilizzazione a comportamenti etici
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: segregazione di funzioni. Compartecipazione dei dipendenti alle diverse fasi del procedimento amministrativo				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Mappatura delle risorse umane disponibili sull'intero territorio e programmazione del sistema di segregazione delle funzioni	Mappatura delle risorse disponibili	Entro marzo 2020	UOC Servizi Sociali	Documento
Disposizione interna	Non consentire la creazione di posizioni esclusive nella gestione delle pratiche ed effettuare un controllo interno al procedimento	Entro maggio 2020	UOC Servizi Sociali	Disposizione

Misura: verifica a campione sulle pratiche realizzate				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Nota di programmazione indicante le modalità del controllo e la determinazione del volume	Informare i servizi sulle modalità del controllo	Marzo 2020	UOC Coordinamento Servizi Sociali	Nota di programmazione da trasmettere al RPCT
Controlli a campione	Verifica della congruità' amministrativo contabile delle pratiche	Novembre 2020	Nucleo di controllo attività distrettuali	Report

Misura: organizzazione evento formativo/ Codice di comportamento dell'ASP: aspetti etico comportamentali nei rapporti con l'utenza				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Inserimento dell'evento nella programmazione aziendale	Programmazione delle attività	Gennaio 2020	RPCT	Atto di programmazione
Elaborazione del progetto formativo	Progettazione didattica	Entro febbraio 2020	RPCT UO Formazione Responsabile scientifico	Determina di approvazione del progetto formativo
Realizzazione del progetto formativo	Organizzazione ed erogazione della formazione	Entro giugno 2020	RPCT UO Formazione	Realizzazione corso

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Rimborso spese pazienti dializzati (Legge Reg. 36/86)	Presentazione istanza						Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 1 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 4 d) Valore 2 e) Informatizzazione 5 f) Programmazione 1 **TOTALE: 17** **MEDIA ARITMETICA** **17/6 = 2,83**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 2 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 2 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE: 8** **MEDIA ARITMETICA** **8/6 = 1,17**	Valore di **P** x **I** **2,83X1,33 = 3,78** **MEDIO BASSO**
	Valutazione requisiti (Presa in carico Centro Dialisi)								
	Inserimento nell'elenco dei beneficiari								
	Verifica mensile sedute dialitiche c/o Centri Dialisi								
	Calcolo Km. sui quali determinare rimborso 1/8 costo carburante	U.O.C. Servizi sociali	Assegnazione rimborso non dovuto	Valutazione incongrua dei Km sui quali calcolare rimborso 1/8 costo carburante	interno	Monopolio del potere			
				Assegnazione rimborso non dovuto a paziente che ha usufruito del trasporto in ambulanza	interno	Monopolio del potere			
	Delibera di liquidazione								

Le misure non sono state realizzate e sono riproposte per l'anno 2020.

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
Segregazione di funzioni. Compartecipazione dei dipendenti alle diverse fasi del procedimento amministrativo	Non consentire la creazione di posizioni esclusive nella gestione delle pratiche ed effettuare un controllo interno al procedimento
Verifica a campione sulle pratiche realizzate	Controllo ex post sui procedimenti
Formazione etica	Sensibilizzazione a comportamenti etici
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): basso	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: segregazione di funzioni. Compartecipazione dei dipendenti alle diverse fasi del procedimento amministrativo				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Mappatura delle risorse umane disponibili sull'intero territorio e programmazione del sistema di segregazione delle funzioni	Mappatura delle risorse disponibili	Entro marzo 2020	UOC Servizi Sociali	Documento
Disposizione interna	Non consentire la creazione di posizioni esclusive nella gestione delle pratiche ed effettuare un controllo interno al procedimento	Entro maggio 2020	UOC Servizi Sociali	Disposizione

Misura: verifica a campione sulle pratiche realizzate				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Nota di programmazione indicante le modalità del controllo e la determinazione del volume	Informare i servizi sulle modalità del controllo	Marzo 2020	UOC Coordinamento Servizi Sociali	Nota di programmazione da trasmettere al RPCT
Controlli a campione	Verifica della congruità' amministrativo contabile delle pratiche	Novembre 2020	Nucleo di controllo attività distrettuali	Report

Misura: organizzazione evento formativo/ Codice di comportamento dell'ASP: aspetti etico comportamentali nei rapporti con l'utenza				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Inserimento dell'evento nella programmazione aziendale	Programmazione delle attività	Gennaio 2020	RPCT	Atto di programmazione
Elaborazione del progetto formativo	Progettazione didattica	Entro febbraio 2020	RPCT UO Formazione Responsabile scientifico	Determina di approvazione del progetto formativo
Realizzazione del progetto formativo	Organizzazione ed erogazione della formazione	Entro giugno 2020	RPCT UO Formazione	Realizzazione corso

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Contributo Associazioni di Volontariato per trasporto pazienti dializzati non autosufficienti	Istanza utente (con attestazione di non autosufficienza da parte del Centro Dialisi)		Favorire Associazione nella individuazione del paziente da assegnare per il servizio				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 1 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 4 d) Valore 3 e) Informatizzazione 5 f) Programmazione 1 **TOTALE: 19** **MEDIA ARITMETICA** **19/6 = 3,17**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 2 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 2 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE: 8** **MEDIA ARITMETICA** **8/6 = 1,33**	Valore di **P x I** **3,17X1,33= 4,22** **MEDIO**
	Individuazione Associazione alla quale affidare il servizio e rilascio autorizzazione	UOC Servizi Sociali		Scelta associazione non corrispondente a parametri della Convenzione	Interno	Discrezionalità nella scelta			
	Acquisizione documento fiscale da parte dell'Associazione								
	Verifica di corrispondenza fra quanto chiesto da Associazione e sedute del paziente presso il Centro Dialisi								
	Provvedimento mensile di liquidazione e autorizzazione al pagamento								

Le misure non sono state realizzate e sono riproposte per l'anno 2020.

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
Segregazione di funzioni. Compartecipazione dei dipendenti alle diverse fasi del procedimento amministrativo	Non consentire la creazione di posizioni esclusive nella gestione delle pratiche ed effettuare un controllo interno al procedimento
Verifica a campione sulle pratiche realizzate	Controllo ex post sui procedimenti
Formazione etica	Sensibilizzazione a comportamenti etici
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: per rendere realistica la misura relativa alla somministrazione del questionario all'utenza, tale attività dovrà essere ricompresa in una più ampia indagine che ricomprenda anche altri servizi distrettuali.	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: segregazione di funzioni. Compartecipazione dei dipendenti alle diverse fasi del procedimento amministrativo

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Mappatura delle risorse umane disponibili sull'intero territorio e programmazione del sistema di segregazione delle funzioni	Mappatura delle risorse disponibili	Entro marzo 2020	UOC Servizi Sociali	Documento
Disposizione interna	Non consentire la creazione di posizioni esclusive nella gestione delle pratiche ed effettuare un controllo interno al procedimento	Entro maggio 2020	UOC Servizi Sociali	Disposizione

Misura: verifica a campione sulle pratiche realizzate

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Nota di programmazione indicante le modalità del controllo e la determinazione del volume	Informare i servizi sulle modalità del controllo	Marzo 2020	UOC Coordinamento Servizi Sociali	Nota di programmazione da trasmettere al RPCT
Controlli a campione	Verifica della congruità' amministrativo contabile delle pratiche	Novembre 2020	Nucleo di controllo attività distrettuali	Report

Misura: organizzazione evento formativo/ Codice di comportamento dell'ASP: aspetti etico comportamentali nei rapporti con l'utenza				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Inserimento dell'evento nella programmazione aziendale	Programmazione delle attività	Gennaio 2020	RPCT	Atto di programmazione
Elaborazione del progetto formativo	Progettazione didattica	Entro febbraio 2020	RPCT UO Formazione Responsabile scientifico	Determina di approvazione del progetto formativo
Realizzazione del progetto formativo	Organizzazione ed erogazione della formazione	Entro giugno 2020	RPCT UO Formazione	Realizzazione corso

U.O.C. TUTELA ANZIANI E DISABILI

La UOC Tutela Anziani e Disabili dell'ASP di Cosenza, istituita nel distretto capofila con valenza interdistrettuale è dotata di responsabilità ed autonomia professionale, organizzativa e gestionale. La UOC assicura la presa in carico di fasce fragili di popolazione (anziani non autosufficienti e disabili adulti) garantendo loro i bisogni e le necessità sanitarie e sociosanitarie, nonché la programmazione degli interventi di assistenza di complessità e continuità che non possono essere garantiti a domicilio e che trovano risposte in strutture organizzate come RSA – RSA M – Case protette e RECC attraverso:

- La valutazione multidisciplinare e interdisciplinare
- Il collegamento operativo e le sinergie professionali fra i servizi sanitari, sociali, sociosanitari, residenziali, semiresidenziali per la continuità assistenziale di cura
- Il monitoraggio della domanda della popolazione anziana e con disabilità residente nei vari distretti, anche avvalendosi di sistemi di sorveglianza attivi per questo target di popolazione al fine di offrire indicazione per la programmazione territoriale e la corretta allocazione delle risorse.

Gestisce ed assicura la piena attuazione dei contratti di acquisto delle prestazioni con le strutture accreditate con l'Azienda, di cui all'art8 bis D.Lgs 502/92 che forniscono prestazioni residenziali e semiresidenziali e la gestione complessiva dei procedimenti dei pagamenti alle strutture per le prestazioni erogate

Assicura i controlli periodici nelle strutture residenziali e semiresidenziali al fine di accertare le condizioni igienico sanitarie e la persistenza dei requisiti per l'accreditamento istituzionale attraverso le UVM Distrettuali

Fornisce linee guida e protocolli al fine di rendere coerenti ed omogenee le attività delle strutture in tutto il territorio dell'azienda

Le procedure di accesso e la gestione dei flussi di ricovero nelle strutture residenziali e dei trattamenti semiresidenziali ambulatoriali e domiciliari, restano affidate ai PUA distrettuali dove insistono le strutture, così come la individuazione del setting assistenziale e verifiche di richieste di proroga sono affidate alle UVM distrettuali. Le autorizzazioni conseguenti sono date dal direttore di detta Unità Operativa Complessa o da un suo delegato. Al direttore di detta UOC o ad un suo delegato è subordinato il personale che opera nei vari distretti

La struttura sarà articolata, al suo interno, in due UU.OO.SS. , la UOS Residenzialità e Semiresidenzialità e la UOS Riabilitazione a cui saranno attribuiti ambiti di autonomia nella gestione di risorse necessarie all'assolvimento delle funzioni attribuite, in un quadro di relazione gerarchica definita dal responsabile della UOC.

Attualmente ed in attesa dell'attuazione completa dell'Atto Aziendale, afferiscono alla UOC le seguenti Unità Operative Semplici: UOS Riabilitazione - Distretto Cosenza/Savuto, UOS Riabilitazione - Distretto Valle Crati, UOS Neurologia ad Indirizzo Riabilitativo – Centro Diurno Socioriabilitativo - Distretto Cosenza Savuto, UOS Neurologia ad Indirizzo Riabilitativo – Centro Diurno Socioriabilitativo - Distretto Valle Crati, UOS Riabilitazione Foniatrica - Distretto Cosenza Savuto

Soggetti esterni coinvolti:

Oltre agli servizi aziendali che concorrono ai processi della UOC (PUA, MMG, PLS, UVM, Medici specialisti) sono coinvolti nelle attività le Strutture Sanitarie Pubbliche ed Accreditate Regionali, le Strutture Sanitarie Pubbliche ed Accreditate Extraregionali, la Regione Calabria.

CATALOGO DEI PROCESSI

1. Accordi/Contratti con le strutture accreditate sanitarie e sociosanitarie (RSA – CP e Riabilitazione Estensiva)
2. Erogazione diretta di prestazioni di riabilitazione pubblica (neurologica, ortopedica/traumatologica e reumatologica, foniatrica)
3. Autorizzazione ricoveri e proroghe in RSA/CP, autorizzazione riabilitazione estensiva a ciclo continuativo , diurno, ambulatoriale e domiciliare
4. Validazione e liquidazioni ricoveri in RSA/CP – validazione e liquidazione riabilitazione estensiva a ciclo continuativo, diurno, ambulatoriale e domiciliare
5. Autorizzazione e liquidazione ricoveri extra regione

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Accordi/Contratti con le strutture accreditate sanitarie e sociosanitarie (RSA – CP e Riabilitazione Estensiva)	Individuazione fabbisogno	Regione Calabria Direzione Strategica ASP UU.OO.CC. Interessate (Distretti etc)	Sopravvalutazione del fabbisogno	Definire un fabbisogno sovrastimato rispetto a quello reale	Interno/Esterno	Monopolio del potere Discrezionalità nella selezione dei dati	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 4 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 2 d) Valore 4 e) Informatizzazione 2 f) Programmazione 1 **TOTALE= 18** **MEDIA ARITMETICA 18/6 = 3**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 2 e) Qualità dei servizi 2 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE=12** **MEDIA ARITMETICA 12/6 =2**	Valore di **P x I** **3X 2 = 6** **MEDIO**
	Assegnazione budget	Regione Calabria							
	Recepimento Aziendale e trasferimento competenze all'UOC	Direzione Strategica							
	FASI DEL CONTRATTO - Convocazione strutture e richiesta documentazione - Predisposizione Contratto - Convocazione strutture per la successiva sottoscrizione - Atto deliberativo di Recepimento - Consegna contratto	U.O.C. Tutela Anziani e disabili							

La misura è stata realizzata e prevedeva la Costituzione di un Gruppo di lavoro per la rilevazione oggettiva e trasparente del fabbisogno di posti letto/prestazioni nelle strutture accreditate sanitarie e sociosanitarie (RSA- CP e Riabilitazione Estensiva), attraverso l'acquisizione ed elaborazione dei dati sanitari e sociosanitari presenti nella UOC e/o in altre UO/ servizi aziendali ed il confronto con dati e tendenze rilevabili dalla letteratura. Dal Report trasmesso (prot. n. 115565 del 26.09.2019) è emerso che, nel settore della riabilitazione, non sono presenti nella nostra ASP strutture ultraspecialistiche di Riabilitazione Estensiva per sordociechi e pluriminorati psicosensoriali, per audiolesi, strutture per il trattamento riabilitativo di patologie rare come l'Osteogenesi imperfetta e strutture per il trattamento di disabili gravi con importanti disturbi del comportamento, pertanto i pazienti che necessitano di tali trattamenti riabilitativi sono autorizzati al ricovero fuori regione. Si auspica pertanto che nel prossimo piano territoriale si possano prevedere posti letto per tali strutture ultraspecialistiche. Per le sue caratteristiche di qualificazione della programmazione, la misura è stata confermata nel presente PTPCT, com maggiore evidenza e rappresentazione dei dati di supporto.

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
Rilevazione oggettiva e trasparente del fabbisogno	Necessità di rilevare il fabbisogno in maniera oggettiva e trasparente per una corrispondente programmazione.
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): Medio Basso	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: Rilevazione oggettiva e trasparente del fabbisogno

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Rilevazione ed elaborazione dati	Creazione base dati	Entro settembre 2020	Direzione UOC	Relazione e Report finale
Trasmissione Report finale alla Direzione Strategica Aziendale al RPCT	Comunicazione e formalizzazione	Entro ottobre 2020	Direzione UOC	Nota di trasmissione del Report contenente l'elaborazione dei dati sanitari e sociosanitari presenti nella UOC e/o in altre UO/ servizi aziendali ed il confronto con dati e tendenze rilevabili dalla letteratura.

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Erogazione diretta di prestazioni di riabilitazione pubblica (neurologica, ortopedica/traumatologica e reumatologica, foniatrica)	Impegnativa per Visita Fisiatrica o visita neurologica per riabilitazione o visita ORL	MMG o PL o Specialista di branca	Favorire pazienti non prenotati				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 4 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 2 d) Valore 4 e) Informatizzazione 2 f) Programmazione 1 **TOTALE= 18** **MEDIA ARITMETICA** **18/6 = 3**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 2 e) Qualità dei servizi 2 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE=12** **MEDIA ARITMETICA** **12/6 =2**	Valore di **P x I** **3X 2 = 6** **MEDIO**
	Prenotazione	CUP UU.OO.SS. afferenti all'UOC Tutela Anziani e Disabili		Valutazione impropria della priorità della prestazione richiesta dal medico prescrittore	Interno	Monopolio del potere			
	Erogazione	UU.OO.SS. afferenti all'UOC Tutela Anziani e Disabili							

La misura è stata realizzata e prevedeva l'utilizzo esclusivo del Sistema CUP e l'elaborazione di una procedura interna per gli accessi programmati e per la formulazione dei Progetti Riabilitativi Individuali e dei relativi Programmi. Nel presente PTPCT si è mantenuta una misura di monitoraggio sull'adozione/rispetto della procedura.

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso:	**Motivazione**
Elaborazione procedura per gli accessi programmati e per la formulazione dei Progetti Riabilitativi Individuali e dei relativi Programmi	Rendere tracciabile la prestazione in relazione alla caratteristica del programma da realizzare
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): Basso	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: procedura per gli accessi programmati e per la formulazione dei Progetti Riabilitativi Individuali e dei relativi Programmi				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Monitoraggio adozione/rispetto procedura	monitoraggio	Giugno 2020 Novembre 2020	Direzione UOC Responsabile UOS	Report

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Richiesta di autorizzazione ricovero in struttura residenziale (RSA e CP) Richiesta di controllo e validazione prestazioni di riabilitazione Estensiva (ambulatoriale e domiciliare, a ciclo diurno e a ciclo continuativo) Richiesta autorizzazione Ricoveri Extraregione (Riabilitazione ex art. 26)	Autorizzazione ricovero in struttura (dopo valutazione UVM) Controllo e validazione prestazioni (dopo autorizzazione PRI da parte dell' UVM) Autorizzazione ricovero in struttura (dopo valutazione UVM)	U.O.C. Tutela Anziani e Disabili	Consigliare ai pazienti la struttura	Indicazione della denominazione della struttura	Interno	Monopolio del potere	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 4 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 2 d) Valore 4 e) Informatizzazione 2 f) Programmazione 1 **TOTALE= 18** **MEDIA ARITMETICA 18/6 = 3**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 2 e) Qualità dei servizi 2 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE=12** **MEDIA ARITMETICA 12/6 =2**	Valore di **P x I** **3X 2 = 6** **MEDIO**
	Liquidazione fatture	U.O.C. Tutela Anziani e Disabili							

Il previsto Corso di formazione di sensibilizzazione sulle tematiche etico – comportamentali non è stato invece realizzato in quanto non è stato approvato il Piano di formazione annuale dell'Azienda Sanitaria ed è stato quindi interamente riproposto.

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazioni**
Misure trasversali di prevenzione di comportamenti giuridicamente ed eticamente non corretti	Sensibilizzazione etico/comportamentale e conoscenza del codice di comportamento
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): Medio Bassa	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: Formazione orientata alle tematiche relative alla misura con il coinvolgimento dei dipendenti	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: organizzazione evento formativo/ Codice di comportamento dell'ASP: aspetti etico comportamentali nei rapporti con l'utenza				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Inserimento dell'evento nella programmazione aziendale	Programmazione delle attività	Gennaio 2020	RPCT	Atto di programmazione
Elaborazione del progetto formativo	Progettazione didattica	Entro febbraio 2020	RPCT UO Formazione Responsabile scientifico	Determina di approvazione del progetto formativo
Realizzazione del progetto formativo	Organizzazione ed erogazione della formazione	Entro giugno 2020	RPCT UO Formazione	Realizzazione corso

UOSD COORDINAMENTO RETE EMODIALITICA

Il nuovo assetto organizzativo dell'Asp di Cosenza ha previsto una UOC di Nefrologia e Dialisi che è attiva nel Spoke di Rossano con letti di degenza e una UOSD Rete Emodialitica Territoriale articolata in 13 Centri Dialisi con sede a Castrovillari e direttamente dipendente dalla rete dei Distretti (Castrovillari, Trebisacce, Lungro, San Marco Argentano, Praia a Mare, Cetraro, Paola, Amantea, San Giovanni in Fiore, Cosenza, Rogliano, Acri, Cariati).

Soggetti esterni coinvolti

I servizi hanno rapporti con le Associazioni che rappresentano i pazienti (ANED -AIDO – AVO ecc.) che interagiscono per controllare la qualità dei servizi erogati, l'inserimento dei pazienti nelle liste d'attesa per il trapianto, per l'erogazione di contributi, rimborsi previsti per legge; si tratta di gruppi d'influenza importanti, laddove presenti, perché formati, in genere, da pazienti in trattamento o da ex pazienti già trapiantati, che quindi condividono o hanno condiviso le stesse problematiche;

CATALOGO DEI PROCESSI

1. Attività ambulatoriale
2. DIALISI VACANZA presa in carico di pazienti di altre regioni o provenienti dall'estero

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Attività ambulatoriale	Indicazione da parte dell'UO del n° di accessi per tipologia di prestazione (visita, esami strumentali, prelievi ecc.) erogabili per giorno per ambulatorio, con la previsione di un numero di accessi prioritari motivati dall'urgenza	Direzione di presidio	Favorire l'accesso di particolari utenti e indirizzare le scelte del trattamento per favorire alcune tipologie di consumi	Mancato rispetto delle liste di attesa	Interno	Discrezionalità Mancanza di trasparenza	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 4 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 1 d) Valore 1 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 **TOTALE 15** **MEDIA ARITMETICA 15/6 = 2,5**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 1 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e)Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 2 **TOTALE 10** **MEDIA ARITMETICA 10/6 = 1,66**	Valore di **P x I** **2,5 X 1,66 = 4,15** **MEDIO**
	Per disposizione aziendale il CUP gestisce le agende ricevendo le istanze/richieste del cittadino e fissa la cronologia degli accessi	CUP							
	Effettuazione della prestazione specialistica e eventuali prestazioni aggiuntive o prescrizione accertamenti	UOC e ambulatori servizi dialisi		Assegnazione della tipologia di trattamento predefinita	Interno	Discrezionalità nella scelta			
	Documentazione della prestazione, stesura e consegna del referto	UOC e ambulatori servizi dialisi							
	La prestazione può concludersi con la prescrizione di ulteriori accertamenti di approfondimento da effettuare nella stessa UO o in altre strutture intra o extra aziendali	Altre articolazioni intra ed extra aziendali							
	Invio al CUP per la programmazione degli accessi successivi al primo	CUP		Mancato rispetto delle liste di attesa	Interno	Discrezionalità Mancanza di trasparenza			

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Ambulatorio pre - dialisi	Controllo periodico di pazienti con IRC negli stadi da 1 a 5 e in uremia terminale – esame della documentazione, clinico, terapeutico, psicologico al fine di identificare il momento e il trattamento sostitutivo più idoneo	UOC e ambulatori servizi dialisi	Favorire l'accesso di particolari utenti e indirizzare le scelte del trattamento per favorire alcune tipologie di consumi	Assegnazione della tipologia di trattamento predefinita	Interno	Discrezionalità nella scelta	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 4 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 1 d) Valore 1 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 **TOTALE 15** **MEDIA ARITMETICA** **15/6 = 2,5**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 1 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e)Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 2 **TOTALE 10** **MEDIA ARITMETICA** **10/6 = 1,66**	Valore di **P x I** **2,5 X 1,66 = 4,15** **MEDIO**
	Dopo la scelta della terapia sostitutiva (emodialisi o peritoneale) invio presso strutture di ricovero di tipo chirurgico per l'allestimento degli accessi per eseguire il trattamento	Servizi dialisi articolazioni intra ed extra aziendali							
	Programmazione e inserimento del paziente in emodialisi periodica o addestramento e programmazione di di dialisi domiciliare (peritoneale o emodialisi)	UOC e ambulatori servizi dialisi							
	Valutazione idoneità al trapianto renale– programmazione ed effettuazione esami propedeutici all'inserimento in lista d'attesa	Servizi dialisi articolazioni intra ed extra aziendali							
	Gestione delle liste d'attesa ed effettuazione dei trapianti di rene da donatore cadavere e da donatore vivente.	trapianti coordinamento regionale e centri chirurgici abilitati		Mancato rispetto delle liste di attesa	Interno	Discrezionalità Mancanza di trasparenza			

La misura non è stata attivata per carenza di interlocutori nella Direzione Strategica ed è riproposta nel PTPCT.

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso:	**Motivazione**
Controllo ex post	Verifica ex post delle procedure utilizzate
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: nell'attività di controllo utilizzare arametri di valutazione di appropriatezza e ottimizzazione delle risorse ed utilizzo delle attrezzature	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: Controllo ex post				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Costituzione Nucleo di controllo 2^ livello	Individuazione componenti	Entro Aprile 2020	Direttore Sanitario RPCT	Convocazione
Nucleo di controllo	Controllo campionario	Novembre 2020	Nucleo di controllo	Report

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
DIALISI VACANZA presa in carico di pazienti di altre regioni o provenienti dall'estero	L'azienda prevede, con apposito **progetto** approvato con delibera , di erogare prestazioni dialitiche predisponendo turni al di fuori dall'orario di lavoro a pazienti provenienti da altre regioni o dall'estero che ne facciano richiesta via web con assegnazione automatica al servizio richiesto e per i trattamenti segnalati nell'apposita scheda. Tali prestazioni sono soggette a rimborsi delle aziende di provenienza o da parte di profili assicurativi e/o convenzioni per i pazienti stranieri.	Direzione Aziendale	Favorire un utente nella assegnazione della sede del trattamento				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 1 d) Valore 2 e) Informatizzazione 2 f) Programmazione 1 **TOTALE 12** **MEDIA ARITMETICA 12/6 = 2**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 1 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e)Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 2 **TOTALE 10** **MEDIA ARITMETICA 9/6 = 1,5**	Valore di **P x I** **2 X 1,5 = 3** **MEDIO BASSO**
	Il paziente accede al portale dove compila la domanda oscurando i dati sensibili. Il portale assegna in via automatica il paziente nei posti disponibili e risolve eventuali conflitti di attribuzione utilizzando criteri che vengono esplicitati preventivamente (esempio possesso di beni immobili nel posto dove si intende dializzare)	Piattaforma web							
	I posti rimasti disponibili vengono assegnati/redistribuiti fra gli utenti che ne fanno richiesta	Servizi Dialisi territoriali aderenti		Riassegnazione dei posti disponibili richiesti, senza tenere conto della graduatoria	Interno	Discrezionalità Mancanza di programmazione			
	Erogazione delle prestazioni richieste, elaborazione di reportistica relativa alle prestazioni da inviare al CUP per il carico e alla Direzione dell'UOC per la remunerazione del progetto.	Servizi Dialisi territoriali aderenti							
	Delibera di liquidazione del progetto	Direzione aziendale							

UOSD PNEUMOLOGIA TERRITORIALE E OSSIGENOTERAPIA

L'UOSD, con valenza interdistrettuale ed inserita nell'organigramma del Distretto Sanitario capofila Cosenza/Savuto, distribuisce ausili di protesica respiratoria (ventilatori, aspiratori…), autorizzati nell'ambito delle procedure attivate dall' U.O. Protesica, dopo aver verificato la congruità clinica e tecnica della prescrizione ed assegnato l'ausilio secondo la tipologia clinico assistenziale prevista dall'Accordo Quadro stipulato fra l'ASP e gli operatorie economici interessati, con rotazione degli stessi. Svolge inoltre visite ambulatoriali pneumologiche, gestisce il Piani di assistenza individualizzati (PAI) di ossigenoterapia, rinnova i piani terapeutici di OTLT utilizzando la piattaforma Web Care, per come previsto dall'Accordo Quadro sottoscritto in data 30.11.2010 fra la Struttura Commissariale e le Ditte HCP (Home Care Provider). Sulla piattaforma Web Care sono presenti le ditte fornitrici di ossigeno liquido in possesso dei requisiti stabili, già accreditate e operanti nella Regione Calabria, qualificate per un servizio continuativo di H24 di ossigenoterapia domiciliare presso gli assistiti residenti e/o domiciliati nella Regione, affetti da insufficienza respiratoria cronica, come da diagnosi e prescrizione delle strutture specialistiche.

CATALOGO DEI PROCESSI

1. Distribuzione ausili di protesica respiratoria
2. Gestione Piano assistenza individualizzato (PAI) ossigenoterapia
3. Rinnovo Piani terapeutici OTLT
4. Visita ambulatoriale pneumologica

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Gestione Piano di Assistenza individualizzato (PAI) ossigenoterapia	Definizione PAI	Altre strutture	Favorire determinate aziende nel riconoscimento delle prestazioni				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 3 d) Valore 2 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 **Totale=17** **Media 17/6= 2,83**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 3 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Etico, comportamentale 1 f) Qualità dei servizi 1 **Totale=11** **Media 17/6= 1,83**	Valore di P x I **2,83X1,83= 5,19** **MEDIO**
	Verifica congruità clinica e tecnica della prescrizione e calcolo del costo mensile delle prestazioni inserite in Home Care	UOSD Pneumologia territoriale e Ossigenoterapia							
	Assegnazione del PAI all'operatore economico già fornitore della protesica ventilatoria	UOSD Pneumologia territoriale e Ossigenoterapia							
	Gestione del PAI	UOSD Pneumologia territoriale e Ossigenoterapia		Mancata verifica quali/quantitativa delle prestazioni	interno	discrezionalità			
	Verifica PAI	Altre strutture							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso: costituzione Nucleo di controllo interno domiciliare integrato	**Motivazione:** Verifica/controllo quanti/qualitativa domiciliare
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio bassa	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente:	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: costituzione Nucleo di controllo domiciliare integrato

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Costituzione Nucleo di controllo interno	Individuazione figure professionali da coinvolgere	Marzo 2020	Direzione UOSD Direzione Distretto	Atto/nota di costituzione
Elaborazione programma e criteri di controllo	Definizione attività	Aprile 2020	Nucleo di controllo	Documento
Realizzazione programma di controllo	Verifica/controllo quanti/qualitativa domiciliare	Entro novembre 2020	Nucleo di controllo	Report

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Distribuzione ausili di protesica respiratoria (ventilatori, aspiratori…)	Autorizzazione al rilascio dell'ausilio/protesi	UOS Protesica	Favorire determinate aziende nell'assegnazione dell'ausilio				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 3 d) Valore 4 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 **Totale=19** **Media 19/6= 3,17**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 1 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 1 e) Etico, comportamentale 1 f) Qualità dei servizi 2 **Totale= 7** **Media 7/6= 1,17**	Valore di **P** x **I** **3,17X1,17= 3,69** **MEDIO BASSO**
	Verifica congruità clinica e tecnica della prescrizione	UOSD Pneumologia territoriale e Ossigenoterapia							
	Assegnazione dell'ausilio secondo la tipologia clinico assistenziale in Accordo Quadro ASP/operatori economici con rotazione degli stessi	UOSD Pneumologia territoriale e Ossigenoterapia							
	Distribuzione/consegna al paziente	UOSD Pneumologia territoriale e Ossigenoterapia		Mancata attivazione della rotazione	interno	discrezionalità			
	Controllo di funzionalità dell'ausilio	Azienda							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso: adozione procedura di standardizzazione e condivisione del sistema di rotazione fra operatori economici	**Motivazione:** assicura trasparenza e controllo incrociato
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: adozione di strumenti di condivisione informatica (cartella condivisa o programma)	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: adozione procedura di standardizzazione e condivisione del sistema di rotazione fra operatori economici

Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Elaborazione procedura	Trasparenza e condivisione attività	Giugno 2020	Direzione UOSD	Documento

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Visita ambulatoriale	Prenotazione	CUP UOSD Pneumologia territoriale	Favorire utenti per ottenimento di benefici economici e giuridici	Superamento/incremento lista attesa con motivazione di urgenza nella prestazione	interno	Discrezionalità	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 3 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 1 d) Valore 3 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 **TOTALE: 16** **MEDIA 16/6= 2,67**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 2 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, 3 economico, Immagine e) Etico, comportamentale 1 f) Qualità dei servizi 1 **TOTALE: 9** **MEDIA 16/6= 1,50**	Valore di **P** x **I** **2,67 x 1,50= 4** **MEDIO**
	Accesso alla struttura	UOSD Pneumologia territoriale							
	Visita e prestazione	UOSD Pneumologia territoriale		Valutazione alterata dello stato di salute del paziente	interno	Discrezionalità			
	Refertazione	UOSD Pneumologia territoriale							
	Certificazione	UOSD Pneumologia territoriale		Certificazione non corrispondente allo stato di salute del paziente	interno	Discrezionalità			

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso: adozione disposizione che identifica e stabilisce le tipologie di urgenza per le quali si può derogare al rispetto liste di attesa
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: accompagnare la misura da un momento informativo/formativo di sensibilizzazione dei MMG

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: adozione disposizione che identifica e stabilisce le tipologie di urgenza per le quali si può derogare al rispetto liste di attesa

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Elaborazione disposizione	Uniformare il comportamento sulle accettazioni delle urgenze	Entro marzo 2020	Direzione UOSD	Documento
Organizzazione incontro con rappresentanze sindacali dei MMG	Informazione e sensibilizzazione	Entro giugno 2020	Distretto Sanitario (Comitato MMG) Direzione UOSD	Verbale incontro

Misura: Controllo ex post

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Costituzione Nucleo di controllo 2^ livello	Individuazione componenti	Aprile 2020	Direttore Sanitario RPCT	Convocazione
Nucleo di controllo	Controllo campionario	Novembre 2020	Nucleo di controllo	Report

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Il Dipartimento di Prevenzione (DP) è la struttura, Centro di Responsabilità, dell'Azienda Provinciale di Cosenza, preposta alle attività di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro.

Il DP è la macrostruttura dell'Azienda Provinciale alla quale competono le funzioni di supporto tecnico alla Direzione aziendale, nella definizione delle strategie aziendali di promozione della salute e di prevenzione delle malattie e delle disabilità e miglioramento della qualità della vita.

Nell'ambito di tale competenza, tramite la individuazione, valutazione e proposta di limitazione dei fattori di rischio e delle cause di nocività e malattia, la valutazione dell'impatto sulla salute delle politiche ambientali, economiche e sociali, l'informazione, l'educazione e la comunicazione per la salute vengono assicurate:

- la Epidemiologia e statistica sanitaria;

- la Profilassi malattie infettive e diffusive nei riguardi dell'intera collettività;

- la Igiene e Sanità Pubblica tramite la tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari negli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;

- la tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;

- l'igiene e la sicurezza negli istituti educativi e scolastici e tutte le procedure correlate alla promozione della salute;

- la sanità pubblica veterinaria suddivisa nelle tre aree:

- Sanità Animale area a;

- Igiene degli alimenti di origine animale area b;

- Igiene delle produzioni zootecniche area c;

- la tutela igienico-sanitaria degli alimenti e della nutrizione;

- la medicina dello sport;

- la medicina legale.

Organigramma

La Direzione strategica ha avviato l'attività di revisione organizzativa, in adesione alle indicazioni del nuovo Atto aziendale, in piena continuità con l'assetto dell'offerta dei servizi territoriali preesistenti, identificando le responsabilità delle strutture complesse e di alcune strutture semplici dipartimentali, che hanno contribuito alla mappatura dei processi. E' in corso l'individuazione delle responsabilità delle altre strutture semplici dipartimentali e delle strutture semplici interne, per alcune delle quali si rende necessaria una riorganizzazione. Tale situazione di non completa definizione dell'assetto organizzativo, rende ancora problematica la possibilità di assicurare efficienza operativa all'attività del Dipartimento.

Mappatura dei processi e individuazione della aree di rischio:

La mappatura dei processi è stata quindi realizzata, da tutte Unità Operative presenti in ambito Dipartimentale, tenendo conto dell'assetto organizzativo esistente ma prefigurando anche la nuova organizzazione focalizzando l'attenzione sui due ambiti operativi di maggiore rilievo trasversale: l'attività di vigilanza e controllo, l'attività di accertamento con risvolti medico legali. Per motivi organizzativi non è stata completata la mappatura della U.O.C. Igiene alimenti e nutrizione, anche se risultano mappati i processi nell'ambito dei quali concorre alla realizzazione dell'attività, e quindi sono state individuate le corrispondenti misure di prevenzione da realizzare.
La metodologia utilizzata per l'attività di mappatura costituisce una buona prassi che è risultata efficace: la Direzione del Dipartimento ha attivato un tavolo tecnico trasversale, composto dai responsabili/rappresenti di tutte le Unità operative interessate, che ha seguito il percorso di descrizione dei processi – individuazione ed analisi del rischio – valutazione del rischio e individuazione delle misure di trattamento, condividendo le elaborazioni di ogni struttura, anche con il contributo dell'Ufficio RPCT. Tale confronto ha consentivo di acquisire una visione comune delle problematiche di rischio, facendo emergere similitudini e differenze fra i diversi processi, individuando misure di trattamento comuni e trasversali.
Per quanto riguarda le attività di vigilanza e controllo si sono individuati ed analizzati i rischi relativi alle tre macro fasi, presenti in tutti i processi: attività istruttoria ed assegnazione delle pratiche; ispezione/i presso le strutture esterne; gestione successiva della pratica, con particolare riferimento al ciclo sanzionatorio. I rischi rilevati fanno riferimento sia alla dimensione organizzativa, inserendosi nell'attuale precarietà sopra evidenziata, sia alla dimensione etico – comportamentale. Le misure di trattamento individuate, di tipo trasversale/dipartimentale si sono concentrate quindi sulla condivisione/elaborazione di procedure tendenti ad assicurare trasparenza nell'attività e prevenzione dei fenomeni corruttivi, oltre ad attività di formazione tecnica e valoriale.
Per quanto riguarda le attività di accertamento con risvolto medico legale, si sono individuati i rischi relativi ai possibili abusi in fase di accertamento, certificazione e rilascio idoneità finalizzata all'ottenimento di benefici di tipo giuridico ed economico individuando misure di rafforzamento delle procedure di trasparenza e di controllo ex post. Nel corso dell'anno 2019 è stata completata la mappatura dei processi, effettuando anche quella della UOC Igiene Alimenti e Nutrizione, con la contestuale individuazione delle misure di prevenzione, che si sono in parte realizzate nel corso dell'anno, in modo integrato con le altre strutture dipartimentali.

UOSD MEDICINA DELLO SPORT

La Medicina dello Sport modernamente intesa comprende le nozioni mediche, teoriche e pratiche, che esaminano l'influenza della pratica di attività sportive, dell'allenamento e della mancanza di esercizio atletico su individui sani o ammalati di qualsiasi età. Si ottengono così conoscenze scientifiche utili per la salute della popolazione intera, la terapia e la riabilitazione e il miglioramento della prestazione dell'atleta. Fra le principali funzioni medico-sportive si annovera quella certificativa, relativa al riconoscimento della specifica idoneità alle varie discipline sportive.

La normativa vigente in materia di tutela sanitaria delle attività sportive agonistiche e non agonistiche prevede che l'atleta si sottoponga a visita di idoneità.

Nella provincia di Cosenza è da confermare la continuità del trend positivo della pratica sportiva, così come l'evoluzione temporale e la diversa articolazione degli sport praticati. Nel 2016 la percentuale di cittadini che dichiara di svolgere nel proprio tempo libero una o più attività sportive raggiunge il valore "record" del 24%. Sempre nello stesso anno in Italia il valore si attesta sul 34%. Si pensi che nel 1959 (anno in cui risale la prima indagine ISTAT su tale argomento) lo sport era un'attività per pochi (poco più di un milione di persone!), praticata soprattutto da maschi (il 90,8% dei praticanti) e da adulti (solo l'1% aveva meno di 14 anni); al primo posto fra gli sport c'era la caccia (33%) seguita, neanche a dirlo, dal calcio (22,3%). I cittadini che nella provincia di Cosenza praticano sport nel tempo libero sono in maggioranza maschi, ma la quota di femmine è cresciuta in misura significativa, raggiungendo oltre il 250% dei praticanti. I bambini al di sotto dei 14 anni rappresentano un quinto degli sportivi, ma ormai 6 ragazzi su 10 e 1 ragazza su 2 praticano sport in maniera continuativa. Fra i maschi, il calcio è lo sport più diffuso (38,5%) – a seguire la pallavolo, il tennis, il basket e l'atletica - mentre la ginnastica, aerobica e fitness sono le più praticate fra le donne (38,7% della popolazione femminile). Chi fa sport lo pratica soprattutto per passione e per mantenersi in forma; per i più giovani prevale l'aspetto ludico, ma gioca un ruolo anche la possibilità di socializzare e l'importanza dei valori che lo sport riesce a trasmettere. Dall'altro lato la mancanza di tempo e interesse rappresentano i motivi principali per cui, invece, non si pratica sport (rispettivamente il 38,6% e il 32,8% dei non praticanti), mentre il 13,8% adduce la presenza di problemi economici. Lo sport può essere, inoltre, uno straordinario strumento di inserimento, di partecipazione alla vita sociale e di tolleranza. Un incremento interessante è lo sviluppo di progetti che avvicinano le disabilità allo sport: ad oggi pratica sport circa il 20% delle persone adulte che riferiscono gravi limitazioni. Dalla fotografia fatta dal Centro Studi e Osservatori Statistici per lo Sport si evince una diffusione della pratica sportiva continuativa in forte crescita ed emerge il fatto che si pratica più sport, in modo più differenziato e meno strutturato rispetto al passato, ne viene apprezzano l'aspetto ludico, il benessere fisico che ne deriva e se ne intuisce la funzione sociale, soprattutto fra i più giovani fra i quali lo sport è ormai parte integrante del processo formativo. Sicuramente permangono delle criticità su cui bisogna lavorare: l'accessibilità (soprattutto per le famiglie in difficoltà) e il miglioramento degli impianti delle strutture. Insostituibile il ruolo delle famiglie, che conservano un peso decisivo nella trasmissione degli stili di vita, e della scuola, anch'essa in prima linea nel valorizzare lo sport.

Soggetti esterni coinvolti sono le Società Sportive affiliate alle seguenti Federazioni Sportive Nazionali:

Aero Club d'Italia , Fed. Italiana di Atletica Leggera, Automobile Club d'Italia, Fed. Italiana Badminton, Fed. Italiana Baseball Softball, Fed. Italiana Bocce, Fed. Italiana Giuoco Calcio, Fed. Italiana Canoa Kayak, Fed. Italiana Canottaggio, Fed. Ciclistica Italiana, Fed. Italiana Cronometristi Fed. Italiana Danza Sportiva, Fed. Italiana Discipline Armi Sportive da Caccia, Fed. Ginnastica d'Italia, Fed. Italiana Golf, Fed. Italiana Giuoco Handball, Fed. Italiana Hockey, Fed. Italiana Hockey e Pattinaggio, Fed. Italiana Judo Lotta Karate Arti Marziali, Fed. Medico Sportiva Italiana Fed. Motociclistica Italiana, Fed. Italiana Motonautica, Fed. Italiana Nuoto, Fed. Italiana Pallacanestro, Fed. Italiana Pallavolo, Fed. Italiana Pentathlon Moderno, Fed. Italiana Pesca Sportiva e Attività Subacquee, Fed. Italiana Pesistica, Fed. Pugilistica Italiana, Fed. Italiana Rugby, Fed. Italiana Scherma, Fed. Italiana Sci Nautico e Wakeboard, Comitato Italiano Paralimpico, Fed. Italiana Sport Equestri, Fed. Italiana Sport del Ghiaccio, Fed. Italiana Sport Invernali, Fed. Italiana Giuoco Squash, Fed. Italiana Taekwondo, Fed. Italiana Tennis, Fed. Italiana Tennistavolo, Fed. Italiana Tiro con l'Arco, Unione Italiana Tiro a Segno, Fed. Italiana Tiro a Volo, Fed. Italiana Triathlon,Fed. Italiana Vela.

Sono inoltre coinvolte le Società Sportive affiliate alle seguenti Discipline Sportive Associate:

Fed. Arrampicata Sportiva Italiana, Fed. Italiana Biliardo Sportivo, Fed. Italiana Sport Bowling, Fed. Italiana Gioco Bridge, Fed. Italiana Canottaggio Sedile Fisso, Fed. Cricket Italiana, Fed. Italiana Dama, Fed. Italiana di American Football, Fed. Italiana Giochi e Sport Tradizionali, Fed. Ita. Kickboxing Muay Thai, Savate e Shoot Boxe, Fed. Italiana Sport Orientamento, Fed. Italiana Palla Tamburello, Fed. Italiana Pallapugno, Fed. Italiana Rafting, Fed. Scacchistica Italiana, Fed. Italiana Tiro Dinamico Sportivo, Fed. Italiana Turismo Equestre, Fed. Italiana Twirling, Fed. Italiana Wushu - Kung Fu.

Inoltre, sono coinvolti i seguenti soggetti:

Personale dell'Esercito, della Marina, della Guardia di Finanza, dei Carabinieri, dell'Aeronautica, nonché singoli cittadini ed iscritti alle Facoltà di Scienze Motorie.

Le modalità di ingaggio con i soggetti esterni coinvolti sono riconducibili alla presentazione di una specifica istanza da parte degli stessi.

I soggetti coinvolti sono relativi agli iscritti a 45 Federazioni Sportive Nazionali, a 19 discipline sportive Associate, a 15 Enti di Promozione Sportiva oltre che ai singoli cittadini non iscritti ad alcun ente e ai richiedenti la certificazione agonistica per accedere a specifici concorsi prodotti da altre Amministrazioni.

L'attività Istituzionale è regolamentata da norme sia nazionali che regionali; inoltre vi sono linee guida e indicazioni europee.

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/RISCHIO
Visita medico-sportiva.	Richiesta visita medico-sportiva	Società sportiva Enti/Amministrazioni Singoli atleti	Favorire la fruizione della visita medico-sportiva a predeterminati atleti/utenti; certificazioni improprie riguardanti la idoneità sportiva finalizzate ad ottenere benefici giuridico-economici.				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 1 d) Valore 3 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 TOTALE = 16 Media aritmetica 16/6 = 2,67	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale1 TOTALE = 12 Media aritmetica 12/6 = 2	Valore di P x I **2,67X2 =** **5,33** **MEDIO**
	Prenotazione	U.O. Medicina dello Sport		Accesso alla prestazione senza il rispetto dell'ordine cronologico relativo alle richieste.	Interno	Discrezionalità			
	Accesso alla struttura	U.O. Medicina dello Sport							
	Visita medico-sportiva	U.O. Medicina dello Sport		Alterata valutazione di idoneità sportiva.	Interno	Monopolio del potere			
	Rilascio certificazione di idoneità/non idoneità Archiviazione cartella medico-sportiva comprensiva degli accertamenti medico-strumentali	U.O. Medicina dello Sport							

Attuazione e monitoraggio delle misure di prevenzione: la misura prevista è stata completamente realizzata, nell'ambito del PTCPT 2020 – 2022 è quindi inserita una misura di monitoraggio e verifica del rispetto della circolare emanata ed un Report finale relativo all'attività di controllo ex post effettuato, ai fini della verifica di efficacia.

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso:	**Motivazione**
Monitoraggio della procedura interna e verifica di efficacia	Rispetto della procedura e verifica di efficacia
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): basso	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: Verifica ex post sulle certificazioni effettuate da ogni sanitario.

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Monitoraggio sul rispetto della procedura	Regolamentazione dell'attività	Giugno/novembre 2020	Direzione UOSD	Documento
Report attività verifica ex post	Verifica di efficacia	Novembre 2020	Direzione UOSD	Report

UOSD MEDICINA LEGALE

A seguito dell'adozione del nuovo Atto aziendale, le attività di medicina legale sono ricomprese, su tutto il territorio aziendale, nella UOSD di Medicina, afferente al Dipartimento di Prevenzione. Nel corso degli anni 2017 e 2018, a seguito di variazioni organizzative a livello nazionale e regionale, si sono determinate importanti modifiche sulle attribuzioni delle attività da svolgersi sia nell'ambito dei LEA che in importanti altre attività ad interesse individuale (extra LEA). In particolare è variata la gestione della medicina fiscale, delegata quasi completamente all'INPS, ed è stata esternalizzata, sulla base di accordi regionali sottoscritti dal Commissario ad Acta, la gestione delle domande tese al riconoscimento delle condizioni di invalido civile/portatore di handicap, anch'esse delegate all'INPS per l'anno 2019, sede territorialmente competente.

Si è resa quindi opportuna una completa revisione delle attività da svolgersi all'interno della struttura operativa basata prevalentemente sulla omogenizzazione delle competenze professionali e la piena fruibilità di tutto il personale medico, appartenente a profili contrattuali diversi (dirigenti, specialisti ambulatoriali, medicina dei servizi..), garantendo cosi la piena operatività nei diversi settori di interesse. La riorganizzazione delle attività UOSD di Medicina Legale è stata approvata con Delibera n. 40 datata 11 gennaio 2019, alla quale si rimanda integralmente.

Ai servizi di medicina legale accedono cittadini, amministrazioni pubbliche e aziende private, Autorità Giudiziaria e Forze dell'Ordine che richiedono, direttamente o mediante istanza, certificazioni o relazioni medico-legali atte a documentare lo stato di salute di un soggetto in relazione all'ordinamento giuridico-sociale.

CATALOGO PROCESSI

1) Attività certificativa tutta (idoneità psicofisica per la guida sia con medico monocratico che con CML, idoneità psicofisica all'uso delle armi, certificati medico-legali vari, certificati necroscopici;
2) Attività necroscopica;
3) Valutazione medico-legale in Commissione di I^ Istanza;
4) Visite Fiscali (personale delle Forze Armate e dei Corpi Armati dello Stato e del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco) Visite mediche di controllo richieste dall'Autorità Giudiziaria.

Attuazione e monitoraggio delle misure di prevenzione: le misure previste, consistenti in elaborazione di procedure, controlli ex post e realizzazione di attività formativa di tipo tecnico ed etico – comportamentale, sono state completamente realizzate. Nell'ambito del PTCPT 2020 – 2022 sono quindi confermate tutte le attività di controllo ex post e sono inserite misure di monitoraggio sul rispetto delle procedure e di verifica di efficacia.

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'/ COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Attività certificativa tutta (idoneità psicofisica per la guida sia con medico monocratico che con CML, idoneità psicofisica all'uso delle armi, certificati medico-legali vari, certificati necroscopici	Richiesta certificato	Medicina Legale	Favorire l'accesso alla visita a pazienti predeterminati e attestazioni improprie sullo stato di salute finalizzata ad ottenere benefici giuridici ed economici	Favorire priorità in caso di prenotazione	Interno	Mancanza di trasparenza	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 4 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 1 d) Valore 3 e) Informatizzazione 5 f) Programmazione 1 **TOTALE = 18** **Media aritmetica 18 /6 = 3**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 2 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 1 e) Qualità dei servizi 3 f) Etico, comportamentale 4 **TOTALE = 12** **Media aritmetica 12/6 = 2**	Valore di **P x I** **3 X 2 = 6** **MEDIO**
	Prenotazione/Accesso diretto	Medicina Legale + CUP		Favorire priorità in caso di prenotazione	Interno/Esterno	Discrezionalità. Mancanza di controllo			
	Accesso alla struttura	Medicina Legale		Accesso senza prenotazione (in caso di prenotazione)	Interno	Discrezionalità. Mancanza di controllo. Basso standard etico			
	Registrazione	Medicina Legale							
	Visita medica e Valutazione documentazione sanitaria	Medicina Legale		Valutazione impropria/alterata dello stato di salute del paziente e della documentazione diagnostica	Interno/Esterno	Discrezionalità. Basso standard etico. Monopolio competenze. Mancanza di controllo	) Discrezionalità 5 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 1 d) Valore 3 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 **TOTALE = 18** **Media aritmetica 18 /6 = 3**	a) Organizzativo 1 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 2 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE = 12** **Media aritmetica 12/6 = 1,5**	Valore di **P x I** **3X1,5 = 4,5** **MEDIO**
	Certificazione	Medicina Legale		Refertazione impropria/alterata dello stato di salute del paziente e della documentazione diagnostica	Interno/Esterno	Discrezionalità. Basso standard etico. Monopolio competenze. Mancanza di controllo.	) Discrezionalità 5 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 1 d) Valore 3 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 **TOTALE = 18** **Media aritmetica 18 /6 = 3**	a) Organizzativo 1 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 2 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE = 12** **Media aritmetica 12/6 = 1,5**	Valore di **P x I** **3 X 1,5 = 4,5** **MEDIO**

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso:	**Motivazione**
Controllo campionario ex post di tipo documentale	Controllare l'operato degli addetti ai lavori per eventuali miglioramenti
Regolamentazione procedura di accesso alle prestazioni	Dare indirizzi precisi da seguire nelle prenotazioni al fine di evitare disparità
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): basso	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: controllo campionario ex post di tipo documentale				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Report su rispetto della procedura e verifica di efficacia	Verifica di efficacia	Entro Novembre 2020	Dipartimento di prevenzione UOSD Medicina Legale	Report

Misura: regolamentazione procedura di accesso alle prestazioni				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Monitoraggio rispetto della procedura	Rispetto della regolamentazione accesso alle prestazioni	Giugno/novembre 2020	Dipartimento di prevenzione UOSD Medicina Legale	Report

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'/ COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA' Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica	IMPATTO Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica	VALORE/ RISCHIO
Attività necroscopica	Richiesta accertamento	Medicina Legale	Favorire soggetti coinvolti nell'evento						
	Accesso diretto o richiesta per PEC	Medicina Legale							
	Accesso al domicilio da parte del medico	Medicina Legale							
	Registrazione	Medicina Legale							
	Accertamento necroscopico al di fuori dell'U.O.	Medicina Legale		Valutazione inappropriata	Interno/esterno	Discrezionalità. Mancanza competenze. Monopolio informazioni. Basso standard etico. Complessità interpretazione	a) Discrezionalità 5 b) Rilevanza esterna 3 c) Complessità 1 d) Valore 3 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 **TOTALE = 17** **Media aritmetica 17/6 = 2,83**	a) Organizzativo 1 b) Economico 1 c) Reputazionale 4 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 5 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE = 15** **Media aritmetica 15/6 = 2,5**	Valore di **P x I** **2,83X2,5 = 7,07** **MEDIO ALTO**
	Certificazione o Relazione	Med. Leg.		Refertazione inappropriata	Interno/ Esterno	Discrezionalità. Mancanza competenze. Monopolio informazioni. Basso standard etico Complessità interpretazione	a) Discrezionalità 5 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 1 d) Valore 4 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 **TOTALE = 20** **Media aritmetica 20/6 = 3,33**	a) Organizzativo 1 b) Economico 1 c) Reputazionale 4 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 5 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE = 15** **Media aritmetica 15/6 = 2,5**	Valore di **P x I** **3,33X2,5 = 8,32** **MEDIO ALTO**

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso:	**Motivazione**
Controllo campionario ex post di tipo documentale	Controllare l'operato degli addetti ai lavori per eventuali miglioramenti
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): basso	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: controllo campionario ex post di tipo documentale				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Report su rispetto della procedura e verifica di efficacia	Verifica di efficacia	Entro Novembre 2020	Dipartimento di prevenzione UOSD Medicina Legale	Report

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'/ COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA' Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica	IMPATTO Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica	VALORE/ RISCHIO
Valutazione medico-legale in Commissione di I^ Istanza	Richiesta al Protoc. Generale o per PEC	Medicina Legale	Favorire l'accesso alla visita a pazienti predeterminati e attestazioni improprie sullo stato di salute finalizzata ad ottenere benefici giuridici ed economici				a) Discrezionalità 4 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 1 d) Valore 1 e) Informatizzazione 5 f) Programmazione 1 **TOTALE = 16** **Media aritmetica 16/6 = 2,66**	a) Organizzativo 4 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 1 e) Qualità dei servizi 3 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE = 11** **Media aritmetica 11/6 = 1,83**	Valore di **P x I** **2,66X1,83= 4,86** **MEDIO**
	Prenotazione	Medicina Legale		Favorire priorità nella prenotazione	Interno	Discrezionalità. Mancanza di controllo			
	Accesso alla struttura	Medicina Legale		Accesso senza prenotazione	Interno	Discrezionalità. Mancanza di controllo			
	Registrazione	Medicina Legale							
	Visita medica e valutazione della documentazione sanitaria	Medicina Legale Medicina del Lavoro		Valutazione impropria/alterata dello stato di salute del paziente e della documentazione diagnostica	Interno/Esterno	Discrezionalità. Complessità interpretazione Basso standard etico.	a) Discrezionalità 5 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 2 d) Valore 4 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 **TOTALE = 20** **Media aritmetica 20 /6 = 3,33**	a) Organizzativo 3 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 5 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE = 14** **Media aritmetica 14/6 = 2,33**	Valore di **P x I** **3,33X2,33= 7,75** **MEDIO ALTO**
	Relazione	Med. Leg. Med. del Lav.		Refertazione impropria/alterata dello stato di salute del paziente e della documentazione diagnostica	Interno/Esterno	Discrezionalità. Complessità interpretazione Basso standard etico.	a) Discrezionalità 5 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 2 d) Valore 4 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 **TOTALE = 20** **Media aritmetica 20 /6 = 3,33**	a) Organizzativo 3 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 5 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE = 14** **Media aritmetica 14/6 = 2,33**	Valore di **P x I** **3,33X2,33 = 7,75** **MEDIO ALTO**

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso:	**Motivazione**
Regolamentazione procedura di accesso alle prestazioni	Dare indirizzi precisi da seguire nelle prenotazioni al fine di evitare disparità
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): basso	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: regolamentazione procedura di accesso alle prestazioni				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Report su rispetto della procedura e verifica di efficacia	Verifica di efficacia	Entro Novembre 2020	Dipartimento di prevenzione UOSD Medicina Legale	Report

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'/ COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA' Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica	IMPATTO Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica	VALORE/ RISCHIO
Visite Fiscali (personale delle Forze Armate e dei Corpi Armati dello Stato e del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco) Visite mediche di controllo richieste dall'Autorità Giudiziaria	Richiesta tramite PEC	Medicina Legale	Attestazioni improprie sullo stato di salute finalizzate ad ottenere benefici giuridici ed economici.				a) Discrezionalità 4 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 1 d) Valore 3 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 **TOTALE = 17** **Media aritmetica 17/6 = 2,83**	a) Organizzativo 1 b) Economico 1 c) Reputazionale 2 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 3 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE = 11** **Media aritmetica 11/6 = 1,83**	Valore di **P x I** **2,83X1,33 = 5,17** **MEDIO**
	Accesso diretto	Medicina Legale							
	Accesso in ambulatorio o a domicilio	Medicina Legale		Individuazione del Sanitario. Rispetto dei tempi	Interno	Discrezionalità Basso standard etico.			
	Registrazione	Medicina Legale							
	Visita medica e valutazione della documentazione sanitaria	Medicina Legale		Valutazione impropria/alterata dello stato di salute del paziente e della documentazione diagnostica	Interno/ Esterno	Discrezionalità. Basso standard etico.	a) Discrezionalità 5 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 1 d) Valore 3 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 **TOTALE = 18** **Media aritmetica 18 /6 = 3**	a) Organizzativo 1 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 3 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE = 10** **Media aritmetica 10/6 = 1,66**	Valore di **P x I** **3X1,66 = 4,98** **MEDIO**
	Relazione	Medicina Legale		Refertazione impropria/alterata dello stato di salute del paziente e della documentazione diagnostica	Interno/ Esterno	Discrezionalità Basso standard etico.	a) Discrezionalità 5 b) Rilevanza esterna 3 c) Complessità 1 d) Valore 3 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 **TOTALE = 17** **Media aritmetica 17/6 = 2,83**	a) Organizzativo 1 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 3 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE = 10** **Media aritmetica 10/6 = 1,66**	Valore di **P x I** **2,83X1,66 = 4,69** **MEDIO**

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
controllo campionario ex post di tipo documentale	controllare l'operato degli addetti ai lavori per eventuali miglioramenti
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): minima	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: organizzare un nucleo di controllo che periodicamente controlli a campione un determinato numero di pratiche per verificare la regolarità nell'esecuzione dell'attività	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: Controllo campionario ex post di tipo documentale

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Calendario attività	Inizio attività di controllo	Entro Aprile 2020	UOSD medicina Legale	Calendario
Controlli	Valutazione esito	Novembre 2020	UOSD medicina Legale	Report al 31 ottobre 2020

UOC IGIENE E SANITA' PUBBLICA

L'unità operativa di Igiene e Sanità Pubblica svolge diverse attività legate all'azione di vigilanza e controllo sull'idoneità delle condizioni igieniche e sanitarie delle strutture abitative e dei luoghi pubblici.

Svolge una funzione di vigilanza e controllo, di informazione ed espressione di parere, per quanto concerne le abitazioni civili ed igiene dell'abitato, nuovi insediamenti produttivi, strumenti urbanistici, industrie insalubri, strutture scolastiche/comunità, infestanti urbani, attività di estetista, barbiere, parrucchiere e mestieri affini, locali di pubblico spettacolo, piscine, palestre, alberghi, campeggi, esercizio di arti sanitarie, strutture socio-sanitarie e sanitarie, attività di vendita e deposito di antiparassitari, rischio ambientale per la salute e/o inconvenienti igienico-sanitari.

Nello svolgimento delle attività istituzionali al fine di erogare prestazioni e servizi l'U.O.C. Igiene e sanità pubblica si interfaccia con numerosi soggetti sia pubblici che privati: Comuni, Regione, Prefettura, Provincia, Scuole, ArpaCal, Carceri, Strutture sanitarie e socioassistenziali, Cittadini privati, Ordini Professionali, Forze di Polizia, Consorzi di Bonifica, Ditte di smaltimento rifiuti, di Bonifiche siti contaminati, Imprese Funerarie, Associazioni di categorie e Ambientaliste, ecc.. I titolari di imprese: - commerciali ,- produttive, -di servizi si rapportano con questa UOC SISP mediante il portale SUAP (Sportello Comunale per le attività Produttive) trasmettendo telematicamente o una SCIA (segnalazione Certificata di inizio attività), o una richiesta di parere igienico-sanitario ai fini di una specifica autorizzazione da parte dell'Autorità Competente (Comune, Regione, Provincia) all'esercizio o al funzionamento dell'attività.

I soggetti sia Pubblici che privati sopra elencati si rivolgono, altresì direttamente alla U.O.C. Igiene e sanità pubblica tramite presentazione di richieste o di esposti per attivare verifiche igienico-sanitarie in ordine alla presenza o permanenza di requisiti igienico-sanitari, o a situazioni di rischio sanitario di strutture, impianti, aree ecc.

Il portale SUAP rappresenta una piattaforma che garantisce a ogni attore coinvolto in un processo amministrativo, relativo ad una attività produttiva in generale, la possibilità di poter seguire e interagire in tutto l'iter del suddetto processo fino alla conclusione dello stesso.

L'attività Istituzionale è regolamentata da norme sia nazionali quali: - il testo unico della leggi sanitarie del 1934 ancora in vigore; - LEA, Testo unico sull'ambiente, Istituzione portale SUAP, che da altri regolamenti legislativi regionali e comunali.

CATALOGO DEI PROCESSI

1) Valutazione progetti di grandi impianti produttivi o di servizio sia pubblici che privati (Centrali di Energia, produzione cementi, impianti rifiuti, costruzione depuratori, ecc.) in Conferenza dei Servizi per rilascio parere igienico-sanitario alle Autorità competenti per l'autorizzazione degli stessi;
2) Verifica e controllo impianti ed emissioni ambientali per la prevenzione del rischio sanitario nella popolazione. Il Processo può essere attivato da richiesta di rilascio parere all' Autorità Competente per: a) Autorizzazione Unica Ambientale (AUA) di nuovi impianti o già esistenti; b)Verifica preliminare di un impianto sottoposto a Valutazione di Impatto Ambientale (VIA) prima dell'Autorizzazione Regionale; c) Bonifica di un sito inquinato;
3) Attività di vigilanza e controllo in ambienti collettivi : per valutazione presenza /permanenza requisiti igienico-sanitari idonei per la tutela della salute degli utenti. L'attività di vigilanza e controllo può essere attivata in seguito a: a)Segnalazione certificata di inizio attività (SCIA) da parte dei titolari/gestori tramite SUAP di una nuova struttura; b) esigenze ed obiettivi di prevenzione aziendali previsti dai LEA, o su input regionali o locali; c) richieste di specifiche verifiche da parte di soggetti pubblici (Comune, Regione, Prefettura, ecc.); d) esposti di soggetti privati;
4) Vigilanza igienica delle abitazioni private per rilascio parere igienico-sanitario al Comune ai fini dell'assegnazione alloggi popolari;
5) Vigilanza igienica dei cimiteri relativa: -alle operazioni di estumulazioni - al rilascio parere igienico-sanitario al Comune o al privato cittadino per usabilità di tombe e loculi.

Attuazione e monitoraggio delle misure di prevenzione:

a) la misura relativa alla elaborazione di una procedura interna, per una corretta ed uniforme applicazione delle attività di valutazione, vigilanza e ispezione, coordinata a livello dipartimentale, è in corso di realizzazione. Nell'ambito del tavolo dipartimentale appositamente costituito si sono condivise le linee di indirizzo per l'elaborazione delle procedure, integrando gli aspetti generali e trasversali, da elaborare a livello dipartimentale, e gli aspetti specifici che riguardano le attività di valutazione, vigilanza e ispezione proprie del contesto istituzionale ed operativi dell'Unità Operativa. L'attività realizzata nel corso dell'anno, con l'obiettivo di procedimentalizzare l'attività di vigilanza e ispezione, si è focalizzata sugli elementi procedurali che dovranno caratterizzare la fase preliminare all'attività ispettiva ed il successivo accertamento, con particolare riferimento agli aspetti relativi ai poteri di vigilanza, al corretto approccio etico comportamentale, alla gestione del conflitto d'interessi. Tale attività sarà conclusa nel corso dell'anno 2020 definendo la fase conclusiva del procedimento di ispezione e vigilanza, l'integrazione definitiva con le attività specifiche che interessano ogni singola Unità Operativa, la predisposizione delle check list, la condivisione e trasferimento di tutte le procedure nell'ambito di un percorso formativo.
b) La misura relativa alla rotazione del personale non è stata realizzata ed è quindi integralmente riproposta.

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	ANALISI EVENTO RISCHIOSO			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Valutazione progetti di grandi impianti produttivi o di servizio sia pubblici che privati (Centrali di Energia, produzione cementi, impianti rifiuti, costruzione depuratori, ecc.) in **Conferenza dei Servizi** per rilascio parere igienico-sanitario alle Autorità competenti per l'autorizzazion e degli stessi.	1)Ricezione e assegnazione dell'istanza di partecipazione alla Conferenza dei Servizi e della documentazione progettuale trasmessa dall'Autorità competente al rilascio dell'Autorizzazione o dal SUAP Comunale da parte del Direttore dell'UOC o dal Medico Referente di Ambito territoriale al personale medico dell'ambito competente.	U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica	Favorire determinati soggetti Pubblici o Privati	-Il Direttore o il referente di Ambito trattiene la pratica avocando a se la competenza	interno /esterno	-Mancanza di procedure interne -Monopolio del potere -Mancanza di trasparenza	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 5 d) Valore 5 e) Informatizzazione 5 f) Programmazione 1 **TOTALE = 23** **Media aritmetica =** **23/6= 3,83**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 3 b) Economico 5 c) Reputazionale 5 d) Organizzativo, economico, Immagine 4 e) Qualità dei servizi 5 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE = 23** **Media aritmetica =** **23/6= 3,83**	Valore di **P x I** **3,83 X 3,83=** **14,66** **ALTO**
	2) Esame documentazione: -verifica conformità del progetto alle norme di settore, ai regolamenti regionali e locali di igiene finalizzati alla tutela della salute della popolazione. E degli operatori. –Richiesta per iscritto al titolare del progetto di dati integrativi in caso di carenza documentale o di non conformità progettuale.	U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica Medico dell'U.O.C.		- Valutazione Parziale del progetto con omissione di rilievi relativi a carenze documentali e difformità; progettuali; - Contattare direttamente il progettista o il titolare del progetto -Accettazione o richiesta di regalie	interno	-Monopolio del potere -assenza di procedure -eccessiva discrezionalità nella valutazione -Complessità delle norme -conflitto d'interesse -Basso standard etico			
	3) Partecipazione conferenza dei servizi presso l'ufficio dell'Autorità competente: -Valutazione del progetto e confronto degli esiti di tutti i soggetti partecipanti. - Presa d'atto e valutazione dell'eventuale documentazione integrativa richiesta; - rilascio parere con eventuali prescrizioni che il titolare è tenuto a rispettare; -redazione del verbale della conferenza dei servizi.	U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica Medico dell'U.O.C.		-Omissioni di rilievi durante la valutazione congiunta -omissioni di prescrizioni nel parere	esterno	-Assenza di procedure; -Eccessiva discrezionalità; Non chiarezza delle norme;			
	4) Il Medico interessato rendiconta l'attività svolta con i relativi esiti al referente dell'ambito territoriale , il quale provvede a inviare i dati trimestralmente al Direttore U.O.C.	U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica Personale dell'U.O.C.			interno	assenza di procedure			

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
Procedura interna, relativa alla corretta ed uniforme applicazione della norma e per la prevenzione della trasparenza e del conflitto d'interesse	riduzione della discrezionalità del personale
Rotazione del personale	riduzione della discrezionalità del personale ed uniformità sull'azione della vigilanza
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: • condivisione delle procedure con il personale interessato; • adozione procedura da parte della Direzione UOC e di utilizzo dell'apposita modulistica (ulteriore fase condivisa) • verifica e controllo delle attività svolta	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: procedura interna, relativa alla corretta ed uniforme applicazione della norma e per la prevenzione della trasparenza e del conflitto d'interesse

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Elaborazione procedura e relativa modulistica	Identificare modalità operative per una corretta ed uniforme applicazione della norma	Aprile 2020	Gruppo tecnico interno Dipartimento	Documento
Approvazione e definizione nuova procedura	riduzione della discrezionalità del personale	Maggio 2020	Direzione Dipartimento	Disposizione di servizio
Verifica del livello di rispetto della procedura adottata	Monitoraggio	Novembre 2020	Gruppo tecnico interno	Report al 31 ottobre 2020

Misura: rotazione del personale

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Elaborazione sistema di rotazione programmata del personale e/o di altre modalità alternative di controllo dentro la procedura (segregazione delle funzioni, attività multidisciplinare, vigilanza in coppia…)	riduzione della discrezionalità del personale	Aprile 2020	Dipartimento Prevenzione U.O.C. Igiene Pubblica	Documento

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Verifica e controllo impianti ed emissioni ambientali per la prevenzione del rischio sanitario nella popolazione. Il Processo può essere attivato da richiesta di rilascio parere all' Autorità Competente per: a)Autorizzazione Unica Ambientale (AUA) di nuovi impianti o già esistenti; b)Verifica preliminare di un impianto sottoposto a Valutazione di Impatto Ambientale (VIA) prima dell'Autorizzazione Regionale; c)Bonifica di un sito inquinato	1)ricezione progettuale e documentale da parte del Direttore dell'UOC o del Medico Referente di Ambito territoriale, per la valutazione sanitaria degli effetti prodotti dall'impatto ambientale di impianti o di siti con: - emissioni in atmosfera, -scarichi di reflui sul suolo o in un corso d'acqua, -rifiuti speciali e pericolosi. b) assegnazione della documentazione al personale medico dell'ambito competente.	U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica	Favorire determinati soggetti Pubblici o Privati (Danno alla salute dell'uomo e dell'ambiente)	Il Direttore o il referente di Ambito trattiene la pratica avocando a se la competenza	Interno/esterno	-Mancanza di procedure interne -Monopolio del potere -Mancanza di trasparenza	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 3 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 4 d) Valore 4 e) Informatizzazione 5 f) Programmazione 1 **TOTALE = 22** **Media aritmetica 22/6 = 3,67**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 3 b) Economico 5 c) Reputazionale 5 d) Organizzativo, economico, Immagine 4 e) Qualità dei servizi 5 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE = 23** **Media aritmetica 23/6 = 3,83**	Valore di **P x I** **3,67 X 3,83=** **14,06** **ALTO**
	2) Valutazione delle stime previste degli effetti delle emissioni (fumi, polveri, reflui, rifiuti), sullo stato di salute dell'uomo e dell'ambiente.	Medico dell'U.O.C		- Valutazione Parziale della progettazione Mancata o parziale verifica documentale e di conformità alle norme; omissione di rilievi relativi a carenze documentali e difformità progettuali;	interno	-Monopolio del potere -assenza di procedure -eccessiva discrezionalità nella valutazione -Complessità delle norme			
	– Verifica di esami laboratoristici, valutazioni di confronti di alternative progettuali di minori impatti sia nella fase preliminare che nella fase di bonifica, verifica di conformità alle norme.	Medico dell'U.O.C		accettazione di dati di laboratori eseguiti da strutture private e non accreditate	Interno	- Poca competenza -Assenza di procedure; -Eccessiva discrezionalità; - Non chiarezza e complessità delle norme;			
	- Richiesta per iscritto al titolare del progetto di dati integrativi in caso di carenza documentale relativi a elaborati progettuali, esami di laboratori o non conformità progettuale .	Medico dell'U.O.C		- Contattare direttamente il progettista o il titolare del progetto -accettazione o richiesta di regalie	Interno/esterno	Assenza di procedure -Basso standard etico			
	-Eventuale effettuazione di sopralluogo sul posto per visionare il contesto urbano e le criticità. Eventuale presa d'atto della documentazione integrativa richiesta. -Rilascio parere con eventuali prescrizioni che il titolare è tenuto a rispettare	Personale U.O.C.		- mancata effettuazione dell'eventuale sopralluogo o emissioni di rilievi riscontrati durante la ispezione visiva - Esito favorevole con omissioni di prescrizioni nel parere	Esterno Interno	-Assenza di procedure, -Assenza di controlli interni			

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
Procedura interna, relativa alla corretta ed uniforme applicazione della norma e per la prevenzione della trasparenza e del conflitto d'interesse	riduzione della discrezionalità del personale
Rotazione del personale	riduzione della discrezionalità del personale ed uniformità sull'azione della vigilanza
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: • condivisione delle procedure con il personale interessato; • adozione procedura da parte della Direzione UOC e di utilizzo dell'apposita modulistica (ulteriore fase condivisa) • verifica e controllo delle attività svolta	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: procedura interna, relativa alla corretta ed uniforme applicazione della norma e per la prevenzione della trasparenza e del conflitto d'interesse				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Elaborazione procedura e relativa modulistica	Identificare modalità operative per una corretta ed uniforme applicazione della norma	Aprile 2020	Gruppo tecnico interno Dipartimento	Documento
Approvazione e definizione nuova procedura	riduzione della discrezionalità del personale	Maggio 2020	Direzione Dipartimento	Disposizione di servizio
Verifica del livello di rispetto della procedura adottata	Monitoraggio	Novembre 2020	Gruppo tecnico interno	Report al 31 ottobre 2020

Misura: rotazione del personale				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Elaborazione sistema di rotazione programmata del personale e/o di altre modalità alternative di controllo dentro la procedura (segregazione delle funzioni, attività multidisciplinare, vigilanza in coppia…)	riduzione della discrezionalità del personale	Aprile 2020	Dipartimento Prevenzione U.O.C. Igiene Pubblica	Documento

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Attività di vigilanza e controllo in ambienti collettivi : per valutazione presenza /permanenza requisiti igienico-sanitari idonei per la tutela della salute degli utenti. L'attività di vigilanza e controllo può essere attivata in seguito a: a)Segnalazione certificata di inizio attività (SCIA) da parte dei titolari/gestori tramite SUAP di una nuova struttura; b) esigenze ed obiettivi di prevenzione aziendali previsti dai LEA, o su input regionali o locali; c) richieste di specifiche verifiche da parte di soggetti pubblici (Comune, Regione, Prefettura, ecc.); d) esposti di soggetti privati	Predisposizione Programmazione Interventi di vigilanza e controllo nelle strutture collettive. Azioni: Selezione delle strutture e Individuazione delle priorità	Direttore U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica	Favorire determinati soggetti Titolari o gestori di strutture pubbliche o private	-Nella predisposizione del programma non vengono inserite alcune strutture; -La selezione delle strutture da vigilare e la priorità dei controlli non vengono attuati in base a criteri di valutazione del rischio;	interno/esterno	-Mancanza di programmazione -Discrezionalità nella scelta -Monopolio del potere	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 3 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 4 d) Valore 2 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 2 **TOTALE** = 20 **Media aritmetica 20/6 = 3,33**	l valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 3 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 f) Qualità dei servizi 3 g) Etico, comportamentale1 TOTALE = 12 Media aritmetica **12/6 = 2**	Valore di **P x I** **3,33 X 2=** **6,67** **MEDIO**
	Verifica presso la struttura: - Esame documentale relativa alla struttura e agli operatori -Sopralluogo relativo ai requisiti igienico-sanitari e alla gestione della struttura.	Personale Medico e Ispettivo dell'U.O.C. Afferente agli Ambiti territoriali		-Parziale o assenza esecuzione del controllo sia documentale che durante la visita ispettiva igienico-sanitaria; - Mancata verifica di applicazione di linee guida e procedure per l'esercizio dell'attività; -accettazione o richiesta di regalie	esterno	-Monopolio del potere -assenza di procedure -mancanza di controlli interni -eccessiva discrezionalità -Basso standard etico			
	verbalizzazione della verifica: - redazione del verbale dove riportare le eventuali criticità riscontrate, di pregiudizio della salute degli utenti, e gli adempimenti che il gestore/ titolare deve attuare per la risoluzione. -rilascio copia verbale al titolare/ gestore della struttura.	Personale Medico e Ispettivo dell'U.O.C. Afferente agli Ambiti territoriali		-Mancata redazione di verbale, -Omissioni di criticità e prescrizioni nel verbale;	esterno	-Assenza di procedure; Mancanza di controlli interni			
	trasmissione Esito verifica con criticità al Sindaco quale Autorità Sanitaria locale e in caso di struttura di nuova apertura allo sportello SUAP per il seguito dell'iter amministrativo.	-Personale Medico e Ispettivo dell'U.O.C. -Sindaco -Personale SUAP		-Mancata trasmissione dell'esito al Sindaco; - Trasmissione esito favorevole al SUAP	interno	Eccessiva discrezionalità; assenza di procedure; Non chiarezza delle norme;			
	In caso di riscontro di criticità igienico-sanitarie ripetizione del sopralluogo per verifica adempimenti.								

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
Procedura interna, relativa alla corretta ed uniforme applicazione della norma e per la prevenzione della trasparenza e del conflitto d'interesse	riduzione della discrezionalità del personale
Rotazione del personale	riduzione della discrezionalità del personale ed uniformità sull'azione della vigilanza
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: • condivisione delle procedure con il personale interessato; • adozione procedura da parte della Direzione UOC e di utilizzo dell'apposita modulistica (ulteriore fase condivisa) • verifica e controllo delle attività svolta	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: procedura interna, relativa alla corretta ed uniforme applicazione della norma e per la prevenzione della trasparenza e del conflitto d'interesse

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Elaborazione procedura e relativa modulistica	Identificare modalità operative per una corretta ed uniforme applicazione della norma	Aprile 2020	Gruppo tecnico interno Dipartimento	Documento
Approvazione e definizione nuova procedura	riduzione della discrezionalità del personale	Maggio 2020	Direzione Dipartimento	Disposizione di servizio
Verifica del livello di rispetto della procedura adottata	Monitoraggio	Novembre 2020	Gruppo tecnico interno	Report al 31 ottobre 2020

Misura: rotazione del personale

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Elaborazione sistema di rotazione programmata del personale e/o di altre modalità alternative di controllo dentro la procedura (segregazione delle funzioni, attività multidisciplinare, vigilanza in coppia…)	riduzione della discrezionalità del personale	Aprile 2020	Dipartimento Prevenzione U.O.C. Igiene Pubblica	Documento

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Vigilanza igienica delle abitazioni private per rilascio parere igienico-sanitario al Comune ai fini dell'assegnazione alloggi popolari.	Trasmissione dell'istanza relativa al rilascio del parere sulle salubrità delle abitazioni	Comune Cittadino	Favorire o danneggiare determinati soggetti Pubblici e Privati				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 3 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 1 d) Valore 3 e) Informatizzazione 5 f) Programmazione 1 **TOTALE = 17** **Media aritmetica 17/6 = 2,83**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE = 12** **Media aritmetica 12/6 = 2**	Valore di **P x I** **2,83 X 2= 5,67** **MEDIO**
	Ricezione dell'istanza da parte dal Medico Referente di Ambito Territoriale ed assegnazione al personale medico dell'ambito competente.	UOC Igiene e Sanità Pubblica		-Il referente di Ambito non assegna l'istanza trattenendola al proprio Ufficio	interno ASP Esterno	-Mancanza di procedure interne -Monopolio del potere -Mancanza di trasparenza			
	Sopralluogo igienico-sanitario presso l'abitazione privata -Relazione con descrizione delle criticità riscontrate.	UOC Igiene e Sanità Pubblica		- Mancato sopralluogo O parzialità durante lo stesso. -relazione con o senza gravi criticità riscontrate;	Esterno	-Monopolio del potere -assenza di check –list -eccessiva discrezionalità nella valutazione -Basso standard etico			
	Trasmissione della relazione con espressione di giudizio di antiigienicità o di inabilità della casa al Sindaco ed al cittadino qualora ne abbia fatta richiesta	UOC Igiene e Sanità Pubblica		- giudizio sulla salubrità della casa più o meno sfavorevole	Esterno	-Eccessiva discrezionalità;			

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso:	**Motivazione**
definizione della procedura per il controllo	riduzione della discrezionalità del personale
rotazione del personale	riduzione della discrezionalità del personale ed uniformità sull'azione della vigilanza
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: • condivisione delle procedure con il personale interessato; • adozione procedura da parte della Direzione UOC e di utilizzo dell'apposita modulistica (ulteriore fase condivisa) • verifica e controllo delle attività svolta	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: procedura interna, relativa alla corretta ed uniforme applicazione della norma e per la prevenzione della trasparenza e del conflitto d'interesse				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Elaborazione procedura e relativa modulistica	Identificare modalità operative per una corretta ed uniforme applicazione della norma	Aprile 2020	Gruppo tecnico interno Dipartimento	Documento
Approvazione e definizione nuova procedura	riduzione della discrezionalità del personale	Maggio 2020	Direzione Dipartimento	Disposizione di servizio
Verifica del livello di rispetto della procedura adottata	Monitoraggio	Novembre 2020	Gruppo tecnico interno	Report al 31 ottobre 2020

Misura: rotazione del personale				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Elaborazione sistema di rotazione programmata del personale e/o di altre modalità alternative di controllo dentro la procedura (segregazione delle funzioni, attività multidisciplinare, vigilanza in coppia…)	riduzione della discrezionalità del personale	Aprile 2020	Dipartimento Prevenzione U.O.C. Igiene Pubblica	Documento

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Vigilanza igienica dei cimiteri relativa: -alle operazioni di estumulazioni -al rilascio parere igienico-sanitario al Comune o al privato cittadino per usabilità di tombe e loculi.	Trasmissione istanza relativa a: - presenza del Medico di sanità pubblica durante le operazioni di estumulazione del feretro trasmessa dal Comune anche su richiesta del cittadino; - al rilascio del parere igienico-sanitario per usabilità tombe o loculi trasmessa dal Comune o dal privato cittadino o dalla chiesa.	-Comune -Cittadino -Chiesa	Favorire determinati soggetti Pubblici e Privati				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 1 d) Valore 4 e) Informatizzazione 5 f) Programmazione 1 **TOTALE = 18** **Media aritmetica** **18/6 = 3**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE = 12** **Media aritmetica** **12/2 = 2**	Valore di **P x I** **3X 2=** **6** **MEDIO**
	-Ricezione dell'istanza da parte dal Medico Referente di Ambito Territoriale. Il Medico Referente assegna l'istanza al personale medico dell'ambito competente	U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica		Il referente di Ambito non assegna e trattiene l'istanza	interno ASP Esterno	-Mancanza di procedure interne -Monopolio del potere -Mancanza di trasparenza			
	-Sopralluogo igienico-sanitario presso il Cimitero. Durante l' Estumulazione la verifica riguarda: a)l'esecuzione di una opportuna apertura nella cassa di zinco prima che il feretro venga inumato; b) la completa mineralizzazione del cadavere per la raccolta dei resti mortali; c) l'integrità del feretro nel caso in cui lo stesso feretro dovrà essere trasferito in altra sede. Qualora si constati un degrado della cassa che ne comprometta la perfetta tenuta è	U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica (Custode Cimiteriale, Parenti del Defunto, Impresa Funebre, Ditta per smaltimento rifiuti)		- Mancato sopralluogo o parzialità nella valutazione, durante lo stesso. Prendere contatti diretti con l'impresa funebre	Esterno	-Monopolio del potere -assenza di check --list -eccessiva discrezionalità nella verifica -Basso standard etico			

	necessario procedere alla risistemazione del feretro, mediante l'intervento di una impresa funebre , con una nuova cassa o con il rifascio della stessa prima del trasferimento, al fine di evitare che possa rappresentare pregiudizio per la salute pubblica. I rifiuti prodotti durante tale operazioni vengono smaltiti tramite ditta autorizzata. La verifica per l'usabilità della tomba o del loculo è inerente alla presenza dei requisiti igienico-sanitari previsti dalle norme di settore per l'idoneità degli stessi								
	Verbalizzazione di tutte le operazioni eseguite comprese, qualora necessarie, quelle relative alla risistemazione del feretro firmata da tutti i soggetti coinvolti. Rilascio parere igienico-sanitario per l'usabilità della tomba o loculo. Detto parere, qualora si siano rilevate criticità durante il sopralluogo, dovrà contenere anche le eventuali prescrizioni per l'idoneità che il privato o il soggetto pubblico è tenuto a rispettare. Trasmissione della relazione al Sindaco. Trasmissione del suddetto parere ai richiedenti ed anche al Sindaco , quale Autorità sanitaria Locale.	U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica		-Relazione con o senza gravi criticità riscontrate; -Parere senza prescrizioni	Esterno	-Eccessiva discrezionalità:			

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso:	**Motivazione**
definizione della procedura per il controllo	riduzione della discrezionalità del personale
rotazione del personale	riduzione della discrezionalità del personale ed uniformità sull'azione della vigilanza
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: • condivisione delle procedure con il personale interessato; • adozione procedura da parte della Direzione UOC e di utilizzo dell'apposita modulistica (ulteriore fase condivisa) • verifica e controllo delle attività svolta	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: procedura interna, relativa alla corretta ed uniforme applicazione della norma e per la prevenzione della trasparenza e del conflitto d'interesse

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Elaborazione procedura e relativa modulistica	Identificare modalità operative per una corretta ed uniforme applicazione della norma	Aprile 2020	Gruppo tecnico interno Dipartimento	Documento
Approvazione e definizione nuova procedura	riduzione della discrezionalità del personale	Maggio 2020	Direzione Dipartimento	Disposizione di servizio
Verifica del livello di rispetto della procedura adottata	Monitoraggio	Novembre 2020	Gruppo tecnico interno	Report al 31 ottobre 2020

Misura: rotazione del personale

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Elaborazione sistema di rotazione programmata del personale e/o di altre modalità alternative di controllo dentro la procedura (segregazione delle funzioni, attività multidisciplinare, vigilanza in coppia…)	riduzione della discrezionalità del personale	Aprile 2020	Dipartimento Prevenzione U.O.C. Igiene Pubblica	Documento

U.O.C. PREVENZIONE IGENE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO

Nello svolgimento delle attività istituzionali al fine di erogare le prestazioni di competenza l'U.O.C. SPISAL si interfaccia con gli Enti Pubblici (DTL, INAIL, INPS, ArpaCal, CCIA),con le Forze dell'Ordine, con le Procure del territorio, con le OO.SS. con i Rappresentanti dei Datori di Lavoro, con i Collegi Professionali, gli Ordini Professionali. I soggetti sopra elencati si rivolgono direttamente alla U.O.C.. Mentre i soggetti privati/cittadini si possono rapportare con il Servizio per richiedere il rilascio di documentazione di pertinenza, per presentare esposti/denunce per denunciare situazioni di rischio per la salute e la sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro o per la sicurezza di terzi. La collaborazione con gli Enti pubblici avviene sul piano delle rispettive competenze per favorire una sempre maggiore uniformità nella conduzione delle attività istituzionali. L'attività Istituzionale è regolamentata da norme sia nazionali quali: il D.lgs. 81/2008, il D. lgs. 758/1994, il Codice penale, il Codice di procedura penale, le procedure stabilite dal Dipartimento Tutela della Salute, dai LEA.

CATALOGO DEI PROCESSI

1) Ispezione e controllo negli ambienti di lavoro (inchieste infortunio, inchieste malattie professionali, vigilanza ordinaria)
2) Contestazione violazioni penali e amministrative ex D.Lgs 758/94 e procedimenti correlati
3) Deroga alle disposizioni di legge per locali da adibire a luoghi di lavoro. Autorizzazione piani di lavoro amianto
4) Decreti astensione lavoratrici madri / Idoneità sanitaria

Attuazione e monitoraggio delle misure di prevenzione generali e trasversali:

a) la misura relativa alla elaborazione di una procedura interna, per una corretta ed uniforme applicazione delle attività di valutazione, vigilanza e ispezione, coordinata a livello dipartimentale, è in corso di realizzazione. Nell'ambito del tavolo dipartimentale appositamente costituito si sono condivise le linee di indirizzo per l'elaborazione delle procedure, integrando gli aspetti generali e trasversali, da elaborare a livello dipartimentale, e gli aspetti specifici che riguardano le attività di valutazione, vigilanza e ispezione proprie del contesto istituzionale ed operativi dell'Unità Operativa. L'attività realizzata nel corso dell'anno, con l'obiettivo di procedimentalizzare l'attività di vigilanza e ispezione, si è focalizzata sugli elementi procedurali che dovranno caratterizzare la fase preliminare all'attività ispettiva ed il successivo accertamento, con particolare riferimento agli aspetti relativi ai poteri di vigilanza, al corretto approccio etico comportamentale, alla gestione del conflitto d'interessi. Tale attività sarà conclusa nel corso dell'anno 2020 definendo la fase conclusiva del procedimento di ispezione e vigilanza, l'integrazione definitiva con le attività specifiche che interessano ogni singola Unità Operativa, la predisposizione delle check list, la condivisione e trasferimento di tutte le procedure nell'ambito di un percorso formativo.
b) La misura relativa alla rotazione del personale non è stata realizzata ed è quindi integralmente riproposta;

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA' Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica	IMPATTO Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica	VALORE/ RISCHIO
Ispezione e controllo negli ambienti di lavoro (inchieste infortunio, inchieste malattie professionali, vigilanza ordinaria)	programmazione e affidamento agli ispettori delle pratiche	U.O.C. PISAL	Favorire o danneggiare i destinatari dei controlli/ vigilanza	Non rispettare le procedure di trasparenza nell'assegnare le pratiche	Interno: Servizio	-Mancanza di procedure interne -Monopolio del potere -Mancanza di trasparenza	a) Discrezionalità 5 b) Rilevanza 5 c) Complessità 1 d) Valore economico 3 e) Frazionabilità 1 f) Controlli 3 **Totale= 18** **Media aritmetica 18/6=3**	a) Organizzativo 1 b) Economico 1 c) Reputazionale 0 d) Organizzativo, 2 e)Qualità dei servizi 2 f) Etico, comportamen. 1 **Totale= 7** **Media aritmetica 7/6=1.16**	Valore di **P x I** **3X 1,16=** **4,8** **MEDIO**
	1° sopralluogo: Redigere verbale Effettuare prescrizioni nei casi richiesti Notificare i verbali	U.O.C. PISAL		Omettere o non descrivere le violazioni riscontrate Non prescrivere la rimozione delle violazioni riscontrate Omettere la notifica del verbale	Esterno: Azienda	-Mancanza di procedure interne -Monopolio del potere -Mancanza di trasparenza	a) Discrezionalità 3 b) Rilevanza 5 c) Complessità 1 d) Valore economico 3 e) Frazionabilità 1 f) Controlli 3 **Totale= 16** **Media aritmetica 16/6=2.66**	a) Organizzativo 4 b) Economico 1 c) Reputazionale 2 d) Organizzativo, 2 e) Etico, comportamen. 5 f) Qualità dei servizi 2 **Totale = 16** **Media aritmetica 16/6=2.66**	Valore di **P x I** **2,66X 2,66=** **7,07** **MEDIO ALTO**
	Inchieste, infortuni e malattie professionali	U.O.C. PISAL		Non condurre le indagini in maniera oggettiva e imparziale	Esterno: Azienda	-Mancanza di procedure interne -Monopolio del potere -Mancanza di trasparenza	a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza 5 c) Complessità 3 d) Valore economico 3 e) Frazionabilità 1 f) Controlli 3 Totale = 17 **Media aritmetica 17/6=2.83**	a) Organizzativo 4 b) Economico 1 c) Reputazionale 2 d) Organizzativo, 2 e) Etico, comportamen. 1 f) Qualità dei servizi 2 **Totale= 12** **Media aritmetica 12/6=2**	Valore di **P x I** **2,83X 2,=** **5,66** **MEDIO**

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso:	**Motivazione**
Procedura interna, relativa alla corretta ed uniforme applicazione della norma e per la prevenzione della trasparenza e del conflitto d'interesse	riduzione della discrezionalità del personale
rotazione del personale	riduzione della discrezionalità del personale ed uniformità sull'azione della vigilanza
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): rischio residuo basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: • condivisione delle procedure con il personale interessato; • adozione procedura da parte della Direzione UOC e di utilizzo dell'apposita modulistica (ulteriore fase condivisa) • verifica e controllo delle attività svolta	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: Procedura interna, relativa alla corretta ed uniforme applicazione della norma e per la prevenzione della trasparenza e del conflitto d'interesse				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Elaborazione procedura e relativa modulistica	Identificare modalità operative per una corretta ed uniforme applicazione della norma	Aprile 2020	Gruppo tecnico interno Dipartimentale	Documento
Approvazione e definizione nuova procedura	riduzione della discrezionalità del personale	Maggio 2020	Direzione Dipartimento	Disposizione di servizio
Verifica del livello di rispetto della procedura adottata	Monitoraggio	Novembre 2020	Gruppo tecnico interno	Report al 31 ottobre 2020

Misura: rotazione del personale				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Elaborazione sistema di rotazione programmata del personale e/o di altre modalità alternative di controllo dentro la procedura (segregazione delle funzioni, attività multidisciplinare, vigilanza in coppia…)	riduzione della discrezionalità del personale	Aprile 2020	Dipartimento Prevenzione U.O.C. SPISAL	Documento

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA' Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica	IMPATTO Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica	VALORE/ RISCHIO
Contestazione violazioni penali e amministrative ex D.Lgs 758/94 e procedimenti correlati	2°SOPRALLUOGO Rivisita per la verifica della ottemperanza alle prescrizioni	U.O.C. PISAL	Favorire o danneggiare i destinatari dei controlli/ vigilanza	Non prescrivere la rimozione delle violazioni riscontrate	Esterno: Azienda	-Mancanza di procedure interne -Monopolio del potere -Mancanza di trasparenza	a) Discrezionalità 5 b) Rilevanza 5 c) Complessità 1 d) Valore economico 3 e) Frazionabilità 1 f) Controlli 3 **Totale= 18** **Media aritmetica 18/6=3**	a) Organizzativo 4 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, 2 e) Qualità dei servizi 2 f) Etico comportamen. 5 **Totale= 15** **Media aritmetica 15/6= 2,5**	Valore di P x I **3X 2,5=** **7,25** **MEDIO ALTO**
	Verbale di ammissione al pagamento delle sanzioni dovute	U.O.C. PISAL		Omettere la notifica del verbale	Interna	Mancanza di procedure interne -Monopolio del potere -Mancanza di trasparenza	a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza 5 c) Complessità 1 d) Valore economico 3 e) Frazionabilità 1 f) Controlli 3 **Totale= 15** **Media aritmetica 15/6=2.5**	a) Organizzativo 4 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, 2 e) Qualità dei servizi 2 f) Etico, comportamen. 1 **Totale=11** **Media aritmetica 1/6= 1,83**	Valore di P x I **2,5X 1,83=** **4,57** **MEDIO**
	Comunicazione alla procura di avvenuto pagamento, ovvero di non avvenuto pagamento	U.O.C. PISAL		Omettere la comunicazione	Esterno: Azienda	Mancanza di procedure interne -Monopolio del potere -Mancanza di trasparenza	a) Discrezionalità 1 b) Rilevanza 5 c) Complessità 1 d) Valore economico 3 e) Frazionabilità 1 f) Controlli 3 **Totale= 14** **Media aritmetica 14/6=2.33**	a) Organizzativo 4 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, 2 e) Qualità dei servizi 2 f) Etico, comportamen. 1 **Totale= 11** **Media aritmetica 11/6=1,83**	Valore di P x I **2,33X 1,83=** **4,26** **MEDIO**

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
Procedura interna, relativa alla corretta uniforme contestazione delle norme violate	riduzione della discrezionalità del personale
rotazione del personale	riduzione della discrezionalità del personale ed uniformità sull'applicazione della norma
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): rischio residuo basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: • condivisione delle procedure con il personale interessato; • adozione procedura da parte della Direzione UOC e di utilizzo dell'apposita modulistica (ulteriore fase condivisa) • verifica e controllo delle attività svolta	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: Procedura interna, relativa alla corretta ed uniforme applicazione della norma e per la prevenzione della trasparenza e del conflitto d'interesse				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Elaborazione procedura e relativa modulistica	Identificare modalità operative per una corretta ed uniforme applicazione della norma	Aprile 2020	Gruppo tecnico interno Dipartimentale	Documento
Approvazione e definizione nuova procedura	riduzione della discrezionalità del personale	Maggio 2020	Direzione Dipartimento	Disposizione di servizio
Verifica del livello di rispetto della procedura adottata	Monitoraggio	Novembre 2020	Gruppo tecnico interno	Report al 31 ottobre 2020

Misura: rotazione del personale				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Elaborazione sistema di rotazione programmata del personale e/o di altre modalità alternative di controllo dentro la procedura (segregazione delle funzioni, attività multidisciplinare, vigilanza in coppia…)	riduzione della discrezionalità del personale	Aprile 2020	Dipartimento Prevenzione U.O.C. SPISAL	Documento

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA' Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica	IMPATTO Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica	VALORE/ RISCHIO
Decreti astensione lavoratrici madri	Rilasciare il decreto di astensione	U.O.C. PISAL	Favorire o danneggiare i lavoratori richiedenti	Non rispettare i tempi previsti per il rilascio del decreto	Interno: Servizio	Mancanza di procedure interne -Mancanza di trasparenza	a) Discrezionalità 1 b) Rilevanza 5 c) Complessità 1 d) Valore economico 3 e) Frazionabilità 1 f) Controlli 2 **Totale= 13** **Media aritmetica** **13/6=2.16**	a) Organizzativo 1 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, 3 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 1 **Totale= 8** **Media aritmetica** **8/6= 1,33**	Valore di P x I **2,16X 1,33=** **2,87** **MEDIO BASSO**
Idoneità sanitaria	Rilasciare il certificato di idoneità	U.O.C. PISAL		Far trascorrere troppo tempo dalla richiesta alla convocazione del lavoratore al rilascio del certificato di idoneità	Interno: Servizio	Mancanza di procedure interne -Mancanza di trasparenza			

Attuazione e monitoraggio delle misure di prevenzione specifiche: la misura prevista è stata completamente realizzata, nell'ambito del PTCPT 2020 – 2022 è quindi inserita una misura di monitoraggio e verifica del rispetto della disposizione emanata ed un Report finale relativo all'attività di controllo ex post effettuato, ai fini della verifica di efficacia.

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
disposizione interna, per attenersi rigorosamente alla cronologia data dal protocollo di entrata della richiesta	Eliminare ambiti di discrezionalità
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): rischio residuo basso	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: disposizione interna, per attenersi rigorosamente alla cronologia data dal protocollo di entrata della richiesta

Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Verifica rispetto della disposizione adottata	Monitoraggio e verifica di efficacia	Giugno/Novembre 2020	Direzione UOC	Report

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA' Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica	IMPATTO Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica	VALORE/ RISCHIO
Deroga alle disposizioni di legge per locali da adibire a luoghi di lavoro	Rilasciare il certificato di deroga	U.O.C. PISAL	Favorire o danneggiare le aziende richiedenti	Far trascorrere troppo tempo dalla richiesta al rilascio del certificato di deroga	Interno: Servizio Esterno: Azienda	Mancanza di procedure interne -Monopolio del potere -Mancanza di trasparenza	a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza 5 c) Complessità 1 d) Valore economico 3 e) Frazionabilità 1 f) Controlli 2 **Totale= 14** **Media aritmetica 14/6=2.33**	a) Organizzativo 4 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, 3 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 1 **Totale= 11** **Media aritmetica 11/6=1.83**	Valore di **P x I** **2,33X 1,83=** **4,26** **MEDIO**
Autorizzazione piani di lavoro amianto	Rilasciare Nulla Osta	U.O.C. PISAL		Far trascorrere troppo tempo dalla presentazione del Piano di Lavoro al rilascio del N.O.	Interno: Servizio Esterno: Azienda	Mancanza di procedure interne -Monopolio del potere -Mancanza di trasparenza	a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza 3 c) Complessità 1 d) Valore economico 3 e) Frazionabilità 1 f) Controlli 2 **Totale= 14** **Media aritmetica 12/6=2.0**	a) Organizzativo 1 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, 3 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 1 **Totale= 14** **Media aritmetica 8/6=1.33**	Valore di **P x I** **2X 1,33=** **2,66** **MEDIO BASSO**

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso:	**Motivazioni**
Procedura interna, relativa alla corretta ed uniforme applicazione della norma per il rilascio dei certificati di deroga e dei Nulla Osta piani di Lavoro	riduzione della discrezionalità del personale
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): rischio residuo basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: • condivisione delle procedure con il personale interessato; • adozione procedura da parte della Direzione UOC e di utilizzo dell'apposita modulistica (ulteriore fase condivisa) • verifica e controllo delle attività svolta	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: Procedura interna, relativa alla corretta ed uniforme applicazione della norma per il rilascio dei certificati di deroga e dei Nulla Osta piani di Lavoro				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Elaborazione procedura e relativa modulistica	Identificare modalità operative per una corretta ed uniforme applicazione della norma	Aprile 2020	Gruppo tecnico interno Dipartimentale	Documento
Approvazione e definizione nuova procedura	riduzione della discrezionalità del personale	Maggio 2020	Direzione Dipartimento	Disposizione di servizio
Verifica del livello di rispetto della procedura adottata	Monitoraggio	Novembre 2020	Gruppo tecnico interno	Report al 31 ottobre 2020

UNITA' OPERATIVA SANITA' ANIMALE

Il Servizio di Sanità Animale è una Struttura organizzativa prevista dal Servizio Sanitario Nazionale, inserita nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione. La finalità principale è rappresentata dalla tutela della salute animale in particolare attraverso la prevenzione e il controllo delle zoonosi (malattie trasmissibili tra gli animali e l'uomo) e di altre malattie animali trasmissibili.

Detta finalità è a sua volta strettamente correlata con la sicurezza degli alimenti di origine animale e con la tutela della salute umana in sintonia con la strategia denominata "One health" (una sola salute) che prevede un approccio integrato tra la sanità pubblica veterinaria, la sanità pubblica, la tutela dell'ambiente (biodiversità compresa), l'agricoltura. La tutela della salute e del benessere degli animali concorre pertanto ad assicurare un livello elevato di sanità pubblica e di sicurezza alimentare oltre che influire in maniera significativa su diversi aspetti economici, sociali, culturali e ambientali.

Nel territorio provinciale di competenza sono presenti 14326 aziende zootecniche distribuite su una superficie territoriale complessiva di 6.709 Kmq. di cui.

- 2488 aziende aperte con allevamenti bovini e bufalini,
- 4482 ovini e caprini,
- 2913 aziende aperte con allevamenti suinicole,
- 1561 aziende aperte con allevamenti di equidi,
- 110 aziende aperte con allevamenti avicoli,
- 5 aziende aperte con allevamenti di piscicoltura,
- 352 aziende aperte con allevamenti di api.

(fonte BDN al 26.09.2017 del sito ministeriale https://www.vetinfo.sanita.it riquadro "Statistiche")

L'attività imprenditoriale si sviluppa in un contesto territoriale proprio della regione Calabria, con quello che comporta in termini di presenza e condizionamento da parte della criminalità organizzata. La condizione economica, spesso non sana, di alcune imprese impatta sull'attività del settore relativamente al carico delle iniziative di vigilanza e controllo, spesso effettuato congiuntamente con altre Istituzioni deputate.

Nello svolgimento dell'attività, si intrattengono rapporti con: Regione Calabria, Nas – Forze dell'ordine, Altri servizi veterinari, Singole imprese, Associazioni di categoria dei produttori, Associazioni di consumatori, Associazioni animaliste.

I rapporti di coinvolgimento sono attivi sulla filiera istituzionale relativi alla vigilanza ed ai controlli, mentre sono deboli nei confronti degli stakeholder (Singole imprese, Associazioni di categoria dei produttori, Associazioni di consumatori, Associazioni animaliste).

In particolare, le imprese, oltre 10.000, per le caratteristiche di piccola dimensione e distribuzione territoriale, sono scarsamente coinvolte. Potrebbero essere coinvolte le rappresentanze di categoria, nella fase di programmazione delle attività e nella verifica.

La normativa è prevalentemente di tipo europeo e nazionale, recepita a livello regionale e trasferita in linee guida e procedure supportate da una piattaforma informatica.

CATALOGO DEI PROCESSI

1. Rilascio codice struttura (codice Aziendale) per nuovi insediamenti animali per aziende OSA e non.
2. Controlli a seguito di atto di registrazione delle attività di produzione primaria e non.
3. Registrazione in B.D.N. anagrafe zootecnica animali da reddito.
4. Produzione e rilascio certificazioni sanitarie per spostamento animali da reddito.
5. Registrazione eventi in anagrafe regionale animali da compagnia (cani, gatti, furetti)
6. Rilascio certificazioni varie su interesse dei privati.
7. Esecuzione dei controlli ufficiali in esecuzione delle profilassi di Stato presso aziende OSA e non.
8. Esecuzione dei controlli ufficiali in materia di sicurezza alimentare (Ispezione, vigilanza, verifica, campionamento…) presso aziende OSA e non.
9. Emissione bollette ai fini della fatturazione per diritti sanitari veterinari.
10. Sanzioni amministrative in materia sanitaria: accertamento, contestazione, pagamento in misura ridotta.

Attuazione e monitoraggio delle misure generali e trasversali di prevenzione:

a) la misura relativa alla elaborazione di una procedura interna, per una corretta ed uniforme applicazione delle attività di valutazione, vigilanza e ispezione, coordinata a livello dipartimentale, è in corso di realizzazione. Nell'ambito del tavolo dipartimentale appositamente costituito si sono condivise le linee di indirizzo per l'elaborazione delle procedure, integrando gli aspetti generali e trasversali, da elaborare a livello dipartimentale, e gli aspetti specifici che riguardano le attività di valutazione, vigilanza e ispezione proprie del contesto istituzionale ed operativi dell'Unità Operativa. L'attività realizzata nel corso dell'anno, con l'obiettivo di procedimentalizzare l'attività di vigilanza e ispezione, si è focalizzata sugli elementi procedurali che dovranno caratterizzare la fase preliminare all'attività ispettiva ed il successivo accertamento, con particolare riferimento agli aspetti relativi ai poteri di vigilanza, al corretto approccio etico comportamentale, alla gestione del conflitto d'interessi. Tale attività sarà conclusa nel corso dell'anno 2020 definendo la fase conclusiva del procedimento di ispezione e vigilanza, l'integrazione definitiva con le attività specifiche che interessano ogni singola Unità Operativa, la predisposizione delle check list, la condivisione e trasferimento di tutte le procedure nell'ambito di un percorso formativo.
b) La misura relativa alla rotazione del personale non è stata realizzata ed è quindi integralmente riproposta.
c) La misura relativa alla realizzazione del Corso di formazione non stata realizzata in quanto non è stato approvato il Piano formativo aziendale ed è stata quindi riproposta integralmente quale attività di accompagnamento alla realizzazione delle misure.

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Rilascio codice struttura (codice aziendale) per nuovi insediamenti animali per aziende OSA	Acquisizione richiesta e documentazione relativa alla struttura ed al proprietario	Sanità animale	Favorire/ ostacolare impresa nel rilascio codice struttura				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 1 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 2 d) Valore 3 e) Informatizzazione 2 f) Programmazione 1 **TOTALE = 14** **MEDIA ARITMETICA 14/6= 2,33**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 2 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE = 11** **MEDIA ARITMETICA 11/6= 1,83**	Valore di **P x I** **2,33 X 1,83 = 4,28** **MEDIO**
	Acquisizione n. di registrazione OSA	Sanità animale		Assegnare il codice in mancanza di documentazione completa/ ritardare assegnazione in presenza di documentazione completa	Interno/esterno	Monopolio del potere			
	Assegnazione codice aziendale	Sanità animale		Assegnare il codice in mancanza di documentazione completa/ritardare assegnazione in presenza di documentazione completa	Interno/esterno	Monopolio del potere			
	Iscrizione azienda in BDN	Sanità animale							
	Programmazione controlli	Sanità animale							
	Trasmissione atti al responsabile del servizio	Sanità animale							

Attuazione e monitoraggio delle misure di prevenzione specifiche: la misura prevista è stata realizzata, implementando il protocollo operativo "Anagrafe zootecnica" Ana.zoo.001. Nell'ambito del PTCPT 2020 – 2022 è quindi inserita una misura di monitoraggio e verifica del rispetto del protocollo operativo nella parte relativa al controllo campionario ex post volto a prevenire il rischio corruttivo individuato nelle sue modalità di comportamento ed un Report finale relativo all'attività di controllo ex post effettuato, ai fini della verifica di efficacia.

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
controllo campionario ex post di tipo documentale e in azienda	Il controllo costituisce un fattore inibente e dissuasivo
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: Controllo campionario ex post di tipo documentale e in azienda				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Monitoraggio sul rispetto del protocollo operativo Anagrafe zootecnica	Rispetto della procedura	Giugno/novembre 2020	Dipartimento Prevenzione U.O.C. SVET Sanità animale	Documento
Elaborazione Report sugli esiti dell'attività di monitoraggio sul rispetto del protocollo operativo nella parte relativa al controllo campionario ex post volto a prevenire il rischio corruttivo individuato nelle sue modalità di comportamento	Verifica di efficacia	Novembre 2020	Dipartimento Prevenzione U.O.C. SVET Sanità animale	Report

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Controlli a seguito di atto di registrazione delle attività di produzione primaria	Consultazione e prelievo pratica su piattaforma informatica	Sanità animale	Favorire impresa nell'esito positivo del controllo				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 5 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 1 d) Valore 3 e) Informatizzazione 5 f) Programmazione 1 **TOTALE = 20** **MEDIA ARITMETICA** **20/6= 3,33**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 3 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Etico, comportamentale 3 f) Qualità dei servizi 1 **TOTALE = 16** **MEDIA ARITMETICA** **16/6= 2,67**	Valore di **P x I** **3,33 X 2,67 = 8,89** **MEDIO ALTO**
	Assegnazione	Sanità animale		Assegnazione a determinati sanitari	Interno	Discrezionalità nella scelta			
	Pianificazione controllo	Sanità animale							
	Esecuzione controllo	Sanità animale		Eseguire il controllo su una % inferiore a quella prescritta dalla normativa vigenti	Interno/esterno	Monopolio del potere			
	Relazione	Sanità animale							
	Trasmissione atti al Dirigente Responsabile	Sanità animale							
	Eventuale emissione provvedimenti	Sanità animale							

Attuazione e monitoraggio delle misure di prevenzione specifiche: la misura relativa alla elaborazione di una disposizione di servizio ed un programma di sopralluoghi in coppia non è stata realizzata ed è stata integralmente riproposta nell'ambito del PTPCT 2020 – 2022.

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
rotazione programmata del personale nelle assegnazioni	assicurare trasparenza e casualità alle assegnazioni
sopralluogo in coppia con utilizzo di check list	riduzione della discrezionalità e tracciabilità del controllo
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: rotazione anche fra le coppie **e** individuazione casuale dei componenti.	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: rotazione programmata del personale nelle assegnazioni

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Elaborazione programma di rotazione programmata del personale nelle assegnazioni con individuazione casuale dei componenti e rotazione anche fra le coppie	Trasparenza nelle assegnazioni dei controlli	Aprile 2020	Dipartimento Prevenzione U.O.C. SVET Sanità animale	Documento

Misura: sopralluogo in coppia con utilizzo di check list

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Elaborazione disposizione di servizio e programma di sopralluoghi in coppia	riduzione della discrezionalità e tracciabilità del controllo	Aprile 2020	Dipartimento Prevenzione U.O.C. SVET Sanità animale	Disposizione e programma di lavoro

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Registrazione in B.D.N. anagrafe zootecnica animali da reddito	Acquisizione dichiarazioni di nascita e/o identificazione dei capi	Sanità animale	Favorire impresa nei ritardi di notifica in BDN	Accettando consapevolmente una dichiarazione mendace	Interno/esterno	Monopolio del potere	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 1 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 1 d) Valore 3 e) Informatizzazione 1 f) Programmazione 1 **TOTALE = 12** **MEDIA ARITMETICA 12/6= 2**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 2 e) Qualità dei servizi 2 f) Etico, comportamentale **TOTALE = 12** **MEDIA ARITMETICA 12/6= 2**	Valore di **P x I** **2 X 2 = 4** **MEDIO**
	Iscrizione capi su piattaforma informatica	Sanità animale							
	Archiviazione cartaceo	Sanità animale							

Attuazione e monitoraggio delle misure di prevenzione specifiche: la misura prevista è stata realizzata, implementando il protocollo operativo "Anagrafe zootecnica" Ana.zoo.001. Nell'ambito del PTCPT 2020 – 2022 è quindi inserita una misura di monitoraggio e verifica del rispetto del protocollo operativo nella parte relativa al controllo campionario ex post volto a prevenire il rischio corruttivo individuato nelle sue modalità di comportamento ed un Report finale relativo all'attività di controllo ex post effettuato, ai fini della verifica di efficacia.

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
controllo campionario ex post di tipo documentale e in azienda	Il controllo costituisce un fattore inibente e dissuasivo
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: Controllo campionario ex post di tipo documentale e in azienda

Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Monitoraggio sul rispetto del la procedura	Rispetto della procedura	Giugno/novembre 2020	Dipartimento Prevenzione U.O.C. SVET Sanità animale	Documento
Elaborazione Report sugli esiti dell'attività di monitoraggio sul rispetto del protocollo operativo nella parte relativa al controllo campionario ex post volto a prevenire il rischio corruttivo individuato nelle sue modalità di comportamento	Verifica di efficacia	Novembre 2020	Dipartimento Prevenzione U.O.C. SVET Sanità animale	Report

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Produzione e rilascio certificazioni sanitarie per spostamento animali da reddito	Richiesta da parte dell'interessato		Favorire/sfavorire impresa nell'aggiornamento in BDN				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 5 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 1 d) Valore 4 e) Informatizzazione 5 f) Programmazione 1 **TOTALE = 21** **MEDIA ARITMETICA 21/6= 3,50**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 5 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Etico, comportamentale 1 f) Qualità dei servizi 1 **TOTALE = 12** **MEDIA ARITMETICA 12/6= 2**	Valore di **P x I** **3,50 X 2 = 7** **MEDIO ALTO**
	Controllo sanitario dei capi da movimentare	Sanità animale							
	Rilascio certificazione previo pagamento (solo per movimento vita)	Sanità animale		Rilascio certificazione oltre i termini di legge Rilascio certificazione senza pagamento diritti	Interno/esterno	Monopolio del potere			
	Aggiornamento in BDN consistenza capi	Sanità animale		Registrazione entrata/uscita oltre termine	Interno/esterno	Monopolio del potere			

Attuazione e monitoraggio delle misure di prevenzione specifiche: la misura non è stata realizzata ed è stata integralmente riproposta nell'ambito del PTPCT 2020 – 2022.

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
elaborazione procedura/ sistema di tracciabilità dal rilascio del Mod. 4) all'avvenuta riscossione	Monitoraggio delle riscossioni e riduzione del possibile evento rischioso
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso (a regime)	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: utilizzazione il programma della BDN per estrapolare i dati sulla emissione del Mod. 4 ed implementare il supporto informatico specifico finalizzato al monitoraggio e tracciatura delle riscossioni. Assegnare un conto corrente specifico per l'area funzionale di appartenenza come elemento primario del monitoraggio o individuare altre modalità di tipo contabile per monitorare le riscossioni.	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: Elaborazione procedura/ sistema di tracciabilità dal rilascio del Mod. 4) all'avvenuta riscossione				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Elaborazione procedura/ sistema di tracciabilità	Tracciabilità e monitoraggio riscossione diritti	Maggio 2020	Dipartimento Prevenzione U.O.C. SVET Sanità Animale	Documento e report

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Registrazione eventi in anagrafe regionale animali da compagnia (cani, gatti, furetti)	Acquisizione documentale	Sanità animale	Favorire imprese di allevamento animali da compagnia	Orientare l'allevatore a fornire dichiarazioni mendaci	Interno/esterno	Monopolio del potere	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 1 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 1 d) Valore 3 e) Informatizzazione 1 f) Programmazione 1 **TOTALE = 12** **MEDIA ARITMETICA 12/6= 2**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 2 e) Etico, comportamentale 1 f) Qualità dei servizi 1 **TOTALE = 12** **MEDIA ARITMETICA 12/6= 2**	Valore di **P x I** **2 X 2 = 4** **MEDIO**
	Registrazione evento in anagrafe	Sanità animale							
	Rilascio documentale	Sanità animale							
	Archiviazione cartaceo	Sanità animale							

Attuazione e monitoraggio delle misure di prevenzione specifiche: la misura prevista è stata realizzata, implementando le procedure di cui alla nota prot. n. 159368 del 31.07.2014. Nell'ambito del PTCPT 2020 – 2022 è quindi inserita una misura di monitoraggio e verifica del rispetto della procedura nella parte relativa al controllo campionario ex post volto a prevenire il rischio corruttivo individuato nelle sue modalità di comportamento ed un Report finale relativo all'attività di controllo ex post effettuato, ai fini della verifica di efficacia.

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
controllo campionario ex post di tipo documentale e in azienda	Il controllo costituisce un fattore inibente e dissuasivo
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: Controllo campionario ex post di tipo documentale e in azienda				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Monitoraggio sul rispetto del la procedura	Rispetto della procedura	Giugno/novembre 2020	Dipartimento Prevenzione U.O.C. SVET Sanità animale	Documento
Elaborazione Report sugli esiti dell'attività di monitoraggio sul rispetto del protocollo operativo nella parte relativa al controllo campionario ex post volto a prevenire il rischio corruttivo individuato nelle sue modalità di comportamento	Verifica di efficacia	Novembre 2020	Dipartimento Prevenzione U.O.C. SVET Sanità animale	Report

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Rilascio certificazioni varie su interesse dei privati	Richiesta emissione certificato su richiesta dei privati	Sanità animale	Certificazioni mendaci				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 4 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 1 d) Valore 2 e) Informatizzazione 3 f) Programmazione 1 **TOTALE = 16** **MEDIA ARITMETICA 16/6= 2,67**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Etico, comportamentale 1 f) Qualità dei servizi 1 **TOTALE = 12** **MEDIA ARITMETICA 12/6= 2**	Valore di **P x I** **2,67 X 2 = 5,33** **MEDIO**
	Trasmissione richiesta al veterinario ufficiale	Sanità animale							
	Verifica in BDN	Sanità animale							
	Rilascio Certificato	Sanità animale		Attestazioni/certificazione di situazioni varie non corrispondenti alla realtà (consistenza bestiame….)	Interno/esterno	Monopolio del potere			
	Registrazione cartacea	Sanità animale							

Attuazione e monitoraggio delle misure di prevenzione specifiche: la misura prevista è stata realizzata, implementando le procedure di controllo di cui alla nota prot. n. 159368 del 31.07.2014. Nell'ambito del PTCPT 2020 – 2022 è quindi inserita una misura di monitoraggio e verifica della corrispondenza fra il certificato e la reale situazione aziendale, al fine di prevenire il rischio corruttivo individuato nelle sue modalità di comportamento ed un Report finale relativo all'attività di controllo ex post effettuato, ai fini della verifica di efficacia.

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
controllo campionario ex post di tipo documentale e in azienda	Il controllo costituisce un fattore inibente e dissuasivo
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: Controllo campionario ex post di tipo documentale e in azienda

Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Monitoraggio sul rispetto del la procedura	Rispetto della procedura	Giugno/novembre 2020	Dipartimento Prevenzione U.O.C. SVET Sanità animale	Documento
Elaborazione Report sugli esiti dell'attività di monitoraggio sul rispetto del protocollo operativo nella parte relativa al controllo campionario ex post volto a prevenire il rischio corruttivo individuato nelle sue modalità di comportamento	Verifica di efficacia	Novembre 2020	Dipartimento Prevenzione U.O.C. SVET Sanità animale	Report

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Esecuzione dei controlli ufficiali in esecuzione delle profilassi di Stato presso aziende OSA e non	Piano, programmato di campionamento annuale (profilassi)	Sanità animale	Favorire azienda sottoposta a controllo				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 1 d) Valore 3 e) Informatizzazione 3 f) Programmazione 1 **TOTALE = 15** **MEDIA ARITMETICA** **15/6= 2,50**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Etico, comportamentale 1 f) Qualità dei servizi 2 **TOTALE = 13** **MEDIA ARITMETICA** **13/6= 2,17**	Valore di **P x I** **2,50X 2,17 = 5,42** **MEDIO**
	Pianificazione controllo	Sanità animale							
	Accesso in azienda con idonea strumentazione per prelievo	Sanità animale		Mancato prelievo di campione relativo a capi di bestiame in attesa di refertazione, potenzialmente infetti	Interno/esterno	Monopolio del potere Oggettiva difficoltà nell'esecuzione dei prelievi (per animali allo stato brado e/o localizzati in aree montane disagiate)			
	Inoltro Laboratorio Analisi	Sanità animale							
	Registrazione	Sanità animale							
	Comunicazione alla Ditte interessate/altra Autorità competente	Sanità animale							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
verifica delle procedure già presenti nel Dipartimento di prevenzione ed eventuale integrazione di elementi utili a prevenire i comportamenti rischiosi in tutte le fasi del processo	realizzazione di un sistema integrato di controllo e verifica
rotazione del personale o altre modalità alternative	assicurare trasparenza e casualità alle assegnazioni
formazione tecnica	miglioramento e diffusione delle competenze
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: coordinare le diverse misure in una procedura operativa organica	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: verifica delle procedure già presenti nel Dipartimento di prevenzione ed eventuale integrazione di elementi utili a prevenire i comportamenti rischiosi in tutte le fasi del processo.

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
verifica delle procedure ed eventuale integrazione	Integrazione del sistema di verifiche e controlli	Aprile 2020	Gruppo tecnico di lavoro	Documento

Misura: rotazione del personale

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Elaborazione programma di rotazione programmata del personale e/o di altre modalità alternative di controllo dentro la procedura (segregazione delle funzioni, attività multidisciplinare)	Trasparenza nelle assegnazioni dei controlli	Aprile 2020	Dipartimento Prevenzione U.O.C. SVET Sanità animale	Documento

Misura: Corso *L'attività di vigilanza e ispezione nel Dipartimento di prevenzione: standard, procedure, aspetti etico – comportamentali e prevenzione della corruzione*

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Inserimento dell'evento nella programmazione aziendale	Programmazione delle attività	Gennaio 2020	RPCT UO Formazione	Atto di programmazione
Elaborazione del progetto formativo	Progettazione didattica	Entro aprile 2020	UO Formazione Responsabile scientifico	Determina di approvazione del progetto formativo
Realizzazione del progetto formativo	Organizzazione ed erogazione della formazione	Entro giugno 2020	Dipartimento Prevenzione UO Formazione	Realizzazione corso

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Esecuzione dei controlli ufficiali in materia di sicurezza alimentare (ispezione, vigilanza, verifica, campionamento) presso aziende OSA e non	Individuazione aziende da sottoporre a controllo	Regione Calabria Sanità animale	Favorire o penalizzare Azienda	Inserire/non inserire azienda al fine di effettuare/non effettuare il controllo	Interno/esterno	Discrezionalità del potere	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 4 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 4 d) Valore 4 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 **TOTALE = 22** **MEDIA ARITMETICA 22/6= 3,67**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 3 c) Reputazionale 5 d) Organizzativo, economico, Immagine 4 e) Etico, comportamentale 5 f) Qualità dei servizi 3 **TOTALE = 25** **MEDIA ARITMETICA 25/6= 4,17**	Valore di **P x I** **3,67X 4,17 = 15,28** **ALTO**
	Esecuzione controllo e campionamento su sospetto	Sanità animale							
	Pianificazione controllo	Sanità animale							
	Accesso alla struttura con idonea strumentazione	Sanità animale		Non rilevare eventuali non adeguatezze e non conformità al fine di agevolare l'azienda o accentuare criticità al fine di penalizzare l'azienda e/o di ottenere vantaggi personali	Interno/esterno	Discrezionalità del potere			
	Inoltro Laboratorio Analisi	Sanità animale							
	Registrazione	Sanità animale							
	Comunicazione sanzione alla Ditte interessate/altra Autorità competente	Sanità animale		Applicazione di tariffe sanzionatorie con importi inferiori a quelle previste per l'infrazione	interno	Discrezionalità nella scelta Diversificazione normativa del sistema sanzionatorio			

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
verifica delle procedure già presenti nel Dipartimento di prevenzione ed eventuale integrazione di elementi utili a prevenire i comportamenti rischiosi in tutte le fasi del processo	realizzazione di un sistema integrato di controllo e verifica
rotazione del personale o altre modalità alternative	assicurare trasparenza e casualità alle assegnazioni
formazione tecnica ed etico comportamentale	miglioramento e diffusione delle competenze e dell'etica professionale
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: coordinare le diverse misure in una procedura operativa organica	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: verifica delle procedure già presenti nel Dipartimento di prevenzione ed eventuale integrazione di elementi utili a prevenire i comportamenti rischiosi in tutte le fasi del processo.

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
verifica delle procedure ed eventuale integrazione	Integrazione del sistema di verifiche e controlli	Aprile 2020	Gruppo tecnico di lavoro	Documento

Misura: rotazione del personale

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Elaborazione programma di rotazione programmata del personale e/o di altre modalità alternative di controllo dentro la procedura (segregazione delle funzioni, attività multidisciplinare)	Trasparenza nelle assegnazioni dei controlli	Aprile 2020	Dipartimento Prevenzione U.O.C. SVET Sanità animale	Documento

Misura: Corso *L'attività di vigilanza e ispezione nel Dipartimento di prevenzione: standard, procedure, aspetti etico – comportamentali e prevenzione della corruzione*

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Inserimento dell'evento nella programmazione aziendale	Programmazione delle attività	Gennaio 2020	RPCT UO Formazione	Atto di programmazione
Elaborazione del progetto formativo	Progettazione didattica	Entro Aprile 2020	UO Formazione Responsabile scientifico	Determina di approvazione del progetto formativo
Realizzazione del progetto formativo	Organizzazione ed erogazione della formazione	Entro Giugno 2020	Dipartimento Prevenzione UO Formazione	Realizzazione corso

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Emissione bollette ai fini della fatturazione per diritti sanitari veterinari	Prestazione veterinaria soggetta a pagamento secondo il Decreto Legislativo n. 194/08	Sanità animale	Favorire aziende nell'applicazione delle tariffe				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 5 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 1 d) Valore 4 e) Informatizzazione 5 f) Programmazione 1 **TOTALE = 21** **MEDIA ARITMETICA 21/6= 3,50**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 2 e) Etico, comportamentale 4 f) Qualità dei servizi 1 **TOTALE = 14** **MEDIA ARITMETICA 14/6= 2,33**	Valore di **P x I** **3,50X 2,33 = 8,17** **MEDIO ALTO**
	Emissione bolletta Diritti sanitari veterinari	Sanità animale		Mancata emissione della bolletta o applicazione di tariffa di importo inferiore	Interno/esterno	Discrezionalità della scelta			
	Comunicazione Uffici finanziari ed Archiviazione	Sanità animale							
	In caso di mancato pagamento, sollecito con maggiorazione del 30%	Sanità animale		Mancato sollecito del pagamento	Interno/esterno	Discrezionalità della scelta			
	Dopo 60 giorni, trasmissione documentazione degli OSA inadempienti alle Aree/Uffici amministrativi responsabili del contenzioso e delle procedure di riscossione coattiva	Sanità animale		Mancata trasmissione della documentazione ai competenti uffici	Interno/esterno	Discrezionalità della scelta			

Attuazione e monitoraggio delle misure di prevenzione specifiche: la misura non è stata realizzata ed è stata integralmente riproposta nell'ambito del PTPCT 2020 – 2022.

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
elaborazione procedura finalizzata a tracciare il percorso di accertamento dell'entrata dall'emissione del bollettino alla riscossione, anche per eventuali aperture di contenzioso	monitoraggio e accertamento entrate
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: elaborazione procedura finalizzata a tracciare il percorso di accertamento dell'entrata dall'emissione del bollettino alla riscossione, anche per eventuali aperture di contenzioso.				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
elaborazione procedura	Gestione trasparente del processo	Aprile 2020	Gruppo tecnico di lavoro	Documento
Reporting annuale	Monitoraggio e verifica	Novembre 2020	Gruppo tecnico di lavoro	Report

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Sanzioni amministrative in materia sanitaria: accertamento, contestazione, pagamento in misura ridotta	Accertamento di violazioni di illecito amministrativo	Sanità animale	Favorire impresa nel pagamento della sanzione				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 5 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 1 d) Valore 3 e) Informatizzazione 5 f) Programmazione 1 **TOTALE = 20** **MEDIA ARITMETICA 20/6= 3,33**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Etico, comportamentale 1 f) Qualità dei servizi 1 **TOTALE = 12** **MEDIA ARITMETICA 12/6= 2**	Valore di **P x I** **3,33X 2 = 6,67** **MEDIO**
	Comunicazione al Responsabile del servizio	Sanità animale							
	Notifica del verbale entro 90 giorni dalla contestazione	Sanità animale		Notifica verbale oltre i 90 giorni	interno	Mancanza di controlli			
	Rapporto Autorità competente Regionale trascorsi 60 gg dalla notifica se non si è avuta evidenza del pagamento	Sanità animale							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
Elaborazione e verifica della procedura ottimale per il monitoraggio dell'attività sanzionatoria dall'emissione dei provvedimenti alla trasmissione delle pratiche alla Regione Calabria, con richiesta di riscontro sull'esito delle stesse	Monitoraggio e verifica del processo sanzionatorio
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: confrontarsi con i servizi finanziari sul sistema più efficace e compatibile per il monitoraggio continuo e diversificato (per territorio e Unità Operativa) delle entrate	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: elaborazione procedura per il monitoraggio dell'attività sanzionatoria dall'emissione dei provvedimenti alla trasmissione delle pratiche alla Regione Calabria, con richiesta di riscontro sull'esito delle stesse.

Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
elaborazione procedura	Gestione trasparente del processo	Giugno 2020	Gruppo tecnico di lavoro	Documento
Reporting annuale	Monitoraggio e verifica	Novembre 2020	Gruppo tecnico di lavoro	Report

U.O.C. IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE

Il Servizio Veterinario igiene degli alimenti di origine animale svolge i seguenti compiti istituzionali e si occupa dei controlli igienico sanitari legati alla filiera (dal produttore al consumatore), al fine di garantire la sicurezza degli alimenti di origine animale nelle fasi di produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto, deposito, distribuzione e somministrazione. Nel dettaglio:

- Ispezione, vigilanza e controllo degli alimenti di origine animale e dei suoi derivati nelle fasi di macellazione, conservazione, trasformazione, lavorazione, deposito, trasporto e vendita, in particolar modo rivolte al costante e continuo miglioramento delle condizioni di sicurezza alimentare.
- Attività di controllo igienico sanitario degli alimenti di origine animale.
- Riconoscimento comunitario per impianti di produzione di alimenti di origine animale destinata al consumo e alla commercializzazione all'ingrosso in ambito CE.
- Sistemi di allerta per alimenti di origine animale.
- Attività di vigilanza e/o ispezione presso gli impianti di macellazione ed in ordine agli alimenti di origine animale.
- Tutela igienico-sanitaria delle uova, del miele e loro derivati. - Tossinfezioni alimentari e relative indagini. –
- Certificazioni sanitarie sui prodotti destinati all'esportazione o ad usi particolari. - Vigilanza e ispezione nelle strutture in cui la normativa vigente prevede la presenza del veterinario ufficiali.
- Indagine microbiologica nelle fasi di produzione e sui prodotti.
- Attività di vigilanza, ispezione e prelievo di campioni negli esercizi pubblici dove si conservano o si consumano sostanze alimentari, nonché sugli scali alimentari, e sui mezzi di trasporto.
- Controllo della filiera dei prodotti della pesca.
- Vigilanza sull'importazione ed esportazione delle carni e dei prodotti di origine animale, ove prevista dalla normativa vigente.
- Valutazione dei piani di autocontrollo;
- Benessere animale in fase di macellazione.
- Funzioni di educazione, formazione e informazione sanitaria nell'ambito delle proprie competenze. –
- Attività di polizia veterinaria.
- Gestione stati d'allerta sanitarie ed emergenze.
- Direttive alle Aziende Sanitarie ex Decreto Legislativo (D.Lgs.) 155/97 ed autocontrollo. Adempimenti ex DPR 327/80 e L 283/62.
- Indicatori generici (Numero totale dei prelievi).
- Gestione delle allerta sanitarie per le relative malattie infettive degli animali.

Il personale medico veterinario, composto da dirigenti e specialisti ambulatoriali convenzionati e tecnici della prevenzione secondo lo schema allegato opera negli ambiti territoriali definiti

Medici Veterinari dirigenti	Medici Veterinari Specialisti	Tecnici della prevenzione
33	9	10

Da evidenziare che a far data dal 2009 la Sanità Calabrese è sottoposta a gestione commissariale finalizzata alla realizzazione del "Piano di rientro dal disavanzo del sistema sanitario regionale", ed all'interno della stessa struttura è stata creata apposita Task force Veterinaria che stabilisce gli obiettivi da raggiungere e verifica il corretto andamento dell'attività attraverso verifiche quali audit sia di sistema che di settore, nonché attraverso il monitoraggio continuo legato ai flussi dei dati che con cadenza stabilita vengono inoltrati.

La presenza di un siffatto sistema di controllo e monitoraggio continuo, aiuta e supporta le strutture territoriali al corretto raggiungimento degli obiettivi. C'è anche da evidenziare che già a far data dal 04 febbraio 2016 con DCA n.19 la regione Calabria ha adottato le Linee Guida sulla gestione del conflitto d'interesse degli addetti al controllo ufficiale in materia di sanità veterinaria e sicurezza alimentare; tutto cio' certamente è intervenuto nel sistema al fine di aumentare le garanzie in termine di trasparenza e prevenzione dei fenomeni corruttivi.

L'analisi del contesto territoriale rileva invece una situazione di criticità certamente legata alla situazione socio – economica locale e dalla presenza di forme di criminalità organizzata, cio' nonostante ad oggi non sono emersi fenomeni corruttivi legati anche alla modalità di intervento sulle attività presenti sul territorio.

Il personale addetto di fatto non opera mai da solo, l'attività viene pianificata nel rispetto della norma nazionale comunitaria con una giusta rotazione del personale e vengono effettuate verifiche sia sul campo che di verifica dell'efficacia a posteriori.
Inoltre sull'intero territorio viene programmata annualmente la verifica degli stabilimenti riconosciuti attraverso impiego di personale che non opera nell'ambito del territorio, a garanzia e conferma delle modalità predisposte.

CATALOGO DEI PROCESSI

1) Ispezioni e controlli degli alimenti di origine animale dalla produzione alla commercializzazione ;
2) Controlli a seguito di atto di registrazione delle attività di produzione primaria, commercio al dettaglio in sede fissa, laboratorio artigianale con annessa vendita, commercio al dettaglio con strutture mobili su aree pubbliche, trasporto alimenti, trasporto animali, fiere, festival, sagre popolari, stabilimento di produzione, trasformazione e confezionamento, ristorazione, distribuzione all'ingrosso;
3) Rilascio certificazioni sanitarie relative ad alimenti di origine animale (Esportazione o su interesse dei privati);
4) Attività di campionamento ufficiale/conoscitivo con stesura relativo verbale di prelievo con sopralluogo e atti conseguenti;
5) Emissione bollette ai fini della fatturazione quali contributi per le ispezioni ed i controlli veterinari di taluni prodotti di origine animale;
6) Sanzioni amministrative in materia sanitaria : Accertamento, contestazione, pagamento in misura ridotta.

Attuazione e monitoraggio delle misure generali e trasversali di prevenzione:

a) la misura relativa alla elaborazione di una procedura interna, per una corretta ed uniforme applicazione delle attività di valutazione, vigilanza e ispezione, coordinata a livello dipartimentale, è in corso di realizzazione. Nell'ambito del tavolo dipartimentale appositamente costituito si sono condivise le linee di indirizzo per l'elaborazione delle procedure, integrando gli aspetti generali e trasversali, da elaborare a livello dipartimentale, e gli aspetti specifici che riguardano le attività di valutazione, vigilanza e ispezione proprie del contesto istituzionale ed operativi dell'Unità Operativa. L'attività realizzata nel corso dell'anno, con l'obiettivo di procedimentalizzare l'attività di vigilanza e ispezione, si è focalizzata sugli elementi procedurali che dovranno caratterizzare la fase preliminare all'attività ispettiva ed il successivo accertamento, con particolare riferimento agli aspetti relativi ai poteri di vigilanza, al corretto approccio etico comportamentale, alla gestione del conflitto d'interessi. Tale attività sarà conclusa nel corso dell'anno 2020 definendo la fase conclusiva del procedimento di ispezione e vigilanza, l'integrazione definitiva con le attività specifiche che interessano ogni singola Unità Operativa, la predisposizione delle check list, la condivisione e trasferimento di tutte le procedure nell'ambito di un percorso formativo.
b) La misura relativa alla rotazione del personale non è stata realizzata ed è quindi integralmente riproposta.
c) La misura relativa alla realizzazione del Corso di formazione non stata realizzata in quanto non è stato approvato il Piano formativo aziendale ed è stata quindi riproposta integralmente quale attività di accompagnamento alla realizzazione delle misure.

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA' Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica	IMPATTO Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica	VALORE/ RISCHIO
Ispezioni e controlli degli alimenti di origine animale dalla produzione alla commercializzazione	Programmazione annuale dei controlli; Controlli su richiesta di altra Autorità Competente	U.O.C. Igiene degli alimenti di origine animale	Favorire o penalizzare Operatore del settore alimentare						
	Assegnazione pratiche	U.O.C. Igiene degli alimenti di origine animale		Acquisizione diretta di pratiche	Articolazioni territoriali	Autoreferenzialità; Mancanza di trasparenza; Discrezionalità Mancanza di regole	a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 3 d) Valore 3 e) Informatizzazione 3 f) Programmazione 3 **TOTALE = 18** **MEDIA 18/6 = 3**	a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, 3 economico, Immagine e) Etico, comportamentale1 f) Qualità dei servizi 4 **TOTALE = 15** **MEDIA 15/6 = 2,5**	Valore di **P x I** **3X 2,5 = 7,5** **MEDIO ALTO**
	Pianificazione Controllo	U.O.C. Igiene degli alimenti di origine animale		Organizzazione del lavoro in maniera discrezionale	Articolazioni territoriali	Autoreferenzialità Discrezionalità Mancanza di regole	a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 2 d) Valore 3 e) Informatizzazione 3 f) Programmazione3 **TOTALE = 17** **MEDIA 17/6 = 2,83**	a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, 3 economico, Immagine e) Etico, comportamentale 1 f) Qualità dei servizi 4 **TOTALE = 15** **MEDIA 15/6 = 2,5**	Valore di **P x I** **2,83X 2,5 = 7,1** **MEDIO ALTO**
	Esecuzione Controllo	U.O.C. Igiene degli alimenti di origine animale		Organizzazione del lavoro in maniera discrezionale	Articolazioni territoriali	Autoreferenzialità Discrezionalità	a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 3 d) Valore 3 e) Informatizzazione 3 f) Programmazione 3 **TOTALE = 18** **MEDIA 18/6 = 3**	a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Etico, comportamentale 1 f) Qualità dei servizi 4 **TOTALE = 15** **MEDIA 15/6 = 2,5**	Valore di **P x I** **3X 2,5 = 7,5** **MEDIO ALTO**
	Relazione	U.O.C. Igiene degli alimenti di origine animale							
	Atti conseguenziali	U.O.C. Igiene degli alimenti di origine animale							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	Motivazione
verifica delle procedure già presenti nel Dipartimento di prevenzione ed eventuale integrazione di elementi utili a prevenire i comportamenti rischiosi in tutte le fasi del processo	realizzazione di un sistema integrato di controllo e verifica
rotazione del personale o altre modalità alternative	assicurare trasparenza e casualità alle assegnazioni
formazione tecnica ed etico comportamentale	miglioramento e diffusione delle competenze ed etica professionale
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: coordinare le diverse misure in una procedura operativa organica	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: verifica delle procedure già presenti nel Dipartimento di prevenzione ed eventuale integrazione di elementi utili a prevenire i comportamenti rischiosi in tutte le fasi del processo.

Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
verifica delle procedure ed eventuale integrazione	Integrazione del sistema di verifiche e controlli	Aprile 2020	Gruppo tecnico di lavoro	Documento

Misura: rotazione del personale

Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Elaborazione programma di rotazione programmata del personale e/o di altre modalità alternative di controllo dentro la procedura (segregazione delle funzioni, attività multidisciplinare)	Trasparenza nelle assegnazioni dei controlli	Aprile 2020	Dipartimento Prevenzione U.O.C. Igiene degli alimenti di origine animale	Documento

Misura: Corso *L'attività di vigilanza e ispezione nel Dipartimento di prevenzione: standard, procedure, aspetti etico – comportamentali e prevenzione della corruzione*

Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Inserimento dell'evento nella programmazione aziendale	Programmazione delle attività	Gennaio 2020	RPCT UO Formazione	Atto di programmazione
Elaborazione del progetto formativo	Progettazione didattica	Entro Aprile 2020	UO Formazione Responsabile scientifico	Determina di approvazione del progetto formativo
Realizzazione del progetto formativo	Organizzazione ed erogazione della formazione	Entro Giugno 2020	Dipartimento Prevenzione UO Formazione	Realizzazione corso

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA' Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica	IMPATTO Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica	VALORE/ RISCHIO
Controlli a seguito di atto di registrazione	Prelievo Pratica su piattaforma informatica SUAP	U.O.C. Igiene degli alimenti di origine animale	Favorire o penalizzare Operatore del settore alimentare						
	Assegnazione pratica	U.O.C. Igiene degli alimenti di origine animale		Valutazioni soggettive ed assegnazioni di pratiche senza regole	Articolazioni territoriali	Autoreferenzialità Discrezionalità; assenza di regole	a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 3 d) Valore 3 e) Informatizzazione 3 f) Programmazione 3 **TOTALE = 18** **MEDIA 18/6 = 3**	a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine3 e) Etico, comportamentale 1 f) Qualità dei servizi 4 **TOTALE = 15** **MEDIA 15/6 = 2,5**	Valore di **P x I** **3X 2,5 = 7,5** **MEDIO ALTO**
	Pianificazione Controllo	U.O.C. Igiene degli alimenti di origine animale U.O.C. Igiene degli alimento e nutrizione		Valutazione soggettive con eccessiva discrezionalità	Articolazioni territoriali	Autoreferenzialità Discrezionalità	a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 3 d) Valore 2 e) Informatizzazione 3 f) Programmazione 3 **TOTALE = 17** **MEDIA 17/6 = 2,83**	a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Etico, comportamentale 1 f) Qualità dei servizi 4 **TOTALE = 15** **MEDIA 15/6 = 2,5**	Valore di **P x I** **2,83X 2,5 = 7,1** **MEDIO ALTO**
	Esecuzione Controllo	U.O.C. Igiene degli alimenti di origine animale		Organizzazione del lavoro in maniera discrezionale	Articolazioni territoriali	Autoreferenzialità Discrezionalità	a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 3 d) Valore 3 e) Informatizzazione 3 f) Programmazione 3 **TOTALE = 18** **MEDIA18/6 = 3**	a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Etico, comportamentale 1 f) Qualità dei servizi 4 **TOTALE = 15** **MEDIA 15/6 = 2,5**	Valore di **P x I** **3X 2,5 = 7,5** **MEDIO ALTO**
	Relazione	U.O.C. Igiene degli alimenti di origine animale							
	Atti conseguenziali	U.O.C. Igiene degli alimenti di origine animale							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
verifica delle procedure già presenti nel Dipartimento di prevenzione ed eventuale integrazione di elementi utili a prevenire i comportamenti rischiosi in tutte le fasi del processo	realizzazione di un sistema integrato di controllo e verifica
rotazione del personale o altre modalità alternative	assicurare trasparenza e casualità alle assegnazioni
formazione tecnica ed etico comportamentale	miglioramento e diffusione delle competenze ed etica professionale
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: coordinare le diverse misure in una procedura operativa organica	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: verifica delle procedure già presenti nel Dipartimento di prevenzione ed eventuale integrazione di elementi utili a prevenire i comportamenti rischiosi in tutte le fasi del processo.

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
verifica delle procedure ed eventuale integrazione	Integrazione del sistema di verifiche e controlli	Aprile 2020	Gruppo tecnico di lavoro	Documento

Misura: rotazione del personale

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Elaborazione programma di rotazione programmata del personale e/o di altre modalità alternative di controllo dentro la procedura (segregazione delle funzioni, attività multidisciplinare)	Trasparenza nelle assegnazioni dei controlli	Aprile 2020	Dipartimento Prevenzione U.O.C. Igiene degli alimenti di origine animale	Documento

Misura: Corso *L'attività di vigilanza e ispezione nel Dipartimento di prevenzione: standard, procedure, aspetti etico – comportamentali e prevenzione della corruzione*

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Inserimento dell'evento nella programmazione aziendale	Programmazione delle attività	Gennaio 2020	RPCT UO Formazione	Atto di programmazione
Elaborazione del progetto formativo	Progettazione didattica	Entro Aprile 2020	UO Formazione Responsabile scientifico	Determina di approvazione del progetto formativo
Realizzazione del progetto formativo	Organizzazione ed erogazione della formazione	Entro Giugno 2020	Dipartimento Prevenzione UO Formazione	Realizzazione corso

PROCESSO	**FASI/AZIONI**	**U.O. COINVOLTE**	**EVENTO**	**SCHEMA EVENTI RISCHIOSI**			**VALUTAZIONE RISCHIO**		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	**PERIMETRO (DOVE)**	**FATTORI ABILITANTI**	**PROBABILITA'** Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica	**IMPATTO** I valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica	**VALORE/ RISCHIO**
Rilascio certificazioni sanitarie relative ad alimenti di origine animale	Richiesta emissione certificato su richiesta dei privati	U.O.C. Igiene degli alimenti di origine animale	Favorire o penalizzare Operatore del settore alimentare						
	Trasmissione richiesta al Veterinario Ufficiale	U.O.C. Igiene degli alimenti di origine animale							
	Verifica	U.O.C. Igiene degli alimenti di origine animale		Comportamento non univoco	Sede Operatore del settore alimentare	Scarsa conoscenza della norma	a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 1 d) Valore 5 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 **TOTALE = 17** **MEDIA 17/6 =2,83**	a) Organizzativo 3 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 2 e) Etico, comportamentale 1 f) Qualità dei servizi 5 **TOTALE = 13** **MEDIA 13/6 = 2,2**	Valore di **P x I** **2,83X 2,2 = 6,2** **MEDIO**
	Esito	U.O.C. Igiene degli alimenti di origine animale							
	Registrazione	U.O.C. Igiene degli alimenti di origine animale							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
formazione tecnica ed etico comportamentale	miglioramento e diffusione delle competenze ed etica professionale
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: coordinare le diverse misure in una procedura operativa organica	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: Corso *L'attività di vigilanza e ispezione nel Dipartimento di prevenzione: standard, procedure, aspetti etico – comportamentali e prevenzione della corruzione*

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Inserimento dell'evento nella programmazione aziendale	Programmazione delle attività	Gennaio 2020	RPCT UO Formazione	Atto di programmazione
Elaborazione del progetto formativo	Progettazione didattica	Entro Aprile 2020	UO Formazione Responsabile scientifico	Determina di approvazione del progetto formativo
Realizzazione del progetto formativo	Organizzazione ed erogazione della formazione	Entro Giugno 2020	Dipartimento Prevenzione UO Formazione	Realizzazione corso

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA' Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica	IMPATTO Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica	VALORE/ RISCHIO
Attività di campionamento ufficiale/ conoscitivo	Piano Programmato di campionamento annuale Campionamento su sospetto	U.O.C. Igiene degli alimenti di origine animale	Favorire o penalizzare Operatore del Settore alimentare						
	Pianificazione controllo	U.O.C. Igiene degli alimenti di origine animale		Organizzazione soggettiva e discrezionale	Articolazioni territoriali	Autoreferenzialità Discrezionalità; Mancanza di regole	a) Discrezionalità 1 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 2 d) Valore 1 e) Informatizzazione 5 f) Programmazione 1 **TOTALE = 14** **MEDIA 14/6 = 2,3**	a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, 2 economico, Immagine e) Etico, comportamentale 1 f) Qualità dei servizi 5 **TOTALE = 15** **MEDIA 15/6 = 2,5**	Valore di **P x I** **2,3X 2,5 =5,75** **MEDIO**
	Esecuzione Prelievo	U.O.C. Igiene degli alimenti di origine animale		Individuazione di attività in maniera discrezionale	Sede operatore del settore alimentare	Discrezionalità	a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 1 d) Valore 1 e) Informatizzazione 5 f) Programmazione1 **TOTALE = 14** **MEDIA 14/6 = 2,3**	a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, 2 economico, Immagine e) Etico, comportamentale 1 f) Qualità dei servizi 5 **TOTALE = 15** **MEDIA 15/6 = 2,5**	Valore di **P x I** **2,3X 2,5 = 5,75** **MEDIO**
	Esito	U.O.C. Igiene degli alimenti di origine animale		Scarsa conoscenza delle norme e disattenzione nella valutazione del referto	Articolazioni territoriali	Scarsa competenza; mancato aggiornamento	a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 1 d) Valore 1 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione1 **TOTALE = 14** **MEDIA 14/6 = 2,3**	a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, 2 economico, Immagine e) Etico, comportamentale 1 f) Qualità dei servizi 5 **TOTALE = 15** **MEDIA 15/6 = 2,5**	Valore di **P x I** **2,3X 2,5 = 5,75** **MEDIO**
	Registrazione	U.O.C. Igiene degli alimenti di origine animale							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	Motivazione
verifica delle procedure già presenti nel Dipartimento di prevenzione ed eventuale integrazione di elementi utili a prevenire i comportamenti rischiosi in tutte le fasi del processo	realizzazione di un sistema integrato di controllo e verifica
formazione tecnica ed etico comportamentale	miglioramento e diffusione delle competenze ed etica professionale
formazione tecnica	miglioramento e diffusione delle competenze
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: coordinare le diverse misure in una procedura operativa organica	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: verifica delle procedure già presenti nel Dipartimento di prevenzione ed eventuale integrazione di elementi utili a prevenire i comportamenti rischiosi in tutte le fasi del processo.

Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
verifica delle procedure ed eventuale integrazione	Integrazione del sistema di verifiche e controlli	Aprile 2020	Gruppo tecnico di lavoro	Documento

Misura: rotazione del personale

Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Elaborazione programma di rotazione programmata del personale e/o di altre modalità alternative di controllo dentro la procedura (segregazione delle funzioni, attività multidisciplinare)	Trasparenza nelle assegnazioni dei controlli	Aprile 2020	Dipartimento Prevenzione U.O.C. Igiene degli alimenti di origine animale	Documento

Misura: Corso *L'attività di vigilanza e ispezione nel Dipartimento di prevenzione: standard, procedure, aspetti etico – comportamentali e prevenzione della corruzione*

Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Inserimento dell'evento nella programmazione aziendale	Programmazione delle attività	Gennaio 2020	RPCT UO Formazione	Atto di programmazione
Elaborazione del progetto formativo	Progettazione didattica	Entro Aprile 2020	UO Formazione Responsabile scientifico	Determina di approvazione del progetto formativo
Realizzazione del progetto formativo	Organizzazione ed erogazione della formazione	Entro Giugno 2020	Dipartimento Prevenzione UO Formazione	Realizzazione corso

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA' Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica	IMPATTO Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica	VALORE/ RISCHIO
Emissione bollette	Prestazione Veterinaria soggetta al pagamento secondo Decreto Legislativo 194/08	U.O.C. Igiene degli alimenti di origine animale	Favorire o penalizzare Operatore del settore alimentare						
	Evidenza sull'attività svolta	U.O.C. Igiene degli alimenti di origine animale							
	Emissione bolletta	U.O.C. Igiene degli alimenti di origine animale		Non corretta compilazione della bolletta	Articolazioni territoriali	Autoreferenziali; bassa informatizzazione del processo	a) Discrezionalità 1 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 3 d) Valore 1 e) Informatizzazione 5 f) Programmazione1 **TOTALE = 16** **MEDIA 16/6 = 2,6**	a) Organizzativo 3 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 2 e) Etico, comportamentale1 f) Qualità dei servizi 5 **TOTALE = 13** **MEDIA 13/6 = 2,2**	Valore di **P x I** **2,6X 2,2 = 5,72** **MEDIO**
	Comunicazione Uffici Finanziari	U.O.C. Igiene degli alimenti di origine animale							
	Ulteriore Comunicazione in caso di mancato pagamento	U.O.C. Igiene degli alimenti di origine animale		Mancata verifica e non corretto accertamento dell'esito del procedimento amministrativo	Articolazioni territoriali	Discrezionalità ; Bassa informatizzazione del processo	a) Discrezionalità 1 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 3 d) Valore 1 e) Informatizzazione 5 f) Programmazione1 **TOTALE = 16** **MEDIA 16/6 = 2,6**	a) Organizzativo 3 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 2 e) Etico, comportamentale 1 f) Qualità dei servizi 3 **TOTALE = 11** **MEDIA 11/6 = 1,83**	Valore di **P x I** **2,6X 1,83 = 4,7** **MEDIO**

Attuazione e monitoraggio delle misure di prevenzione specifiche: la misura prevista è stata realizzata, predisponendo un Registro sul quale annotare le riscossioni dei diritti sanitari/tariffe per prestazioni. Nell'ambito del PTCPT 2020 – 2022 è quindi inserita una misura di monitoraggio e verifica del rispetto della procedura di registrazione ai fini della tracciabilità ed il successivo monitoraggio degli esiti di riscossione dei diritti.

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
elaborazione procedura/ sistema di tracciabilità del sistema di riscossione dei diritti sanitari /tariffe per prestazioni	monitoraggio delle riscossioni e riduzione del possibile evento rischioso
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: Elaborazione procedura/ sistema di tracciabilità del sistema di riscossione dei diritti sanitari				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Monitoraggio procedura/ sistema di tracciabilità	Tracciabilità e monitoraggio riscossione diritti	Giugno/novembre 2020	Dipartimento Prevenzione U.O.C. Igiene degli alimenti di origine animale	Report

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA' Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica	IMPATTO Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica	VALORE/ RISCHIO
Sanzioni amministrative in materia sanitaria	Accertamento di violazione di illecito amministrativo	U.O.C. Igiene degli alimenti di origine animale	Favorire o penalizzare Operatore del settore alimentare						
	Comunicazione Responsabile di Servizio	U.O.C. Igiene degli alimenti di origine animale							
	Notifica del verbale entro 90gg dalla contestazione	U.O.C. Igiene degli alimenti di origine animale		Mancata compilazione nei tempi giusti e disattenzione nella compilazione	Articolazioni territoriali	Bassa definizione di responsabilità-mancanza di comunicazione; Bassa informatizzazione del processo	a) Discrezionalità 1 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 1 d) Valore 1 e) Informatizzazione 5 f) Programmazione 2 **TOTALE = 15** **MEDIA 15/6 = 2,5**	a) Organizzativo 1 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 2 e) Etico, comportamentale1 f) Qualità dei servizi 5 **TOTALE = 11** **MEDIA 11/6 = 1,8**	Valore di **P x I** **2,5X 1,8 = 4,5** **MEDIO**
	Rapporto Autorità Competente Regionale trascorsi 60gg se non si è avuta evidenza del pagamento	U.O.C. Igiene degli alimenti di origine animale		Mancata verifica e non corretto accertamento dell'esito del procedimento amministrativo	Articolazioni territoriali	Bassa definizione di responsabilità Bassa informatizzazione del processo	a) Discrezionalità 1 b) Rilevanza esterna 3 c) Complessità 1 d) Valore 1 e) Informatizzazione 5 f) Programmazione 2 **TOTALE = 13** **MEDIA 13/6 = 2,2**	a) Organizzativo 1 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 2 e) Etico, comportamentale 1 f) Qualità dei servizi 5 **TOTALE = 11** **MEDIA 11/6 = 1,8**	Valore di **P x I** **2,2X 1,8 = 3,96** **MEDIO BASSO**
	Archiviazione	U.O.C. Igiene degli alimenti di origine animale							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
elaborazione e verifica della procedura ottimale per il monitoraggio dell'attività sanzionatoria dall'emissione dei provvedimenti alla trasmissione delle pratiche alla Regione Calabria, con richiesta di riscontro sull'esito delle stesse	monitoraggio e verifica del processo sanzionatorio
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: confrontarsi con i servizi finanziari sul sistema più efficace e compatibile per il monitoraggio continuo e diversificato (per territorio e Unità Operativa) delle entrate; accompagnare la misura con attività di formazione etico comportamentale	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: elaborazione procedura per il monitoraggio dell'attività sanzionatoria dall'emissione dei provvedimenti alla trasmissione delle pratiche alla Regione Calabria, con richiesta di riscontro sull'esito delle stesse.

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
elaborazione procedura	Gestione trasparente del processo	Giugno 2020	Gruppo tecnico di lavoro	Documento
Reporting annuale	Monitoraggio e verifica	Novembre 2020	Gruppo tecnico di lavoro	Report

SERVIZIO VETERINARIO IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE

Il Servizio Veterinario area igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche ha competenze sulle seguenti filiere produttive:

- controlli igienico-sanitari del latte e dei suoi derivati (dal produttore al consumatore), del miele e delle uova, al fine di garantirne la sicurezza in tutte le fasi (produzione, trasformazione, conservazione, commercializzazione, trasporto, deposito e distribuzione);
- del Benessere di tutti gli animali;
- della sorveglianza sull'uso dei farmaci;
- dei controlli sull'alimentazione degli animali;
- della sicurezza alimentare ed ambientale.

Tale area territoriale di competenza è costituita da 155 comuni con c.a. 750.000 abitanti.
Il patrimonio zootecnico consta di:
N. 2285 allevamenti bovini e bufalini per un totale di 52445 capi bovini e 575 capi bufalini;

N. 4977 allevamenti ovi-caprini per un totale di 115898 capi ovi-caprini;

N. 2612 allevamenti suini per un totale di 25668 capi suini di cui il 90% distribuito in una infinità di piccoli allevamenti ad uso domestico;

97 sono le imprese dedite all'allevamento di specie minori (avi-cunicoli, selvaggina);

1264 apicoltori.

Nelle aree urbanizzate, o comunque antropizzate, è presente un considerevole numero di animali d'affezione.
Sono altresì presenti le seguenti attività soggette a controllo e ispezione da parte del Servizio:
352 Operatori del Settore Alimentare (OSA) dediti alla produzione lattiero casearia;

719 attività di commercio e/o produttive di alimenti destinati all'alimentazione di animali destinati alla produzione di alimenti per l'uomo;

25 canili tra sanitari, rifugio e altri stabulari,

57 strutture medico veterinarie (ambulatori e studi),

138 medici Veterinari LL.PP.

256 tra farmacie, parafarmacie e depositi di farmaci veterinari, scorte, soggetti a controllo

17 attività dedite allo smaltimento di sottoprodotti di origine animale.

L'organico di personale su cui può contare il Servizio è di: 24 medici veterinari, di cui 2 veterinari specialisti con contratto a 28 ore, 8 tecnici della prevenzione, 2 amministrativi.

La situazione operativa del Servizio è sicuramente condizionata nei risultati da alcune croniche difficoltà che si tenta di alleggerire ottimizzando al meglio le attività, ma inevitabilmente, restano sacche di criticità su cui, stante così le cose, è difficile incidere in maniera risolutiva ed io rischio corruttivo risulta più attuale. Fra queste risultano evidenti le carenze di personale: dalla analisi della domanda prestazionale del territorio, effettuata ad inizio anno per la stesura del PAL (piano d'attività lavorativa), incrociando i dati relativi alla domanda e della tempistica operativa delle singole prestazioni, emerge infatti che la dotazione organica del Servizio dovrebbe essere composta da almeno 30 dirigenti a tempo pieno. La carenza di risorse umane, oltre a rendere difficile il presidio dell'attività territoriale, non consente, senza una diversa ed adeguata attività di integrazione delle risorse a livello dipartimentale, di assumere misure di prevenzione della corruzione legate alla rotazione del personale.

CATALOGO DEI PROCESSI

1. Rilascio di autorizzazioni, nulla osta, pareri finalizzati ad ottenere autorizzazioni in materia di igiene alimenti
2. Attività di vigilanza e controllo
3. Attività sanzionatoria
4. Attività di campionamento ufficiale/conoscitivo
5. Riscossione tariffe finanziamenti C.U. veterinari di taluni prodotti di origine animale
6. Certificazione su istanza di parte.

Attuazione e monitoraggio delle misure generali e trasversali di prevenzione:

a) la misura relativa alla elaborazione di una procedura interna, per una corretta ed uniforme applicazione delle attività di valutazione, vigilanza e ispezione, coordinata a livello dipartimentale, è in corso di realizzazione. Nell'ambito del tavolo dipartimentale appositamente costituito si sono condivise le linee di indirizzo per l'elaborazione delle procedure, integrando gli aspetti generali e trasversali, da elaborare a livello dipartimentale, e gli aspetti specifici che riguardano le attività di valutazione, vigilanza e ispezione proprie del contesto istituzionale ed operativi dell'Unità Operativa. L'attività realizzata nel corso dell'anno, con l'obiettivo di procedimentalizzare l'attività di vigilanza e ispezione, si è focalizzata sugli elementi procedurali che dovranno caratterizzare la fase preliminare all'attività ispettiva ed il successivo accertamento, con particolare riferimento agli aspetti relativi ai poteri di vigilanza, al corretto approccio etico comportamentale, alla gestione del conflitto d'interessi. Tale attività sarà conclusa nel corso dell'anno 2020 definendo la fase conclusiva del procedimento di ispezione e vigilanza, l'integrazione definitiva con le attività specifiche che interessano ogni singola Unità Operativa, la predisposizione delle check list, la condivisione e trasferimento di tutte le procedure nell'ambito di un percorso formativo.
b) La misura relativa alla rotazione del personale non è stata realizzata ed è quindi integralmente riproposta.
c) La misura relativa alla realizzazione del Corso di formazione non stata realizzata in quanto non è stato approvato il Piano formativo aziendale ed è stata quindi riproposta integralmente quale attività di accompagnamento alla realizzazione delle misure.

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Rilascio di autorizzazioni, nulla osta, pareri finalizzati ad ottenere autorizzazioni in materia di igiene alimenti	Estrazione pratica piattaforma SUAP/Recepimento istanza di parte	U.O.C. Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche	Favorire o penalizzare soggetto che ha presentato istanza di autorizzazione				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 5 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 3 d) Valore 3 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 **TOTALE = 21** **MEDIA ARITMETICA 21/6= 3,50**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e)Qualità dei servizi 1 e) Etico, comportamentale 1 **TOTALE = 12** **MEDIA ARITMETICA 12/6= 2**	Valore di **P x I** **3,50X 2 = 7** **MEDIO ALTO**
	Assegnazione pratica	U.O.C. Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche		Acquisizione/assegnazione pratiche di interesse diretto	interno	Discrezionalità nella scelta			
	Pianificazione controllo	U.O.C. Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche Altri SVET/SIAN							
	Esecuzione 1°/2° controllo	U.O.C. Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche Altri SVET/SIAN		Mancato rispetto della check list di controllo Eccessiva benevolenza/severità nell'esecuzione dei controlli	esterno	Discrezionalità nella scelta			
	Indicazione importo prestazione	U.O.C. Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche		Determinazione arbitraria degli importi dovuti per le prestazioni		Mancanza di trasparenza			
	Approvazione/respingimento pratica/istanza	U.O.C. Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche Altri SVET/SIAN		Mancato rispetto della modulistica/check list. Mancanza di obbiettività nel valutare dati oggettivi.	interno	Monopolio del potere			
	Archiviazione/inoltro Regione Calabria	U.O.C. Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	Motivazione
verifica delle procedure già presenti nel Dipartimento di prevenzione ed eventuale integrazione di elementi utili a prevenire i comportamenti rischiosi in tutte le fasi del processo	realizzazione di un sistema integrato di controllo e verifica
elaborazione procedura/ sistema di tracciabilità del sistema di riscossione dei diritti sanitari /tariffe per prestazioni	monitoraggio delle riscossioni e riduzione del possibile evento rischioso
rotazione del personale o altre modalità alternative	assicurare trasparenza e casualità alle assegnazioni
formazione tecnica ed etico comportamentale	miglioramento e diffusione delle competenze ed etica professionale
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: verifica delle procedure già presenti nel Dipartimento di prevenzione ed eventuale integrazione di elementi utili a prevenire i comportamenti rischiosi in tutte le fasi del processo.

Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
verifica delle procedure ed eventuale integrazione	Integrazione del sistema di verifiche e controlli	Aprile 2020	Gruppo tecnico di lavoro	Documento

Misura: Elaborazione procedura/ sistema di tracciabilità del sistema di riscossione dei diritti sanitari

Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Elaborazione procedura/ sistema di tracciabilità	Tracciabilità e monitoraggio riscossione diritti	Aprile 2020	Dipartimento Prevenzione U.O.C. Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche	Documento e report

Misura: rotazione del personale

Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Elaborazione programma di rotazione programmata del personale e/o di altre modalità alternative di controllo dentro la procedura (segregazione delle funzioni, attività multidisciplinare)	Trasparenza nelle assegnazioni dei controlli	Aprile 2020	Dipartimento Prevenzione U.O.C. Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche	Documento

Misura: Corso *L'attività di vigilanza e ispezione nel Dipartimento di prevenzione: standard, procedure, aspetti etico – comportamentali e prevenzione della corruzione*

Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Inserimento dell'evento nella programmazione aziendale	Programmazione delle attività	Gennaio 2020	RPCT UO Formazione	Atto di programmazione
Elaborazione del progetto formativo	Progettazione didattica	Entro aprile 2020	UO Formazione Responsabile scientifico	Determina di approvazione del progetto formativo
Realizzazione del progetto formativo	Organizzazione/erogazione formazione	Entro giugno 2020	Dipartimento Prevenzione UO Formazione	Realizzazione corso

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Attività di vigilanza e controllo	Programmazione controlli su base annuale PAL Controlli su richiesta di altra Autorità Competente	Regione Calabria U.O.C. Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche UVAC altra Autorità Competente	Favorire o penalizzare soggetto sottoposto a controllo				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 5 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 2 d) Valore 3 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 3 **TOTALE = 22** **MEDIA ARITMETICA** **22/6= 3,66**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Etico, comportamentale 1 f) Qualità dei servizi 5 **TOTALE = 16** **MEDIA ARITMETICA** **16/6= 2,66**	Valore di **P x I** **3,66X 2,66 = 9,73** **MEDIO ALTO**
	Programmazione interna. Assegnazione	U.O.C. Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche		Acquisizione/assegnazione interessata pratiche di interesse diretto	interno	Discrezionalità nella scelta			
	Pianificazione controllo	U.O.C. Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche SIAN							
	Esecuzione controllo 1°/2°	U.O.C. Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche SIAN		Mancato rispetto delle buone pratiche di campionamento Eccessiva benevolenza/severità nell'esecuzione dei controlli	Esterno	Monopolio del potere			
	Provvedimenti e/o imposizioni Art.54 Reg CE 882/2004 Denuncia penale Prescrizioni e/o sanzioni Denuncia penale Sequestro e/o distruzione	U.O.C. Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche SIAN Tribunale		Mancato rispetto delle procedure e della tempistica di Legge Eccessiva benevolenza/severità nei riferimenti normativi per l'emissione delle sanzioni	Interno	Monopolio del potere			
	Revoca Art.54 Convalida sequestro e/o distruzione Dissequestro/ distruzione	U.O.C. Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche SIAN Tribunale							
	Archiviazione	U.O.C. Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecn							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	Motivazione
verifica delle procedure già presenti nel Dipartimento di prevenzione ed eventuale integrazione di elementi utili a prevenire i comportamenti rischiosi in tutte le fasi del processo	realizzazione di un sistema integrato di controllo e verifica
rotazione del personale o altre modalità alternative	assicurare trasparenza e casualità alle assegnazioni
formazione tecnica ed etico comportamentale	miglioramento e diffusione delle competenze ed etica professionale
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: coordinare le diverse misure in una procedura operativa organica	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: verifica delle procedure già presenti nel Dipartimento di prevenzione ed eventuale integrazione di elementi utili a prevenire i comportamenti rischiosi in tutte le fasi del processo.

Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
verifica delle procedure ed eventuale integrazione	Integrazione del sistema di verifiche e controlli	Aprile 2020	Gruppo tecnico di lavoro	Documento

Misura: rotazione del personale

Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Elaborazione programma di rotazione programmata del personale e/o di altre modalità alternative di controllo dentro la procedura (segregazione delle funzioni, attività multidisciplinare)	Trasparenza nelle assegnazioni dei controlli	Aprile 2020	Dipartimento Prevenzione U.O.C. Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche	Documento

Misura: Corso *L'attività di vigilanza e ispezione nel Dipartimento di prevenzione: standard, procedure, aspetti etico – comportamentali e prevenzione della corruzione*

Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Inserimento dell'evento nella programmazione aziendale	Programmazione delle attività	Gennaio 2020	RPCT UO Formazione	Atto di programmazione
Elaborazione del progetto formativo	Progettazione didattica	Entro aprile 2020	UO Formazione Responsabile scientifico	Determina di approvazione del progetto formativo
Realizzazione del progetto formativo	Organizzazione/erogazione formazione	Entro giugno 2020	Dipartimento Prevenzione UO Formazione	Realizzazione corso

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Attività sanzionatoria	Accertamento violazione di illecito amministrativo e relativa contestazione immediata	U.O.C. Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche Altri servizi vet SIAN Altre Autorità competenti	Favorire o penalizzare soggetto sottoposto a controllo	Mancato rispetto della check list di controllo Eccessiva benevolenza/severità nell'esecuzione dei controlli	ESTERNO	Monopolio del potere	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 4 d) Valore 3 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 **TOTALE = 19** **MEDIA ARITMETICA 19/6= 3,1**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e)Qualità dei servizi 5 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE = 16** **MEDIA ARITMETICA 16/6= 2,6**	Valore di **P x I** **3,1X 2,6 = 8,06** **MEDIO ALTO**
	Verbale di accertamento violazione aministrativa	U.O.C. Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche		Vantaggiosa/svantaggiosa interpretazione dell'infrazione nei confronti del soggetto sottoposto a sanzione	INTERNO	Mancanza di trasparenza			
	Verifica conformità	U.O.C. Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche		Vantaggiosa/svantaggiosa interpretazione dell'infrazione nei confronti del soggetto sottoposto a sanzione	INTERNO	Monopolio del potere Mancanza di trasparenza			
	Notifica processo verbale di contestazione Illecito amministrativo entro 90 giorni dall'accertamento/ contestazione	U.O.C. Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche Comuni		Non rispetto della tempistica di Legge	INTERNO	Monopolio del potere			

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	Motivazione
elaborazione procedura per il monitoraggio dell'attività sanzionatoria dall'emissione dei provvedimenti alla trasmissione delle pratiche alla Regione Calabria, con richiesta di riscontro sull'esito delle stesse	monitoraggio e verifica del processo sanzionatorio
verifica delle procedure già presenti nel Dipartimento di prevenzione ed eventuale integrazione di elementi utili a prevenire i comportamenti rischiosi in tutte le fasi del processo	realizzazione di un sistema integrato di controllo e verifica
formazione tecnica ed etico comportamentale	miglioramento e diffusione delle competenze ed etica professionale
rotazione del personale	assicurare trasparenza e casualità alle assegnazioni
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: confrontarsi con i servizi finanziari sul sistema più efficace e compatibile per il monitoraggio continuo e diversificato (per territorio e Unità Operativa) delle entrate; accompagnare la misura con attività di formazione etico comportamentale	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: elaborazione procedura per il monitoraggio dell'attività sanzionatoria dall'emissione dei provvedimenti alla trasmissione delle pratiche alla Regione Calabria, con richiesta di riscontro sull'esito delle stesse.

Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
elaborazione procedura	Gestione trasparente del processo	Aprile 2020	Gruppo tecnico di lavoro	Documento
Reporting annuale	Monitoraggio e verifica	Novembre 2020	Gruppo tecnico di lavoro	Report

Misura: verifica delle procedure già presenti nel Dipartimento di prevenzione ed eventuale integrazione di elementi utili a prevenire i comportamenti rischiosi in tutte le fasi del processo.

Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
verifica delle procedure ed eventuale integrazione	Integrazione del sistema di verifiche e controlli	Aprile 2020	Gruppo tecnico di lavoro	Documento

Misura: rotazione del personale

Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Elaborazione programma di rotazione programmata del personale e/o di altre modalità alternative di controllo dentro la procedura (segregazione delle funzioni, attività multidisciplinare)	Trasparenza nelle assegnazioni dei controlli	Aprile 2020	Dipartimento Prevenzione U.O.C. Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche	Documento

Misura: Corso *L'attività di vigilanza e ispezione nel Dipartimento di prevenzione: standard, procedure, aspetti etico – comportamentali e prevenzione della corruzione*				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Inserimento dell'evento nella programmazione aziendale	Programmazione delle attività	Gennaio 2020	RPCT UO Formazione	Atto di programmazione
Elaborazione del progetto formativo	Progettazione didattica	Entro aprile 2020	UO Formazione Responsabile scientifico	Determina di approvazione del progetto formativo
Realizzazione del progetto formativo	Organizzazione ed erogazione della formazione	Entro giugno 2020	Dipartimento Prevenzione UO Formazione	Realizzazione corso

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Attività di campionamento ufficiale/ conoscitivo	Piano regionale integrato controlli (PRIC)	Regione Calabria	Favorire o penalizzare soggetto sottoposto a controllo				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 4 d) Valore 3 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 3 **TOTALE= 21** **MEDIA ARITMETICA 21/6 = 3,5**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 5 e) Etico, comportamentale 1 **TOTALE= 16** **MEDIA ARITMETICA 16/6 = 2,6**	Valore di **P x I** **3,5X 2,6 = 9,1** **MEDIO ALTO**
	Programma annuale di lavoro (PAL)	U.O.C. Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche							
	Pianificazione campione a livello periferico	U.O.C. Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche SIAN		Acquisizione/assegnazione interessata dei campionamenti	INTERNO	Discrezionalità nella scelta			
	campionamento	U.O.C. Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche SIAN		Non corretta esecuzione del campionamento	ESTERNO	Mancanza di controlli			
	Inoltro campioni al laboratorio d'analisi	U.O.C. Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche Istituto zooprofilattico		Non rispetto della tempistica di consegna	ESTERNO	Mancanza di controlli			
	Acquisizione referto dal sito Sigla web Comunicazione alla parte	U.O.C. Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche				Mancanza di accoutability			
	Atti consequenziali	U.O.C. Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche		Vantaggiosa/svantaggiosa interpretazione dell'infrazione nei confronti del soggetto sottoposto a controllo	INTERNO	Mancanza di trasparenza Complessità nell'interpretazione delle norme			
	Archivio	U.O.C. Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
verifica delle procedure già presenti nel Dipartimento di prevenzione ed eventuale integrazione di elementi utili a prevenire i comportamenti rischiosi in tutte le fasi del processo	realizzazione di un sistema integrato di controllo e verifica
rotazione del personale o altre modalità alternative	assicurare trasparenza e casualità alle assegnazioni
formazione tecnica ed etico comportamentale	miglioramento e diffusione delle competenze ed etica professionale
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: coordinare le diverse misure in una procedura operativa organica	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: verifica delle procedure già presenti nel Dipartimento di prevenzione ed eventuale integrazione di elementi utili a prevenire i comportamenti rischiosi in tutte le fasi del processo.

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
verifica delle procedure ed eventuale integrazione	Integrazione del sistema di verifiche e controlli	Aprile 2020	Gruppo tecnico di lavoro	Documento

Misura: rotazione del personale

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Elaborazione programma di rotazione programmata del personale e/o di altre modalità alternative di controllo dentro la procedura (segregazione delle funzioni, attività multidisciplinare)	Trasparenza nelle assegnazioni dei controlli	Aprile 2020	Dipartimento Prevenzione U.O.C. Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche	Documento

Misura: Corso *L'attività di vigilanza e ispezione nel Dipartimento di prevenzione: standard, procedure, aspetti etico – comportamentali e prevenzione della corruzione*

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Inserimento dell'evento nella programmazione aziendale	Programmazione delle attività	Gennaio 2020	RPCT UO Formazione	Atto di programmazione
Elaborazione del progetto formativo	Progettazione didattica	Entro aprile 2020	UO Formazione Responsabile scientifico	Determina di approvazione del progetto formativo
Realizzazione del progetto formativo	Organizzazione ed erogazione della formazione	Entro giugno 2020	Dipartimento Prevenzione UO Formazione	Realizzazione corso

ROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHI		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Riscossione tariffe finanziamenti C.U. veterinari di taluni prodotti di origine animale	Prestazione Veterinaria area C soggetta a D.L 194/2008 o in base al Tariffario regionale	U.O.C. Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche SVET B SIAN	Favorire o penalizzare soggetto sottoposto a controllo	Mancata registrazione prestazione veterinaria	Esterno	Discrezionalità nella scelta Mancanza di trasparenza	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 4 d) Valore 3 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 4 **TOTALE= 22** **MEDIA ARITMETICA 22/6= 3,6**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 5 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE= 16** **MEDIA ARITMETICA 16/6=2,6**	Valore di **P x I** **3,6X 2,6 = 9,36** **MEDIO ALTO**
	Istanza su richiesta di parte	OSA							
	Protocollo in entrata	U.O.C. Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche				Monopolio del potere Mancanza di controlli			
	Comunicazione importo da pagare mediante bonifico bancario o bollettino postale	U.O.C. Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche		Mancata emissione provvedimento relativo al pagamento	Interno	Mancanza di trasparenza Mancanza di controlli			
	Controllo e registrazione da parte del personale amministrativo	U.O.C. Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche		Mancata comunicazione della prestazione al personale amministrativo	Interno	Mancanza di trasparenza Mancanza di controlli			
	Trasmissione documentazione degli operatori inadempienti alle Aree/Uffici Amministrativi responsabili del contenzioso e delle procedure di riscossione coattiva.	U.O.C. Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche		Mancata trasmissione da parte del personale amministrativo	Interno	Mancanza di trasparenza Mancanza di controlli			
	Trasmissione Uffici finanziari Archiviazione	U.O.C. Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche		Mancata trasmissione da parte del personale amministrativo	Interno	Mancanza di trasparenza Mancanza di controlli			

Attuazione e monitoraggio delle misure di prevenzione specifiche: la misura non è stata realizzata ed è stata integralmente riproposta nell'ambito del PTPCT 2020 – 2022.

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
elaborazione procedura/ sistema di tracciabilità del sistema di riscossione dei diritti sanitari /tariffe per prestazioni	Monitoraggio delle riscossioni e riduzione del possibile evento rischioso
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: accompagnare la misura con attività di sensibilizzazione e formazione etico comportamentale	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: Elaborazione procedura/ sistema di tracciabilità del sistema di riscossione dei diritti sanitari				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Elaborazione procedura/ sistema di tracciabilità	Tracciabilità e monitoraggio riscossione diritti	Aprile 2020	Dipartimento Prevenzione U.O.C.Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche	Documento e report

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Certificazione su istanza di parte	Richiesta certificato su istanza di parte	U.O.C Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche SVET B SIAN	Favorire o penalizzare il soggetto richiedente				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 2 d) Valore 3 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 4 **TOTALE = 20** **MEDIA ARITMETICA 20/6= 3,3**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 3) Qualità dei servizi 4 f) Etico, comport.ale 1 **TOTALE = 15** **MEDIA ARITMETICA 15/6= 2,5**	Valore di **P x I** **3,3X 2,5 = 8,25** **MEDIO ALTO**
	Acquisizione istanza-Protocollo in entrata	U.O.C. Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche		Non rispetto della tempistica	Interno	Monopolio del potere Scarsa accountability			
	Incarico dirigente veterinario SVET C	U.O.C. Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche		Acquisizione/assegnazione pratiche di interesse diretto	Interno	Discrezionalità nella scelta			
	Sopralluogo ed emissione/comunicazione importo dovuto secondo tariffario	U.O.C. Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche SVETB SIAN		Eccessiva benevolenza/severità nell'esecuzione controlli Determinazione arbitraria degli importi dovuti per le prestazioni	Esterno	Basso standard etico			
	Relazione sopralluogo	U.O.C. Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche		Eccessiva benevolenza/severità nell'esecuzione dei controlli	Interno	Scarsa accountability Basso standard etico			
	Calcolo importo prestazione veterinaria Emissione certificato Protocollo in uscita	U.O.C. Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche		Determinazione arbitraria degli importi dovuti per le prestazioni	Interno	Basso standard etico Mancanza di controlli			
	Verifica amministrativa congruità importo ed avvenuto pagamento	U.O.C. Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche		Mancata comunicazione al personale amministrativo Mancata verifica /comunicazione del personale amministrativo	Interno	Mancanza di controlli			
	Emissione Certificato Protocollo in uscita	U.O.C. Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche		Non rispetto della tempistica Respingimento arbitrario pratica	Interno	Basso standard etico Mancanza di controlli			
	Archivio	U.O.C. Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	Motivazione
verifica delle procedure già presenti nel Dipartimento di prevenzione ed eventuale integrazione di elementi utili a prevenire i comportamenti rischiosi in tutte le fasi del processo	realizzazione di un sistema integrato di controllo e verifica
elaborazione procedura/ sistema di tracciabilità del sistema di riscossione dei diritti sanitari /tariffe per prestazioni	monitoraggio delle riscossioni e riduzione del possibile evento rischioso
rotazione del personale o altre modalità alternative	assicurare trasparenza e casualità alle assegnazioni
formazione tecnica ed etico comportamentale	miglioramento e diffusione delle competenze ed etica professionale
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: coordinare le diverse misure in una procedura operativa organica	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLE MISURE DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: verifica delle procedure già presenti nel Dipartimento di prevenzione ed eventuale integrazione di elementi utili a prevenire i comportamenti rischiosi in tutte le fasi del processo.

Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
verifica delle procedure ed eventuale integrazione	Integrazione del sistema di verifiche e controlli	Aprile 2020	Gruppo tecnico di lavoro	Documento

Misura: Elaborazione procedura/ sistema di tracciabilità del sistema di riscossione dei diritti sanitari

Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Elaborazione procedura/ sistema di tracciabilità	Tracciabilità e monitoraggio riscossione diritti	Aprile 2020	Dipartimento Prevenzione U.O.C. Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche	Documento e report

Misura: rotazione del personale

Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Elaborazione programma di rotazione programmata del personale e/o di altre modalità alternative di controllo dentro la procedura (segregazione delle funzioni, attività multidisciplinare)	Trasparenza nelle assegnazioni dei controlli	Aprile 2020	Dipartimento Prevenzione U.O.C. Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche	Documento

Misura: Corso *L'attività di vigilanza e ispezione nel Dipartimento di prevenzione: standard, procedure, aspetti etico – comportamentali e prevenzione della corruzione*

Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Inserimento dell'evento nella programmazione aziendale	Programmazione delle attività	Gennaio 2020	RPCT UO Formazione	Atto di programmazione
Elaborazione del progetto formativo	Progettazione didattica	Entro aprile 2020	UO Formazione Responsabile scientifico	Determina di approvazione del progetto formativo
Realizzazione del progetto formativo	Organizzazione ed erogazione della formazione	Entro giugno 2020	Dipartimento Prevenzione UO Formazione	Realizzazione corso

UOC IGIENE DEGLI ALIMENTI E DELLA NUTRIZIONE

assicura l'attività di prevenzione collettiva e tutela della salute della popolazione, attraverso azioni volte ad individuare e rimuovere le cause diu nocività legate agli alimenti ed alla nutrizione; contribuisce al conseguimento della mission del Dipartimento di Prevenzione. Dalla UOC Igiene degli alimenti e della nutrizione, oltre a due Unità operative semplici Territoriali, previste tenendo conto delle peculiari caratteristiche del territorio: orografia, viabilità, distribuzione degli insediamenti produttivi, nonché della stabile interfaccia di questi servizi con gli ambienti/uffici giudiziari, dipende una UOS Sorveglianza e prevenzione nutrizionale, che fa riferimento alle funzioni riconducibili al livello di assistenza di prevenzione collettiva – allegato 1 – lettera G – Sorveglianza e prevenzione nutrizionale. Tale Unità Operativa non è stata ancora attivata.

CATALOGO DEI PROCESSI

1) Ispezioni e controlli degli alimenti di origine non animale dalla produzione alla commercializzazione
2) Controlli a seguito di atto di registrazione
3) Attività di campionamento ufficiale/conoscitivo
4) Sanzioni amministrative in materia sanitaria

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA' Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica	IMPATTO Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica	VALORE/ RISCHIO
Ispezioni e controlli degli alimenti di origine non animale dalla produzione alla commercializzazione	Programmazione annuale dei controlli;	UOC SIAN	Favorire o penalizzare Operatore del settore alimentare						
	Controlli su richiesta di altra Autorità Competente	UOC SIAN							
	Assegnazione pratiche	UOC SIAN		Acquisizione diretta di pratiche	interno	Autoreferenzialità Mancanza di trasparenza Discrezionalità Mancanza di regole	a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 3 d) Valore 3 e) Informatizzazione 3 f) Programmazione 3 **TOTALE = 18** **MEDIA 18/6 = 3**	a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine3 e) Etico, comportamentale 1 f) Qualità dei servizi 4 **TOTALE = 15** **MEDIA 15/6 = 2,5**	Valore di **P x I** **3X 2,5 = 7,5** **MEDIO ALTO**
	Pianificazione Controllo	UOC SIAN		Organizzazione del lavoro in maniera discrezionale	interno	Autoreferenzialità Discrezionalità Mancanza di regole	a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 3 d) Valore 2 e) Informatizzazione 3 f) Programmazione 3 **TOTALE = 17** **MEDIA 17/6 = 2,83**	a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Etico, comportamentale 1 f) Qualità dei servizi 4 **TOTALE = 15** **MEDIA 15/6 = 2,5**	Valore di **P x I** **2,83X 2,5 = 7,1** **MEDIO ALTO**
	Esecuzione Controllo	UOC SIAN		Organizzazione del lavoro in maniera discrezionale	interno	Autoreferenzialità Discrezionalità	a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 3 d) Valore 3 e) Informatizzazione 3 f) Programmazione 3 **TOTALE = 18** **MEDIA18/6 = 3**	a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Etico, comportamentale 1 f) Qualità dei servizi 4 **TOTALE = 15** **MEDIA 15/6 = 2,5**	Valore di **P x I** **3X 2,5 = 7,5** **MEDIO ALTO**
	Relazione	UOC SIAN							
	Atti conseguenziali	UOC SIAN							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso: verifica delle procedure già presenti nel Dipartimento di prevenzione ed eventuale integrazione di elementi utili a prevenire i comportamenti rischiosi in tutte le fasi del processo; rotazione del personale o altre modalità alternative; formazione tecnica
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: coordinare le diverse misure in una procedura operativa organica

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: verifica delle procedure già presenti nel Dipartimento di prevenzione ed eventuale integrazione di elementi utili a prevenire i comportamenti rischiosi in tutte le fasi del processo.

Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
verifica delle procedure ed eventuale integrazione	Integrazione del sistema di verifiche e controlli	Aprile 2020	Gruppo tecnico di lavoro	Documento

Misura: rotazione del personale

Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Elaborazione programma di rotazione programmata del personale e/o di altre modalità alternative di controllo dentro la procedura (segregazione delle funzioni, attività multidisciplinare)	Trasparenza nelle assegnazioni dei controlli	Aprile 2019	Dipartimento Prevenzione U.O.C. SIAN	Documento

Misura: Corso *L'attività di vigilanza e ispezione nel Dipartimento di prevenzione: standard, procedure, aspetti etico – comportamentali e prevenzione della corruzione*

Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Inserimento dell'evento nella programmazione aziendale	Programmazione delle attività	Gennaio 2020	RPCT UO Formazione	Atto di programmazione
Elaborazione del progetto formativo	Progettazione didattica	Entro aprile 2020	UO Formazione Responsabile scientifico	Determina di approvazione del progetto formativo
Realizzazione del progetto formativo	Organizzazione ed erogazione della formazione	Entro giugno 2020	Dipartimento Prevenzione UO Formazione	Realizzazione corso

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA' Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica	IMPATTO Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica	VALORE/ RISCHIO
Controlli a seguito di atto di registrazione	Prelievo Pratica su piattaforma informatica SUAP	UOC SIAN	Favorire o penalizzare Operatore del settore alimentare						
	Assegnazione pratica	UOC SIAN		Valutazioni soggettive ed assegnazioni di pratiche senza regole	interno	Autoreferenzialità Discrezionalità; assenza di regole	a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 3 d) Valore 3 e) Informatizzazione 3 f) Programmazione 3 **TOTALE = 18** **MEDIA 18/6 = 3**	a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine3 e) Etico, comportamentale 1 f) Qualità dei servizi 4 **TOTALE = 15** **MEDIA 15/6 = 2,5**	Valore di **P x I** **3X 2,5 = 7,5** **MEDIO ALTO**
	Pianificazione Controllo	UOC SIAN		Valutazione soggettive con eccessiva discrezionalità	interno	Autoreferenzialità Discrezionalità	a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 3 d) Valore 2 e) Informatizzazione 3 f) Programmazione 3 **TOTALE = 17** **MEDIA 17/6 = 2,83**	a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Etico, comportamentale 1 f) Qualità dei servizi 4 **TOTALE = 15** **MEDIA 15/6 = 2,5**	Valore di **P x I** **2,83X 2,5 = 7,1** **MEDIO ALTO**
	Esecuzione Controllo	UOC SIAN		Organizzazione del lavoro in maniera discrezionale	interno	Autoreferenzialità Discrezionalità	a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 3 d) Valore 3 e) Informatizzazione 3 f) Programmazione 3 **TOTALE = 18** **MEDIA18/6 = 3**	a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Etico, comportamentale 1 f) Qualità dei servizi 4 **TOTALE = 15** **MEDIA 15/6 = 2,5**	Valore di **P x I** **3X 2,5 = 7,5** **MEDIO ALTO**
	Relazione	UOC SIAN							
	Atti conseguenziali	UOC SIAN							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso: verifica delle procedure già presenti nel Dipartimento di prevenzione ed eventuale integrazione di elementi utili a prevenire i comportamenti rischiosi in tutte le fasi del processo; rotazione del personale o altre modalità alternative; formazione tecnica
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: coordinare le diverse misure in una procedura operativa organica

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: verifica delle procedure già presenti nel Dipartimento di prevenzione ed eventuale integrazione di elementi utili a prevenire i comportamenti rischiosi in tutte le fasi del processo.

Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
verifica delle procedure ed eventuale integrazione	Integrazione del sistema di verifiche e controlli	Aprile 2020	Gruppo tecnico di lavoro	Documento

Misura: rotazione del personale

Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Elaborazione programma di rotazione programmata del personale e/o di altre modalità alternative di controllo dentro la procedura (segregazione delle funzioni, attività multidisciplinare)	Trasparenza nelle assegnazioni dei controlli	Aprile 2020	Dipartimento Prevenzione U.O.C. SIAN	Documento

Misura: Corso *L'attività di vigilanza e ispezione nel Dipartimento di prevenzione: standard, procedure, aspetti etico – comportamentali e prevenzione della corruzione*

Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Inserimento dell'evento nella programmazione aziendale	Programmazione delle attività	Gennaio 2020	RPCT UO Formazione	Atto di programmazione
Elaborazione del progetto formativo	Progettazione didattica	Entro aprile 2020	UO Formazione Responsabile scientifico	Determina di approvazione del progetto formativo
Realizzazione del progetto formativo	Organizzazione ed erogazione della formazione	Entro giugno 2020	Dipartimento Prevenzione UO Formazione	Realizzazione corso

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA' Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica	IMPATTO Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica	VALORE/ RISCHIO
Attività di campionamento ufficiale/conoscitivo	Piano Programmato di campionamento annuale Campionamento su sospetto	UOC SIAN	Favorire o penalizzare Operatore del settore alimentare						
	Pianificazione controllo	UOC SIAN		Organizzazione soggettiva e discrezionale	interno	Autoreferenzialità Discrezionalità; assenza di regole	a) Discrezionalità b) Rilevanza esterna c) Complessità d) Valore e) Informatizzazione f) Programmazione **TOTALE MEDIA**	a) Organizzativo b) Economico c) Reputazionale d) Organizzativo, economico, Immagine e) Etico, comportamentale f) Qualità dei servizi **TOTALE MEDIA**	Valore di **P x I** **2,6X 2,6 = 6,76** **MEDIO**
	Esecuzione Prelievo	UOC SIAN		Individuazione di attività in maniera discrezionale	interno	Autoreferenzialità Discrezionalità	a) Discrezionalità b) Rilevanza esterna c) Complessità d) Valore e) Informatizzazione f) Programmazione **TOTALE MEDIA**	a) Organizzativo b) Economico c) Reputazionale d) Organizzativo, economico, Immagine e) Etico, comportamentale f) Qualità dei servizi **TOTALE MEDIA**	Valore di **P x I** **3X 2,5 = 7,5** **MEDIO ALTO**
	Esito	UOC SIAN		Scarsa conoscenza delle norme e disattenzione nella valutazione del referto	interno	Autoreferenzialità Discrezionalità	a) Discrezionalità b) Rilevanza esterna c) Complessità d) Valore e) Informatizzazione f) Programmazione **TOTALE MEDIA**	a) Organizzativo b) Economico c) Reputazionale d) Organizzativo, economico, Immagine e) Etico, comportamentale f) Qualità dei servizi **TOTALE MEDIA**	Valore di **P x I** **2,83X 2,5 = 7,07** **MEDIO ALTO**
	Archiviazione	UOC SIAN							
		UOC SIAN							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso: verifica delle procedure già presenti nel Dipartimento di prevenzione ed eventuale integrazione di elementi utili a prevenire i comportamenti rischiosi in tutte le fasi del processo; rotazione del personale o altre modalità alternative; formazione tecnica
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: coordinare le diverse misure in una procedura operativa organica

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: verifica delle procedure già presenti nel Dipartimento di prevenzione ed eventuale integrazione di elementi utili a prevenire i comportamenti rischiosi in tutte le fasi del processo.

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
verifica delle procedure ed eventuale integrazione	Integrazione del sistema di verifiche e controlli	Aprile 2020	Gruppo tecnico di lavoro	Documento

Misura: rotazione del personale

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Elaborazione programma di rotazione programmata del personale e/o di altre modalità alternative di controllo dentro la procedura (segregazione delle funzioni, attività multidisciplinare)	Trasparenza nelle assegnazioni dei controlli	Aprile 2020	Dipartimento Prevenzione U.O.C. SIAN	Documento

Misura: Corso *L'attività di vigilanza e ispezione nel Dipartimento di prevenzione: standard, procedure, aspetti etico – comportamentali e prevenzione della corruzione*

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Inserimento dell'evento nella programmazione aziendale	Programmazione delle attività	Gennaio 2020	RPCT UO Formazione	Atto di programmazione
Elaborazione del progetto formativo	Progettazione didattica	Entro aprile 2020	UO Formazione Responsabile scientifico	Determina di approvazione del progetto formativo
Realizzazione del progetto formativo	Organizzazione ed erogazione della formazione	Entro giugno 2020	Dipartimento Prevenzione UO Formazione	Realizzazione corso

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA' Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica	IMPATTO I valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica	VALORE/ RISCHIO
Sanzioni amministrative in materia sanitaria	Accertamento di violazione di illecito amministrativo	U.O.C. SIAN	Favorire o penalizzare Operatore del settore alimentare						
	Comunicazione Responsabile di Servizio	U.O.C. SIAN							
	Notifica del verbale entro 90gg dalla contestazione	U.O.C. SIAN		Mancata compilazione nei tempi giusti e disattenzione nella compilazione	Articolazioni territoriali	Bassa definizione di responsabilità-mancanza di comunicazione; Bassa informatizzazione del processo	a) Discrezionalità b) Rilevanza esterna c) Complessità d) Valore e) Informatizzazione f) Programmazione **TOTALE** **MEDIA**	a) Organizzativo b) Economico c) Reputazionale d) Organizzativo, economico, Immagine e) Etico, comportamentale f) Qualità dei servizi **TOTALE** **MEDIA**	Valore di **P x I** **2,5X 2,3 = 5,75** **MEDIO**
	Rapporto Autorità Competente Regionale trascorsi 60gg se non si è avuta evidenza del pagamento	U.O.C. SIAN		Mancata verifica e non corretto accertamento dell'esito del procedimento amministrativo	Articolazioni territoriali	Bassa definizione di responsabilità Bassa informatizzazione del processo	a) Discrezionalità b) Rilevanza esterna c) Complessità d) Valore e) Informatizzazione f) Programmazione **TOTALE** **MEDIA**	a) Organizzativo b) Economico c) Reputazionale d) Organizzativo, economico, Immagine e) Etico, comportamentale f) Qualità dei servizi **TOTALE** **MEDIA**	Valore di **P x I** **2,5X 2,3 = 5,75** **MEDIO**
	Archiviazione	U.O.C. SIAN							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
elaborazione e verifica della procedura ottimale per il monitoraggio dell'attività sanzionatoria dall'emissione dei provvedimenti alla trasmissione delle pratiche alla Regione Calabria, con richiesta di riscontro sull'esito delle stesse	monitoraggio e verifica del processo sanzionatorio
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: confrontarsi con i servizi finanziari sul sistema più efficace e compatibile per il monitoraggio continuo e diversificato (per territorio e Unità Operativa) delle entrate; accompagnare la misura con attività di formazione etico comportamentale	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: elaborazione procedura per il monitoraggio dell'attività sanzionatoria dall'emissione dei provvedimenti alla trasmissione delle pratiche alla Regione Calabria, con richiesta di riscontro sull'esito delle stesse.

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
elaborazione procedura	Gestione trasparente del processo	Giugno 2020	Gruppo tecnico di lavoro	Documento
Reporting annuale	Monitoraggio e verifica	Novembre 2020	Gruppo tecnico di lavoro	Report

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE

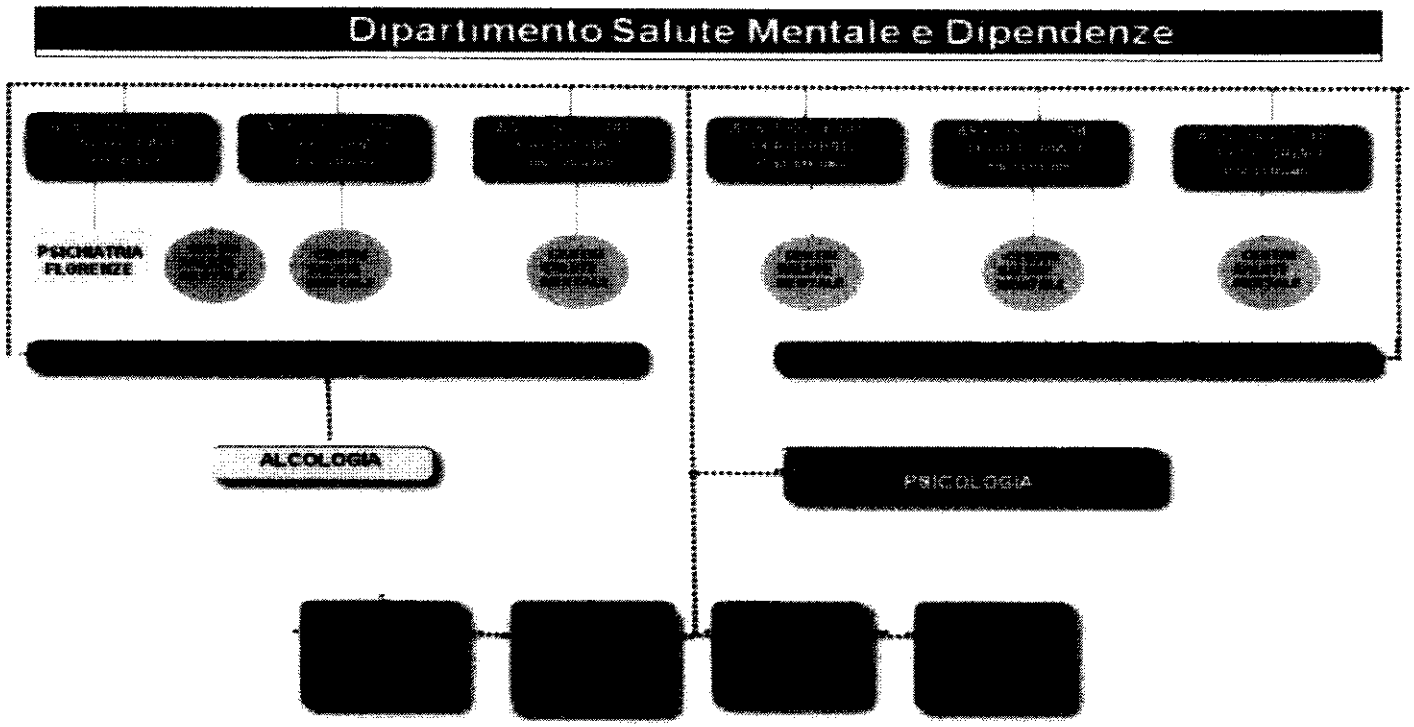
IL Dipartimento di Salute Mentale è la struttura operativa dell'Azienda sanitaria a cui fanno capo tutti i Servizi psichiatrici territoriali e ospedalieri.
Il Dipartimento di Salute Mentale deve garantire la prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, formazione e ricerca nel campo della psichiatria e la organizzazione e promozione degli interventi rivolti alla Salute Mentale della popolazione.
Il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze ha il mandato di garantire la gestione di:

a) erogazione delle prestazioni e dei servizi in materia di Salute Mentale, previsti dai Livelli Essenziali di Assistenza – LEA – e di quelle aggiuntivi previsti dal Piano di Azione Locale della Salute Mentale di cui all'Accordo del 20 marzo 2008 della Conferenza Stato Regioni sul documento concernente "Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale", nonché da specifiche norme regionali e aziendali e equelli derivanti da specifiche deleghe di gestione conferite dai Comuni per l'assistenza sociale di cui all'art. 3 comma 3 del D.Lgs 502/92 e s.m.i. o finanziati dai Comuni ai sensi dell'art. 2 comma 1, lettera 1, della Legge 30.11.1998 n. 419;
b) omogeneità delle procedure e dei livelli essenziali di assistenza di cui al punto precedente;
c) equità e appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni;
d) rilevazione e gestione dei dati di attività e valutazione complessiva dei risultati raggiunti, dei bisogni rilevati e dei prevedibili andamenti epidemiologici;
e) coordinamento fra le unità operative afferenti;
f) elaborazione e pianificazione periodica, almeno triennale, dei piani operativi per l'attuazione del mandato, da proporre alla Direzione aziendale;
g) presa in carico delle persone, residenti nella regine, internate negli Ospedali psichiatrici giudiziari o nelle strutture alternative previste dalla Legge 9/12 art. 3 ter e s.m.i. durante l'esecuzione della misura di sicurezza al fine sul territorio di residenza all'atto della dimissione;
h) assistenza psichiatrica e psicologica presso gli Istituti penitenziari di riferimento aziendale (D.Lgs 230/99).

Nel Dipartimento di Salute Mentale, in coerenza con quanto stabilito dalle conclusioni della V Conferenza Nazionale sulle Droghe (Trieste, 2009), in linea con l'accordo Stato Regioni del 21 gennaio 1999 "Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti" viene perseguita la lotta alle dipendenze, attraverso lo sviluppo di una serie di azioni concertate e coordinate nell'area ad elevata integrazione socio sanitaria delle dipendenze da sostanze da abuso, incluso l'intervento in ambito penitenziario

Il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, nel superamento della logica per strutture, deve garantire la presa in carico unitaria e la gestione del paziente , con una forte proiezione esterna, in modo da tessere attorno al paziente psichiatrico una rete, adottando il PTI/Piano di trattamento individuale , come strumento operativo della presa in carico e che contiene elementi principali del programma di cura .

Organigramma



Al fine di garantire la continuità terapeutica ed ottimizzare le risorse, nel Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze sono previste, in conformità a quanto indicato nelle Linee Guida Regionali, Unità Operative per l'Assistenza Psichiatrica territoriale, coincidenti con l'mbito distrettuale e comprendenti i CSM, i DH-H e il cui collegamento funzionale con gli SPDC è garantito dall'afferenza dipartimentale.

Il Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze è un Dipartimento strutturale e come tale è sovraordinato rispetto alle unità operative che lo compongono; è ditato di autonomia gestionale delle risorse ad esso assegnate e svolge funzioni di standardizzazione dei processi, verifca della qualità, monitoraggio delle attività e dei risultati.

Mappatura dei processi e individuazione della aree di rischio:

La mappatura dei processi è stata realizzata per i tre ambiti di attività del Dipartimento: attività territoriale di salute mentale, SPDC, dipendenze, collegati alle attività di diretta competenza della Direzione dipartimentale. L'attività di mappatura si è svolta in collaborazione fra tutte le strutture interessate, che hanno condiviso l'attività di descrizione dei processi – individuazione ed analisi del rischio – valutazione del rischio e individuazione delle misure di trattamento, con diversi incontri e scambio di documenti a distanza, supportati dall'Ufficio RPCT. L'attività è risultata particolarmente efficace per la conoscenza e lo scambio delle prassi operative di ogni struttura e per la individuazione dei possibili percorsi utili al superamento delle criticità riscontrate, anche alla luce della ridefinizione dell'assetto organizzativo del Dipartimento, molte delle quali impattano notevolmente con la strategia di prevenzione della corruzione. In questa fase, infatti, rimane ancora incompleto l'organigramma Dipartimentale. L'analisi complessiva del settore ha rilevato la necessità di ricostruire, a partire da tale riorganizzazione, il circuito virtuoso della gestione del paziente, nell'ambito della grave fragilità del contesto sociale nel quale si opera, riallineando in modo efficiente ed efficace le competenze della filiera istituzionale, in particolare dei rapporti fra servizi territoriale e SPDC, e la rete di sostegno per le attività di prevenzione, supporto e reintegrazione.

CATALOGO DEI PROCESSI

1. Autorizzazione ricoveri in doppia diagnosi fuori regione;
2. Autorizzazione ricoveri CDA (disturbi alimentari) fuori regione;
3. Accordi/contratto con strutture accreditate

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Autorizzazione ricoveri in Doppia Diagnosi in Struttura Fuori Regione	Raccolta documentazione da parte del personale amministrativo del DSM-DP	DSM	Far ottenere benefici economici e non economici a pazienti ed imprese				Il valore della probabilita' e' dato della media aritmetica: a)Discrezionalita' 3 b)Rilevanza esterna 5 c)Complessita' 4 d)Valore 2 e)Informatizzazione 2 f)Programmazione 3 **TOTALE= 16** **MEDIA ARITMETICA** **16/6= 2,67**	Il valore dell'impatto e' dato dalla media aritmetica: a)Organizzativo 2 b)Economico 1 c)Reputazionale 1 d)Organizzativo, economico,immagine 3 e)Qualita' dei servizi 1 f)Etico,comportamentale 1 **TOTALE= 9** **MEDIA ARITMETICA** **9/6= 1,5**	Valore di **P x I** **2,67X1,5 =** **4** **MEDIO**
	La richiesta di inserimento avviene da parte del CSM e del SER.D. con rilascio certificazione e specifica del periodo di permanenza.	DSM							
	La Direzione amministrativa del DSM raccoglie la documentazione necessaria all'inserimento in Struttura individuata da CSM e SER.D. Segue una ulteriore valutazione e successiva autorizzazione del Direttore DSM.			Individuazione discrezionale dei soggetti beneficiari, in carenza di risorse	Interno	Insufficiente e non formalizzata programmazione Discrezionalità			
	La Direzione del DSM procede con l'invio della autorizzazione alla Struttura scelta dall'utente	DSM							
	La Struttura individuata inviera' alla Direzione Amministrativa del DSM la FATTURA ELETTRONICA . La Direzione provvedera' alla liquidazione della fattura ed inviera' il relativo Provvedimento ai Servizi Finanziari dell'ASP di Cosenza deputati ad effettuare il Mandato di pagamento.	DSM							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
formalizzazione procedura di autorizzazione, con stima del fabbisogno e individuazione dei criteri di eventuale selezione delle richieste	la formalizzazione della procedura rende trasparente il processo di autorizzazione
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: inserimento dei dati storici per l'individuazione del budget e previsione di incremento %. Stabilire la possibilità di un possibile incremento nel corso dell'anno per soddisfare eventuali ulteriori richieste.	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: formalizzazione procedura di autorizzazione, con stima del fabbisogno e individuazione dei criteri di eventuale selezione delle richieste				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Elaborazione procedura	Rendere trasparente il processo	Entro aprile 2020	Direzione DSM	Documento

Attuazione delle misure: la misura non è stata realizzata ed integralmente riproposta.

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA' COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Autorizzazione ricoveri CDA (disturbi alimentari) fuori regione;	**IL CENTRO DI SALUTE MENTALE** competente rilascia la certificazione per l'inserimento nella Struttura scelta dall'utente .	ATP/CSM	Far ottenere benefici economici e non economici a pazienti ed imprese				Il valore della probabilita' e' dato della media aritmetica: a)Discrezionalita' 3 b)Rilevanza esterna 5 c)Complessita' 4 d)Valore 2 e)Informatizzazione 2 f)Programmazione 3 **TOTALE= 16** **MEDIA ARITMETICA 16/6= 2,67**	Il valore dell'impatto e' dato dalla media aritmetica: a)Organizzativo 2 b)Economico 1 c)Reputazionale 1 d)Organizzativo, economico,immagine 3 e)Etico,comportamentale 1 f)Qualita' dei servizi 1 **TOTALE= 9** **MEDIA ARITMETICA 9/6= 1,5**	Valore di P x I **2,67X1,5 =** **4** **MEDIO**
	La Direzione del DSM raccoglie la documentazione necessaria all' inserimento nella Struttura. Il Direttore DSM valuta e firma autorizzazione al ricovero.	DSM		Individuazione discrezionale dei soggetti beneficiari, in carenza di risorse	Interno	Insufficiente e non formalizzata programmazione Discrezionalità			
	L'autorizzazione firmata viene inviata alla Struttura che accogliera' il paziente.	DSM							
	La Struttura individuata inviera' alla Direzione del DSM la Fattura Elettronica per la successiva fase gestionale. La Direzione Amministrativa provvedera' alla liquidazione della fattura ed inviera' il relativo Provvedimento ai Servizi Finanziari dell'ASP di Cosenza deputati ad effettuare il mandato di pagamento.	DSM							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
formalizzazione procedura di autorizzazione, con stima del fabbisogno e individuazione dei criteri di eventuale selezione delle richieste	la formalizzazione della procedura rende trasparente il processo di autorizzazione
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: inserimento dei dati storici per l'individuazione del budget e previsione di incremento %. Stabilire la possibilità di un possibile incremento nel corso dell'anno per soddisfare eventuali ulteriori richieste.	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: formalizzazione procedura di autorizzazione, con stima del fabbisogno e individuazione dei criteri di eventuale selezione delle richieste				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Elaborazione procedura	Rendere trasparente il processo	Entro aprile 2020	Direzione DSM	Documento

Attuazione delle misure: la misura non è stata realizzata ed integralmente riproposta.

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Accordi/ Contratti con le strutture accreditate	Individuazione fabbisogno	DSM/Direzione Strategica	Favorire/ penalizzare strutture accreditate	Definire un fabbisogno sottostimato/sovrastimato rispetto a quello reale	Interno/Esterno	Monopolio del potere Discrezionalità nella selezione dei dati	**PROBABILITA'** Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 4 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 2 d) Valore 4 e) Informatizzazione 2 f) Programmazione 1 **TOTALE= 18** **MEDIA ARITMETICA 18/6 = 3**	**IMPATTO** Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 2 e) Qualità dei servizi 2 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE= 12** **MEDIA ARITMETICA 12/6 =2**	Valore di **P x I** **3X2=** **6** **MEDIO**
	Assegnazione budget	Regione Calabria							
	Recepimento Aziendale e trasferimento competenze alla Direzione DSM	Direzione strategica							
	Contrattualizzazione	DSM							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	Motivazione
Rilevazione oggettiva e trasparente del fabbisogno	Necessità di rilevare il fabbisogno in maniera oggettiva e trasparente per una corrispondente programmazione
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio Basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: Utilizzo dei dati sanitari e sociosanitari presenti nei servizi Dipartimentali e confronto con dati e tendenze rilevabili dalla letteratura di settore	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: Rilevazione oggettiva e trasparente del fabbisogno				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Attivazione gruppo di lavoro costituito dai Responsabili dei servizi e dai Responsabili Amministrativi dei Settori	Costituzione Gruppo	Entro marzo 2020	Direzione DSM	Convocazione ed insediamento del gruppo di lavoro
2) Rilevazione ed elaborazione dati	Creazione base dati	Entro maggio 2020	Direzione DSM	Relazione e Report finale
3)Trasmissione Report finale alla Direzione Strategica Aziendale al RPCT	Comunicazione e formalizzazione	Entro giugno 2020	Direzione DSM	Nota di trasmissione

Attuazione delle misure: la misura non è stata realizzata ed integralmente riproposta.

U.O.C. ASSISTENZA TERRITORIALE PSICHIATRICA

Comprende i seguenti servizi: Centri di salute mentale, Day Hospital territoriale o altre strutture ambulatoriale (H12).

Dalla U.O.C. Assistenza Territoriale psichiatrica del Distretto capofila (Cosenza) dipende la U.O.S. di Psichiatria Forense.

Le Unità operative, articolate su base distrettuale, sono di nuova istituzione e ricomprendono un Centro di Salute Mentale. La completa riorganizzazione delle strutture ridefinirà le competenze ed i rapporti fra le diverse articolazioni organizzative.

I Centri di Salute Mentale operano in modo integrato con le strutture sociosanitarie in riferimento all'accoglimento e alla valutazione della relativa domanda e allo orientamento dell'utenza complessiva (pazienti, familiari, cittadini) verso le opportune risposte. Il CSM opera secondo i criteri ed indirizzi previsti dalle vigenti normative nazionali e regionale. Nelle sedi del CSM, di regola, viene attuato un servizio temporaneo di ospitalità diurna (Day hospital e Centro diurno). Il CSM gestisce e controlla direttamente i ricoveri degli utenti di competenza territoriale e stabilisce nel tempo più breve possibile i relativi trasferimenti nelle Sedi dotate di ospitalità sulle 24 ore (Comunità Terapeutica, Comunità Protetta, Servizio di Diagnosi e Cura)

Il CSM, nei casi in cui si renda necessario, attua il trattamento sanitario obbligatorio attraverso diversificate modalità di assistenza. Il CSM sviluppa forme di cura domiciliare e territoriale nell'ambito del Distretto Sanitario di competenza, disciplina ed autorizza su protocolli di lavoro i rapporti con altre Aziende Sanitarie e strutture convenzionate per quanto concerne gli utenti del proprio territorio.

CATALOGO DEI PROCESSI

1. Presa in carico utenza
2. Visita specialistica ambulatoriale per rilascio di certificazione medico legale
3. Inserimento pazienti in struttura residenziale psichiatrica del territorio o esterna

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Presa in carico utenza	Prenotazione	CUP/ATP/CSM	Far ottenere benefici economici e non economici a pazienti				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 4 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 4 d) Valore 2 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 **TOTALE 19** **MEDIA ARITMETICA 19/6=3,17**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE 12** **MEDIA ARITMETICA 12/6= 2**	Valore di P x I **3,17X2=** **6,33** **MEDIO**
	Accesso alla struttura da: dimissioni SPSC, prenotazione CUP, prenotazione CSM (controllo)	ATP/CSM							
	Presa in carico	ATP/CSM							
	Cartella clinica SIGEMONA	ATP/CSM							
	Valutazione e trattamento: Visite Somministrazione farmaci Test psicodiagnostici	ATP/CSM		Valutazione alterata della condizione di salute del paziente e della documentazione esibita	interno	Discrezionalità nella scelta legata alle caratteristiche del caso psichiatrico per come si presenta anche in base al racconto di persone non qualificate sugli aspetti sanitari			
	Rivalutazione periodica	ATP/CSM							
	CONNESSIONE SPDC TSV								

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
Attività di sensibilizzazione etico comportamentale e formazione sul Codice di Comportamento	Favorire l'assunzione di comportamenti eticamente sostenibili
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: attività da destinare esclusivamente ai servizi di salute mentale in modo da trattare le problematiche in modo omogeneo	

Misura: organizzazione evento formativo/ Codice di comportamento dell'ASP: aspetti etico comportamentali nei rapporti con l'utenza				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Inserimento dell'evento nella programmazione aziendale	Programmazione delle attività	Gennaio 2020	RPCT	Atto di programmazione
Elaborazione del progetto formativo	Progettazione didattica	Entro febbraio 2020	RPCT UO Formazione Responsabile scientifico	Determina di approvazione del progetto formativo
Realizzazione del progetto formativo	Organizzazione ed erogazione della formazione	Entro giugno 2020	RPCT UO Formazione	Realizzazione corso

Attuazione delle misure: Il previsto Corso di formazione di sensibilizzazione sulle tematiche etico – comportamentali non è stato realizzato in quanto non è stato approvato il Piano di formazione annuale dell'Azienda Sanitaria ed è stato quindi interamente riproposto.

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Visita specialistica ambulatoriale per rilascio di certificazione medico legale	Richiesta visita psichiatrica ambulatoriale	ATP/CSM	Attestazioni improprie sullo stato di salute mentale finalizzata ad ottenere benefici economici e giuridici				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 5 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 1 d) Valore 4 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 2 **TOTALE 20** **MEDIA ARITMETICA 20/6=3,33**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 4 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 2 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE 12** **MEDIA ARITMETICA 12/6= 2**	Valore di P x I 3,33X2= 6,67 **MEDIO**
	Accesso alla struttura, prenotazione	ATP/CSM							
	Visita specialistica	ATP/CSM		Valutazione impropria/alterata dello stato di salute mentale del paziente e della documentazione diagnostica	Interno/esterno	Discrezionalità nella scelta			
	Certificazione	ATP/CSM							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
attivazione nucleo di controllo di 2^ livello	Controllo ex post delle visite effettuate
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: nel nucleo di controllo dovranno essere presenti sanitari competenti nella materia. Controllo di almeno 20% delle visite.	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: attivazione nucleo di controllo di 2^ livello

Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Individuazione Nucleo di Controllo 2^ livello	Costituzione Nucleo	Marzo 2020	DSM	Determina di costituzione
Elaborazione procedura operativa relativa ai controlli	Identificazione modalità dei controlli, attività da controllare e n. controlli	Maggio 2020	DSM	Documento
Controlli di 2^ livello	Controlli	Ottobre 2020	DSM	Report di attività

Attuazione delle misure: la misura non è stata realizzata ed integralmente riproposta.

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI			
Inserimento pazienti in struttura residenziale psichiatrica del territorio o esterna	Richiesta medico curante/Richiesta famiglia	Medico di base	Far ottenere benefici economici e non economici a pazienti ed imprese				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 4 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 2 d) Valore 4 e) Informatizzazione 5 f) Programmazione 2 **TOTALE 22** **MEDIA ARITMETICA 22/6= 3,67**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 2 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 4 e)Qualità dei servizi 2 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE 11** **MEDIA ARITMETICA 11/6= 1,83**	Valore di P x I 3,67X1,83= 6,72 **MEDIO**
	Accesso al servizio Istruttoria documentale per verifica requisiti economici e sociali Valutazione socio sanitaria con proposta di periodo di trattamento	ATP/CSM		alterata valutazione di tipo socio sanitario al fine di favorire il paziente (gravità patologia, periodo di trattamento)	Interno	Discrezionalità			
	Autorizzazione al ricovero presso la struttura REIS/ REIA in posto contrattualizzato e accreditato	ATP/CSM							
	Autorizzazione al ricovero fuori regione con Atto deliberativo e impegno di spesa	ATP/CSM		Individuazione discrezionale dei soggetti beneficiari	Interno	Discrezionalità Mancanza di programmazione			
	Inserimento in lista di attesa	DSM/ ATP/CSM							
	Inserimento del paziente a seguito di notifica del posto disponibile da parte della SRP	DSM/ ATP/CSM		possibile superamento lista di attesa anche perché la lista di attesa non è unica e centralizzata e le notifiche delle strutture non pervengono ad unica fonte		Discrezionalità Mancanza di programmazione			
	Dimissione o proroga ricovero a seguito di rivalutazione clinica	SRP/ ATP/CSM		alterata valutazione di tipo socio sanitario per prorogare il ricovero		Discrezionalità			

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
Elaborazione procedura Dipartimentale omogenea e uniforme di inserimento pazienti in struttura residenziale psichiatrica del territorio o esterna e progettazione sistema di controlli	L'elaborazione della procedura consentirà di regolamentare il percorso di inserimento del paziente nella struttura, rendendolo trasparente e verificabile
Regolamentazione e centralizzazione della lista di attesa relativa alle disponibilità dei posti nelle strutture, con supporto informatico	La regolamentazione favorirà la trasparenza e consentirà di far corrispondere le esigenze del paziente con le caratteristiche della struttura
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso, considerando che nel corso dell'anno 2019 si realizzerà la misura	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: la regolamentazione dovrà essere effettuata tenendo conto delle attuali modalità operative delle diverse articolazioni territoriali e con il contributo interdisciplinare.	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: elaborazione procedura Dipartimentale omogenea e uniforme di inserimento pazienti in struttura residenziale psichiatrica del territorio o esterna e progettazione sistema di controlli

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Attivazione gruppo di lavoro, costituto da due operatori delegati da ogni Direttore di Unità Operativa Territoriale, da 1 rappresentante della Direzione DSM e dal Referente RPCT (10 componenti)	Individuazione del Gruppo di lavoro	entro marzo 2020	DSM	Convocazione seduta insediamento
Elaborazione procedura	Procedura di inserimento pazienti in struttura residenziale	Entro settembre 2020	Gruppo di lavoro	Documento
Approvazione procedura	Formalizzazione Procedura	Entro ottobre 2020	DSM	Determina di approvazione
Presentazione/divulgazione della procedura	Conoscenza della procedura e trasferimento ai servizi	Entro novembre 2020	DSM RPCT	Evento di presentazione

Misura: regolamentazione e centralizzazione della lista di attesa relativa alle disponibilità dei posti nelle strutture, con supporto informatico				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Attivazione gruppo di lavoro (stesso gruppo di lavoro)	Regolamentazione e centralizzazione della lista di attesa relativa alle disponibilità dei posti nelle strutture, con supporto informatico	Entro Giugno 2020	DSM	Documento/disposizione di regolamentazione (estrapolato dal Documento generale della procedura)
Elaborazione /acquisto supporto informatico per lista attesa centralizzata	Centralizzazione liste attesa con sistema di interazione informatico in tempo reale da parte di strutture e servizi	Entro Giugno 2020	UOC Sistema informativo CED	Programma informatico

Attuazione delle misure: le misura non è state realizzate ed è integralmente riproposta.

SERVIZIO PSICHIATRICO DI DIAGNOSI E CURA - SPDC

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC) è impegnato nella cura e nell'assistenza di persone con disturbo psichico critico e grave. Garantisce: ricoveri volontari, ricoveri in Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) e attività di consulenza urgente attraverso l'accesso al Pronto Soccorso. Afferiscono al Dipartimento n. 4 Servizi di diagnosi e cura e annesso day Hospital Ospedaliero, di cui tre collocati presso gli Spoke dell'Asp e uno presso il Presidio Ospedaliero dell'Annunziata – Azienda Ospedaliera di Cosenza – secondo quanto previsto dal DCA 64/2016.

Il servizio costituisce uno dei momenti cruciali del percorso assistenziale del paziente con disturbi psichici e si inserisce nel più articolato sistema di gestione della problematica che investe il diversificato contesto territoriale, economico e culturale della regione e delle specifiche aree geografiche sub regionali coinvolte (urbane e rurali). L'attività del servizio, oltre ad essere impegnata nella gestione del paziente critico già in carico ai servizi territoriali, è legata anche ai flussi di accesso volontario che, nelle aree in cui è presente una popolazione turistica, diventa rilevante nel periodo estivo, con notevole impatto nella gestione delle attività.

Soggetti esterni coinvolti

Associazioni di Volontariato, Procura, Amministrazioni Comunali, Comando CC, Tribunali, Altre Aziende Sanitarie. Coinvolte a seconda dei casi nella fase di accesso del paziente alla struttura ospedaliera, nella fase di gestione e trattamento, nella fase di dimissione. Si tratta prevalentemente di soggetti coinvolti a livello istituzionale e non di veri e propri portatori d'interesse (stakeholder).

CATALOGO DEI PROCESSI

1.Ricovero in Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) E Trattamento Sanitario Volontario (TSV)

2. Visita Specialistica Ambulatoriale

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Ricoveri in TSO e TSV	Accesso al Reparto	Pronto soccorso SPDC	Ricovero improprio, anche per favorire attestazioni sullo stato di salute mentale del paziente	Accesso diretto non filtrato dal CSM di competenza:	Interno/esterno	Discrezionalità nella scelta	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 3 d) Valore 1 e) Informatizzazione 2 f) Programmazione 1 **TOTALE 13** **MEDIA ARITMETICA 13/6=2,17**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 1 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Etico, comportamentale 2 f) Qualità dei servizi 1 **TOTALE 9** **MEDIA ARITMETICA 9/6=1,5**	Valore di P x I 3,67X1,83= 3,25 **MEDIO - BASSO**
		Apt/Csm Centrale Operativa 118 Autorità PS		Accesso diretto tramite Servizio emergenza/urgenza – 118 o Autorità PS	Interno/esterno	Discrezionalità nella scelta			
		Ambulatorio di Reparto		Accesso diretto attraverso Ambulatorio del Reparto (dove esiste)	Interno/esterno	Discrezionalità nella scelta			
		Accoglienza							
		Trattamento in fase di degenza							
		Valutazione e supporto sociale							
		Dimissione (protetta)							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
Elaborazione di una proposta di **regolamentazione degli accessi** in SPDC che coinvolga i servizi di salute mentale, il Pronto soccorso, il servizio di emergenza – urgenza 118	Stabilire rapporti funzionali fra SPDC e servizi territoriali, pronto soccorso e 118 per ridurre il numero dei ricoveri impropri, in particolare in relazione a problematiche di disagio socio economico e di immigrazione
Organizzazione evento formativo/informativo	Formare e informare gli operatori e la rete territoriale che opera nel settore (Forze dell'ordine, Centri di accoglienza, Amministrazioni Comunali….)
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: coinvolgimento diretto dei servizi e delle istituzioni territoriali	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: Elaborazione di una proposta di regolamentazione degli accessi in SPDC				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Condivisione Documento	Condivisione con Direzione strategica	Entro aprile 2020	RPCT	Convocazione incontro
Approvazione del Documento	Adozione della regolamentazione	Entro settembre 2020	RPCT	Atto di recepimento

Misura: Organizzazione evento formativo/informativo				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Inserimento dell'evento nella programmazione aziendale	Programmazione delle attività	Gennaio 2021	RPCT	Atto di programmazione
Elaborazione del progetto formativo	Progettazione didattica	Entro maggio 2021	RPCT UO Formazione Responsabile scientifico	Determina di approvazione del progetto formativo
Realizzazione del progetto formativo	Organizzazione ed erogazione della formazione	Entro novembre 2021	RPCT UO Formazione	Realizzazione corso

Attuazione delle misure: le misure sono state parzialmente realizzate. E' stato individuato ed attivato il previsto Gruppo di lavoro, che ha focalizzato le problematiche da approfondire per l'elaborazione della proposta di regolamentazione degli accessi in SPDC. Sulla base delle criticità rilevate, si è poi stabilito di elaborare un documento di proposta strutturato in due livelli: proposte finalizzate alla soluzione di problemi in modo definitivo, con la previsione di investimenti di medio periodo; proposte finalizzate alla gestione della situazione esistente, attraverso la razionalizzazione dei percorsi per la riduzione dei ricoveri impropri.

Le criticità rilevate sulle quali si è ritenuto necessario elaborare proposte di miglioramento, sono quelle di seguito indicate:

- Rapporti fra servizi territoriali e SPDC nei ricoveri programmati;
- Rapporti fra i servizi per i ricoveri in emergenza;
- Rapporti con Pronto soccorso;
- Gestione del ricovero in pronto soccorso;
- Rapporti con la rete territoriale che opera nel settore (Forze dell'ordine, Centri di accoglienza, Comuni)
- Costruzione di rapporti/reti di sostegno attraverso i Servizi Sociali per i soggetti a grave fragilità, immigrati, con disagio socio – economico.

Per ognuno di questi punti sono state condivise le problematiche ed elaborate proposte di miglioramento di breve e lungo periodo. L'attività è stata poi sospesa in quanto tali proposte dovevano essere condivise a livello di direzione strategica e, per certi aspetti anche con soggetti istituzionali esterni quali Prefettura, forze dell'ordine, associazioni. La situazione di precarietà ed accentuato turn over del management aziendale non ha purtroppo consentito di poter affrontare il problema al fine di rendere operative le proposte e definire le procedure corrispondenti. Pertanto la misura è confermata e riproposte nella parte di implementazione dell'attività avviata.

Il previsto Corso di formazione di sensibilizzazione sulle tematiche etico – comportamentali non è stato realizzato in quanto non è stato approvato il Piano di formazione annuale dell'Azienda Sanitaria ed è quindi interamente riproposto.

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Visita ambulatoriale	Richiesta visita psichiatrica ambulatoriale	Diretta MMG Altri Enti	Attestazioni improprie sullo stato di salute mentale finalizzata ad ottenere benefici economici o accesso alla struttura ospedaliera				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 3 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 1 d) Valore 3 e) Informatizzazione 5 f) Programmazione 2 **TOTALE 18** **MEDIA ARITMETICA 18/6=3**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 3 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 2 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE 11** **MEDIA ARITMETICA 11/6= 1,83**	Valore di P x I 3X1,83= 5,50 **MEDIO**
	Accesso alla struttura, prenotazione	SPDC							
	Visita specialistica	SPDC		Valutazione impropria/alterata dello stato di salute mentale del paziente e della documentazione diagnostica	Interno/esterno	Discrezionalità nella scelta			
	Certificazione	SPDC							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
attivazione nucleo di controllo di 2^ livello	controllo ex post delle visite effettuate
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: attivazione nucleo di controllo di 2^ livello

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Individuazione Nucleo di Controllo 2^ livello	Costituzione Nucleo	Marzo 2020	DSM	Determina di costituzione
Elaborazione procedura operativa relativa ai controlli	Identificazione modalità dei controlli, attività da controllare e n. controlli	Maggio 2020	DSM	Documento
Controlli di 2^ livello	Controlli	Ottobre 2020	DSM	Report di attività

Attuazione delle misure: la misura non è stata realizzata ed integralmente riproposta.

U.O.C. SERVIZI DIPENDENZE PATOLOGICHE – SER.D.

I servizi Dipendenze patologiche (Ser.D.) sono organizzati in 2 Unità Operative Complesse, articolate su ambito interdistrettuale, una Unità Operativa Semplice di Alcologia, afferente al Ser.D., una Unità Operativa Semplice Dipartimentale con il compito di assicurare, in modo coordinato e funzionale le attività di prevenzione, diagnosi psicologica, psicoterapia, riabilitazione e sostegno rivolto alle persone, ai gruppi, agli organismi sociali e alle Comunità. La UOSD svolge inoltre attività di ricerca, didattica e formazione in ambito psicologico su tutta l'area territoriale del Dipartimento. I Ser.D svolgono invece le seguenti attività:

- interventi di sostegno e orientamento per soggetti abusatori o dipendenti da sostanze psicotrope legali o illegali (droghe ed alcol) e per le loro famiglie;
- erogazione di prestazioni finalizzate alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione con presa in carico delle persone ed accertamento del loro stato di salute in relazione a problemi di dipendenza, per come definita dall'OMS: integrità psicofisica del soggetto inserito nel suo contesto sociale, dalla fase di accoglienza sino alla conclusione del percorso terapeutico-riabilitativo;
- definizione programmi terapeutici individuali farmacologici e psico-socio-riabilitativi a carattere ambulatoriale e/o residenziale in Comunità Terapeutiche accreditate nella Regione Calabria:
- certificazioni stato di tossicodipendenza e alcoldipendenza;
- esecuzione programmi riabilitativi alternativi alla detenzione;
- collaborazioni con Enti (Servizi Sociali Comunali, Prefettura), associazioni, altri servizi ASP (Centro di Salute Mentale, Consultorio, Commissione Medica Locale), reparti ospedalieri, studi avvocati;
- prevenzione e diagnosi delle infezioni da HBV ed HIV, collaborazione con Centri Specialistici Infettivologici per la cura di casi diagnosticati;
- diagnosi e cura di altre patologie correlate alla tossicodipendenza e Problemi alcol correlati;
- attività di segretariato sociale;
- attività di promozione della salute rivolte anche agli studenti, finalizzate alla prevenzione dei comportamenti a rischio.

CATALOGO DEI PROCESSI

1. Presa in carico
2. Inserimento in comunità terapeutiche

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Presa in carico	Richiesta di accesso volontario o proveniente dalla famiglia e/o su indicazione/ segnalazione MMG, Autorità Giudiziaria (per soggetti che hanno in corso un procedimento penale) Prefettura (per soggetti che hanno in corso un procedimento amm.vo art. 75)		Favorire l'utente al fine di godere di benefici secondari in caso di procedimenti penali o amministrativi in atto				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 4 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 1 d) Valore 4 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 **TOTALE** = 18 **Media aritmetica 18/6= 3**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE** = 12 **Media aritmetica= 2 12/6=**	Valore di P x I 3X2= 6 **MEDIO**
	Prenotazione/ convocazione	SERD							
	Accesso: verifica competenza territoriale per eventuale richiesta di nulla osta al SerD competente, analisi della documentazione; **Accoglienza:** Consenso informato 1^ colloquio Registrazione e assegnazione codice interno, Apertura cartella socio sanitaria (cartacea e informatizzata) Eventuale osservazione con familiari o altri referenti Apertura cartella Winsimet per registrazione tossicologica e successiva eventuale terapia farmacologica	SERD		Presa in carico di soggetti non residenti senza la richiesta di nulla osta al competente SerD. Analisi superficiale della documentazione con mancata verifica dei requisiti accesso al servizio sanitario (es. migranti)	Interno/esterno	Discrezionalità nella scelta			

	Esecuzione tossicologico			Mancato controllo/attenzione verso eventuali manipolazioni	Interno/esterno	Monopolio del potere			
	Prenotazione 2^ colloquio/programmazione calendario incontri di valutazione diagnostica								
	2^ Colloquio visita medica e prescrizioni esami. Tossicologico Prenotazione terzo colloquio	SERD		Alterazione valutazione diagnostica	interno	Discrezionalità nella scelta Carenza di strumenti e attrezzature per indagini oggettive			
	3^ Colloquio valutazione psicodiagnostica (osservazione diretta, eventuale somministrazione test)	SERD							
	Riunione di equipe/mini equipe per elaborazione proposta programma terapeutico.	SERD		Alterazione valutazione diagnostica	interno	Discrezionalità nella scelta Carenza di strumenti e attrezzature per indagini oggettive			
	Colloquio di restituzione e proposta di programma	SERD							
	Eventuale relazioni agli Enti invianti ed ai legali degli utenti per eventuali autorizzazioni dell'AG	SERD		Relazione coerente con le esigenze dell'utente	interno	Discrezionalità			
	Inizio programma terapeutico	SERD							
	Verifiche periodiche e valutazione del programma eventuali riformulazioni	SERD		Verifiche superficiali che consentono la prosecuzione del programma	interno	Discrezionalità			
	Inserimento Comunità terapeutiche	SERD							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazioni**
Controllo relativo all'attendibilità del campione di urine da esaminare con installazione sistema visivo attraverso telecamera non registrabile, con monitor di controllo da remoto in ambiente protetto	Valutare lo stato clinico del paziente in relazione agli esami propri del caso
Mappatura delle indagini cliniche utili a livello diagnostico per le quali armonizzare le possibilità di esenzione ticket e previsione di eventuali protocolli	Favorire l'accertamento diagnostico con indagini appropriate, che non pesino sulla situazione economica dell'utente
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: la misura deve assicura il controllo diretto da remoto dell'utente.	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: controllo relativo all'attendibilità del campione di urine da esaminare con installazione sistema visivo attraverso telecamera				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Acquisizione strumentazione necessaria e lavori di installazione	Installazione telecamere	Giugno 2020	UOC Patrimonio e servizi tecnici	Realizzazione

Misura: mappatura delle indagini cliniche utili a livello diagnostico				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Attività del gruppo di lavoro	mappatura delle indagini cliniche utili a livello diagnostico, verifica partecipazione alla spesa dell'utente, proposta eventuali protocolli	Maggio 2020	Gruppo di lavoro	Documento

Attuazione delle misure: le misure sono state avviate ma non sono state definitivamente realizzate in quanto, alcune fasi di realizzazione risultavano a carico di altre strutture. E' stato costituito i Gruppo di lavoro dei Responsabili dei Ser.D e dei servizi di Alcoologia che hanno individuato le attività da realizzare. Per quanto riguarda il processo operativo di "presa in carico" dell'utenza, al fine di valutare correttamente lo stato clinico del paziente in relazione agli esami propri del caso, prevenendo il rischio di manipolazione fraudolenta dei liquidi biologici in fase di prelievo (esame urine per indagini tossicologiche) si è stabilito di rafforzare i controlli relativi all'attendibilità dei campioni con l'installazione di un sistema di videosorveglianza. La struttura sanitaria, nell'espletamento della procedura di prelievo deve garantire ed assicurarsi che il campione urinario raccolto corrisponda al soggetto sottoposto ad accertamento. Dall'analisi della problematiche è emerso che, attualmente, è in uso nei Ser.D. l'osservazione diretta del soggetto sottoposto ad accertamento, da parte di un operatore sanitario qualificato.

Tale procedura può creare disagio e pertanto si è intenso impiegare un sistema di videosorveglianza, anziché l'osservazione diretta, che assicura maggiormente la corretta raccolta del campione sotto il profilo della manipolazione (rischio di alterabilità del campione e della provenienza), prevenendo il rischio di produrre false attestazioni utilizzabili per la fruizione di benefici giuridici ed economici. Le strutture sanitare svolgono infatti tali procedure, oltre che fini di cura della salute, anche per fini certificatori inerenti l'accertamento dell'idoneità in ambito di diritto del lavoro. Pertanto, sulla base di quanto emerso e verbalizzato dal Gruppo di lavoro, è stata richiesta l'installazione di un sistema di video sorveglianza in tutti i SerD, previo sopralluogo tecnico teso ad acquisire ogni dato funzionale all'attivazione del sistema, in coerenza ed osservanza dalla normativa che tutela i dati personali. Tale richiesta non ha ancora avuto riscontro e pertanto la misura viene riproposta per la parte relativa al suo completamento ed eventuale implementazione.

La misura relativa alla mappatura delle indagini cliniche utili a livello diagnostico, con la verifica della partecipazione alla spesa dell'utente e la proposta eventuali protocolli è stata affrontata nell'ambito del Gruppo di lavoro, integrato con i Laboratori analisi, soffermandosi in particolare sul caso caso degli esami di Transferrina Desiala (CDT), utilizzati per la verifica dell'abuso alcolico, finora esame fuori LEA che, alla luce di un primo approfondimento, dovrebbe essere stato inserito nell'elenco degli esami LEA di cui al nuovo Decreto pubblicato in GU 18.03.2017.

	90.42.4	TRANSFERRINA (Capacita ferrolegante)		Laboratorio			
	90.42.5	TRANSFERRINA		Laboratorio			
✓	90.42.6	TRANSFERRINA DESIALATA (CDT)		Laboratorio			
	90.42.8	TRIPTASI		Laboratorio			

Come già evidenziato nell'ambito dell'area di rischio dei "Laboratori Analisi" "*Bisognerebbe quindi ulteriormente approfondire per verificare la necessità di un eventuale recepimento/adeguamento della normativa a livello regionale e comunque, nelle more, prevedere, secondo quanto richiesto dai Servizi per le dipendenze, una esenzione tariffaria qualora tali esami dovessero essere necessari per attestare patologie e stati di salute di pazienti particolarmente fragili o con disagio economico, attraverso l'attivazione di protocolli con i servizi sociali, come sperimentato in altre Regioni.*" Tale problematica potrebbe interessare anche altre indagini cliniche e partanto la misura viene confermata e riproposta per la sua implementazione e conclusione.

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Inserimento in comunità terapeutiche	Richiesta da parte di: Servizi interni e ASP (salute mentale, consultorio, servizi sociali) Autorità Giudiziaria Medico di base Ospedale Famiglia	Esterno	Favorire l'inserimento dell'utente in una struttura predeterminata				**PROBABILITA'** Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 3 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 2 d) Valore 2 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 **Totale: 17** **Media aritmetica** **17/6 = 2,83**	**IMPATTO** Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 4 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 3 e) Etico, comportamentale 1 **Totale: 13** **Media aritmetica** **13/6 = 2,17**	Valore di P x I 2,83X2,17= 6,14 **MEDIO**
	Valutazione equipe socio, psico, sanitaria	Ser.D.		Valutazione finalizzata alla identificazione di un programma	Interno	Discrezionalità nella scelta			
	Compilazione cartella multidisciplinare paziente, cartacea e informatica	Ser.D.							
	Individuazione elenco strutture accreditate dalla Regione Calabria idonee per inserimento in base al programma stabilito in sede di valutazione	Ser.D.		Individuazione della struttura adeguata al programma prescelto	Interno	Discrezionalità nella scelta			
	Richiesta formale di disponibilità presso le strutture individuate	Ser.D.							
	Collocamento nella struttura disponibile	Ser.D.							

	ovvero, in mancanza di disponibilità presso struttura considerata alternativa								
	Valutazione dell'inserimento attraverso verifica relazione da parte del SerD/Alcologia ed eventuale colloquio con utente	Comunità							
	Presa in carico da parte della struttura con formale comunicazione di ingresso	Comunità							
	Contrattualizzazione con struttura e impegno di spesa semestrale (rinnovabile)	Ser.D.							
	Monitoraggio andamento terapeutico	Ser.D.		Proseguimento programma residenziale	Interno/esterno	Discrezionalità nella scelta			

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
assicurare, a parità di programma, la rotazione della struttura di inserimento	La misura consentirebbe una più equa redistribuzione dei pazienti fra le strutture prevenendo la possibilità di orientare l'utente verso una struttura predeterminata
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: sarà necessario effettuare un monitoraggio annuale di verifica della rotazione	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: assicurare, a parità di programma, la rotazione della struttura di inserimento				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Monitoraggio del rispetto Disposizione di servizio con allegata scheda di rilevazione	assicurare, a parità di programma, la rotazione della struttura di inserimento	Giugno/novembre 2020	Direzione Dipartimento	Documento
Elaborazione dati e report annuale	monitoraggio delle attività e verifica rotazione	Giugno/novembre 2020	Direzione Dipartimento	Report
Pubblicazione Report	Trasparenza e controllo esterno	Giugno/novembre 2020	RPCT	Pubblicazione

Attuazione delle misure: per quanto riguarda la misura relativa alla formulazione di Disposizione di servizio tesa ad assicurare, a parità di programma, la rotazione della struttura di inserimento, prevenendo la possibilità di orientare l'utente verso una predeterminata Comunità Terapeutica, è stata elaborata e trasmessa la prevista scheda di monitoraggio per l'acquisizione dei dati. I dati richiesti sono pervenuti solo in minima parte e pertanto la misura è confermata al fine della completa realizzazione e della implementazione in relazione all'analisi dei dati acquisiti. Per aumentare la trasparenza negli inserimenti nelle strutture è stato poi prevista la pubblicazione del Report conclusivo sul sito aziendale.

DIPARTIMENTO FARMACEUTICO

L'assistenza farmaceutica, organizzata come Dipartimentale, garantisce la realizzazione e il controllo di tutti i processi volti ad attuarela migliore politica possibile del farmaco e dei dispositivi medici, in linea con gli obiettivi assistenziali edi sostenibilità economica in ogni ambito. A tal fine sono previste sinergie operative in tema di politiche del farmaco e dei dispositivi medici tra AO e ASP.

L'attività del Dipartimento farmaceutico è articolata in due aree: area territoriale ed area ospedaliera.

L'area territoriale è articolata in due Unità operative complesse di Farmacia territoriale, 6 Unità operative semplici di farmacia distrettuale, 1 UOSD di farmacovigilanza.

L'area ospedaliera è articolata in tre Unità operative complesse di Farmacia ospedaliera, una per ogni Spoke, 1 UOSD di Farmacia clinica, per la centralizzazione delle preparazioni antiblastiche degli Spoke. Per ciascuno dei tre Ospedali di Zona è poi presente una UOS di Farmacia

La mappatura dei processi è stata elaborata parallelamente dalle due aree, per una carenza di direzione ed indirizzo dipartimentale; per la realizzazione delle misure di prevenzione, spesso convergenti, si dovrà tendere ad una maggiore collaborazione ed integrazione operativa.

Catalogo dei processi

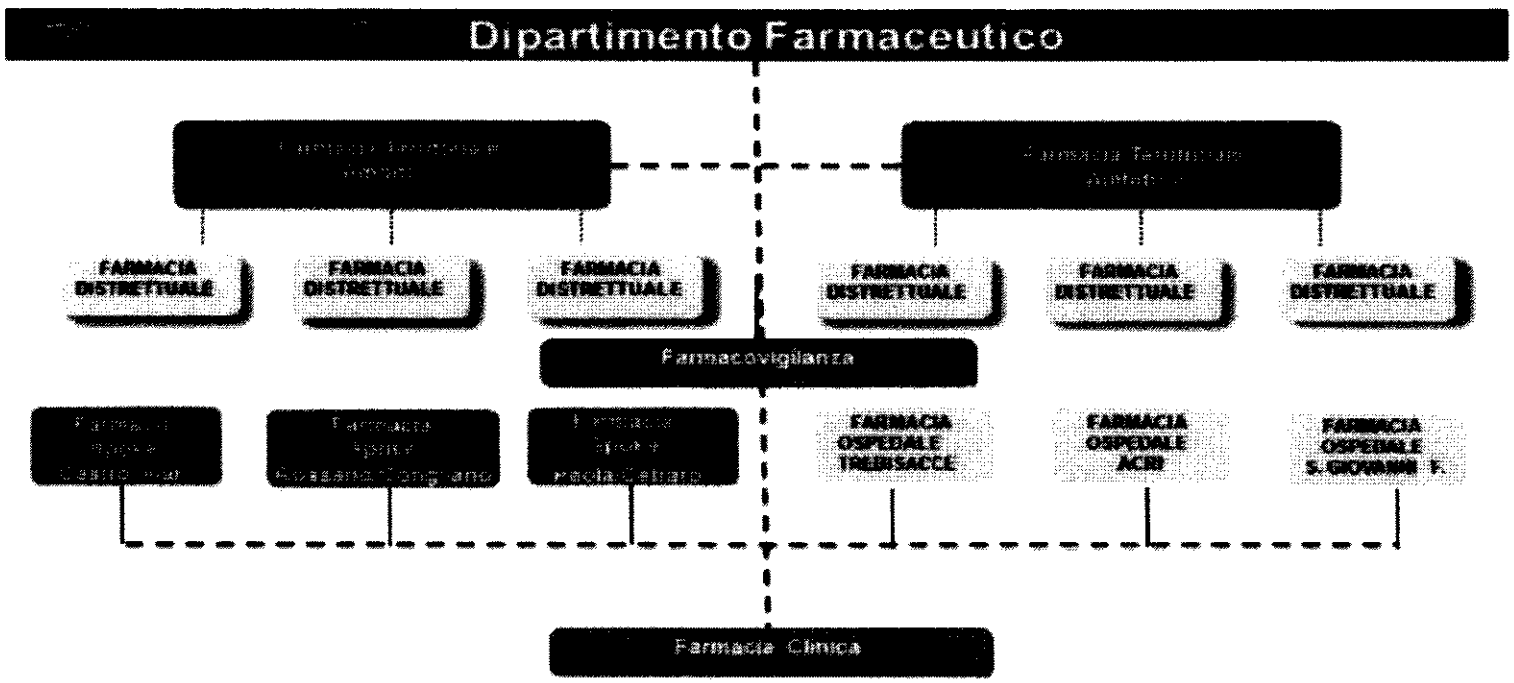
UOC Farmacia Territoriale

1) Acquisto farmaci, dispositivi medici
2) Vigilanza sulle farmacie effettuata dalla Commissione Farmaceutica (art. 14 L.R. 18)

UOC Farmacia Spoke

1) Definizione fabbisogno farmaceutico da acquisire
2) Farmaco vigilanza e dispositivo vigilanza
3) Ricezione prodotti ordinati e destinati in scorta al magazzino

Organigramma



PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Acquisto farmaci, dispositivi medici	Individuazione del fabbisogno	UU.OO.CC. Aziendali	Favorire/ penalizzare una Casa farmaceutica o ditta intermediaria nell'acquisto dei prodotti	sovrastima /sottostima del reale fabbisogno	Interno	Discrezionalità nella scelta Carenza strumenti uniformi di rilevazione	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 3 d) Valore 3 e) Informatizzazione 3 f) Programmazione 1 **TOTALE 17** **MEDIA ARITMETICA: 2,83**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica I valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 2 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Etico, comportamentale 2 f) Qualità dei servizi 1 **TOTALE 10** **MEDIA ARITMETICA: 1,67**	Valore di **P x I** **2,83X 1,67 =** **4,72** **MEDIO**
	Individuazione del budget di spesa annuale e trasferimento alla SUA e alla UOC Provveditorato per l'avvio delle procedure di acquisto	U.O.C. Farmacia Territoriale U.O.C. Provveditorato		mancato avvio di procedure di gara per il fabbisogno annuale che viene soddisfatto con procedure ristrette	Interno	Discrezionalità nella scelta Mancanza di programmazione			
	Procedure di gara	U.O.C. Provveditorato							
	Acquisizione disponibilità del bene farmaceutico per ordini da parte delle Farmacie e gestione del magazzino	U.O.C. Farmacia Territoriale		Privilegiare, nella fase di distribuzione, alcuni farmaci a scapito di altri	Interno	Discrezionalità nella scelta			
	Erogazione alle farmacie.	U.O.C. Farmacia Territoriale							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazioni**
Formalizzazione procedura di individuazione del fabbisogno	Rendere uniforme e strutturato il sistema di individuazione del fabbisogno
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: attuazione di una misura integrata che preveda anche la pubblicazione dei flussi di consumo/attività, la creazione di un sistema di controllo incrociato a vari livelli, il monitoraggio e analisi dei dati di consumo su base storica accompagnata dalla dotazione di strumenti informatici adeguati e da un supporto formativo finalizzato al trasferimento della procedura ed all'utilizzo della strumentazione.	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: formalizzazione procedura di individuazione del fabbisogno

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Ricognizione delle procedure interne ad oggi adottate	Verifica della situazione esistente	Marzo 2020	Dipartimento Farmaceutico	Documento
Elaborazione procedura di individuazione del fabbisogno	Rendere uniforme e standardizzato il processo di individuazione del fabbisogno	Maggio 2020	Unità operative territoriali afferenti al Dipartimento	Documento

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Vigilanza sulle farmacie Effettuata dalla Commissione Farmaceutica (art. 14 L.R. 18)	Individuazione delle Farmacie da ispezionare rispettando l'obbligo di effettuare una ispezione almeno biennale	U.O.C. Farmacia Territoriale	Favorire/ penalizzare una Farmacia predeterminata	Inserendo/ non inserendo la Farmacia negli elenchi nelle strutture da sottoporre a visita	Interno	Mancanza di programmazione	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 3 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 3 d) Valore 4 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 **TOTALE 20** **MEDIA ARITMETICA: 3,33**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 3 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Etico, comportamentale 2 f) Qualità dei servizi 1 **TOTALE 15** **MEDIA ARITMETICA: 2,50**	Valore di **P x I** **3,33X 2,50 =** **8,33** **MEDIO ALTO**
	Ispezione e verbalizzazione	U.O.C. Farmacia Territoriale		Sopravvalutando/sottovalutando elementi critici rilevati	Interno /Esterno	Discrezionalità nella scelta			
	Apertura eventuale procedimento sanzionatorio	U.O.C. Farmacia Territoriale							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazioni**
procedimentalizzazione dell'attività di vigilanza e controllo	elaborare procedura uniforme e trasparente di vigilanza e controllo
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: la misura deve essere accompagnata da un momento di omogeneizzazione formativa	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: Procedimentalizzazione dell'attività di vigilanza e controllo

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Elaborazione procedura	Rendere uniforme e trasparente l'attività di vigilanza e controllo	Giugno 2020	Unità Operative afferenti al Dipartimento	Documento
Workshop di formazione operatori	Trasferimento procedura	Ottobre 2020	Unità Operative afferenti al Dipartimento	Workshop

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Definizione fabbisogno farmaceutico da acquisire	**Analisi rimanenze/scorte** Analisi delle scorte presenti in magazzino	UU.OO.CC. Farmacia Spoke	Fabbisogno non corrispondente alle reali necessità al fine di favorire acquisto di farmaci (quantitativo/qualitativo)	Trascurata valutazione di giacenze già presenti e di momentanei inutilizzi di prodotto.	Interno / esterno	Discrezionalità Scarsa professionalita' Basso standard etico	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 4 b) Rilevanza esterna 1 c) Complessità 1 d) Valore 2 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 **TOTALE 13 MEDIA ARITMETICA: 2,17**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 1 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Etico, comportamentale 1 f) Qualità dei servizi 4 **TOTALE 11 MEDIA ARITMETICA: 1,83**	Valore di **P x I** **2,17X 1,83 = 3,97** **MEDIO BASSO**
	Acquisizione e valutazione del fabbisogno Acquisizione richieste U.U.O.O. Valutazione appropriatezza della richiesta Esame consumo storico dei prodotti da acquisire per le U.U.O.O. Individuazione eventuali scostamenti dallo standard di consumo e conseguente valutazione di nuovi percorsi con il Responsabile U.O.	UU.OO.CC. Farmacia Spoke		Scarsa considerazione dei trend di consumo non allineati alle medie registrate . Disattesa analisi di utilizzi di prodotti non allineati agli standard di consumo precedenti e accettazione secondante scelte discutibili di prodotti o quantità eccessive di essi	Interno	Monopolio del potere Scarsa Professionalità			
	Scelta dei farmaci da acquistare, fra le opzioni compatibili e le priorità Scelta tra prodotti analoghi in funzione di elementi favorenti l'uno rispetto ad un altro a vantaggio dell'Ente di appartenenza oltre che dell' l'utenza	UU.OO.CC. Farmacia Spoke		Opzione discrezionale non supportata da motivazioni significative verso un prodotto rispetto ad altro di impiego sovrapponibile		Basso standard etico Monopolio del potere			
	Valutazione costo fornitura totale e controllo adeguato sul capitolo di spesa relativo all'acquisto	UU.OO.CC. Farmacia Spoke		Scarsa rilevanza alla disponibilità finanziaria con spreco di risorse da destinare ad altre necessità.	Interno	Assenza di spirito di appartenenza Basso standard etico			
	Acquisto (sufficiente a coprire un minimo di fabbisogno di 30-40 gg.)	UU.OO.CC. Farmacia Spoke		Proposte di acquisto per fabbisogni idonei a coprire periodi eccessivi rispetto ai tempi standard	Interno	Discrezionalità			

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazioni**
elaborazione procedura ed adeguata modulistica per individuare correttamente il fabbisogno	nell'ambito della procedura si possono ridurre le criticità emerse
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: elaborazione procedura che interessi l'intero processo e sia accompagnata da una modulistica che assicuri uniformità di rilevazione	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: elaborazione procedura ed adeguata modulistica per individuare correttamente il fabbisogno				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Elaborazione procedura	Ridurre le criticità emerse	Entro giugno 2020	Direzione UOC	Documento

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Farmaco vigilanza e dispositivo vigilanza	Individuazione Reparto/struttura da verificare	U.O.C. Farmacia Spoke	Favoritismi e scambi di favore verso colleghi e personale della struttura	Portare a conoscenza tempi e modalità della visita	Interno	Mancanza di programmazione Basso standard etico	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 5 b) Rilevanza esterna 2 c) Complessità 2 d) Valore 4 e) Informatizzazione 5 f) Programmazione 1 **TOTALE 19** **MEDIA ARITMETICA: 3,17**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 3 b) Economico 1 c) Reputazionale 4 d) Organizzativo, economico, Immagine 2 e) Etico, comportamentale 4 f) Qualità dei servizi 1 **TOTALE 15** **MEDIA ARITMETICA: 2,50**	Valore di **P x I** **3,17X 2,50 =** **7,92** **MEDIO ALTO**
	Accesso alla struttura da ispezionare	Tutte le Unità Operative Ospedaliere		Disattenzione voluta rispetto alla situazione reale verificata (es. farmaci scaduti o privi della scadenza, custodia non confacente, dotazione quali quantitativa incongrua)	Interno	Discrezionalità nella scelta			
	Verbalizzazione della ispezione	U.O.C. Farmacia Spoke		Verbalizzazione infedele	Interno	Discrezionalità nella scelta			
	Verifica degli esiti con Direttore UOC	U.O.C. Farmacia Spoke		Sottovalutazione elementi di criticità	Interno	Monopolio del potere Bassa definizione processi/respons			
	Trasmissione verbale vigilanza con osservazioni da parte del Direttore UOC	U.O.C. Farmacia Spoke		Mancata trasmissione del Verbale	Interno	Monopolio del potere Bassa definizione processi/respons			

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazioni**
Controllo interno di 2^livello	Verifica campionaria sulla correttezza dei controlli e dissuasione da comportamento non corretti in fase ispettiva
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: controllo interno di 2^ livello

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Elaborazione procedura di controllo di 2^ livello	Formalizzazione misura	Entro Aprile 2020	Direzione UOC	Documento
Effettuazione controlli	Verifica campionaria sulla correttezza dei controlli	Ottobre 2020	Direzione UOC	Verbali di ri/verifica
Relazione e elaborazione dati sui controlli effettuati	Acquisizione elementi di ri/valutazione del rischio	Novembre 2020	Direzione UOC	Report

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Ricezione prodotti ordinati e destinati in scorta al magazzino	Controllo dati contenuti nella bolla (corrispondenza ordine , rilevazione temperatura controllata , ecc)	U.O.C. Farmacia Spoke	Favoritismi nei confronti di Ditte esterne	Superficialità nel controllo	Interno	Scarsa professionalita' Basso standard etico	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 2 c) Complessità 1 d) Valore 2 e) Informatizzazione 1 f) Programmazione 1 **TOTALE 9** **MEDIA ARITMETICA: 1,5**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 4 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Etico, comportamentale 1 f) Qualità dei servizi 1 **TOTALE 11** **MEDIA ARITMETICA: 1,59**	Valore di **P x I** **1,5X 1,59=** **2,38** **MEDIO BASSO**
	Verifica numerica dei colli consegnati con quelli riportati e apposizione x ricezione della firma	Tutte le Unità Operative Ospedaliere		Approssimazione nelle procedure operative	Interno	Discrezionalità			
	Verifica della corrispondenza quali-quantitativa dei prodotti pervenuti rispetto a quelli riportati in bolla	U.O.C. Farmacia Spoke		Accettazione di non conformità a quanto ordinato	Interno	Basso standard etico Monopolio del potere			
	Rilevazioni eventuali discordanze tra il consegnato e l'ordinato. Contestazioni alla ditta fornitrice (scadenze, difformità del prodotto , ecc.)	U.O.C. Farmacia Spoke		Assenza di rilievi su dati contestabili	Interno	Discrezionalità			
	Trasferimento prodotti controllati dalla zona ricezione merci all'area di immagazzinamento. Stoccaggio dei prodotti secondo metodo FIFO. Corrispondente carico informatico sul programma gestionale	U.O.C. Farmacia Spoke		Immagazzinamento non funzionale dei Prodotti Predisposizione alla produzione scaduti Mancata Registrazione nuovo arrivo	Interno	Scarsa professionalità Basso standard etico			

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazioni**
Controllo interno	Verifica campionaria sulla correttezza della ricezione prodotti ordinati e destinati in scorta al magazzino
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): basso	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: controllo interno				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Effettuazione controlli	Verifica campionaria sulla correttezza ricezione prodotti	Ottobre 2020	Direzione UOC	Verbali di verifica
Relazione e elaborazione dati sui controlli effettuati	Acquisizione elementi di ri/valutazione del rischio	Novembre 2020	Direzione UOC	Report

DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE

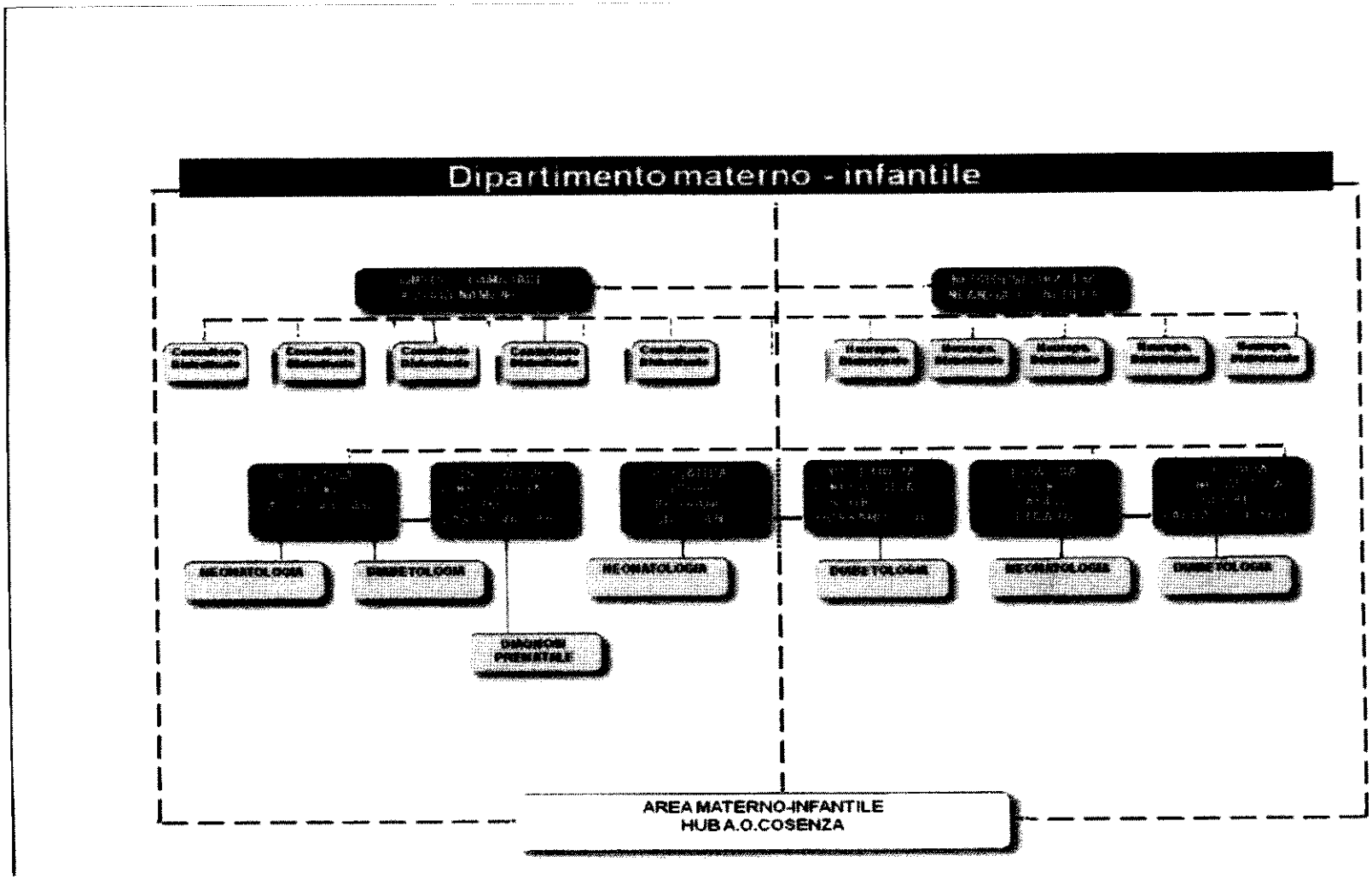
Il Dipartimento materno infantile è un Dipartimento funzionale, di natura mista, territoriale ed ospedaliero, a strutturazione interaziendale, comprendendo, quindi, anche strutture dell'Azienda Ospedaliera di Cosenza - HUB, collegate in rete (Unità Operative di Pediatria, Ostetricia e ginecologia, Neonatologia, Terapia intensiva neonatale e Chirurgia Pediatrica). Al Dipartimento materno infantile afferiscono quindi funzionalmente, le Unità Operative Complesse di Pediatria, Ostetricia e Ginecologia degli Spoke e le relative Unità Operative Semplici di Neonatologia, Diagnosi prenatale e Diabetologia.
Il Dipartimento è deputato all'assistenza di donne, coppie, bambini e adolescenti e, attraverso interventi di educazione sanitaria, prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, assicura le seguenti funzioni nell'ambito delle sue articolazioni organizzative territoriali: Consultori familiari e servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (NPIA). Di recente è stato formalizzato l'incarico di Direzione del Dipartimento Materno infantile che potrà quindi svolgere le attività a livello interaziendale (Delibera 1091 del 26.11.2019).

Mappatura dei processi e individuazione della aree di rischio:
l'attività di mappatura e individuazione delle aree di rischio è stata completata nel corso dell'anno 2019 e può quindi rappresentare la complessità del sistema delle relazioni funzionali dipartimentali e delle problematiche di tutti gli ambiti territoriali. Alla precedente mappatura dei servizi di neuropsichiatria infantile ed delle Unità Operative di Pediatria di tutti gli Spoke, che hanno collaborato e condiviso il percorso di mappatura, si sono quindi aggiunte le mappature dei Consultori familiari e delle Unità operative di ostetricia e ginecologia. Con l'attivazione del coordinamento dipartimentale, con il quale non è stato finora possibile avviare un momento di analisi e confronto, si renderà comunque necessario procedere ad una integrazione fra le misure proposte, al fine di definire un percorso organizzato di assistenza che tenga conto dell'intera filiera interaziendale e delle interrelazioni funzionali. La realizzazione delle misure, in una logica di integrazione, potrà quindi creare le condizione per l'effettivo coordinamento dell'area ed il necessario sostegno alle attività delle unità operative coinvolte.

Attuazione e monitoraggio delle misure di prevenzione: il livello di attuazione delle misure di prevenzione dei servizi di neuropsichiatria infantile e dei reparti di pediatria degli Spoke è purtroppo molto basso ed è dovuto a specifici fattori, segnalati nelle specifiche sezioni di presentazione dei servizi.

1. Ricovero in Pediatria (ordinario, day hospital, rooming – in (nido), neonatologia)
2. Visita ambulatoriale Pediatria

Organigramma



SERVIZI DI NEUROPSICHIATRIA INFANTILE E DELL'ADOLESCENZA - NPIA:

la mappatura dei processi operativi dei servizi di neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza, è stata effettuata in modo integrato con la mappatura dei Distretti Sanitari con i quali si relazionano in un sistema di organizzazione a matrice e dai quali, al momento, ne dipendono strutturalmente. I servizi di neuropsichiatria infantile, infatti, sono gli unici nell'ambito del Dipartimento materno infantile a non essere stato ancora strutturati secondo le previsioni del vigente atto Aziendale (Delibera 1619 del 17.08.2017).

Tali servizi, pertanto, costituiscono ancora un settore residuale dei Distretti sanitari, che comunque ne gestiscono le attività in una dimensione transitoria e di precarietà, senza investimenti di tipo strategico ed integrazione organizzativa, generando spesso contenzioso e conflitto di competenza, con conseguenti disfunzioni organizzative e mortificazione professionale degli operatori del settore (esempio nelle attività di valutazione dei risultati di performance organizzativa ed individuale).

La situazione descritta era già presente ed è stata analizzata lo scorso anno, quando è stata effettuata la mappatura dei processi, che ha costituito il primo momento di relazione e confronto fra tutti i servizi aziendali di neuropsichiatria infantile. Le misure di prevenzione del rischio prevalenti hanno fatto riferimento ad un quadro di grave carenza di programmazione e di condivisione di standard, procedure e protocolli operativi oltre che di sovrapposizione di competenza territoriale. Le misure organizzative sono state si sono quindi proposte l'obiettivo di individuare percorsi organizzativi ed operativi condivisi, rafforzati da un supporto formativo di conoscenze e confronto fra buone prassi nazionali.

Tale situazione ha però pesato anche in questo anno di attività e che non ha consentito di realizzare le misure proposte, nonostante l'attivazione di un gruppo di lavoro fra tutti i Responsabili/referenti dei servizi Npia, l'avvio dei lavori e la condivisione di un percorso operativo che prevedeva di affrontare:

a) <u>per quanto riguarda gli aspetti organizzativi</u>

modalità di accesso al servizio e rapporti con CUP; rapporti con Reparti ospedalieri (Pediatria/neonatologia); rapporti con strutture riabilitative; rapporti con altre strutture aziendali – Servizi Sociali CSM/SPDC, CDI, SERD; rapporti con strutture sanitarie e socio sanitarie fuori regione; attività di valutazione e rendicontazione delle attività, attività di formazione; organizzazione e strutturazione dei flussi di attività, attraverso la rilevazione dei dati e caricamento sulle piattaforme di attività (SIGEMONA);

b) <u>per quanto riguarda gli aspetti diagnostico – clinici – riabilitativi</u>

definizione di procedure operative relative alle diagnosi psicopatologiche, alle visite e prese in carico neuropsichiatriche, tenendo conto delle caratteristiche di ogni tipologia di prestazione, delle modalità di prenotazione e registrazione (Cup e accesso diretto), della complessità dell'approfondimento diagnostico, al fine di uniformare le procedure già utilizzate e definire le procedure più congrue di accoglienza, presa in carico diagnostica e terapeutica;

3) per quanto riguarda i rapporti con altre istituzioni (Tribunali, Scuole, Comuni…)
regolamentazione delle prestazioni di consulenza, anche in relazione al riconoscimento delle prestazioni ed alla rilevazione dei costi.

Le misure previste verranno quindi integralmente riproposte, con il suggerimento, comunque, di attivare un coordinamento dei servizi NPIA nell'ambito del Dipartimento Materno Infantile ed, eventualmente, di individuare uno specifico Referente per tale area operativa, atteso che la realizzazione delle misure individuate, per le caratteristiche di programmazione e regolamentazione delle attività, possono costituire l'elemento fondamentale per la definizione dell'assetto organizzativo dei sevizi.

Catalogo dei processi

1) Presa in carico dei servizi NPIA utenza per problematiche che interessano la fascia di popolazione infantile e adolescenziale.

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Presa in carico utenza per problematiche che interessano la fascia di popolazione infantile e adolescenziale.	Richiesta di accesso proveniente dalla famiglia, su indicazione/segnalazione di PLS, istituzioni scolastiche, Tribunale Minori..		Favorire famiglie utenti nella fase di accesso alla visita o al trattamento. Favorire accesso alle prestazioni intramoenia ed alle strutture private per le attività di trattamento.	Accesso al servizio senza rispettare le liste di attesa	Interno/esterno	Mancanza di programmazione Discrezionalità della scelta	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 5 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 3 d) Valore 4 e) Informatizzazione 5 f) Programmazione 4 **TOTALE** = 25 **Media aritmetica 25/6= 4,17**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 4 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 2 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE** = 12 **Media aritmetica 12/6= 2**	Valore di **P x I** **4,17 X 2 = 8,33** **MEDIO ALTO**
	Accoglienza e presa in carico, colloquio con la famiglia e analisi della documentazione; Consenso informato	Npia							
	Accertamento e valutazione diagnostica: visita Npi, valutazione psicodiagnostica (osservazione diretta, osservazione con genitori, eventuale somministrazione test), colloquio di restituzione	Npia		Valutazione inappropriata sia della documentazione che nell'esame del caso		Discrezionalità della scelta			
	Prescrizioni terapeutiche Eventuale relazione finale	Npia							
	Inserimento lista di attesa per trattamento terapeutico	Npia		Accesso al servizio senza rispettare le liste di attesa	Interno/esterno	Mancanza di programmazione Discrezionalità della scelta			
	Trattamento riabilitativo sia psichiatrico che neurologico	Npia							
	Servizi riabilitativi aziendali Intramoenia	Npia							
	Servizi riabilitativi privato	Npia		Suggerire servizio riabilitativo privato		Monopolio del potere Basso standard etico			

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
Attivazione percorsi organizzativi – diagnostici – clinici – riabilitativi, omogenei e condivisi sul territorio attraverso: studio e ricerca di buone prassi a livello nazionale, individuazione percorsi condivisi, formalizzazione (Regolamenti, protocolli, linee guida)	Gli elementi di rischio emersi sono agevolati dalla mancanza di un modello unico organizzativo. La misura preventiva più efficace sul medio – lungo periodo può essere quella di identificare ed attuare un modello organizzativo omogeneo in coerenza con il nuovo Atto Aziendale
Formazione operatori	Omogeneizzazione competenze e supporto al miglioramento organizzativo
Inserimento delle prestazioni nel programma CUP	Trasparenza nella gestione delle liste di attesa
Agenda informatica "CUP" per lista d'attesa riabilitativa	Trasparenza nella gestione delle liste di attesa
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: elaborazione e formalizzazione procedura	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: Attivazione percorsi organizzativi – diagnostici – clinici – riabilitativi, omogenei e condivisi sul territorio attraverso: studio e ricerca di buone prassi a livello nazionale, individuazione percorsi condivisi, formalizzazione (Regolamenti, protocolli, linee guida)

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
percorsi organizzativi – diagnostici – clinici – riabilitativi, omogenei e condivisi sul territorio attraverso: studio e ricerca di buone prassi a livello nazionale, individuazione percorsi condivisi, formalizzazione (Regolamenti, protocolli, linee guida)	Ridefinizione organizzativa e procedurale dei servizi, uniforme a livello territoriale	Giugno 2020	Gruppo di lavoro	Report Linea Guida Regolamento
Diffusione dei risultati	Trasferimento e confronto con stakeholder interni ed esterni	Giugno 2020	Dipartimento Materno Infantile - RPCT	Realizzazione corso (già programmato)

Misura: Organizzazione Corso *"Buone prassi operative in neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza"*				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Inserimento dell'evento nella programmazione aziendale	Programmazione delle attività	Gennaio 2020	RPCT	Atto di programmazione
Elaborazione del progetto formativo	Progettazione didattica	Entro Aprile 2020	RPCT UO Formazione Responsabile scientifico	Determina di approvazione del progetto formativo
Realizzazione del progetto formativo	Organizzazione ed erogazione della formazione	Entro giugno 2020	RPCT UO Formazione	Realizzazione corso

Misura: Inserimento delle prestazioni nel programma CUP - Agenda informatica "CUP" per lista d'attesa riabilitativa				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Richiesta apertura agenda CUP	Accesso tramite sistema CUP	Entro maggio 2020	Servizi NPI Distretti Sanitari	Richiesta
Apertura Agenda CUP	Possibilità di Prenotare attraverso il CUP	Entro giugno 2020	CUP	Sistema TS
Acquisizione confronto dati	Verifica utilizzo sistema CUP	Entro Novembre 2020	Direzione UOC CUP RPTC	Documento

U.O.C.PEDIATRIA

Per quanto riguarda invece le Unità Operative di Pediatria, afferenti agli Spoke di Castrovillari, Paola – Cetraro, Rossano – Corigliano, le problematiche di rischio fanno riferimento in prevalenza all'accesso alle prestazioni ed alla debolezza dei rapporti funzionali dipartimentali, anche in relazione alle problematiche di disagio sociale, molto presenti sul nostro territorio. Le misure di trattamento sono state quindi di tipo regolamentare ed organizzativo. Al fine di realizzare le attività previste è stato attivato un gruppo di lavoro costituito dai Responsabili e referenti dei Reparti afferenti a tutti gli Spoke che hanno condiviso un programma di lavoro, soffermandosi sui punti critici da approfondire per procedere alla regolamentazione degli accessi in reparto di pediatria:

- modalità di accesso in Day Hospital, in particolare di tipo diagnostico, catalogando le prestazioni pediatriche tipicamente erogate in regime di Day Hospital;
- approfondimento degli aspetti normativi, organizzativi e tecnici per l'avvio della sperimentazione delle prestazioni in regime di PAC – Prestazioni Ambulatoriali Complesse;
- regolamentazione uniforme dei rapporti fra i Reparti e il Pronto soccorso;
- implementazione dei rapporti fra i reparti e i servizi territoriali.

Tale interessante programma di lavoro non è stato purtroppo portato a termine per la situazione di estrema precarietà e criticità in cui si sono venuti a trovare i Reparti, che ha spesso portato alla chiusura temporanea in alcuni Spoke. Tale situazione è divenuta ad un certo punto insostenibile. In tale contesto, ci si è concentrati esclusivamente sulla gestione quotidiana dei Reparti, finalizzata ad assicurare lo standard minimo di prestazioni, ritenendo anacronistico e comunque difficile ipotizzare soluzioni di miglioramento organizzativo. La misura di prevenzione relativa al processo "ricovero" è stata quindi integralmente riproposta.La misura relativa al processo "visita ambulatoriale" è stata invece realizzata e quindi, nell'ambito del presente PTPCT è stata inserita una misura di monitoraggio e verifica di efficacia.

Catalogo dei processi

1) RICOVERO: ordinario, dh, rooming in (nido), neonatologia
2) VISITA ambulatoriale

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
RICOVERO: - ordinario - dh - rooming in (nido) - neonatologia	Accettazione	Pronto soccorso	Favorire utenti nella fruizione di prestazione ospedaliere				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 3 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 1 d) Valore 2 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 **TOTALE: 15** **MEDIA ARITMETICA** **15/6= 2,50**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 2 b) Economico 1 c) Reputazionale 2 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE: 10** **MEDIA ARITMETICA** **10/6= 1,67**	Valore di **P x I** **2,50x1,67 = 4,17** **MEDIO**
	Consulenza	UOC Pediatria		Optare per un trattamento meno/non oneroso (es. day hospital) in alternativa a quello oneroso (visita, ricovero)	interno	Discrezionalità			
	Accesso in reparto	UOC Pediatria							
	Registrazione in cartella	UOC Pediatria							
	Trattamento	UOC Pediatria							
	Esami diagnostici e strumentali Terapia	UOC Pediatria							
	Dimissioni	UOC Pediatria							
	Dimissioni protetti	UOC Pediatria							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
regolamentazione degli accessi in reparto	Rendere tracciabile trasparente ogni tipologia di accesso
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: applicazione uniforme in tutti i reparti di Pediatria e connessione con altre strutture ospedaliere (Pronto Soccorso) e territoriali (Npia e ambulatori specialistici)	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: regolamentazione degli accessi in reparto				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Elaborazione Linea Guida/Regolamentazione degli accessi al reparto di pediatria	Regolamentazione accessi in modo uniforme fra i reparti	Giugno 2020	Gruppo di lavoro	Documento

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Visita ambulatoriale	Prenotazione	CUP UOC Pediatria	Favorire utenti per ottenimento di benefici economici e giuridici				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 3 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 1 d) Valore 3 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 **TOTALE: 16** **MEDIA ARITMETICA 16/6= 2,67**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 2 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, 3 economico, Immagine e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE: 9** **MEDIA ARITMETICA 16/6= 1,50**	Valore di **P x I** **2,67 x 1,50= 4** **MEDIO**
	Accesso alla struttura	UOC Pediatria							
	Visita e prestazione	UOC Pediatria		Valutazione alterata dello stato di salute del paziente	interno	Discrezionalità			
	Refertazione	UOC Pediatria							
	Certificazione	UOC Pediatria		Certificazione non corrispondente allo stato di salute del paziente	interno	Discrezionalità			

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
adozione Registro e annotazione su questo dell'esito della visita e della finalità della eventuale certificazione	rendere tracciabile il processo di certificazione e monitorare le certificazioni di carattere medico - legale
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: applicazione uniforme e vincolata della misura fra tutti gli ambulatori specialistici ospedalieri e territoriali	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: adozione Registro e annotazione su questo dell'esito della visita e della finalità della eventuale certificazione

Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Monitoraggio Registro	Rispetto della procedura e verifica di efficacia	Giugno/novembre 2020	Direzione struttura	Documento

CONSULTORI FAMILIARI

Il Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) assegna un ruolo strategico ai Consultori Familiari (CF) nella promozione e tutela della salute della donna e dell'età evolutiva, gli stessi si differenziano dagli altri servizi per l'aspetto innovativo che li caratterizza cioè l'offerta attiva. Anche il DPGR 28 del 2011 assegna ai Consultori Calabresi un ruolo strategico, sia nella presa in carico della gravidanza fisiologica sia nella gestione di tutte le tematiche assegnate dal POMI. Lo stesso DPGR prevede il potenziamento dei Consultori Familiari afferenti ai Distretti nei quali sono stati disattivati i punti nascita al fine di prevenire disagi alla popolazione. Nell'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza, ciò è avvenuto a Trebisacce e Rossano dove, in seguito alla chiusura dei Punti Nascita, i Consultori garantiscono il servizio per 12 ore al giorno.

La legge n. 34/96 prevede un Consultorio familiare ogni 20.000 abitanti, nell'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza su una popolazione di 705753 operano 23 Consultori Familiari, gli stessi afferiscono all'U.O.C. Coordinamento dei Consultori Familiari. I Consultori Familiari (C.F.) garantiscono, oltre le attività socio-sanitarie previste dal Progetto Obiettivo Materno Infantile, anche quanto contenuto nell'Accordo Stato-Regioni 2010: assicurare la prima presa in carico della donna gravida con lo scopo di eseguire una prima valutazione del livello di rischio, la gestione della gravidanza fisiologica fino a 36 settimane, invio all'Ambulatorio della Gravidanza a Termine del Punto Nascita a 36 settimane, invio all'Ambulatorio della Gravidanza a Rischio del Punto Nascita in qualunque momento in caso di insorgenza di patologie, implementazione dei corsi di accompagnamento alla nascita (CAN) a gestione integrata (territoriale/ospedaliera) e metodologia adeguata, potenziamento dell'assistenza domiciliare in puerperio, favorendo le dimissioni precoci ospedaliere e offrendo una migliore continuità assistenziale alla puerpera e al neonato.

La riorganizzazione del Percorso Nascita in Calabria, ha tenuto conto di un modello assistenziale che vede al centro la donna e la famiglia, garantendo la continuità assistenziale alla gravida, fornendo gli accertamenti e le cure appropriate in ogni situazione, formando operatori (ostetriche, ginecologi, pediatri ecc.) che condividano una stessa filosofia di assistenza, un linguaggio comune, un'adozione di protocolli condivisi, una pianificazione degli interventi ecc. Tutto ciò è possibile grazie ad un'idea di assistenza condivisa che passa attraverso la disponibilità, l'osservazione attenta, l'ascolto e la rivalutazione, da parte di tutti gli operatori, sull'evolversi delle situazioni. I Consultori familiari sono potenzialmente un servizio "di base" strategico nella prevenzione e promozione della salute, a partire da un approccio di empowerment, che si basi sulla considerazione che ciascuna persona possiede capacità di controllo sulla propria vita e salute, dove l'azione tecnica è quella di un'equipe multidisciplinare con una visione olistica della salute; analizzando i compiti assegnati ai consultori familiari dalla legge nazionale e dalle leggi regionali, ne deriva una attenzione centrale alla famiglia, come lo stesso nome del servizio sta a indicare, infatti tra le attività vi sono anche quelle volte alla prevenzione del disagio psico-sociale, la mediazione familiare, la prevenzione dell'abuso e la violenza sui minori. Una particolare attenzione viene dedicata alla sessualità e alla salute riproduttiva.

I soggetti esterni coinvolti nell'attività dei Consultori sono gli Istituti Scolastici di ogni ordine e grado, i Tribunali ed i Centri per l'accoglienza degli immigrati. Le modalità di collaborazione con i soggetti esterni sono ascrivibile a precisa richiesta degli stessi.

I Consultori familiari operano in modo integrato con i servizi distrettuali ed afferiscono funzionalmente al Dipartimento Materno Infantile, la distribuzione territoriale è la seguente:

DISTRETTO SANITARIO COSENZA /SAVITO: Cosenza Piazza De Chiara, Cosenza Via Popilia, Rogliano, Celico, San Giovanni in Fiore

DISTRETTO SANITARIO VALLECRATI: Arcavacata di Rende (Unical), Acri, Montalto Uffugo, Rende

DISTRETTO SANITARIO ESARO – POLLINO: San Sosti, San Lorenzo del Vallo, San Marco Argentano, Castrovillari

DISTRETTO SANITARIO TIRRENO: Paola, Scalea, Amantea, Diamante

DISTRETTO SANITARIO: IONIO SUD: Rossano, Cariati

DISTRETTO SANITARIO: IONIO NORD: Corigliano, Cassano, Trebisacce, Oriolo.

Catalogo dei processi

1) Presa in carico gravidanza a basso rischio
2) Visita ginecologica, anche per IVG
3) Corsi di Accompagnamento alla nascita, puerperio, allattamento
4) Interventi nelle scuole (educazione affettività, promozione salute e corretti stili di vita)
5) Presa in carico utenza per problematiche che interessano la fascia di popolazione infantile e adolescenziale su segnalazione Autorità

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Presa in carico gravidanza a basso rischio	Accesso tramite prenotazione	CC.FF.	Favorire l'accesso a visite ostetriche e/o orientamento della donna presso studi privati	Lunghe liste d'attesa per scoraggiare l'accesso al Consultorio	Interno/ esterno	Discrezionalità	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 5 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 1 d) Valore 4 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 **Totale=19** **Media 19/6= 3,17**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 2 b) Economico 1 c) Reputazionale 2 d) Organizzativo, economico, Immagine 2 e) Etico, comportamentale 1 f) Qualità dei servizi 1 **Totale=9** **Media 9/6= 1,50**	Valore di **P x I** **3,17 X1,50 = 4,75** **MEDIO**
	Colloquio per presa in carico e valutazione del rischio	CC.FF.		Orientamento della donna presso gli studi privati	Interno	Discrezionalità			
	Visita /Ecografia	CC.FF.							
	Presa in carico o eventuale orientamento al 2^ livello di cura	CC.FF.							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
gestione centralizzata/ informatizzata delle prenotazioni;	rendere trasparente il percorso di prenotazione
formazione etico – comportamentale e sul Codice di comportamento	sensibilizzazione etico – comportamentale
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio – basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: centralizzare le prenotazioni presso una struttura non direttamente coinvolta (CUP/PUA) o utilizzando una procedura informatica. Formazione integrata fra Consultori familiari.	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: gestione centralizzata/ informatizzata delle prenotazioni				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Individuazione della modalità più efficace e sostenibile di gestione delle prenotazioni da proporre al RPCT	Individuazione del sistema di prenotazione	Aprile 2020	U.O.C. Coordinamento Consultori Familiari	Nota di proposta al RPCT del sistema di prenotazione individuato
Organizzazione del sistema di prenotazione individuato	Predisposizione delle situazioni organizzative per l'avvio del sistema	Giugno 2020	U.O.C. Coordinamento Consultori Familiari	Nota di trasmissione ai CC.FF. e al RPCT del sistema organizzativo
Avvio a regime del sistema di prenotazione	Trasparenza nella gestione delle prenotazioni e liste attesa	Settembre 2020	U.O.C. Coordinamento Consultori Familiari	Nota di trasmissione ai CC.FF. e al RPCT dell'avvio del sistema

Misura: Corso di formazione "*Codice di comportamento dell'ASP: aspetti etico comportamentali nei rapporti con l'utenza*"				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Inserimento dell'evento nella programmazione aziendale	Programmazione delle attività	Gennaio 2020	RPCT	Atto di programmazione
Elaborazione del progetto formativo	Progettazione didattica	Entro febbraio 2020	RPCT UO Formazione Responsabile scientifico	Determina di approvazione del progetto formativo
Realizzazione del progetto formativo	Organizzazione ed erogazione della formazione	Entro giugno 2020	RPCT UO Formazione	Realizzazione corso

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Visita ginecologica, anche per IVG	Accesso tramite prenotazione	CC.FF.	Favorire l'accesso a visite ostetriche e/o orientamento della donna presso studi privati	Lunghe liste d'attesa per scoraggiare l'accesso al Consultorio	Interno/ esterno	Discrezionalità	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 5 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 1 d) Valore 4 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 **Totale=19** **Media 19/6= 3,17**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 2 b) Economico 1 c) Reputazionale 2 d) Organizzativo, economico, Immagine 2 e) Etico, comportamentale 1 f) Qualità dei servizi 1 **Totale=9** **Media 9/6= 1,50**	Valore di **P x I** **3,17 X1,50 = 4,75** **MEDIO**
	Visita /Ecografia	CC.FF.		Orientamento della donna presso gli studi privati	Interno	Discrezionalità			
	Rilascio certificato (per I.V.G)	CC.FF.							
	Prenotazione presso Punto IVG	CC.FF.							
	Prescrizione terapeutica o orientamento al 2^ livello di cura	CC.FF.							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
gestione centralizzata/ informatizzata delle prenotazioni;	rendere trasparente il percorso di prenotazione
formazione etico – comportamentale e sul Codice di comportamento	sensibilizzazione etico – comportamentale
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio – basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: centralizzare le prenotazioni presso una struttura non direttamente coinvolta (CUP/PUA) o utilizzando una procedura informatica. Formazione integrata fra Consultori familiari.	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: gestione centralizzata/ informatizzata delle prenotazioni

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Individuazione della modalità più efficace e sostenibile di gestione delle prenotazioni da proporre al RPCT	Individuazione del sistema di prenotazione	Aprile 2020	U.O.C. Coordinamento Consultori Familiari	Nota di proposta al RPCT del sistema di prenotazione individuato
Organizzazione del sistema di prenotazione individuato	Predisposizione delle situazioni organizzative per l'avvio del sistema	Giugno 2020	U.O.C. Coordinamento Consultori Familiari	Nota di trasmissione ai CC.FF. e al RPCT del sistema organizzativo
Avvio a regime del sistema di prenotazione	Trasparenza nella gestione delle prenotazioni e liste attesa	Settembre 2020	U.O.C. Coordinamento Consultori Familiari	Nota di trasmissione ai CC.FF. e al RPCT dell'avvio del sistema

Misura: Corso di formazione "*Codice di comportamento dell'ASP: aspetti etico comportamentali nei rapporti con l'utenza*"

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Inserimento dell'evento nella programmazione aziendale	Programmazione delle attività	Gennaio 2020	RPCT	Atto di programmazione
Elaborazione del progetto formativo	Progettazione didattica	Entro febbraio 2020	RPCT UO Formazione Responsabile scientifico	Determina di approvazione del progetto formativo
Realizzazione del progetto formativo	Organizzazione ed erogazione della formazione	Entro giugno 2020	RPCT UO Formazione	Realizzazione corso

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Corsi di Accompagnamento alla nascita, puerperio, allattamento	Offerta attiva dell'attività	CC.FF.	Orientare le scelte di acquisto di prodotti e/o servizi utile nel percorso nascita e post partum				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 5 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 1 d) Valore 4 e) Informatizzazione 5 f) Programmazione 1 **Totale=20** **Media 20/6= 3,33**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 2 b) Economico 1 c) Reputazionale 3 d) Organizzativo, economico, Immagine 2 e) Etico, comportamentale 2 f) Qualità dei servizi 1 **Totale= 11** **Media 11/6= 1,83**	Valore di **P x I** **3,33 X1,83 = 6,11** **MEDIO**
	Coinvolgimento dei MMG Coinvolgimento Uffici Anagrafe dei Comuni Reparti ostetricia	CC.FF.							
	Organizzazione Corso/intervento	CC.FF.		Coinvolgere rappresentanti di case farmaceutiche per dimostrazioni prodotti	Interno/esterno	Discrezionalità			
	Erogazione Corso/intervento	CC.FF.		Coinvolgere relatori in conflitto d'interesse	Interno	Discrezionalità			

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso: elaborazione specifica procedura per la gestione del conflitto d'interesse	**Motivazione:** prevenire l'orientamento nelle scelte di acquisto
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: elaborazione della procedura in coerenza ed integrazione con la Policy aziendale sulla gestione del conflitto d'interesse, il Codice di comportamento, il Regolamento sulla formazione e le norme Ecm che regolano la materia	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: elaborazione specifica procedura per la gestione del conflitto d'interesse

Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Individuazione Gruppo tecnico interdisciplinare/territoriale	Individuazione soggetto	Marzo 2020	U.O.C. Coordinamento Consultori Familiari	Nota di Convocazione per insediamento Gruppo Tecnico (da trasmetter pc al RPCT)
Elaborazione procedura	regolamentazione	Entro maggio 2020	Gruppo Tecnico	Documento
Adozione procedura	formalizzazione	Entro Giugno 2020	U.O.C. Coordinamento Consultori Familiari	Atto di adozione

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Interventi nelle scuole (educazione affettività, promozione salute e corretti stili di vita)	Progettazione di massima	Materno infantile /Prevenzione/Salute mentale e dipendenze	Favorire alcuni Istituti scolastici rispetto ad altri				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 5 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 3 d) Valore 2 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 2 **Totale=20** **Media 20/6= 3,33**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 2 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 2 e) Etico, comportamentale 1 f) Qualità dei servizi 1 **Totale= 8** **Media 8/6= 1,33**	Valore di **P x I** **3,33 X1,33 = 4,44** **MEDIO**
	Individuazione Istituti scolastici	CC.FF.		Individuazione istituti senza criteri preliminarmente stabiliti	Interno/esterno	Interno esterno			
	Progettazione esecutiva	CC.FF. Istituti scolastici							
	Erogazione attività	CC.FF.							
	Rilevazione dati di attività e gradimento	CC.FF.							
	Elaborazione Report conclusivi	CC.FF.							
	Inserimento SIGEMONA	CC.FF.							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso: Elaborazione programma aziendale annuale, coordinato ed integrato, di interventi nelle scuole che preveda criteri di individuazione degli istituti/corsi/classi da coinvolgere.	**Motivazione:** assicurare trasparenza e pari opportunità nel percorso di programmazione
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: inserimento nel programma aziendale annuale dei criteri, oggettivi, trasparenti e coerenti con gli obiettivi da raggiungere indicato dal Piano Regionale di Prevenzione di individuazione del target specifico del progetto di massima ed esecutivo. Individuazione di criteri di copertura del target compatibili con le risorse disponibili: rotazione, progetti sperimentali pilota, peer education, formazione formatori.	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: elaborazione programma aziendale annuale, coordinato ed integrato, di interventi nelle scuole che preveda criteri di individuazione degli istituti/corsi/classi da coinvolgere

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Elaborazione programma aziendale annuale di massima	Trasparenza, efficacia/efficienza	Entro giugno 2020	U.O.C. Coordinamento Consultori (in collaborazione con altre UU.OO.)	Documento
Elaborazione progettazione esecutiva	Individuazione corretta dei soggetti beneficiari	Entro settembre 2020	Consultorio familiare	Documento

PROCESSO	**FASI/AZIONI**	**U.O. COINVOLTE**	**EVENTO**	**SCHEMA EVENTI RISCHIOSI**			**VALUTAZIONE RISCHIO**		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	**PERIMETRO (DOVE)**	**FATTORI ABILITANTI**	**PROBABILITA'**	**IMPATTO**	**VALORE/ RISCHIO**
Presa in carico utenza per problematiche che interessano la fascia di popolazione infantile e adolescenziale su segnalazione Autorità	Richiesta di accesso proveniente da Autorità/Tribunale Minori	Tribunale dei Minori e altre Autorità competenti	Favorire/penalizzare soggetti interessati per l'ottenimento di eventuali benefici giuridici richiesti (affido, adozioni..)				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 4 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 1 d) Valore 3 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 **Totale=17** **Media 17/6= 2,83**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 2 b) Economico 1 c) Reputazionale 5 d) Organizzativo, economico, Immagine 2 e) Etico, comportamentale 4 f) Qualità dei servizi 1 **Totale= 15** **Media 15/6= 2,50**	Valore di **P x I** **2,83 X2,50 = 7,08** **MEDIO**
	Presa in carico, colloquio con la famiglia e visita domiciliare dell'assistente sociale	CC.FF.							
	Accertamento e valutazione diagnostica	CC.FF.							
	Relazione finale	CC.FF.		Relazione su situazioni ambientali e soggettive non corrispondenti alla realtà	Interno	Discrezionalità			

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso: approfondimento formativo specialistico per l'applicazione di Linee Guida e procedure	**Motivazione:** acquisizione competenze specialistiche
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: formazione integrata area materno - infantile	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: approfondimento formativo specialistico per l'applicazione di Linee Guida e procedure				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Inserimento dell'evento nella programmazione aziendale	Programmazione delle attività	Gennaio 2021	RPCT	Atto di programmazione
Elaborazione del progetto formativo	Progettazione didattica	Entro marzo 2021	RPCT UO Formazione Responsabile scientifico	Determina di approvazione del progetto formativo
Realizzazione del progetto formativo	Organizzazione ed erogazione della formazione	Entro ottobre 2021	RPCT UO Formazione	Realizzazione corso

U.O.C. OSTRETRICIA E GINECOLOGIA

Le Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia, afferenti agli Spoke di Castrovillari, Paola – Cetraro, Rossano – Corigliano, hanno effettuato anch'esse la mappatura dei processi nel corso dell'anno 2019. Le problematiche di rischio individuate, in coerenza con la maggior parte dei reparti, sono riconducibili all'attività di favoritismo nel ricovero dei pazienti, attraverso il mancato rispetto delle liste di attesa e la valutazione orientata dei criteri clinici relativi al ricovero dei pazienti, in particolare nel Day Hospital. Le misure di prevenzione adottate riguardano quindi la regolamentazione degli accessi ed i successivi controlli: del rispetto delle procedure stabilite e di appropriatezza ed eleggibilità, da effettuare sia alivello di singolo Reparto che nell'ambito dei controlli istituzionali di appropriatezza demandati al Nucleo Operativo di Controllo Interno – NOCI.
I Reparti saranno comunque coinvolti nella realizzazione e monitoraggio delle misure generali e trasversali relative alla gestione del conflitto d'interesse ed alla regolamentazione delle sperimentazioni cliniche.

Catalogo dei processi

1) RICOVERO: ordinario, programmato, nel day hospital.

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Ricovero ordinario e programmato/ Day Hospital	Individuazione paziente da ricoverare valutazione clinica e inquadramento diagnostico	Pronto soccorso Accettazione UOC Ostetricia	Favorire il ricovero dei pazienti	Mancato rispetto della lista d'attesa	Interno	Discrezionalità nella scelta Mancanza di trasparenza	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 2 c) Complessità 3 d) Valore 2 e) Informatizzazione 1 f) Programmazione 3 **TOTALE 13** **MEDIA ARITMETICA: 13/6=2,16**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 3 b) Economico 2 c) Reputazionale 3 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Etico, comportamentale 3 f) Qualità dei servizi 3 **TOTALE 9** **MEDIA ARITMETICA: 17/6= 2,83**	Valore di **P** x **I** **2,16 X 2,83=** **6,11** **MEDIO**
	Accesso alla struttura Formalizzazione ricovero	UOC Ostetricia		Valutazione orientata dei criteri clinici relativi al ricovero di pazienti	Interno	Discrezionalità nella scelta Mancanza di trasparenza			
	Accettazione clinica con colloquio e visita	UOC Ostetricia							
	Elaborazione Cartella clinica/infermieristica	UOC Ostetricia							
	Trattamento terapeutico in regime di degenza/ day hospital	UOC Ostetricia							
	Registrazione in Cartella clinica/infermieristica	UOC Ostetricia							
	Dimissioni -domiciliare -presso altra struttura assistenziale	UOC Medicina e altre strutture assistenziali							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazioni**
verifica periodica del rispetto della lista di attesa per le prestazioni in Day Hospital	Il controllo potrebbe dissuadere a comportamenti scorretti
controllo periodico di appropriatezza dei ricoveri in Day hospital	verifica della eleggibilità del ricovero a fini terapeutici e non diagnostici e rispetto delle eventuali deroghe
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente:	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: verifica periodica del rispetto della lista di attesa per le prestazioni in Day Hospital				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Disposizione interna relativa alla verifica periodica del rispetto dell'ordine cronologico delle registrazioni per l'accesso al Dh	Rispetto liste di attesa dh	Entro aprile 2020	Direzione UOC RPCT	Disposizione interna
Reporting su attività campionaria di controllo periodico per far emergere la % di rispetto dell'ordine cronologico della lista	Verifica del rispetto della disposizione	Novembre 2020	Direzione UOC	Report

Misura: controllo periodico di appropriatezza dei ricoveri in Day hospital				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Comunicazione interna sulle modalità di controllo campionario periodico sulle modalità di accesso ai ricoveri in Dh	Rispetto della eleggibilità del ricovero a fini terapeutici	Entro aprile 2020	Direzione UOC RPCT	Comunicazione interna
Reporting su attività campionaria di controllo	Verifica % del rispetto dei criteri stabiliti per il ricovero	Novembre 2020	Direzione UOC	Report

SPOKE

Gli Ospedali sono strutture produttive dell'ASP e forniscono prestazioni sanitarie di diagnosi e cura elettive e d'urgenza, in regime di ricovero ordinario, day hospital, day surgery e ambulatoriale, oltre che offrire competenze e tecnologie sofisticate e di maggiore complessità, con un approccio polispecialistico e multi professionale.

La rete Ospedaliera dell'ASP di Cosenza è costituita da tre Spoke, che fanno parte della rete di Emergenza – urgenza in quanto DEA di 1^ livello, e tre Ospedali di zona Disagiata, secondo quanto previsto dal DCA 9/2015, in ottemperanza al Decreto del Ministero della Salute n. 70 del 2 aprile 2015 e dal DCA n° 64/2016. In attuazione di quest'ultimo peraltro è in corso la riapertura dell' Ospedale di zona disagiata di Trebisacce mentre in esecuzione di una sentenza del Consiglio di Stato è in corso di riapertura l'Ospedale di zona disagiata di Praia a Mare. La riorganizzazione della rete ospedaliera risulta particolarmente complessa sia per le relazioni all'interno di ogni ambito territoriale in cui sono collocati gli Spoke (due dei quali sono organizzati in due presidi Ospedalieri), dove rimane precaria ed insufficiente la costruzione di percorsi assistenziali che coinvolgano le strutture territoriali, sia per le relazioni fra gli Spoke, nelle corrispondenti reti, finalizzate ai processi di razionalizzazione, efficienza ed efficacia delle prestazioni, rapporti con la struttura HUB.

Mappatura dei processi e individuazione della aree di rischio:

l'attività di mappatura e individuazione delle aree di rischio è stata sostanzialmente completata nel corso dell'anno 2019 con le strutture che si sono dimostrate più disponibili e sensibili alle tematiche proposte. In particolare l'esito dell'attività di mappatura presenta la seguente situazione:

1. Strutture che hanno completato l'attività di mappatura e realizzato misure nel corso dell'anno 2019 : Servizi trasfusionali, Laboratorio analisi, Radiologia, Nefrologia, Direzione Medica Castrovillari, Medicina Castrovillari, Oculistica Cetraro, Anestesia e rianimazione Castrovillari. Queste strutture procederanno alla realizzazione/implementazione delle misure di trattamento, che saranno declinate in obiettivo di budget 2020;
2. Strutture che hanno completato l'attività di mappatura nel corso dell'anno 2019 (descrizione dei processi, individuazione ed analisi del rischio, valutazione, individuazione delle misure di trattamento): Ortopedia e traumatologia Castrovillari e Rossano – Corigliano, Direzione Medica Praja a Mare, Medicina Praja a Mare, Chirurgia Castrovillari, Paola – Cetraro, Corigliano – Rossano; Cardiologia Paola – Cetraro, Otorinolaringoiatrica Castrovillari e Paola – Cetraro, Pneumologia Castrovillari. Queste strutture procederanno alla realizzazione/implementazione delle misure di trattamento, che saranno declinate in obiettivo di budget 2020. Le misure di trattamento del rischio individuate, dove compatibili, saranno estese a tutte le strutture degli Spoke e declinate in obiettivo di budget 2020;
3. Strutture che hanno completato solo la prima parte dell'attività di mappatura (descrizione dei processi, individuazione ed analisi del rischio, valutazione) ma non hanno individuato e proposto le misure di trattamento. Tali strutture dovranno completare l'attività di mappatura, possibilmente con la piena condivisione fra tutte le strutture degli Spoke, entro il mese di marzo 2020, in modo da realizzare le misure individuate nello stesso anno in corso anch'essi assegnati come obiettivi di budget.
4. Strutture che non hanno presentato la mappatura dei processi nel corso dell'anno 2019, che dovranno quindi procedere entro la prima parte dell'anno 2020 e comunque realizzare entro l'anno le misure di prevenzione individuate, allineandosi a tutte le strutture afferenti agli Spoke.

Catalogo dei processi

DIREZIONE MEDICA

1. COBUS Comitato Buon Uso del Sangue
2. NOCI – Nucleo Operativo di Controllo Interno

RETE OSPEDALIERA AREA MEDICA

Medicina

1. Ricovero ordinario e programmato – Day Hospital in Medicina, Oncologia e Reumatologia

Nefrologia e dialisi

1. Ricovero in Nefrologia
2. Attività ambulatorio di nefrologia e dialisi (vedi processi Rete emodialitica Distretti)
3. Dialisi vacanza (vedi processi Rete emodialitica Distretti)

Cardiologia

1) Ricovero ordinario e programmato – Day hospital
2) Visita ambulatoriale

Neurologia

1. Ricovero in Neurologia

Pneumologia

Ricovero ordinario e programmati – Day hospital

RETE OSPEDALIERA AREA CHIRURGICA

Oculistica

1. Ricovero programmato in Day Hospital – Day Surgery oculistica
2. Attività ambulatoriale chirurgica oculistica
3. Attività ambulatoriale diagnostica/ parachirurgica oculistica

Chirurgia

1) Ricovero ordinario e programmato

Ortopedia e traumatologia

1) Ricovero ordinario, programmato, day hospital/day surgery
2) Attività ambulatoriale

Otorinolaringoiatria

1) Attività ambulatoriale diagnostica

RETE OSPEDALIERA AREA MEDICINA DIAGNOSTICA E DEI SERVIZI (manca anatomia patologica)

Servizio trasfusionale

1. Produzione, assegnazione e distribuzione di emocomponenti;
2. Visita specialistica e prestazioni trasfusionale ambulatoriale;
3. Diagnostica di Laboratorio per interni ed esterni

Laboratorio analisi

1. Attività diagnostica del Laboratorio analisi

Radiologia

1. Prestazioni di radiologia

RETE OSPEDALIERA AREA EMERGENZA/URGENZA E TERAPIE INTENSIVE

MCAE

1) Triage in pronto soccorso
2) Ricovero in regime di urgenza

Terapia intensiva

1. Ricovero in rianimazione

DIREZIONE MEDICA

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
COBUS Comitato per il Buon Uso del Sangue	Recepimento normative nazionali e regionali	Direzione Generale	favorire i centri trasfusionali in comportamenti inappropriati o anomali	non adeguarsi alle indicazioni regionali	interno	mancata programmazione	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 2 d) Valore 2 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 **TOTALE= 15** **Media aritmetica** **15/6= 2,5**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 4 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE 11** **Media aritmetica** **11/6= 1,83**	Valore di **P x I** **2,5x1,83= 4,58** **MEDIO**
	costituzione commissione	Direzione Generale		membri non idonei o non competenti	interno	discrezionalita' nella scelta			
	formazione / informazione	COBUS		scarsa attivita' della commissione	interno /esterno	basso standard etico mancanza di controlli bassa definizione di processi e responsabilita'			
	valutazione pratica trasfusionale/ controlli di sicurezza e verifica valutazione domanda/offerta	COBUS		scarsa attivita' della commissione	interno /esterno	basso standard etico mancanza di controlli bassa definizione di processi e responsabilita'			

Processo: CoBUS Comitato per il Buon Uso del Sangue. La misura è stata parzialmente realizzata e riguardava la Costituzione del CoBUS Aziendale, secondo le indicazioni dell'Accordo Rep. Atti n. 251 del 21 Dicembre 2017, ai sensi dell'art. n. 4 comma 1 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, concernente "*Revisione e aggiornamento della costituzione e del funzionamento del Comitato Buon Uso del Sangue*" , per come recepito dal DCA 135/18, ridefinendo il ruolo e stabilendo soglie e % di controlli da effettuare. Il CoBUS è stato effettivamente costituito con la Delibera 920 del 29 ottobre 2019, adempiendo solo formalmente alla previsione normativa. Pertanto la misura è stata riproposta nell'ambito del PTPCT 2020 – 2022 per le iniziative proprie del Comitato nella sua nuova e ridefinita funzione di controllo, da rapportare periodicamente al fine di verificarne l'efficacia nella riduzione del rischio corruttivo.

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	
Ridefinizione del ruolo del CoBUS ed individuazione soglie e % di controlli da effettuare	Riorganizzazione del sistema dei controlli nel rispetto della normativa
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: prevedere una periodica attività di reporting al fine di assicurare un monitoraggio dell'attività ed una evidenza dei risultati del controllo	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: Attività del COBUS Aziendale, secondo le indicazioni del DCA 135/18, ridefinendo il ruolo e stabilendo soglie e % di controlli da effettuare				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Attuazione e reporting attività di controllo	Controlli CoBUS	Novembre 2020	CoBUS	Report

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
N.O.C.I. Nucleo operativo controllo interno	recepimento obiettivi nazionali e regionali	Direzione Generale	controllo non conforme o non veritiero	identificazione commissioni non competenti	interno	monopolio di potere discrezionalita' nella scelta mancanza competenze	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 3 c) Complessità 4 d) Valore 4 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 **TOTALE= 18** **Media aritmetica** **18/6= 3**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 2 b) Economico 1 c) Reputazionale 2 d) Organizzativo, economico, Immagine 4 e) Qualità dei servizi 2 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE= 12** **Media aritmetica** **12/6= 2**	Valore di **P x I** **2 x 3= 6** **MEDIO**
	costituzione commissione	Direzione Generale		controlli anomali	interno	mancanza di competenze basso standard etico			
	controllo semestrale / report	N.O.C.I.			interno				
	misure controllo e prevenzione	Direzione Generale commissione noci Direzioni Mediche		misure controllo o prevenzione assenti	interno	basso standard etico mancanza di competenze mancanza di programmazione discrezionalita'			

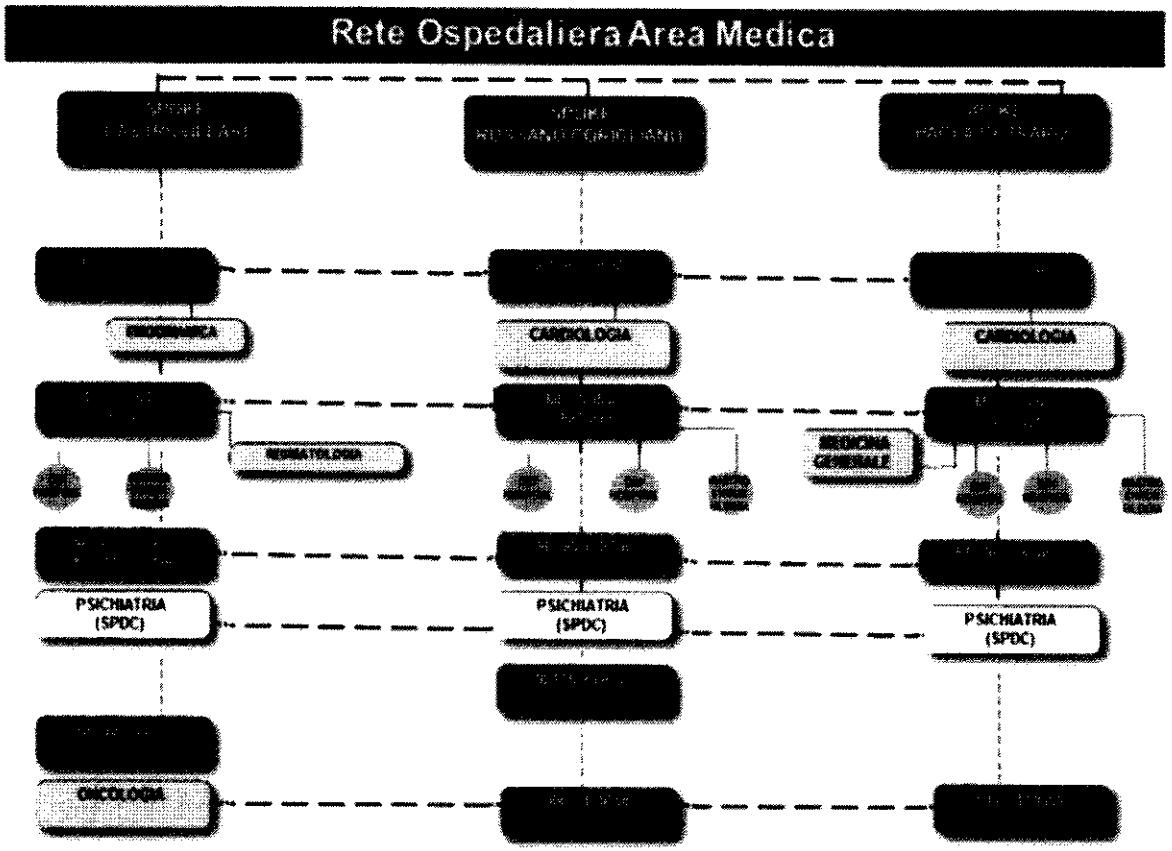
Processo: N.O.C.I. - Nucleo operativo controllo interno. La misura, che si proponeva di realizzare la riorganizzazione del sistema di controllo e verifica dell'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere secondo le indicazioni dell'Atto aziendale è stata avviata (Nota UOC Programmazione e controllo prot. n. 32163 del 12.03.2019) ma non ha trovato compimento per l'oggettiva carenza di costanti interlocutori istituzionali, ed è stata pertanto riproposta integralmente. La misura relativa all'organizzazione dell'evento formativo, comunque complementare e di accompagnamento alla riorganizzazione del NOCI, non è stata realizzata in quanto non è stato approvato il Piano Annuale della Formazione.

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazioni**
Riorganizzazione del sistema di controllo e verifica dell'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere secondo le indicazioni dell'atto aziendale	Assicurare efficienza e appropriatezza clinica ed organizzativa alle prestazioni di ricovero ospedaliero secondo disposto dell'atto aziendale
Formazione dei Componenti la Struttura di controllo	Incremento delle competenze relative all'attività di controllo
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): basso	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: Riorganizzazione del sistema di controllo e verifica dell'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere secondo le indicazioni dell'atto aziendale				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Riorganizzazione del sistema di controllo e verifica dell'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere secondo le indicazioni dell'atto aziendale	Adeguamento organizzativo al nuovo atto aziendale	Marzo 2020	Direzione sanitaria aziendale UOC Governo della rete e degli erogatori	Atto formale di riorganizzazione
Programmazione operativa delle attività di controllo che preveda un aumento % dei controllo finalizzati al rispetto della specifica normativa ed alla prevenzione della corruzione	Efficacia ed incisività dei controlli	Aprile 2020	UOC Governo della rete e degli erogatori	Atto di programmazione
Acquisizione dati e verifica dei Report periodici	Rispetto della % dei controlli da effettuare e verifica di congruenza	Semestrale	UOC Governo della rete e degli erogatori	Report

Misura: Corso "*Controllo e verifica dell'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere e prevenzione della corruzione: una possibile integrazione***"**				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Inserimento dell'evento nella programmazione aziendale	Programmazione delle attività	Gennaio 2020	RPCT	Atto di programmazione
Elaborazione del progetto formativo	Progettazione didattica	Entro maggio 2020	RPCT UO Formazione Responsabile scientifico	Determina di approvazione del progetto formativo
Realizzazione del progetto formativo	Organizzazione ed erogazione della formazione	Entro novembre 2020	RPCT UO Formazione	Realizzazione corso


Rete Ospedaliera Area Medica
CARDIOLOGIA
CARDIOLOGIA
MEDICINA GENERALE
PSICHIATRIA (SPDC)
PSICHIATRIA (SPDC)
PSICHIATRIA (SPDC)
ONCOLOGIA

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Ricovero ordinario e programmato/ Day Hospital in Medicina – Reumatologia - Oncologia	Individuazione paziente da ricoverare valutazione clinica e inquadramento diagnostico	Pronto soccorso Accettazione UOC Medicina	Favorire il ricovero di determinati pazienti	Mancato rispetto della lista d'attesa	Interno	Discrezionalità nella scelta Trasparenza	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 4 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 2 d) Valore 3 e) Informatizzazione 2 f) Programmazione 2 **TOTALE 17** **MEDIA ARITMETICA: 17/6=2,83**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 2 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Etico, comportamentale 1 f) Qualità dei servizi 1 **TOTALE 9** **MEDIA ARITMETICA: 9/6=1,50**	Valore di **P x I** **2,83 X 1,50=** **4,25** **MEDIO**
	Accesso alla struttura Formalizzazione ricovero	UOC Medicina		Valutazione orientata dei criteri clinici relativi al ricovero di pazienti	Interno	Discrezionalità nella scelta Trasparenza			
	Accettazione clinica con colloquio e visita	UOC Medicina							
	Elaborazione Cartella clinica/infermieristica	UOC Medicina							
	Trattamento terapeutico in regime di degenza/ day hospital	UOC Medicina							
	Registrazione in Cartella clinica/infermieristica	UOC Medicina							
	Dimissioni -domiciliare -presso altra struttura assistenziale	UOC Medicina e altre strutture assistenziali							

Processo: Ricovero ordinario e programmato/ Day Hospital in Medicina – Reumatologia – Oncologia. Le misure individuate sono state parzialmente realizzate dalle Unità Operative afferenti agli Spoke di Castrovillari e Paola – Cetraro. Non sono state realizzate da parte della UOC afferente allo Spoke di Rossano – Corigliano. In particolare, relativamente alla misura relativa alla verifica periodica del rispetto della lista di attesa per le prestazioni in Day Hospital è stato dichiarato, da entrambe le Unità Operative, che nel corso dell'anno 2019 non si sono rilevate liste di attesa per le prestazioni di Day Hospital. Tale dichiarazione, effettuata ex post, non rende superflua l'attivazione ex ante di tutte le fasi previste nell'attuazione della misura, quali: la prenotazione delle prestazioni in Day Hospital, attraverso il sistema informatico in dotazione e la disposizione interna relativa alla verifica periodica del rispetto dell'ordine cronologico delle registrazioni per l'accesso al DH. Per quanto riguarda la misura relativa al controllo periodico di appropriatezza dei ricoveri in Day hospital non sono pervenuti i Report su attività campionaria di controllo periodico per far emergere la % di rispetto dell'ordine cronologico della lista in quanto non sono state emanate disposizioni o sono state emanate tardivamente. Pertanto le misure vengono integralmente riproposte.

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazioni**
verifica periodica del rispetto della lista di attesa per le prestazioni in Day Hospital	Il controllo potrebbe dissuadere a comportamenti scorretti
controllo periodico di appropriatezza dei ricoveri in Day hospital	verifica della eleggibilità del ricovero a fini terapeutici e non diagnostici e rispetto delle eventuali deroghe
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente:	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: verifica periodica del rispetto della lista di attesa per le prestazioni in Day Hospital				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Prenotazione delle prestazioni in Day Hospital, attraverso il sistema informatico in dotazione	Trasparenza e tracciabilità	Entro marzo 2020	Direzione UOC	Adeguamento sistema
Disposizione interna relativa alla verifica periodica del rispetto dell'ordine cronologico delle registrazioni per l'accesso al Dh	Rispetto liste di attesa dh	Entro marzo 2020	Direzione UOC RPCT	Disposizione interna
Reporting su attività campionaria di controllo periodico per far emergere la % di rispetto dell'ordine cronologico della lista	Verifica del rispetto della disposizione	Giugno/novembre 2019	Direzione UOC	Report

Misura: controllo periodico di appropriatezza dei ricoveri in Day hospital				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Comunicazione interna sulle modalità di controllo campionario periodico sulle modalità di accesso ai ricoveri in Dh	Rispetto della eleggibilità del ricovero a fini terapeutici	Entro marzo 2020	Direzione UOC	Comunicazione interna
Reporting su attività campionaria di controllo	Verifica % del rispetto dei criteri di eleggibilità	Giugno/novembre 2020	Direzione UOC	Report

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Ricovero Ospedaliero in Nefrologia	Individuazione del paziente da ricoverare, valutazione clinica ed inquadramento diagnostico	PS UOC Nefrologia	Favorire l'accesso del paziente e/o la dimissione protetta	Superamento lista d'attesa	interno	discrezionalità nella scelta	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 1 d) Valore 2 e) Informatizzazione 1 f) Programmazione 1 **TOTALE 11** **MEDIA ARITMETICA** **11/6 = 1,83**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 1 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e)Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 2 **TOTALE 10** **MEDIA ARITMETICA** **9/6 = 1,5**	Valore di **P** x **I** **1,83 X 1,5 = 2,75** **MEDIO BASSO**
	Accesso alla struttura – formalizzazione del ricovero	UOC Nefrologia							
	1 - Accettazione clinica con colloquio e visita 2 - Elaborazione di cartella clinica/infermieristica	UOC Nefrologia							
	1 - Trattamento terapeutico in regime di degenza e/o in emodialisi/peritoneale 2 - Registrazione in cartella clinica/infermieristica informatizzata	UOC Nefrologia							
	Dimissione a domicilio o presso altra struttura aziendale nell'ambito della continuità assistenziale	UOC Nefrologia altre strutture assistenziali		Orientare la dimissione protetta	interno	discrezionalità nella scelta			

Processo: Ricovero Ospedaliero in Nefrologia. La misura non è stata realizzata ed è integralmente riproposta.

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
inserimento di ulteriori elementi di verifica nell'attività NOCI	Utilizzare uno strumento di controllo già presente per le verifiche relative alla lista di attesa ed alle dimissioni
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): basso	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: inserimento di ulteriori elementi di verifica nell'attività NOCI				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Ridefinizione e regolamentazione del Nucleo di controllo che sostituirà il NOCI	Costituzione struttura	Giugno 2020	Direzione sanitaria RPCT	Delibera di ridefinizione Nucleo di controllo
Attività Nucleo di controllo	Controllo di appropriatezza e di regolarità	Novembre 2020	Nucleo di controllo	Report

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Ricovero ordinario e programmato/ Day Hospital in Cardiologia	Individuazione paziente da ricoverare valutazione clinica e inquadramento diagnostico	Pronto soccorso Accettazione UOC Cardiologia	Favorire il ricovero di determinati pazienti	Mancato rispetto della lista d'attesa	Interno	Discrezionalità nella scelta Trasparenza	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 4 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 2 d) Valore 3 e) Informatizzazione 2 f) Programmazione 2 **TOTALE 17** **MEDIA ARITMETICA: 17/6=2,83**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 2 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Etico, comportamentale 1 f) Qualità dei servizi 1 **TOTALE 9** **MEDIA ARITMETICA: 9/6=1,50**	Valore di **P x I** **2,83 X 1,50=** **4,25** **MEDIO**
	Accesso alla struttura Formalizzazione ricovero	UOC Cardiologia		Valutazione orientata dei criteri clinici relativi al ricovero di pazienti	Interno	Discrezionalità nella scelta Trasparenza			
	Accettazione clinica con colloquio e visita	UOC Cardiologia							
	Elaborazione Cartella clinica/infermieristica	UOC Cardiologia							
	Trattamento terapeutico in regime di degenza/ day hospital	UOC Cardiologia							
	Registrazione in Cartella clinica/infermieristica	UOC Cardiologia							
	Dimissioni -domiciliare -presso altra struttura ospedaliera	UOC Cardiologia e altre strutture ospedaliere							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso:	**Motivazioni**
elaborazione procedura, condivisa con Laboratorio analisi e Radiologia, per controllo ex ante delle situazioni di appropriatezza ed eleggibilità della prestazione DH;	Selezione e controllo ex ante
Inserimento di ulteriori elementi di verifica nell'attività NOCI	Utilizzo di uno strumento di controllo già presente per le verifiche relative alla lista di attesa ed alle dimissioni
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): basso	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: elaborazione procedura, condivisa con Laboratorio analisi e Radiologia, per controllo ex ante delle situazioni di appropriatezza ed eleggibilità della prestazione DH

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Elaborazione proposta di procedura	Rispetto della eleggibilità del ricovero a fini terapeutici o diagnostici	Aprile 2020	Direzione UOC	Proposta procedura
Condivisione con laboratorio analisi, radiologia e altre strutture dello Spoke	Rispetto della eleggibilità del ricovero a fini terapeutici o diagnostici	Giugno 2020	Direzione UOC	Documento finale procedura
Reporting	Verifica del rispetto della proceduta, rilevazione % dei casi di scostamento	Novembre 2020	Direzione UOC	Report UOC Programmazione e controllo

Misura: inserimento di ulteriori elementi di verifica nell'attività NOCI

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Ridefinizione e regolamentazione del Nucleo di controllo che sostituirà il NOCI	Costituzione struttura	Marzo 2020	Direzione sanitaria RPCT	Delibera di ridefinizione Nucleo di controllo
Attività Nucleo di controllo	Controllo di appropriatezza e di regolarità	Novembre 2020	Nucleo di controllo	Report

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Visita ambulatoriale	Prenotazione	CUP UOC CARDIOLOGIA	Favorire utenti per ottenimento di benefici economici e giuridici				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 3 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 1 d) Valore 3 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 **TOTALE 16** **MEDIA ARITMETICA 16/6= 2,67**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 2 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE 9** **MEDIA ARITMETICA 9/6= 1,50**	Valore di P x I 2,67X1.50= 4 **MEDIO**
	Accesso alla struttura	UOC CARDIOLOGIA							
	Visita e prestazione	UOC CARDIOLOGIA		Valutazione alterata dello stato di salute mentale del paziente	interno	Discrezionalità			
	Refertazione	UOC CARDIOLOGIA							
	Certificazione	UOC CARDIOLOGIA		Certificazione non corrispondente allo stato di salute del paziente	interno	Discrezionalità			

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
validazione della prestazione in urgenza da parte del medico erogatore;	Controllo ex ante dell'improcrastinabilità e/o dell'opportunità della prestazione
Controllo ex post	Verifica ex post delle procedure utilizzate
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	

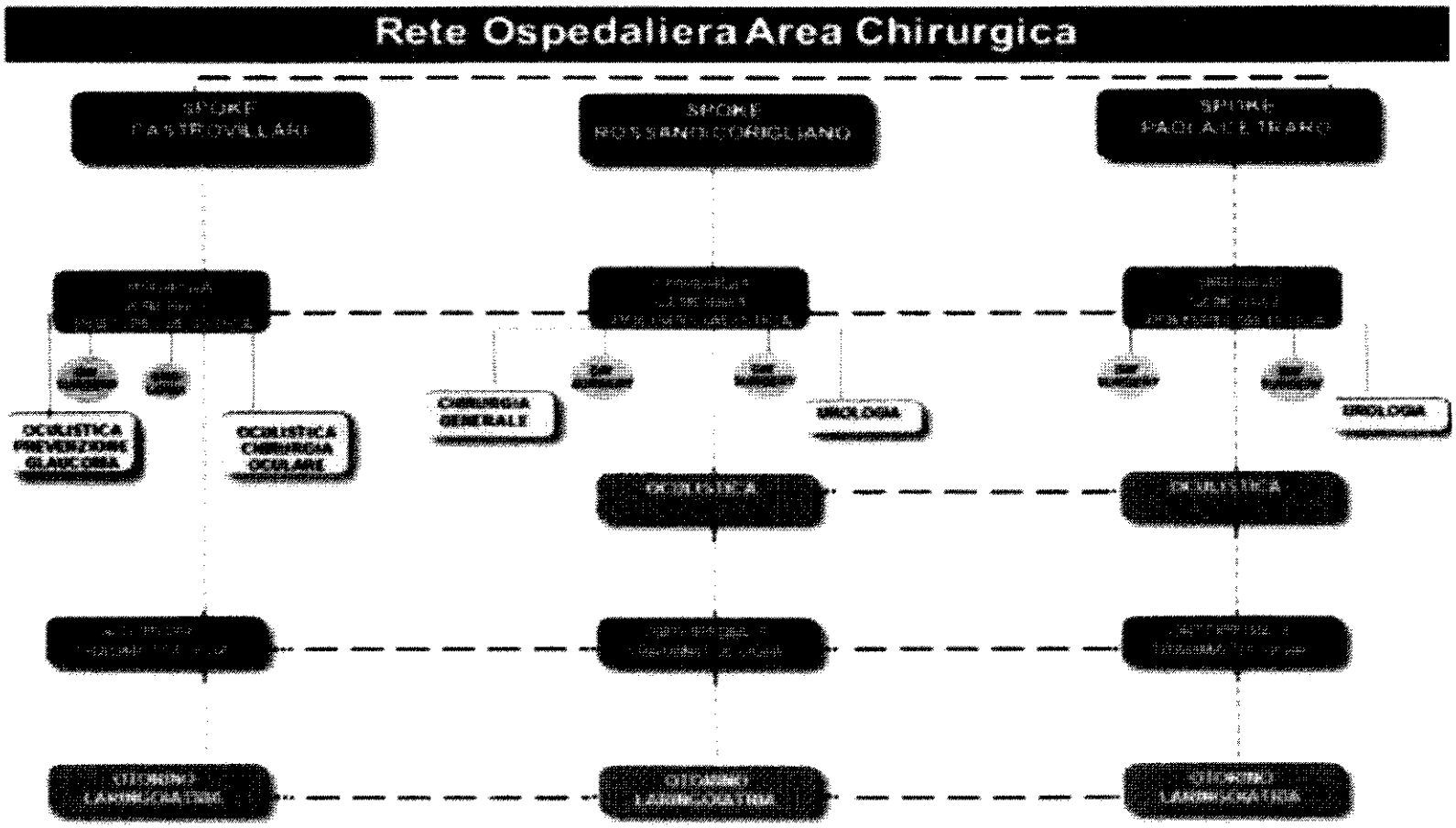
PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: validazione della prestazione in urgenza da parte del medico erogatore				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Elaborazione disposizione interna	Uniformare la procedura	Marzo 2020	RPCT	Documento

Misura: Controllo ex post				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Costituzione Nucleo di controllo 2^ livello	Individuazione componenti	Marzo 2020	Direttore Sanitario RPCT	Convocazione
Nucleo di controllo	Controllo campionario	2020 secondo calendario	Nucleo di controllo	Report

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Ricovero ordinario,e programmato/ Day Hospital in Neurologia	Individuazione paziente da ricoverare valutazione clinica e inquadramento diagnostico	Pronto soccorso Accettazione UOC Neurologia	Favorire il ricovero di determinati pazienti	Mancato rispetto della lista d'attesa	Interno	Discrezionalità nella scelta Trasparenza	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 4 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 2 d) Valore 3 e) Informatizzazione 2 f) Programmazione 2 **TOTALE 17** **MEDIA ARITMETICA: 17/6=2,83**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 2 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Etico, comportamentale 1 f) Qualità dei servizi 1 **TOTALE 9** **MEDIA ARITMETICA: 9/6=1,50**	Valore di **P** x **I** **2,83 X 1,50=** **4,25** **MEDIO**
	Accesso alla struttura Formalizzazione ricovero	UOC Neurologia		Valutazione orientata dei criteri clinici relativi al ricovero di pazienti	Interno	Discrezionalità nella scelta Trasparenza			
	Accettazione clinica con colloquio e visita	UOC Neurologia							
	Elaborazione Cartella clinica/ infermieristica	UOC Neurologia							
	Trattamento terapeutico in regime di degenza/ day hospital	UOC Neurologia							
	Registrazione in Cartella clinica/ infermieristica	UOC Neurologia							
	Dimissioni -domiciliare -presso altra struttura assistenziale	UOC Neurologia e altre strutture assistenziali							

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Ricovero ordinario,e programmato/ Day Hospital in Pneumologia	Individuazione paziente da ricoverare valutazione clinica e inquadramento diagnostico	Pronto soccorso Accettazione UOC Pneumologia	Favorire il ricovero di determinati pazienti	Mancato rispetto della lista d'attesa	Interno	Discrezionalità nella scelta Trasparenza	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 4 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 2 d) Valore 3 e) Informatizzazione 2 f) Programmazione 2 **TOTALE 17** **MEDIA ARITMETICA: 17/6=2,83**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 2 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Etico, comportamentale 1 f) Qualità dei servizi 1 **TOTALE 9** **MEDIA ARITMETICA: 9/6=1,50**	Valore di **P x I** **2,83 X 1,50=** **4,25** **MEDIO**
	Accesso alla struttura Formalizzazione ricovero	UOC Pneumologia		Valutazione orientata dei criteri clinici relativi al ricovero di pazienti	Interno	Discrezionalità nella scelta Trasparenza			
	Accettazione clinica con colloquio e visita	UOC Pneumologia							
	Elaborazione Cartella clinica/ infermieristica	UOC Pneumologia							
	Trattamento terapeutico in regime di degenza/ day hospital	UOC Pneumologia							
	Registrazione in Cartella clinica/ infermieristica	UOC Pneumologia							
	Dimissioni -domiciliare -presso altra struttura assistenziale	UOC Pneumologia e altre strutture assistenziali							



Mappatura dei processi e misure di trattamento del rischio

Spoke

Processo: Ricovero programmato Day Hospital/ Day Surgery. La misura non è stata realizzata per la difficoltà intervenuta nell'identificare un costante interlocutore nella Direzione sanitaria, competente nell'attuazione e pertanto viene integralmente riproposta.

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Ricovero programmato Day Hospital/ Day Surgery	Individuazione paziente da trattare, visita valutazione clinica e inquadramento diagnostico	UOSD Oculistica	Gestione programmata dei ricoveri per prestazioni non eseguibili in regime ambulatoriale	Possibile mancato rispetto della lista d'attesa	Interno	Relativa discrezionalità nella scelta Trasparenza	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 5 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 3 d) Valore 2 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 2 **TOTALE 21** **MEDIA ARITMETICA 21/6= 3.5**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 4 e) Qualità dei servizi 4 f) Etico, comportamentale 3 **TOTALE 18** **MEDIA ARITMETICA 18/6= 3**	Valore di **P x I** **3,5x3 = 10,5** **MEDIO ALTO**
	Inserimento in lista di attesa con codice di priorità	UOSD Oculistica		Valutazione soggettiva ed interpretativa dei criteri clinici relativi ai codici prioritari di ricovero di pazienti	Interno	Discrezionalità nella scelta Trasparenza			
	Accesso alla struttura e formalizzazione del ricovero direttamente dalla UOSD	UOSD Oculistica							
	Colloquio con il paziente visita ed eventuali esami ematici o altro elaborazione cartella clinica/infermieristica	UOSD Oculistica							
	Trattamento terapeutico in regime di day surgery o day hospital	UOSD Oculistica							
	Registrazione delle procedure in cartella clinica/infermieristica	UOSD Oculistica							
	Dimissioni domiciliare con allegata terapia e comunicazione x Curante	UOSD Oculistica							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
valutazione di 2^ livello sulla base di parametri/standard di orientamento regionale/nazionale	acquisizione dati e confronto con analoghe realtà regionali/nazionali
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio - basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: la misura risulta sostenibile se applicata in maniera omogenea in tutte le unità operative in cui si applica il day surgery e il day hospital	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: valutazione di 2^ livello sulla base di parametri/standard di orientamento regionale/nazionale

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Costituzione Nucleo di valutazione di 2^ livello	Identificazione componenti	Marzo 2020	Direzione Sanitaria RPCT	Insediamento Nucleo
Verifica campionaria	Controllo	Novembre 2020	Nucleo di controllo	Report annuale

Processo: Attività ambulatoriale chirurgica / diagnostica /parachirurgica. La misura è stata realizzata e dovrà essere estesa, previa condivisione, alle strutture degli altri Spoke. La misura è riproposta per le attività di monitoraggio e verifica di efficacia.

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Attività Ambulatoriale Chirurgica	Individuazione paziente da trattare, visita valutazione clinica e inquadramento diagnostico	UOSD Oculistica	Gestione programmata delle prestazioni eseguibili in regime ambulatoriale di tipo chirurgico	Possibile mancato rispetto della lista d'attesa	Interno	Relativa discrezionalità nella scelta Trasparenza	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 4 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 1 d) Valore 2 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 2 **TOTALE 17** **MEDIA ARITMETICA 17/6= 2,83**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 4 e)Qualità dei servizi 4 f) Etico, comportamentale 3 **TOTALE 18** **MEDIA ARITMETICA 18/6= 3**	Valore di **P x I** **2,83 X 3= 8,48** **MEDIO ALTO**
	Inserimento in lista di attesa con codice di priorità	UOSD Oculistica		Valutazione soggettiva ed interpretativa dei criteri clinici relativi ai codici prioritari di accesso dei pazienti	Interno	Discrezionalità nella scelta Trasparenza			
	Accettazione e Anamnesi del paziente visita ed eventuali esami ematici o altro elaborazione cartella clinica/infermieristica ambulatoriale consegna impegnativa	UOSD Oculistica							
	Trattamento terapeutico in regime ambulatoriale	UOSD Oculistica							
	Registrazione delle procedure in cartella clinica/infermieristica	UOSD Oculistica							
	Invio del paziente al proprio domicilio con allegata terapia e comunicazione x Curante	UOSD Oculistica							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
Monitoraggio rispetto disposizione interna che indichi i criteri di accesso all'attività chirurgica	Trasparenza ed uniformità nei criteri relativi alle procedure di accesso
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: condivisione della disposizione fra i diversi reparti degli Spoke	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: disposizione interna che indichi i criteri di accesso all'attività chirurgica

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Monitoraggio rispetto disposizione interna	Trasparenza ed uniformità nella procedura	Giugno/novembre 2020	Direzione UOC	Report

PROCESSO	**FASI/AZIONI**	**U.O. COINVOLTE**	**EVENTO**	**SCHEMA EVENTI RISCHIOSI**			**VALUTAZIONE RISCHIO**		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	**PERIMETRO (DOVE)**	**FATTORI ABILITANTI**	**PROBABILITA'**	**IMPATTO**	**VALORE/ RISCHIO**
Attività ambulatoriale Diagnostica/ parachirurgica	Inserimento in elenco per la prestazione richiesta dall'utente nel I° ambulatorio utile rispettando i criteri di inclusione (ergente ,differibile etc.) Prenotazione	CENTRO UNICO PRENOTAZIONI	Gestione delle prestazioni eseguibili in regime ambulatoriale	Possibile mancato rispetto della priorità nella prenotazione	Esterno (CUP)	Relativa discrezionalità nella scelta Bassa definizione di responsabilità	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 4 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 2 d) Valore 2 e) Informatizzazione 1 f) Programmazione 2 **TOTALE 15** **MEDIA ARITMETICA** **15/6= 2,5**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 4 e) Qualità dei servizi 4 e) Etico, comportamentale 3 **TOTALE 18** **MEDIA ARITMETICA** **18/6= 3**	Valore di **P x I** **2,5 X 3= 7,5** **MEDIO ALTO**
	Registrazione del paziente e compilazione del consenso informato adeguato alla procedura da effettuare ,ritiro impegnativa se vidimata	UOSD Oculistica		Inserimento di prestazioni aggiuntive arbitrarie e non urgenti	Esterno (CUP) Interno	Discrezionalità nella scelta Trasparenza			
	Elaborazione della eventuale scheda ambulatoriale	UOSD Oculistica							
	Erogazione della prestazione richiesta	UOSD Oculistica							
	Prescrizione della eventuale terapia da effettuare a domicilio	UOSD Oculistica							

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Ricovero ordinario e programmato/ Day Hospital in Chirurgia	Individuazione paziente da ricoverare valutazione clinica e inquadramento diagnostico	Pronto soccorso Accettazione UOC Chirurgia	Favorire il ricovero di determinati pazienti	Mancato rispetto della lista d'attesa	Interno	Discrezionalità nella scelta Trasparenza	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 4 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 2 d) Valore 3 e) Informatizzazione 2 f) Programmazione 2 **TOTALE 17** **MEDIA ARITMETICA: 17/6=2,83**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 2 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Etico, comportamentale 1 f) Qualità dei servizi 1 **TOTALE 9** **MEDIA ARITMETICA: 9/6=1,50**	Valore di **P x I** **2,83 X 1,50=** **4,25** **MEDIO**
	Accesso alla struttura Formalizzazione ricovero	UOC Chirurgia		Valutazione orientata dei criteri clinici relativi al ricovero di pazienti	Interno	Discrezionalità nella scelta Trasparenza			
	Accettazione clinica con colloquio e visita	UOC Chirurgia							
	Elaborazione Cartella clinica/infermieristica	UOC Chirurgia							
	Trattamento terapeutico in regime di degenza/ day hospital	UOC Chirurgia							
	Registrazione in Cartella clinica/infermieristica	UOC Chirurgia							
	Dimissioni -domiciliare -presso altra struttura assistenziale	UOC Chirurgia e altre strutture assistenziali							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazioni**
Prenotazione delle prestazioni in Day Hospital, attraverso il sistema informatico in dotazione	trasparenza
controllo periodico di appropriatezza dei ricoveri in Day hospital	verifica della eleggibilità del ricovero a fini terapeutici e non diagnostici e rispetto delle eventuali deroghe
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): basso	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: prenotazione su sistema informatico				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Prenotazione delle prestazioni attraverso il sistema informatico	Trasparenza e tracciabilità	Entro marzo 2020	Direzione UOC RPCT	Adeguamento sistema

Misura: controllo periodico di appropriatezza dei ricoveri in Day hospital				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Disposizione interna relativa alla verifica periodica del rispetto dell'ordine cronologico delle registrazioni	Rispetto liste di attesa/rispetto della eleggibilità del ricovero a fini terapeutici	Entro marzo 2020	Direzione UOC	Disposizione interna
Reporting su attività di controllo periodico per far emergere la % di rispetto dell'ordine cronologico della lista	Verifica % del rispetto liste di attesa e criteri di eleggibilità	Trimestrale, a decorrere dal mese di marzo 2020	Direzione UOC	Report

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Visita ambulatoriale	Inserimento in elenco per la prestazione richiesta dall'utente nel I° ambulatorio utile rispettando i criteri di inclusione (urgente ,differibile etc.) Prenotazione	CUP UOC CHIRURGIA	Attestazioni improprie sullo stato di salute finalizzata ad ottenere benefici economici o giuridici	Possibile mancato rispetto della priorità nella prenotazione	Esterno (CUP)	Relativa discrezionalità nella scelta Bassa definizione di responsabilità	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 4 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 3 d) Valore 4 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 **TOTALE 20** **MEDIA ARITMETICA 20/6= 3,33**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 2 **TOTALE 13** **MEDIA ARITMETICA 13/6= 2,17**	**Valore di P x I** **3,33X2,17=** **7,22** **MEDIO**
	Richiesta consulenza	Pronto soccorso, altri Reparti, altri servizi							
	Registrazione su Registro cartaceo/informatico	UOC CHIRURGIA		Inserimento di prestazioni aggiuntive arbitrarie e non urgenti	interno	Discrezionalità nella scelta Mancanza di trasparenza			
	Erogazione della prestazione richiesta	UOC CHIRURGIA							
	Certificazione e prescrizione della eventuale terapia da effettuare a domicilio	UOC CHIRURGIA		Valutazione impropria/alterata dello stato di salute del paziente e della documentazione diagnostica	interno	Discrezionalità nella scelta Mancanza di trasparenza			

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
validazione della prestazione in urgenza da parte del medico erogatore;	Controllo ex ante dell'improcrastinabilità e/o dell'opportunità della prestazione
controllo ex post	Verifica ex post delle procedure utilizzate
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: condivisione con le strutture degli altri Spoke.	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: validazione della prestazione in urgenza da parte del medico erogatore

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Elaborazione disposizione interna	Uniformare la procedura	Marzo 2020	RPCT	Documento

Misura: Controllo ex post

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Costituzione Nucleo di controllo 2^ livello	Individuazione componenti	Marzo 2020	Direttore Sanitario RPCT	Convocazione
Nucleo di controllo	Controllo campionario	Entro Novembre 2020	Nucleo di controllo	Report

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Ricovero ordinario,e programmato/ Day Hospital in Ortopedia	Individuazione paziente da ricoverare valutazione clinica e inquadramento diagnostico	Pronto soccorso Accettazione UOC Ortopedia	Favorire il ricovero di determinati pazienti	Mancato rispetto della lista d'attesa	Interno	Discrezionalità nella scelta Trasparenza	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 4 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 2 d) Valore 3 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 **TOTALE 18** **MEDIA ARITMETICA: 18/6= 3**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 3 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Etico, comportamentale 2 f) Qualità dei servizi 1 **TOTALE 15** **MEDIA ARITMETICA: 15/6=2,50**	Valore di **P** x **I** **3 X 2,50=** **7,50** **MEDIO ALTO**
	Accesso alla struttura Formalizzazione ricovero	UOC Ortopedia		Valutazione orientata dei criteri clinici relativi al ricovero di pazienti	Interno	Discrezionalità nella scelta Trasparenza			
	Accettazione clinica con colloquio e visita	UOC Ortopedia							
	Elaborazione Cartella clinica/ infermieristica	UOC Ortopedia							
	Trattamento terapeutico in regime di degenza/ day hospital	UOC Ortopedia							
	Registrazione in Cartella clinica/ infermieristica	UOC Ortopedia							
	Dimissioni -domiciliare -presso altra struttura assistenziale	UOC Ortopedia e altre strutture assistenziali							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazioni**
controllo periodico di appropriatezza dei ricoveri in Day hospital	verifica della eleggibilità del ricovero a fini terapeutici e non diagnostici e rispetto delle eventuali deroghe
Inserimento di ulteriori elementi di verifica nell'attività del NOCI	Controlli ex post
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): basso	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: controllo periodico di appropriatezza dei ricoveri in Day hospital				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Controllo formale delle cartelle cliniche di ricovero ordinario e DH	Rispetto della eleggibilità del ricovero a fini terapeutici o diagnostici	Entro marzo 2020	Direzione UOC	Visto di controllo
Reporting su attività di controllo	Verifica % del rispetto liste di attesa e criteri di eleggibilità	Trimestrale, a decorrere dal mese di marzo 2020	Direzione UOC	Report

Misura: inserimento di ulteriori elementi di verifica nell'attività NOCI				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Ridefinizione e regolamentazione del Nucleo di controllo che sostituirà il NOCI	Costituzione struttura	Marzo 2020	Direzione sanitaria RPCT	Delibera di ridefinizione Nucleo di controllo
Attività Nucleo di controllo	Controllo di appropriatezza e di regolarità	Novembre 2020	Nucleo di controllo	Report

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Attività ambulatoriale	Inscrimento in elenco per la prestazione richiesta dall'utente nel I° ambulatorio utile rispettando i criteri di inclusione (urgente differibile etc.) Prenotazione	CUP	Attestazioni improprie sullo stato di salute finalizzata ad ottenere benefici economici o giuridici	Possibile mancato rispetto della priorità nella prenotazione	Esterno (CUP)	Relativa discrezionalità nella scelta Bassa definizione di responsabilità	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 4 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 2 d) Valore 3 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 **TOTALE 18** **MEDIA ARITMETICA 18/6= 3**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 3 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 2 **TOTALE 15** **MEDIA ARITMETICA 15/6= 2,50**	**Valore di P x I** **3X2,50=** **7,50** **MEDIO ALTO**
	Richiesta consulenza	Pronto soccorso, altri Reparti, altri servizi							
	Registrazione su Registro cartaceo/informatico	UOC ORTOPEDIA		Inserimento di prestazioni aggiuntive arbitrarie e non urgenti	interno	Discrezionalità nella scelta Mancanza di trasparenza			
	Erogazione della prestazione richiesta	UOC ORTOPEDIA							
	Certificazione e prescrizione della eventuale terapia da effettuare a domicilio	UOC ORTOPEDIA		Valutazione impropria/alterata dello stato di salute del paziente e della documentazione diagnostica	interno	Discrezionalità nella scelta Mancanza di trasparenza			

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
validazione della prestazione in urgenza da parte del medico erogatore;	Controllo ex ante dell'improcrastinabilità e/o dell'opportunità della prestazione
controllo ex post	Verifica ex post delle procedure utilizzate
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: condivisione con le strutture degli altri Spoke.	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: validazione della prestazione in urgenza da parte del medico erogatore

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Elaborazione disposizione interna	Uniformare la procedura	Marzo 2020	RPCT	Documento

Misura: Controllo ex post

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Costituzione Nucleo di controllo 2^ livello	Individuazione componenti	Marzo 2020	Direttore Sanitario RPCT	Convocazione
Nucleo di controllo	Controllo campionario	Entro Novembre 2020	Nucleo di controllo	Report

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Attività ambulatoriale	Inserimento in elenco per la prestazione richiesta dall'utente nel I° ambulatorio utile rispettando i criteri di inclusione (urgente differibile etc.) Prenotazione	CUP	Attestazioni improprie sullo stato di salute finalizzata ad ottenere benefici economici o giuridici	Possibile mancato rispetto della priorità nella prenotazione	Esterno (CUP)	Relativa discrezionalità nella scelta Bassa definizione di responsabilità	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 4 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 3 d) Valore 4 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 **TOTALE 20** **MEDIA ARITMETICA 20/6= 3,33**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 2 **TOTALE 13** **MEDIA ARITMETICA 13/6= 2,17**	**Valore di P x I** **3,33X2,17=** **7,22** **MEDIO**
	Richiesta consulenza	Pronto soccorso. altri Reparti, altri servizi							
	Registrazione su Registro cartaceo/informatico	UOSD OTORINILARINGOIATRIA		Inserimento di prestazioni aggiuntive arbitrarie e non urgenti	interno	Discrezionalità nella scelta Mancanza di trasparenza			
	Erogazione della prestazione richiesta	UOSD OTORINILARINGOIATRIA							
	Certificazione e prescrizione della eventuale terapia da effettuare a domicilio	UOSD OTORINILARINGOIATRIA		Valutazione impropria/alterata dello stato di salute del paziente e della documentazione diagnostica	interno	Discrezionalità nella scelta Mancanza di trasparenza			

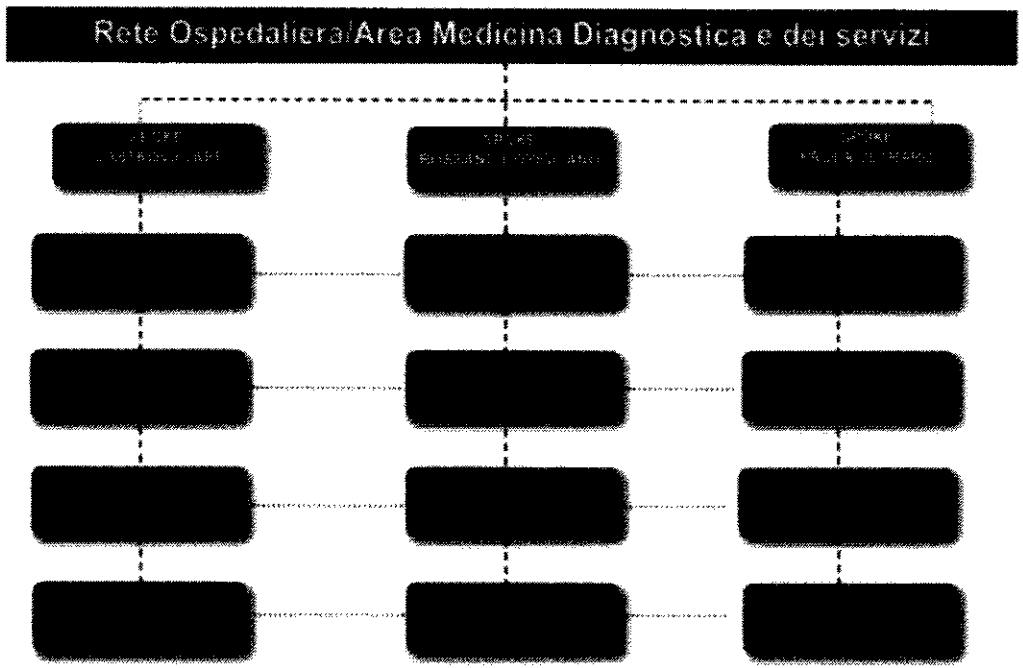
Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
effettuare obbligatoriamente prenotazioni tramite CUP impedendo la registrazione di prestazioni non prenotate	Trasparenza – riduzione accessi irregolari
validazione della prestazione in urgenza da parte del medico erogatore;	Controllo ex ante dell'improcrastinabilità e/o dell'opportunità della prestazione
controllo ex post	Verifica ex post delle procedure utilizzate
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: condivisione con le strutture degli altri Spoke.	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: effettuare obbligatoriamente prenotazioni tramite CUP impedendo la registrazione di prestazioni non prenotate				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Effettuazione delle necessarie modifiche al programma informatico	Riduzione accessi irregolari	giugno 2020	RPCT/ CUP	Richiesta motivata di modifica al programma

Misura: validazione della prestazione in urgenza da parte del medico erogatore				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Elaborazione disposizione interna	Uniformare la procedura	Marzo 2020	RPCT	Documento

Misura: Controllo ex post				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Costituzione Nucleo di controllo 2^ livello	Individuazione componenti	Marzo 2020	Direttore Sanitario RPCT	Convocazione
Nucleo di controllo	Controllo campionario	Entro Novembre 2020	Nucleo di controllo	Report


Rete Ospedaliera/Area Medicina Diagnostica e dei servizi

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Produzione, assegnazione e distribuzione di emocomponenti	Contatto con volontari donatori per la donazione	Servizio trasfusionale e Associazioni di volontariato	Raccolta di maggiore quantitativo di sangue per soddisfare richieste particolari, favorire il singolo donatore nell'acquisizione di benefici ulteriori e operatori economici/non profit (bar, associazioni …)	Maggior numero di chiamate del donatore non adeguata alle reali esigenze	Esterno/interno	Discrezionalità	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 1 b) Rilevanza esterna 5 c) Complessità 4 d) Valore 3 e) Informatizzazione 1 f) Programmazione 1 **TOTALE : 15** **MEDIA ARITMETICA: 15/6=2,50**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 5 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE : 16** **MEDIA ARITMETICA: 16/7= 2,67**	Valore di **P** x **I** **2,50 X 2,67= 6,67** **MEDIO**
	Visita di controllo donatori	Servizio trasfusionale		Bassa attenzione nella selezione al fine di certificare/attestare situazioni cliniche che favoriscono la struttura ed il singolo donatore (abuso utilizzo esenzione T01)	Interno	Monopolio competenze Discrezionalità			
	Prelievo/raccolta sangue intero e emc	Servizio trasfusionale							
	Ristoro donatore	Operatori economici esterni		Mancanza di un servizio omogeneo ed uniforme di ristoro, contestuale alla donazione	Esterno/interno	Mancanza di programmazione			
	Stoccaggio	Servizio trasfusionale							
	trasporto centro di lavorazione	AVIS							
	Lavorazione Unità	Centro di lavorazione Cosenza - SIMT							
	Esami di validazione	Centro regionale di qualificazione biologica							
	Validazione e cessione	Azienda Ospedaliera Cosenza							
	Distribuzione interna e a strutture private	Servizio trasfusionale		Privilegiare alcuni pazienti o strutture	Interna/esterna	Discrezionalità			

Processo: Produzione, assegnazione e distribuzione di emocomponenti. Le misure sono state sostanzialmente realizzate. La misura relativa alla Elaborazione procedura aziendale di programmazione concertata con le Associazioni di Volontariato è stata avviata con la costituzione di un apposito Gruppo di lavoro che ha definito gli elementi essenziali del programma aziendale. A seguito dell'emanazione del Decreto del Commissario ad Acta della Regione Calabria n. 61 del 9 aprile 2019 con il quale è stato approvato il "*Programma di autosufficienza regionale del sangue e dei suoi prodotti per l'anno 2019*" che individua gli obiettivi di autosufficienza regionale, per come determinato dai contributi apportati da ogni Centro trasfusionale, i Centri trasfusionali hanno concertato la programmazione con le Associazioni per il territorio di competenza: AVIS, FIDAS, CRI. Successivamente, quindi si proceduto all'approvazione di una Deliberazione di presa d'atto del DCA 61/19 e della programmazione locale, stabilendo altresi alcuni elementi di salvaguardia della programmazione e raccolta del fabbisogno locale di sangue, in particola che, considerati i tempi della programmazione regionale, i Centri Trasfusionali sono autorizzati al proseguimento dell'attività di raccolta, per il primo semestre dell'anno successivo, proporzionalmente agli obiettivi assegnati per l'anno precedente, con successivo recepimento nella programmazione regionale; che i Centri Trasfusionali sono autorizzati a differenziare la raccolta sulla base di un calendario periodico, tenendo conto delle diverse esigenze di plasma e sangue intero; che le Associazioni di Volontariato possono derogare alla programmazione concertata, effettuando ulteriore raccolta di sangue, solo previa autorizzazione del Centro Trasfusional (Deliberazione n. 511 del 21 giugno 2019). La misura viene pertanto riproposta, sulla base di quanto già realizzato, per la programmazione 2020. Direttamente collegata a tale misura è la costituzione e l'attività del CoBUS di recente ricostituzione. Le altre misure vengono integralmente riproposte in quanto non completate e ridefinite.

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
Elaborazione procedura aziendale di programmazione concertata con le Associazioni di Volontariato	Rendere uniforme e trasparente la procedura di programmazione a livello aziendale
Elaborazione Report periodico su utilizzo esenzione codice TO1 (attraverso il CUP)	Monitorare l'utilizzo del codice di esenzione per evitare abusi
Completamento informatizzazione del processo, con interfaccia reparti, laboratori e strutture private	Trasparenza tracciabilità del percorso di distribuzione, con richiesta informatizzata, per limitare l'abuso di discrezionalità nella valutazione dell'appropriatezza trasfusionale
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): basso	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: riproposizione procedura aziendale di programmazione concertata con le Associazioni di Volontariato				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Nota di riproposizione della procedura di programmazione già adottata	Riproposizone procedura	Marzo 2019	RPCT	Nota di trasmissione
Concertazione procedura con Associazioni di Volontariato	Procedura finale	A seguito approvazione DCA di programmazione regionale	Servizi trasfusionali	Verbali incontri di concertazione
Adozione Atto deliberativo di recepimento programmazione regionale e concertazione con Associazioni di volontariato	Formalizzazione programmazione	A seguito approvazione DCA di programmazione regionale	Direzione Sanitaria	Atto Deliberativo

Misura: elaborazione Report periodico su utilizzo esenzione codice TO1 (attraverso il CUP)				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Richiesta semestrale di Report	Monitoraggio e verifica utilizzo codice di esenzione TO1	Giugno/dicembre 2020	Direzione Rete/Dipartimento RPCT	Report
Trasmissione Report ai Responsabili del Servizi con richiesta di relazione di congruità ed eventuali misure preventive e correttive	Verifica di appropriatezza e corretto utilizzo del codice TO1	Giugno/dicembre 2020	Direzione Rete/Dipartimento RPCT	Nota di riscontro

Misura: completamento informatizzazione del processo, con interfaccia reparti, laboratori e strutture private				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Incontro fra i Responsabili dei Servizi Trasfusionali / CUP/tecnici del CED	Avvio della misura	Marzo 2020	RPCT	Verbale di insediamento
Elaborazione capitolato/progetto	Elaborazione capitolato/progetto di adeguamento e completamento del processo di informatizzazione	Giugno 2020	Servizi Trasfusionali/CED	Capitolato/progetto
Proposta procedura di acquisizione del servizio/fornitura di completamento informatizzazione Servizi	Avvio procedura di acquisizione	Ottobre 2020	CED	Delibera indizione procedura

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Visita specialistica e prestazione ambulatoriale	Richiesta visita specialistica e/o prestazione trasfusionale	CUP Reparti interni	Favorire l'accesso alla visita/prestazione a pazienti predeterminati e attestazioni improprie sullo stato di salute finalizzata ad ottenere benefici economici o accesso ad altre strutture sanitarie				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 5 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 1 d) Valore 3 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 **TOTALE: 18** **MEDIA ARITMETICA: 18/16= 3**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 4 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e)Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE : 11** **MEDIA ARITMETICA: 11/16= 1,83**	Valore di **P x I** **3x1,83= 5,50** **MEDIO**
	Prenotazione	CUP Servizio trasfusionale							
	Accesso alla struttura	Servizio trasfusionale		Accesso alla struttura senza il rispetto della lista di attesa e/o senza prenotazione	interno	Discrezionalità nella scelta Mancanza di controllo			
	Registrazione	Servizio trasfusionale							
	Visita specialistica e/o prestazione trasfusionale	Servizio trasfusionale		Valutazione impropria/alterata dello stato di salute del paziente e della documentazione diagnostica	Interno/esterno	Discrezionalità nella scelta			
	Certificazione	Servizio trasfusionale							

Processo: Visita specialistica e prestazione ambulatoriale. Le misure non sono state realizzate/completate e vengono quindi integralmente riproposte.

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
Effettuare obbligatoriamente prenotazioni tramite il CUP impedendo la registrazione di prestazioni non prenotate	Impedire l'accesso irregolare alla struttura
Nucleo di controllo aziendale di 2^ livello	Verifica campionaria di tipo documentale sulla correttezza delle valutazioni cliniche
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: Effettuare obbligatoriamente prenotazioni tramite il CUP impedendo la registrazione di prestazioni non prenotate				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Effettuazione delle necessarie modifiche al programma informatico	Riduzione degli accessi irregolari	Ottobre 2020	CUP	Adeguamento programma CUP

Misura: Nucleo di controllo aziendale di 2^ livello				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Costituzione Nucleo di controllo di 2^ livello	Attivazione Nucleo	Marzo 2020	RPCT	Atto deliberativo di costituzione del Nucleo
Effettuazione controlli	Controlli	Dicembre 2020	Nucleo di controllo	Almeno 20% attività controllate

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Diagnostica di laboratorio per interni ed esterni	Richiesta di analisi di laboratorio	MMG Reparti	Favorire soggetti interni ed esterni nella fruizione delle prestazioni e nella refertazione degli esami				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 1 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 3 d) Valore 3 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 **TOTALE : 16** **MEDIA ARITMETICA: 16/6=2,67**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 4 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 2 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE : 10** **MEDIA ARITMETICA: 10/6=1,67**	Valore di **P** x **I** **2,67 X 1,67 = 4,4** **MEDIO**
	Accettazione richiesta e prelievo	UO Centro Trasfusionale/ Centro Prelievi							
	Esecuzione esame	UO Centro Trasfusionale		Inserimento irregolare di campioni da analizzare	interno	Discrezionalità Bassa informatizzazione			
	Rilascio	UO Centro Trasfusionale							
	Consegna referto	UO Centro Trasfusionale/ Centro Prelievi							

Processo: Visita specialistica e prestazione ambulatoriale. Le misure non sono state realizzate/completate e vengono quindi integralmente riproposte.

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
Effettuare obbligatoriamente prenotazioni tramite il CUP impedendo la registrazione di prestazioni non prenotate	Impedire l'accesso irregolare alla struttura
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: Effettuare obbligatoriamente prenotazioni tramite il CUP impedendo la registrazione di prestazioni non prenotate				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Effettuazione delle necessarie modifiche al programma informatico	Riduzione degli accessi irregolari	Ottobre 2020	CUP	Adeguamento programma CUP

LABORATORIO ANALISI. Le misure sono state completamente realizzate.

Il Gruppo di Lavoro costituito nell'ambito del PTPCT 2029 – 2021 ai fini della realizzazione e monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione, ha condiviso un documento, articolato ed approfondito che costituisce il momento conclusivo dell'attività svolta e prefigura l'aggiornamento della mappatura del rischio. Il documento tiene conto delle problematiche e specificità dei Laboratori Analisi degli Spoke e del Laboratorio Analisi di Cassano Jonio, nelle loro specifiche attività e nelle relazioni sistemiche con gli altri servizi. Il Documento, di seguito riportato per le parti di maggiore interesse, è stato condiviso dai Responsabili delle UOSD di Laboratorio Analisi degli Spoke dell'ASP e dal Laboratorio Analisi di Cassano Ionio e contiene una presentazione sintetica delle criticità organizzative nelle diverse aree di attività e l'indicazione di qualche soluzione organizzativa minima da assumere per la gestione delle situazioni più rilevanti, anche per assicurare gli adempimenti di cui alla Legge 161/2014.

Attuale situazione della rete dei Laboratori Analisi

L'attuale assetto organizzativo dei Laboratori Analisi dell'ASP è stato definito dal DCA 112 del 2 novembre 2016 che ha riorganizzato la rete dei Laboratori pubblici e privati, aderendo alle indicazioni normative e di programmazione nazionale, al fine "dell'adeguamento degli standard organizzativi e di personale coerenti con i processi di incremento dell'efficienza resi possibili dal ricorso a metodiche automatizzate".

La riorganizzazione è stata successivamente recepita dall'Atto aziendale (Delibera 1619 del 17.08.2017), approvato con DCA 117/17, che ha previsto, negli organigrammi, una Unità Operativa Semplice Dipartimentale per ogni Spoke, nell'ambito della Rete Ospedaliera/Area Medicina diagnostica e dei servizi:

L'Atto Aziendale ha poi previsto, per come indicato nel DCA 112/16, una Unità Operativa Semplice Dipartimentale per gli ODZ di Acri e San Giovanni in Fiore, inserendo anche una nuova Unità Operativa Semplice (aggregata alla UOSD dello Spoke di Castrovillari) nel nuovo ODZ di Trebisacce, cosi per come riconfigurato da Casa della Salute, a seguito del DCA 30 del 3.3.2016.

Infine, l'Atto Aziendale, ha previsto una Unità Operativa Semplice Dipartimentale denominata Tossicologia Preventiva nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione "dedicata alla tossicologia con finalità di tutela della salute collettiva, per la prevenzione degli incidenti stradali e degli infortuni sul lavoro, nonché di supporto ai SER.D. e ai controlli medico – legali, anche su committenza dell'A.G.". Nell'ambito di tale Unità Operativa trova collocazione il Laboratorio di Tossicologia di Cassano allo Jonio, aderendo al percorso di riconversione previsto dal DCA 112/16.

Allo stato attuale si riscontra una contraddizione fra l'assetto di organizzazione formale definito dal DCA 112 del 2 novembre 2016, recepito negli organigrammi dell'Atto aziendale e la reale organizzazione territoriale che vede ancora la presenza, in continuità con la passata organizzazione, di numerosi Laboratori Analisi attivi, non ancora riconvertiti, per come previsto dalla normativa.

Oltre alle strutture sopra indicate, risulta infatti ancora attivo un secondo Laboratorio Analisi presso gli Spoke di Paola/Cetraro e Corigliano/Rossano che dovrebbe essere invece soppresso, nell'ambito di una più articolata riorganizzazione delle competenze di ogni singolo presidio Spoke e risultano ancora atti i seguenti Laboratori.

Laboratorio Analisi Ospedale di Zona Praia a mare
Laboratorio Analisi Casa della Salute Amantea
Laboratorio Analisi Casa della Salute Cariati
Laboratorio Analisi Casa della Salute San Marco Argentano
Laboratorio Analisi Casa della Salute Mormanno
Laboratorio Analisi Casa della Salute Lungro
Laboratorio Analisi Quattromiglia
Laboratorio Analisi Hospice Cassano

Tale contraddizione ha comportato e continua a comportare disagi e difficoltà nella programmazione e gestione dei servizi con impatti deleteri sulle possibilità di definire un assetto stabile, corrispondente allo standard normativo in grado di soddisfare le esigenze di servizio aziendale.

Il mancato adeguamento allo standard normativo produce infatti dispersione e spesso spreco di risorse umane e materiali non consentendo la definizione di un fabbisogno corretto e a regime corrispondente alle necessità delle strutture individuate dal DCA 112/16 e dall'atto Aziendale.

Se non si attua la programmazione regionale, cosi per come già recepita dall'Atto aziendale, non si potranno creare le condizioni per assicurare ai Laboratori Analisi la dotazione di figure professionali che garantisca lo standard organizzativo adeguato alla soddisfazione delle esigenze nelle diverse tipologie di regime (ordinario e di emergenza urgenza), la dotazione strumentale necessaria, la strutturazione della rete dei Laboratori ed il loro collegamento funzionale con i Punti prelievo e con i servizi ospedalieri.

Già oggi, la mancata riorganizzazione delle strutture produce disfunzioni che incidono direttamente sulla programmazione aziendale, ad esempio nella identificazione e contabilizzazione dei centri di costo, nell'assegnazione degli obiettivi di budget, persino nell'esposizione delle informazioni relative alle "Articolazioni degli Uffici" sul sito aziendale, in adempimento agli obblighi di trasparenza di cui al Dlgs 33/13.

Analogamente, ma in modo più pressante, tale situazione incide nella gestione quotidiana dei servizi, in particolare per la grave carenza di personale, peggiorata dalla sua dispersione territoriale, e con particolare riguardo alla gestione dell'emergenza/urgenza negli Spoke. E' emersa la richiesta di dare esecuzione alla Delibera n. 817 dell'8.5.2018 che definisce il fabbisogno organico dei Laboratori Spoke.

Attività dei laboratori analisi

I Laboratori svolgono prestazioni diversificate che soddisfano esigenze di carattere propriamente di patologia clinica ma anche con valenza medico - legale, tossicologica, ecc.

La riorganizzazione della rete aziendale dei Laboratori dovrebbe quindi definire le specifiche competenze del Laboratorio Analisi ed eventuali competenze residue di supporto, stabilendo i collegamenti funzionali di rete con l'HUB, i punti prelievo, la eventuale identificazione di PoCT e di strutture attrezzate per soddisfare esigenze di analisi di particolare specializzazione come nel caso del Laboratorio di Cassano Jonio, per gli esami tossicologici.

In questo contesto, nell'ambito del Gruppo di lavoro costituito per l'attuazione delle misure del PTPCT, si sono prese in considerazione alcune problematiche relative alle tipologie di esami effettuate da ogni Laboratorio, alla loro tariffazione ed al trattamento degli esami non inseriti nei LEA, richiamando la necessità di uniformare l'attività a livello aziendale.

In particolare si è preso in considerazione il caso degli esami di Transferrina Desiala (CDT), utilizzati per la verifica dell'abuso alcolico, finora esame fuori LEA che, alla luce di un primo approfondimento, dovrebbe essere stato inserito nell'elenco degli esami LEA di cui al nuovo Decreto pubblicato in GU 18.03.2017

Bisognerebbe quindi ulteriormente approfondire per verificare la necessità di un eventuale recepimento/adeguamento della normativa a livello regionale e comunque, nelle more, prevedere, secondo quanto richiesto dai Servizi per le dipendenze, una esenzione tariffaria qualora tali esami dovessero essere necessari per attestare patologie e stati di salute di pazienti particolarmente fragili o con disagio economico, attraverso l'attivazione di protocolli con i servizi sociali, come sperimentato in altre Regioni. In ogni caso, il mancato recepimento dei LEA con relativo aggiornamento del nomenclatore regionale per numerosi esami di Laboratorio è, comunque, un problema da affrontare al più presto, per le inaccettabili carenze diagnostiche che comporta per i cittadini della Calabria rispetto alle altre Regioni.

Dal punto di vista organizzativo, si segnala che per quanto riguarda i Laboratori degli Spoke, è risultato evidente che, al fine di assicurare la continuità operativa in regime di emergenza – urgenza, l'attività non può essere erogata utilizzando il regime della reperibilità per il personale impegnato, bensì utilizzando la guardia attiva.

Nello specifico, le problematiche sopraindicate determinano una serie di criticità, affrontate nell'ambito del Gruppo di Lavoro attivato in esecuzione del PTPCT 2019 - 2021 che vengono di seguito sommariamente descritte e per le quali sono state assunte misure preventive e indicati possibili e realistici percorsi da seguire nell'immediato:

1) **Rapporti con l'utenza interna (ricoverati)**

La problematica saliente in merito è l'esigenza di mettere in rete informatizzata, ove ancora non attuato, i Laboratori ospedalieri con i reparti di degenza per promuovere la sicurezza e la qualità delle prestazioni, anche al fine di assicurare la massima trasparenza e contabilizzazione delle prestazioni. L'argomento è stato affrontato nell'ambito del PTPCT e si è stabilito di richiedere di adottare/implementare il programma di gestione

delle prestazioni interne agli Spoke sulla base delle esigenze manifestate dai Responsabili dei Laboratori, ove non ancora presente o parzialmente presente. Al momento, preliminarmente, è in atto la verifica dello stato dell'arte sui programmi di informatizzazione in corso. Nelle more dell'adozione/implementazione del programma è stato comunque disposto di inserire sulla richiesta di esami il n. di cartella clinica del paziente, con timbro e firma del medico richiedente.

2) Rapporti con l'utenza esterna

Anche tale argomento, affrontato nell'ambito del PTPCT, ha avuto definizione, in particolare per consentire al Laboratorio Analisi la tracciabilità del percorso seguito nelle attività di prelievo esterno al fuori dei punti prelievo e quindi l'identificazione della persona che consegna il campione di materiale biologico, della persona che ha effettuato il prelievo/raccolta del campione biologico, della persona a cui è stato effettuato il prelievo/raccolta. Pertanto è stata elaborata una procedura, in collaborazione con i Servizi CDI e sono stati predisposti due Moduli da allegare al campione e consegnare al Laboratorio: uno per l'accettazione delle richieste di esami di laboratorio su prelievi di pazienti domiciliari per conto del Servizio CDI e l'altro per pazienti domiciliari per conto di professionisti a prestazione libero-professionale o gratuita. La procedura è stata recepita del RPCT e trasmessa con nota RPCT prot. n. 78978 del 21.06.2019.

3) **Rapporti con le Case della salute e laboratori territoriali**

In questo ambito lo sforzo deve tendere all'attuazione da parte dell'Azienda Sanitaria dei Decreti Commissariali nonché dello stesso Atto Aziendale al fine di evitare equivoci, vuoti di responsabilità che si ripercuotono sui Responsabili dei Laboratori Spoke e soprattutto per ovviare a gravosi impegni di spesa per tenere in vita strutture di Laboratorio destinate ad essere soppresse, già dal Legge Regionale del 2012.

4) Rapporti con il laboratorio di tossicologia preventiva di cassano

Il Laboratorio Analisi presente a Cassano allo Ionio ha attualmente una duplice configurazione: svolge le attività di Laboratorio di Tossicologia per come stabilito nella sua Delibera istitutiva (1904 del 22.05.2009), riconosciuto quale Laboratorio monospecialistico dal DCA112/16 ed inserito dall'Atto Aziendale nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione e inoltre svolge attività di Laboratorio Analisi di Patologia Clinica, non previsto nella programmazione regionale ed Aziendale e comunque al di fuori di ogni relazione con lo Spoke di riferimento, per come previsto dallo schema di riorganizzazione regionale.

Per quanto riguarda la prima configurazione, si rende opportuno, allo stato, dare piena attuazione alla programmazione regionale e aziendale, tenendo conto dalla pregressa definizione organizzativa di Laboratorio di Tossicologia di 1^ e 2^ livello. Per discutere di tale problematica il Gruppo di lavoro ha coinvolto anche i Responsabili dei Servizi per le dipendenze, con i quali si sono prese in considerazione le problematiche relative all'accesso ai Laboratori Analisi per le finalità proprie dei servizi per le dipendenze e le problematiche relative alla custodia dei campioni e la catena di trasporto. Si è convenuto sull'opportunità che il Laboratorio Analisi di Cassano possa assumere, nel più breve tempo, al ruolo di Laboratorio esclusivo presso il quale far recapitare ogni campione biologico da analizzare per le finalità di natura medico – legale e certificativa, provenienti dai Servizi per le dipendenze cosi come dai Pronto Soccorso o Punto primo intervento. L'attività risulta particolarmente complessa in

quanto, per il funzionamento a regime del Laboratorio, in questa configurazione, è necessario effettuare investimenti in dotazione strumentale, allestire una rete capillare di trasporto, formare/informare il personale dei servizi interessati, per dare risposte tempestive ad una domanda proveniente dall'intero bacino provinciale.

Per approfondire i risvolti medico legali del prelievo/custodia/trasporto dei campioni biologici e l'organizzazione dei servizi aziendali funzionalmente demandati alle attività di Laboratorio tossicologico di primo e secondo livello, nell'ambito del Gruppo di lavoro, è stata organizzata una riunione con il Direttore della U.O.S.D. Medicina Legale Dott. Antonio Scalzo in data 30 maggio 2019. In tale sede il Direttore della U.O.S.D. Dott. Antonio Scalzo ha portato a conoscenza del gruppo che è in corso di realizzazione un progetto che individuerà, nel medio periodo, il Laboratorio Analisi di Cassano Ionio, quale Laboratorio aziendale di Tossicologia, che effettuerà quindi, in modo esclusivo, le analisi di primo e secondo livello. Il progetto prevede altresì di accreditare punti prelievo qualificati, in ogni area, capaci di rispettare lo standard relativo alla catena di custodia.

Tale progetto, nell'ambito della complessiva articolazione della rete dei Laboratori Analisi risulta di grande rilevanza e utilità e dovrebbe essere attivato con la massima celerità, individuando, eventualmente, tappe intermedie che vanno nella stessa direzione indicata.

L'assunzione di tale ruolo per il Laboratorio di Cassano dovrebbe prevedere la definizione di una organizzazione congrua e corrispondente alle esigenze del territorio, con una dotazione organica che consenta una turnazione h24 per fronteggiare le situazioni di emergenza medico – legale anche notturna e festiva, sollevando così i Laboratori Analisi Cliniche dell'ASP da incombenze e responsabilità improprie.

Per quanto riguarda la seconda configurazione, atteso che non è prevista dallo standard organizzativo regionale e aziendale, si rende necessario far rientrare tale funzione nella necessaria riorganizzazione complessiva della rete dei Laboratori Analisi.

In considerazione del qualificato standard operativo del Laboratorio Analisi di Cassano, che dovrebbe a regime operare in h24, si potrebbe prevedere per la struttura, anche al fine di ottimizzare le risorse presenti, oltre all'attività di Punto prelievo, anche quella di PoCT, relazionato con il Laboratorio Analisi di riferimento. Nel mantenimento di entrambe le configurazioni si dovrà tenere anche conto del rapporto contemporaneo della struttura con due articolazioni organizzative: il Dipartimento di Prevenzione e la Rete ospedaliera/area medicina diagnostica e dei servizi.

5) **rapporti con i servizi affini**

Si verificano spesso, in alcune sedi, disposizioni di servizio da parte della Direzione di Presidio dello Spoke di trasferimento di personale tecnico dai Laboratori di Analisi ai Servizi affini (Centro Trasfusionale, Anatomia Patologica).

Tali disposizioni risultano gravemente dannosi per le attività dei Laboratori Analisi: anzitutto perché i Laboratori Spoke sono sotto organico e si ha difficoltà ad osservare la normativa a tutela dei lavoratori; poi i trasferimenti dal Laboratorio di Patologia Clinica in altre strutture comportano la perdita di professionalità acquisita negli anni per ricominciare in discipline non scelte dall'operatore né in sede concorsuale né di avviso pubblico.

E' quindi necessario interrompere tale prassi concertando con tutti i servizi soluzioni maggiormente idonee per la gestione dei scarse risorse umane disponibili.

6) **Laboratorio Ozd di Trebisacce**

La riorganizzazione del Laboratorio di Trebisacce è avvenuta con Delibera n° 1413 del 2 agosto 2018 con oggetto: "Riconfigurazione della Casa della Salute di Trebisacce in Ospedale di Zona Disagiata- DCA 64/2016" che assegna l'Ospedale di Zona Disagiata di Trebisacce ed il relativo Laboratorio allo Spoke di Castrovillari. La delibera non ha avuto finora attuazione ed il Laboratorio è rimasto nell'orbita dello Spoke Corigliano-Rossano. E' pertanto necessario che si dia applicazione alla delibera per chiarire le responsabilità ed evitare inadempienze da parte dei rispettivi Responsabili. Inoltre l'Atto Aziendale identifica il Laboratorio Analisi quale Struttura semplice aggregata alla UOSD Laboratorio Analisi dello Spoke di Castrovillari; tale configurazione risulta contraddittoria con i compiti e funzioni delle due strutture, una U.O.S. e una U.O.S.D., e con la definizione gerarchica dei rapporti.

7) **Laboratori Ozd di Acri e San Giovanni in Fiore**

Essendo U.O.S.D. alla stregua dei Laboratori Spoke, questi Laboratori dovrebbero afferire direttamente alla Responsabilità del Direttore di Dipartimento Area dei Servizi (comunque non previsto dall'Atto Aziendale). Quindi, oltre all'affidamento degli incarichi dei Responsabili, si dovranno definire i rapporti con il Laboratorio dello Spoke di Corigliano-Rossano e del Laboratorio Spoke Paola-Cetraro da parte dello stesso Direttore di Dipartimento Area dei Servizi e del Direttore Sanitario ASP.

8) **Laboratori Ozd Praia a Mare**

In esecuzione di una sentenza del Consiglio di Stato è in corso di riapertura l'Ospedale di zona disagiata di Praia a Mare che dovrebbe quindi seguire medesima organizzazione degli ospedali di zona disagiata e prevedere una struttura Laboratorio Analisi.

Applicazione della Legge 161/2014

Fra le maggiori criticità determinate dall'attuale situazione organizzativa dei Laboratori Analisi, si è dato ampio rilievo alle problematiche inerenti l'osservanza della Legge 161/2014 in quanto fin qui non ancora affrontate, con particolare riferimento al Servizio di Urgenza dei Laboratori Spoke. Il Decreto Legge, mutuato dalla Direttiva Europea a tutela del lavoratore, ha un impatto notevole sulla organizzazione dei Laboratori soprattutto nell'Urgenza /Emergenza e non ammette deroghe, pena le gravi sanzioni comminabili in prima istanza ai Responsabili delle UU.OO. a seguito di ispezioni per segnalazioni anche anonime. Pertanto la riorganizzazione dei Servizi e delle UU.OO. dovrà tenere conto dell'osservanza prioritaria di tale legge. La relativa problematica è stata affrontata nell'ambito dell'area di rischio del PTPCT per le implicazioni legali sia a carico dell'Azienda Sanitaria che dei soggetti inottemperanti. Lo scopo è non solo di evitare la mancata osservanza della legge, ma anche di evidenziare le difficoltà di osservanza per l'inadeguatezza delle dotazioni organiche e di superare la diversificazione nell'interpretazione della stessa.

A livello nazionale il Servizio di Urgenza/Emergenza notturno e festivo nei Laboratori è di norma così organizzato :
Guardia Tecnica e Guardia Dirigenziale Contemporanea: soluzione ottimale che viene messa in atto in presenza di personale tecnico e dirigente congruo (superiore a sette unità sia dirigenziali che tecniche) e di carico di lavoro alto. In tal senso si fa osservare che la Delibera n° 817 del 8 maggio 2018 dell'ASP di Cosenza (Fabbisogno Organico) che mira al superamento dell'istituto della P. D. come indicato dai CCNL ed alla sostituzione della P. D. con la Guardia attiva, prevede appositamente otto dirigenti (7 + 1 per ciascun Laboratorio Spoke inteso come Unico Laboratorio) e 24 tecnici (23 + 1).
Guardia Tecnica e Pronta Disponibilita' di Attesa del Personale Dirigente : si attua in presenza di carenza di personale dirigente e di carico di lavoro più modesto.
Pronta Disponibilita' Attiva: per lo più tecnica, è riservata a situazioni in cui gli accessi non comportino un lavoro effettivo superiore alle tre ore (che comunque vanno recuperate per consentire il riposo delle 11 ore continuative), mentre un lavoro in straordinario che si attesta ripetutamente intorno alle sei ore o superiore si configura come un turno di servizio con obbligo di riposo di 11 ore prima e 11 ore dopo il Servizio di P. D.
La presenza in urgenza del solo personale tecnico è codificata da norme nazionali e regionali che consentono a tale personale la validazione tecnica e l'utilizzo della firma elettronica. L'intervento attivo del personale dirigente in reperibilità passiva di attesa viene riservato a pochi casi specifici ed a problematiche medico-legali.
In Calabria fa testo il Regolamento Regionale n° 13 del 01/09/2009 pubblicato sul BUR della Regione Calabria, supplemento n° 2 del 10/09/2009 che definisce le mansioni del Tecnico di Laboratorio Biomedico in servizio di urgenza-emergenza.
Tanto premesso, si rileva che i tre Laboratori Spoke dell'ASP di Cosenza tuttora non hanno una organizzazione uniforme del Servizio d'urgenza Notturno e Festivo pur essendo, teoricamente, strutture omogenee. Ciò è stato determinato dalla situazione di generale ma diversificata carenza di personale associata alla presenza in due dei tre Spoke di un Laboratorio "bipolare", per come già illustrato, ma comunque nel comune tentativo di avvicinarsi il più possibile al rispetto della normativa sui riposi salvaguardando contemporaneamente sia il servizio in emergenza che l'erogazione delle prestazioni di base. Si fa presente la necessità di definire la gestione dell'emergenza anche nei Laboratori degli OZD sede di pronto soccorso e nelle Case della Salute sede di PPI, dove si potrebbe prevedere l'uso, in orario notturno e festivo, dei PoCT.
Nell'ambito del PTPCT 2020 – 2022 sono quindi state confermate le misure al fine di svolgere un monitoraggio relativo al rispetto delle procedure e disposizioni adottate e per implementarne l'attività.

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Attività diagnostica del Laboratorio analisi	Regolarizzazione presso gli sportelli CUP delle richieste esami per gli utenti esterni, senza previa prenotazione, con accesso per ordine di arrivo	CUP	Favorire soggetti interni ed esterni nella fruizione delle prestazioni e nella refertazione degli esami				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 3 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 2 d) Valore 3 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 4 **TOTALE = 20** **MEDIA ARITMETICA 20/6= 3,33**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 5 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 2 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE = 11** **MEDIA ARITMETICA 11/6= 1,83**	Valore di **P** x **I** **3,33 x 1,83 = 6,11** **MEDIO**
	Accesso degli utenti esterni al punto prelievi, con inserimento richieste nel sistema informatico del Laboratorio (LIS),prelievi, etichettatura e di campioni prelevati e loro periodico trasporto al Laboratorio	LABORATORIO ANALISI		Accesso al prelievo con scavalcamento lista attesa, in particolare per personale dipendente; Inserimento irregolare di campioni da analizzare	Interno/esterno	Mancanza di programmazione Discrezionalità nella scelta			
	Arrivo al Laboratorio dei campioni (urgenti e di routine) prelevati ed etichettati nei reparti di degenza e loro caricamento nel LIS del Laboratorio	LABORATORIO ANALISI							
	Arrivo al Laboratorio dei campioni prelevati nei punti prelievo periferici (alcuni etichettati e altri no) con loro caricamento nel LIS del Laboratorio.	LABORATORIO ANALISI							
	Smistamento campioni biologici nei diversi settori operativi del Laboratorio Analisi	LABORATORIO ANALISI							

	Esecuzione degli esami richiesti nei diversi settori operativi (ematologia, coagulazione, chimica clinica, immunoclinica, proteine e farmaci, urine, allergologia, sierologia, biologia, molecolare) con validazione tecnica e/o medica di settore e invio finale dei dati nel LIS del Laboratorio	LABORATORIO ANALISI							
	Refertazione effettuata con: stampa finale degli esami richiesto una volta completi, per gli utenti esterni; stampa finale o parziale degli esami, giornalmente, appena eseguiti, per i ricoverati; stampa con procedura urgente per le richieste inviate con modalità di urgenza	LABORATORIO ANALISI		Refertazione infedele	Interno/esterno	Discrezionalità nella scelta			
	Ritiro referti: Presso i rispettivi Punti Prelievo per gli utenti esterni Presso il Laboratorio per i ricoverati; Presso il Pronto Soccorso per gli utenti che vi accedono (invio telematico automatico ed immediato dei risultati, non appena validati dal Laboratorio)	LABORATORIO ANALISI							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	Motivazione
Monitoraggio rispetto della Disposizione di inserimento sulla richiesta esami del n. di cartella clinica del paziente con timbro e firma del medico richiedente, per gli esami interni nelle more dell'adozione/ implementazione del programma di gestione delle prestazioni interne agli Spoke (già presente a Castrovillari)	La procedura consente di assicurare la piena corrispondenza fra la prestazione richiesta ed il paziente che ne usufruisce
implementazione procedura di accesso da parte degli esterni a tutte le prestazioni del laboratorio analisi.	La procedura consente di regolamentare ogni tipologia di accesso favorendo la prevenzione dei rischi
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: condivisione della regolamentazione con servizi che fruiscono delle prestazioni del Laboratorio (ADI, Dipendenze)	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: Monitoraggio rispetto della Disposizione di inserimento sulla richiesta esami del n. di cartella clinica del paziente con timbro e firma del medico richiedente, per gli esami interni nelle more dell'adozione/implementazione del programma di gestione delle prestazioni interne agli Spoke (già presente a Castrovillari);

Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Monitoraggio rispetto disposizione	Uniformare modalità di accettazione richieste esami interni	Giugno/novembre 2020	Direttori UOSD	Report
Richiesta al SISA di Adozione/ Implementazione programma di gestione delle prestazioni interne agli Spoke sulla base delle esigenze manifestate dai Responsabili dei Laboratori	Avvio della procedura di adozione/implementazione	Entro marzo 2020	Direttore Dipartimento/Rete Servizi - RPCT	Richiesta
Adozione/ Implementazione programma di gestione delle prestazioni interne agli Spoke	Acquisizione degli strumenti di informatizzazione per i processi di richiesta prestazioni interne	Novembre 2020	UOC SISA	Determina di indizione procedura

Misura: Elaborazione procedura di accesso da parte degli esterni a tutte le prestazioni del laboratorio analisi.

Fasi per l'attuazione	Risultato atteso	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Monitoraggio rispetto disposizione	Regolamentazione accesso	Giugno/novembre 2020	Direttori UOSD	Report

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Prestazioni di radiologia	Prenotazione di prestazioni sanitarie presso gli ambulatori e per ricoveri programmati presso reparti ospedalieri, DH, DS . Declinando le prestazioni per classi: • Urgente • Differibile • Programmabile	CUP SEGRETERIA UO	superare la lista di attesa senza adeguata motivazione	Non utilizzare il criterio cronologico e la declinazione delle classi di urgenza nella prenotazione , in mancanza di adeguata motivazione clinica	Cup Segreteria UO	Mancanza di trasparenza Discrezionalita' nella scelta	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 1 d) Valore 1 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 **TOTALE= 13** **MEDIA ARITMETICA 13/6= 2,17**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 1 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE = 8** **MEDIA ARITMETICA 8/6= = 1,33**	Valore di **P x I** **2,17x 1,33= 2,89** **MEDIO BASSO**
	Predisposizione di worklist completa dei riferimenti degli utenti e degli esami prenotati con orari e preparazioni fornite								
	Rispetto dei tempi previsti e dell'ordine della worklist di prenotazione, fatte salve problematiche di preparazione dei pazienti o di disponibilità contingente delle attrezzature								
	Consegna degli esami effettuati e della documentazione entro i termini stabiliti								

Processo: prestazioni di radiologia. La misura relativa alla disposizione circa la Validazione della prestazione in urgenza da parte del medico erogatore è stata realizzata (nota della Direzione Sanitaria prot. n. 043416 del 02.04.2019) e pertanto si prevede di rinnovarla quale attività di monitoraggio sull'effettiva applicazione/rispetto. Non è stata invece realizzata la misura relativa alla Costituzione del Nucleo di Controllo di 2^ livello, per mancanza di continuità nell'interlocuzione con la Direzione Sanitaria e quindi la misura viene integralmente riproposta.

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
Validazione della prestazione in urgenza da parte del medico erogatore	Controllo ex ante dell'improcrastilità e/o dell'opportunità della prestazione
Controllo ex post	Verifica ex post delle procedure utilizzate
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): medio - basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: nell'attività di controllo utilizzare parametri di valutazione di appropriatezza e ottimizzazione delle risorse ed utilizzo delle attrezzature	

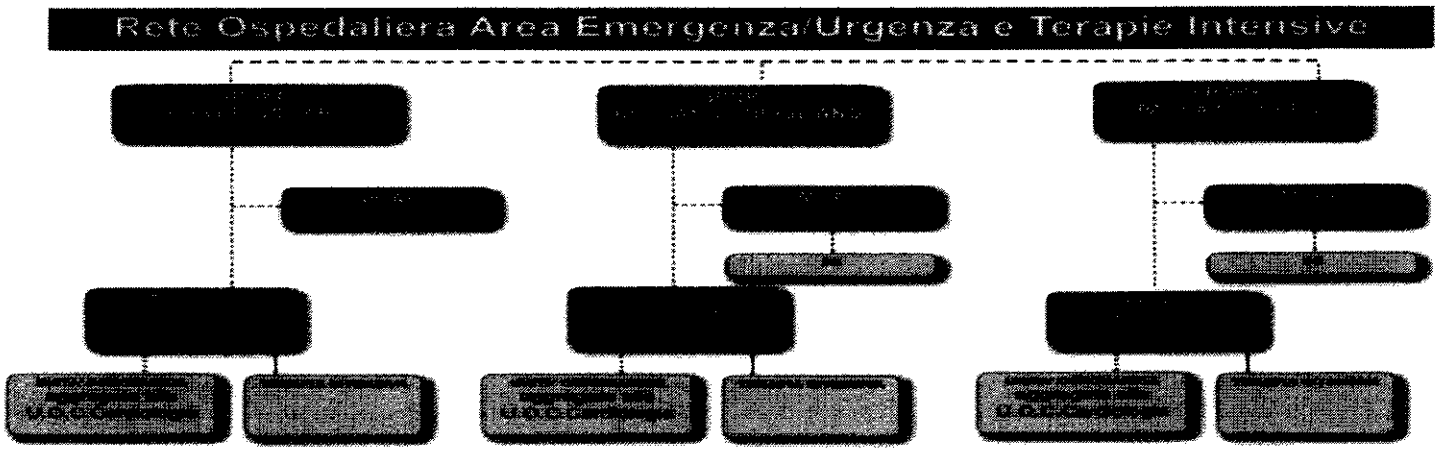
PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: validazione della prestazione in urgenza da parte del medico erogatore

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Monitoraggio sul rispetto della disposizione	Rispetto disposizione	Maggio 2020	Direttore UOC	Report

Misura: Controllo ex post

Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Costituzione Nucleo di controllo 2^ livello	Individuazione componenti	Aprile 2020	Direttore Sanitario RPCT	Convocazione
Nucleo di controllo	Controllo campionario	Novembre 2020	Nucleo di controllo	Report



Mappati

Spoke

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Ricovero in rianimazione	Richiesta da: Pronto soccorso Altri ospedali UOC interne per (decorso post operatorio, complicanze in degenza)	UOC Interne o pronto soccorso	Favorire determinati pazienti sia in fase di ricovero che di dimissione/inserimento in struttura di lungodegenza				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 3 d) Valore 1 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 3 **TOTALE 17** **MEDIA ARITMETICA: 17/6=2,83**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 2 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE 9** **MEDIA ARITMETICA: 9/6=1,50**	Valore di **P x I** **2,83 x 1,50 = 4,25** **MEDIO**
	Valutazione preliminare delle condizioni cliniche del paziente	UOC		Valutazione orientata ai fini della collocazione del paziente in struttura di rianimazione di altri presidi piuttosto che in quello interno	interno	Discrezionalità della scelta			
	Accesso alla struttura	UOC							
	Registrazione in cartella clinica – infermieristica	UOC							
	Valutazioni cliniche con visita e indagini di laboratorio e strumentali	UOC							
	Trattamento con terapie adeguate alla situazione	UOC							
	Trasferimento in reparti interni, strutture di lungodegenza, strutture private accreditate	UOC, altre UOC e strutture private accreditate		Inserimento di pazienti ad alta complessità assistenziale presso strutture di lungodegenza pubbliche e private accreditate in una situazione di generale difficoltà nella accettazione di questa tipologia di pazienti	interno	Mancanza di programmazione Trasparenza			

Processo: Ricovero in rianimazione. La misura relativa alla Elaborazione Report annuale sulle esigenze di inserimento in strutture di lungo degenza con indicazione del fabbisogno per tipologia di patologia è stata realizzata solo dalla UOC afferente allo Spoke di Castrovillari. Il Report trasmesso conferma la necessità di intervenire sulla problematica emersa. La misura pertanto viene integralmente riproposta al fine di estenderla a tutte le Unità Operative e dare continuità per le fasi successive di implementazione della programmazione. Le misura relative alla emanazione di una Disposizione sulla riserva di posti disponibili presso le strutture di lungodegenza per i Reparti di rianimazione, ritenuti prioritari e la previsione della possibilità del trasferimento del paziente dal Reparto di rianimazione al Reparto di Medicina, non sono state realizzate per la mancanza di continuità nell'interlocuzione con la Direzione sanitaria e sono quindi integralmente riproposte.

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazioni**
Elaborazione Report annuale sulle esigenze di inserimento in strutture di lungo degenza con indicazione del fabbisogno per tipologia di patologia	Programmazione che consenta di far corrispondere la domanda all'offerta dei posti letto necessari
Disposizione su riserva di posti disponibili presso le strutture di lungodegenza per i Reparti di rianimazione, ritenuti prioritari. Previsione della possibilità del trasferimento del paziente dal Reparto di rianimazione al Reparto di Medicina	Rendere disponibili i posti letto presso il Reparto di rianimazione
Formazione tecnica per la gestione di pazienti critici rivolta ed equipe sanitarie dei reparti di degenza	Migliore gestione del paziente critico
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): basso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: applicazione coordinata in tutte le strutture dell'ASP.	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: Elaborazione Report annuale sulle esigenze di inserimento in strutture di lungo degenza con indicazione del fabbisogno per patologia				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Elaborazione e trasmissione dati, dell'ultimo biennio, relativi al numero dei pazienti trasferiti/bili in strutture di lungo degenza, con indicazione delle patologie e del tempo di permanenza presso il Reparto prima del trasferimento.	Acquisizione dati utili per la programmazione	Marzo 2020	Direzione Reparti	Documento
Trasferimento dati per la programmazione ai servizi interessati ed alla Regione Calabria	Analisi del fabbisogno aziendale e regionale	Aprile 2020	Direzione Generale RPCT	Nota di trasmissione

Misura: Disposizione su riserva di posti disponibili presso le strutture di lungodegenza per i Reparti di rianimazione, ritenuti prioritari. Previsione della possibilità del trasferimento del paziente dal Reparto di rianimazione al Reparto di Medicina.				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Disposizione su riserva di posti disponibili presso le strutture di lungodegenza per i Reparti di rianimazione, ritenuti prioritari.	Rendere disponili posti letto in rianimazione, ritenuti prioritari	Aprile 2020	Direzione Sanitaria RPCT	Disposizione
Previsione della possibilità del trasferimento del paziente dal Reparto di rianimazione al Reparto di Medicina.	Rendere disponili posti letto in rianimazione, ritenuti prioritari	Aprile 2020	Direzione Sanitaria RPCT	Disposizione

Misura: Formazione tecnica per la gestione di pazienti critici rivolta ed equipe sanitarie dei reparti di degenza.				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Inserimento dell'evento nella programmazione aziendale	Programmazione delle attività	Gennaio 2021	RPCT	Atto di programmazione
Elaborazione del progetto formativo	Progettazione didattica	2021	RPCT UO Formazione Responsabile scientifico	Determina di approvazione del progetto formativo
Realizzazione del progetto formativo	Organizzazione ed erogazione della formazione	2021	RPCT UO Formazione	Realizzazione corso

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Ricovero in regime di urgenza	Triage	UOC MCAE	Favorire il ricovero di determinati pazienti	Mancato rispetto delle liste di attesa	interno	Discrezionalità nella scelta Trasparenza	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 4 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 2 d) Valore 3 e) Informatizzazione 2 f) Programmazione 2 **TOTALE 17** **MEDIA ARITMETICA: 17/6=2,83**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 2 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE 9** **MEDIA ARITMETICA: 9/6=1,50**	Valore di **P x I** **2,83 x 1,50 = 4,25** **MEDIO**
	Valutazione clinica con dati anamnestici ed esame obiettivo	UOC MCAE		Valutazione orientata ai fini dei criteri clinici relativi al ricovero dei pazienti	interno	Discrezionalità nella scelta Trasparenza			
	Predisposizione ad accertamenti di carattere clinico tramite consulenze e diagnostica ematochimica e strumentale	UOC MCAE UUOO Spoke e Presidi limitrofi per attività di consulenza							
	Eventuale terapia, monitoraggio clinico e diagnosi in base ai rilievi effettuati	UOC MCAE							
	Ricovero in Reparto di degenza dello Spoke o predisposizione trasferimento presso altra struttura	UOC MCAE UOC Centrale Operativa 118							

PROCESSO	**FASI/AZIONI**	U.O. COINVOLTE	**EVENTO**	**SCHEMA EVENTI RISCHIOSI**			**VALUTAZIONE RISCHIO**		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	**PERIMETRO (DOVE)**	**FATTORI ABILITANTI**	**PROBABILITA'**	**IMPATTO**	**VALORE/ RISCHIO**
Triage in pronto soccorso	Valutazione sulla porta del paziente. Identificazione	UOC MCAE	Favorire il ricovero di determinati pazienti	Mancato rispetto delle liste di attesa	interno	Discrezionalità nella scelta Trasparenza	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 3 b) Rilevanza esterna 2 c) Complessità 1 d) Valore 2 e) Informatizzazione 1 f) Programmazione 1 **TOTALE 10** **MEDIA ARITMETICA: 10/6=1,6**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 2 b) Economico 3 c) Reputazionale 4 d) Organizzativo, economico, Immagine 3 e) Qualità dei servizi 4 f) Etico, comportamentale 4 **TOTALE 20** **MEDIA ARITMETICA: 20/6=3,30**	Valore di **P x I** **1,6 x 3,30 = 5,3** **MEDIO**
	Raccolta dati anamnestici – breve esame fisico mirato	UOC MCAE		Valutazione orientata ai fini dei criteri clinici relativi al ricovero dei pazienti	interno	Discrezionalità nella scelta Trasparenza			
	Valutazione parametri vitali, eventuale esecuzione ECG e se necessario EGA ed accesso venoso	UOC MCAE							
	Definizione codice di priorità	UOC MCAE							
	Monitoraggio continuo del paziente in attesa	UOC MCAE							

RETE TERRITORIALE EMERGENZA URGENZA

CENTRALE OPERATIVA 118

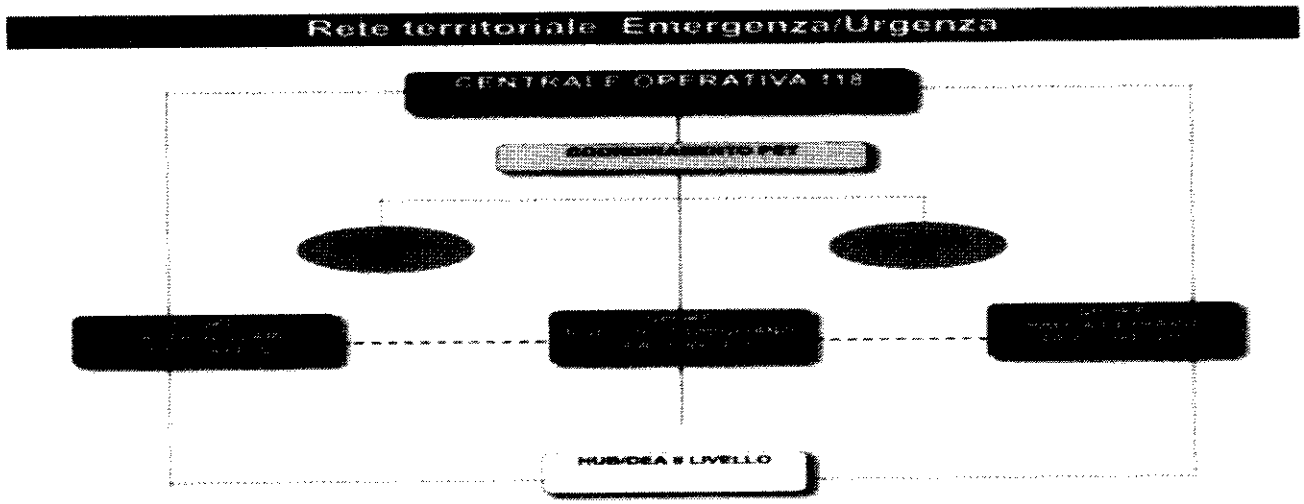
Il sistema dell'emergenza urgenza opera attraverso la centrale operativa 118 , la rete territoriale di soccorso (Postazioni Emergnza Territoriale) e la rete ospedaliera (Spoke e HUB). La centrale operativa è una macrostruttura autonoma rientrante in una gestione complessiva di tipo dipartimentale (DEA), che interviene in una fase di "allarme" garantendo la modulazione della risposta sanitaria ed il coordinamento delle attività di soccorso, per assicurare, 24 ore al giorno, l'intervento più appropriato, nel più breve tempo possibile, in ogni punto del territorio, assicurando la tempestiva stabilizzazione ed il trasporto del paziente alla struttura sanitari più appropriata. L Centrale attua, con procedure condivise, la valutazione sanitaria telefonica, la gestione dei mezzi di soccorso quali: basi di elisoccorso, ambulanze medicalizzate (M.S.A.) con medico e infermiere a bordo, auto mediche e ambulanze di base con personale soccorritore (M.S.B.)

Le Postazioni di emergenza territoriale (PET) sono distribuite in modo omogeneo su tutto il territorio per come previsto dal DPGR 94/15 e dal DCA 30/16.

Catalogo dei processi

1) Garantire risposte ed interventi tempestivi, ottimali, adeguati a tutte le richieste sanitarie del cittadino che rivestono carattere di emergenza-urgenza: gestione dei mezzi terrestri nei soccorsi primari sul territorio; gestione dell'elisoccorso nei soccorsi primari sul territorio
2) Organizzare e coordinare i trasporti sanitari secondari urgenti (anche fuori regione) e ordinari. Trasporto di pazienti particolari (in ventilazione meccanica domiciliare o in altre condizioni peculiari)
3) Garantire risposte ed interventi tempestivi, ottimali, adeguati a tutte le richieste sanitarie del cittadino che rivestono carattere di emergenza-urgenza nei PPI acquisti in forza del DPGR 18/2010
4) Attività di formazione espletate sotto diverse forme: formazione e aggiornamento professionale tramite Centro di Formazione aziendale; corsi di formazione regionale rivolto ai medici convenzionati per l'accesso al Servizio 118 (art.66 DPR270/2000 e art.96 ACN 2005); corsi di Formazione o Simulazione Avanzata rivolto al personale sanitario del Servizio 118; corsi di formazione e aggiornamento interni; docenza in Corsi di Formazione
5) Garantire risposte ed interventi tempestivi, ottimali in occasioni di: gestioni di maxiemergenze; organizzazione, gestione e compimento dell'assistenza sanitaria in eventi o manifestazioni con grande afflusso di pubblico, compreso partecipazione GOS Stadio San Vito; esercitazioni di Protezione Civile per maxiemergenze;
6) Attività di verifica, programmazione, progettazione, pianificazione attraverso: audit della produzione sanitaria erogata; verifiche di qualità, dell'appropriatezza del servizio reso; partecipazione qualificata ai tavoli tecnici regionali e aziendali; redazione dei Piani Attuativi Locali per l'Emergenza Territoriale; attivazione d convenzioni; revisione periodica dei Protocolli Operativi a mezzo di Commissioni e Gruppi di lavoro dedicati; progetti dedicati a specifiche aree di interesse; redazione dei Piani annuali Estate Sicura; Piani Emergenza Neve annuali; redazione di Piani Particolari di Emergenza per insediamenti ad alto rischio.

Organigramma



PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Garantire risposte ed interventi tempestivi, ottimali, adeguati a tutte le richieste sanitarie del cittadino che rivestono carattere di emergenza-urgenza: •Gestione dei mezzi terrestri nei soccorsi primari sul territorio; •Gestione dell'elisoccorso nei soccorsi primari sul territorio.	Ricezione della richiesta di soccorso dall'utenza, codifica della richiesta. La ricezione avviene su linea registrata immodificabile da parte dell'operatore; la richiesta viene registrata sul database informatico nel momento stesso della ricezione. La codifica di priorità dell'evento scaturisce in maniera univoca dalle risposte fornite dall'utente.	Centrale Operativa 118 di Cosenza	Invio di una ambulanza con equipe di soccorso a pazienti che non necessitano di interventi di soccorso, ma di un mero trasporto per eseguire prestazioni non di urgenza o emergenza, normalmente effettuate a carico dell'utente..				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 1 d) Valore 1 e) Informatizzazione 1 f) Programmazione 1 **TOTALE** = 10 **Media aritmetica 10/6= 1,67**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 1 b) Economico 1 c) Reputazionale 3 d) Organizzativo, economico, Immagine 1 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE** = 8 **Media aritmetica 8/6= 1,50**	Valore di **P x I** **1,67X 1,50 =** **2,50** **MEDIO BASSO**
	L'operatore a seguito della codifica deve fornire l'idonea risposta all'utenza mediante l'invio della risorsa di soccorso più adeguata disponibile in quel momento, o mediante attivazione di altre figure (C.A., M.d.B., C.T.). Fornire istruzioni pre-arrivo.	Centrale Operativa 118 di Cosenza		L'operatore da solo o in accordo con il medico di centrale utilizza impropriamente il mezzo di soccorso	Interno	Discrezionalità nella scelta			
	Gestire sul territorio le risorse di soccorso inviate e fornire il supporto richiesto e/o dovuto agli equipaggi di soccorso.	Centrale Operativa 118 di Cosenza							
	Coordinare l'eventuale accesso in Pronto soccorso del paziente.	Centrale Operativa 118 di Cosenza							
	Raccolta dei dati. Compilazione delle schede informatiche e cartacee. Conservazione ed Archiviazione delle stesse. Gestioni Flussi EMUR e File G.	Centrale Operativa 118 di Cosenza							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazioni**
Formazione etico comportamentale	Sensibilizzazione etico/comportamentale e conoscenza del codice di comportamento
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): Medio Bassa	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: Formazione orientata alle tematiche relative alla misura con il coinvolgimento dei dipendenti	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: organizzazione evento formativo/ Codice di comportamento dell'ASP: aspetti etico comportamentali nei rapporti con l'utenza				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Inserimento dell'evento nella programmazione aziendale	Programmazione delle attività	Gennaio 2020	RPCT	Atto di programmazione
Elaborazione del progetto formativo	Progettazione didattica	Entro febbraio 2020	RPCT UO Formazione Responsabile scientifico	Determina di approvazione del progetto formativo
Realizzazione del progetto formativo	Organizzazione ed erogazione della formazione	Entro giugno 2020	RPCT UO Formazione	Realizzazione corso

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'- COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Organizzare e coordinare i trasporti sanitari secondari urgenti (anche fuori regione) e ordinari. Trasporto di pazienti particolari (in ventilazione meccanica domiciliare o in altre condizioni peculiari)	Ricezione della richiesta di trasporti sanitari secondari urgenti o ordinari. La ricezione avviene su linea registrata immodificabile da parte dell'operatore; la richiesta viene registrata sul database informatico nel momento stesso della ricezione. La codifica di priorità dell'evento è stabilita dall'UO richiedente.	Centrale Operativa 118 di Cosenza e Presidi Ospedalieri della Provincia di Cosenza compreso AO CS	Trasporti di pazienti dimessi da strutture pubbliche in strutture private				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 3 c) Complessità 4 d) Valore 1 e) Informatizzazione 1 f) Programmazione 1 **TOTALE** = 12 **Media aritmetica 12/6= 2**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 1 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 2 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE** = 7 **Media aritmetica 7/6= 1,17**	Valore di **P x I** **2X 1,17 =** **2,33** **MEDIO BASSO**
	Fornire l'idonea risposta con l'invio del mezzo, dell'autista, e se necessario del medico e dell'infermiere.	Centrale Operativa 118 di Cosenza		L'operatore di Centrale utilizza il mezzo aziendale per un trasporto da eseguire prestazioni normalmente a carico dell'utente	Interno	Discrezionalità nella scelta			
	Gestire sul territorio le risorse di trasferimento inviate e fornire il supporto richiesto e/o dovuto agli equipaggi reperibili di trasferimento.	Centrale Operativa 118 di Cosenza							
	Coordinare l'eventuale accesso in Pronto soccorso o nei reparti e/o Servizi di destinazione del paziente.	Centrale Operativa 118 di Cosenza e Presidi Ospedalieri della Provincia di Cosenza compreso AO CS							
	Raccolta dei dati. Compilazione delle schede informatiche e cartacee. Conservazione ed Archiviazione delle stesse. Gestioni Flussi EMUR e File G.	Centrale Operativa 118 di Cosenza							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazioni**
Formazione etico comportamentale	Sensibilizzazione etico/comportamentale e conoscenza del codice di comportamento
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): Medio Bassa	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: Formazione orientata alle tematiche relative alla misura con il coinvolgimento dei dipendenti	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: organizzazione evento formativo/ Codice di comportamento dell'ASP: aspetti etico comportamentali nei rapporti con l'utenza				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Inserimento dell'evento nella programmazione aziendale	Programmazione delle attività	Gennaio 2020	RPCT	Atto di programmazione
Elaborazione del progetto formativo	Progettazione didattica	Entro febbraio 2020	RPCT UO Formazione Responsabile scientifico	Determina di approvazione del progetto formativo
Realizzazione del progetto formativo	Organizzazione ed erogazione della formazione	Entro giugno 2020	RPCT UO Formazione	Realizzazione corso

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Garantire risposte ed interventi tempestivi, ottimali, adeguati a tutte le richieste sanitarie del cittadino che rivestono carattere di emergenza-urgenza nei PPI acquisti in forza del DPGR 18/2010	Accoglimento e registrazione dei pazienti giunti in PPI.	Centrale Operativa 118 di Cosenza	Erogare prestazioni sanitarie tipiche dei PPI, non dovute perché non in urgenza o emergenza				Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 2 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 1 d) Valore 1 e) Informatizzazione 1 f) Programmazione 1 **TOTALE** = 10 **Media aritmetica 10/6= 1,67**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 1 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 2 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE** = 7 **Media aritmetica 7/6= 1,17**	Valore di **P x I** **1,67X 1,17 =** **1,94** **BASSO**
	Fornire l'idonea risposta all'utenza mediante l'erogazione delle prestazioni sanitarie tipiche dei PPI	Centrale Operativa 118 di Cosenza		Il medico in turno, in accordo con l'infermiere in turno, erogano prestazioni di emergenza urgenza a pazienti che non presentano patologie non d'urgenza o emergenza	Interno	Discrezionalità nella scelta			
	Gestione dei pazienti anche attraverso le Reti per le patologie tempo dipendenti.	Centrale Operativa 118 di Cosenza							
	Coordinare l'eventuale accesso in Pronto soccorso o la chiusura dell'intervento con dimissione	Centrale Operativa 118 di Cosenza e Presidi Ospedalieri della Provincia di Cosenza compreso AO CS							
	Raccolta dei dati, Compilazione delle schede informatiche e cartacee, Conservazione ed Archiviazione delle stesse..	Centrale Operativa 118 di Cosenza							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazione**
Fornire tutti i PPI di gestionale di registrazione pazienti informatico in linea con sistema aziendale e regionale	Tali software sono in rete e permettono controlli incrociati
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): Rimane il rischio di possibili forzature del sistema informatico	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: Esiste ed è già in uso nell'ASP di Cosenza un gestionale informatizzato per alcuni PPI e per tutti i PS. È sufficiente dotare i PPI sforniti di tale sistema.	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: Fornire tutti i PPI di gestionale di registrazione pazienti informatico in linea con sistema aziendale e regionale				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Dotare i PPI di postazione informatizzata in rete	Diminuzione delle prestazioni improprie	Entro giugno 2020	UOC SIA	Controlli incrociati sulla Piattaforma Aziendale

PROCESSO	FASI/AZIONI	U.O. COINVOLTE	EVENTO	SCHEMA EVENTI RISCHIOSI			VALUTAZIONE RISCHIO		
				MODALITA'-COMPORTAMENTO (COME)	PERIMETRO (DOVE)	FATTORI ABILITANTI	PROBABILITA'	IMPATTO	VALORE/ RISCHIO
Attività di formazione espletate sotto diverse forme: •Formazione e aggiornamento professionale tramite Centro di Formazione aziendale; •Corsi di formazione regionale rivolto ai medici convenzionati per l'accesso al Servizio 118 (art.66 DPR270/2000 e art.96 ACN 2005); •Corsi di Formazione o Simulazione Avanzata rivolto al personale sanitario del Servizio 118; •Corsi di formazione e aggiornamento interni; •Docenza in Corsi di Formazione Aziendali.	Ricezione della richiesta e/o evidenziazione del fabbisogno.	Centrale Operativa 118 di Cosenza UO Formazione + Privati	Erogare gratis corsi di formazione normalmente a pagamento ad una o più persone	Gli Istruttori (personale ASP) in accordo tra loro fanno svolgere corsi a persone che non risultano nelle distinte di pagamento	Interno	Discrezionalità nella scelta	Il valore della probabilità è dato dalla media aritmetica a) Discrezionalità 4 b) Rilevanza esterna 4 c) Complessità 1 d) Valore 1 e) Informatizzazione 4 f) Programmazione 1 **TOTALE** = 15 **Media aritmetica 15/6= 2,50**	Il valore dell'impatto è dato dalla media aritmetica a) Organizzativo 1 b) Economico 1 c) Reputazionale 1 d) Organizzativo, economico, Immagine 2 e) Qualità dei servizi 1 f) Etico, comportamentale 1 **TOTALE** = 7 **Media aritmetica 7/6= 1,17**	Valore di **P x I** **2,50X 1,17 = 2,92** **MRDIO BASSO**
	Procedure di organizzazione dei corsi; i corsi verso l'esterno sono a pagamento, tramite corresponsione della quota d'iscrizione all'ASP di Cosenza, che dietro rendicontazione, liquida i compensi agli istruttori (personale ASP) e accantona fondi per acquisto materiali	Centrale Operativa 118 di Cosenza UO Formazione + Privati							
	Esecuzione dei corsi tutti utilizzando la struttura formativa interna alla Centrale Operativa 118 di Cosenza.	Centrale Operativa 118 di Cosenza UO Formazione + Privati							
	Verifica della qualità erogata in formazione attraverso i corsi effettuati.	Centrale Operativa 118 di Cosenza UO Formazione + Privati							
	Compilazione, Conservazione ed Archiviazione dei report.	Centrale Operativa 118 di Cosenza UO Formazione + Privati							

Misura che si è deciso di abbinare all'evento rischioso	**Motivazioni**
Fare effettuare anche a terze persone il controllo crociato	Controllo di secondo livello
Valutazione del rischio residuo (il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione della misura di prevenzione): rischio residuo scarso	
Descrivere in maniera dettagliata come la misura deve essere adottata per essere efficace ed efficiente: Fare l'ulteriore controllo in doppio cieco	

PROGETTAZIONE ESECUTIVA DELLA MISURA DI TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Misura: Fare effettuare anche a terze persone il controllo crociato				
Fasi per l'attuazione	**Risultato atteso**	**Tempi di realizzazione**	**Ufficio responsabile**	**Indicatori**
Individuare la persona terza che deve effettuare il controllo	Incremento dei guadagni del Centro di Formazione	Marzo 2020	Centrale Operativa 118 di Cosenza	Verificare l'eventuale incremento dei guadagni del Centro di Formazione

Per i processi n. 5) e 6) non sono stati rilevati eventi rischiosi

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE COSENZA

REGIONE CALABRIA

ALLEGATO 3

PROSPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS 33/13

(per come modificati ed integrati dal D.Lgs 97/16)

RESPONSABILI TRASMISSIONE E PUBBLICAZIONE DEI DATI

PROSPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS 33/13 (per come modificato ed integrato dal D.Lgs 97/16)

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	STRUTTURA RESPONSABILE	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI
Disposizioni Generali	Piano Triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Ufficio Trasparenza e Anticorruzione	Piano Triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suo allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'art. , comma 2 bis della Legge n. 190 del 2012 (link alla sottosezione Altri contenuti/ corruzione)	Ufficio Trasparenza e Anticorruzione	Dott. Francesco Laviola
	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Ufficio Trasparenza e Anticorruzione	Riferimenti normativi con i relativi link alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normativa" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Ufficio Trasparenza e Anticorruzione	Dott. Francesco Laviola
	Atti amministrativi generali	Ufficio Trasparenza e Anticorruzione	Direttive, circolari, programmi, istruzioni ed ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Ufficio Trasparenza e Anticorruzione	Dott. Francesco Laviola
	Documenti di programmazione strategico - gestionale	Ufficio Trasparenza e Anticorruzione	Direttive ministri/assessori, obiettivi strategici in materia di prevenzione corruzione e trasparenza	Ufficio Trasparenza e Anticorruzione	Dott. Francesco Laviola

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	STRUTTURA RESPONSABILE	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI
Disposizioni Generali	Statuti e Leggi regionali	Ufficio Trasparenza e Anticorruzione	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionale che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento elle attività di competenza dell'amministrazione	Ufficio Trasparenza e Anticorruzione	Dott. Francesco Laviola
	Codice disciplinare e codice di condotta	Ufficio Trasparenza e Anticorruzione	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni	Ufficio Trasparenza e Anticorruzione	Dott. Francesco Laviola
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Obbligo solo per enti di cui al Dlgs 300/99			
Organizzazione	Sanzioni per la mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione, di governo	Ufficio Trasparenza e Anticorruzione	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie, del coniuge e dei parenti entro il secondo grado di parentela, nonchè tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Ufficio Trasparenza e Anticorruzione	Dott. Francesco Laviola
	Articolazione degli Uffici	Macrostrutture aziendali	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Unità operative aziendali	Responsabili Unità Operative

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	STRUTTURA RESPONSABILE	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI
Organizzazione	Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Ufficio Trasparenza e Anticorruzione	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Ufficio Trasparenza e Anticorruzione	Dott. Francesco Laviola
	Telefono e posta elettronica	U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Unità operative Aziendali Ufficio Trasparenza e Anticorruzione	Responsabili Unità Operative Dott. Francesco Laviola
Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione e di governo	L'azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza non ha organi di indirizzo politico				
Rendiconto Gruppi Consiliari regionali provinciali	L'azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza non ha Gruppi consiliari				
Consulenti e collaboratori	Consulenti	Anagrafe delle prestazioni	Tabelle elenchi consulenti Con indicazione oggetto, durata e compenso (comunicate alla F.P.)	Anagrafe delle prestazioni	Dott. Francesco Laviola

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	STRUTTURA RESPONSABILE	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI
Consulenti e collaboratori	Consulenti e Collaboratori	U.O.C. Gestione Valorizzazione Sviluppo e Formazione Risorse Umane Co.co.co./Co.co.pro. Commissari esterni membri di commissioni concorsuali....	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) per i quali è previsto un compenso con indicazione dei *soggetti percettori*, della *ragione dell'incarico* e *dell'ammontare erogato* **per ciascun incarico** a) curriculum; b) dati di altri incarichi e altre cariche, presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali; c) compensi, comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato; d) Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali di conflitto d'interesse	U.O. Gestione giuridica economica e previdenziale personale Dipendente e convenzionato. ALPI	Dott. Remigio Magnelli
		U.O.C. Affari legali e Contenzioso Incarichi legali		U.O.C. Affari legali e Contenzioso	Avv. Giovanni Lauricella
		U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale Incarichi tecnici		U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Dott. Luigi Pignanelli
		U.O.C. Gestione Valorizzazione Sviluppo e Formazione Risorse Umane (UO Formazione Cs) incarichi di docenza		U.O. Valorizzazione Sviluppo e Formazione del personale (UO Formazione Cs)	Responsabili dei procedimenti relativi ad ogni Corso di formazione
		Direzione Generale incarichi componenti Collegio Sindacale		Direzione Generale/ Collegio Sindacale	Segreteria Collegio Sindacale
		Strutture di gestione Obiettivi di piano e progetti finanziati con fondi finalizzati: tutte le tipologie di incarico		Strutture di gestione Obiettivi di piano e progetti finanziati con fondi finalizzati	Responsabili progetti Obiettivi di piano e progetti finanziati con fondi finalizzati

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	STRUTTURA RESPONSABILE	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI
Personale	Incarichi amministrativi di vertice: Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario	U.O.C. Gestione Valorizzazione Sviluppo e Formazione Risorse Umane	a) atto di nomina; b) curriculum; c) compensi di qualsiasi natura e gli importi di viaggi e missioni pagati con fondi pubblici; d) dati di altre cariche, presso enti pubblici o privati, ed i relativi compensi; e) altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e i compensi; f) dichiarazioni patrimoniali e reddituali g) ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	U.O. Gestione giuridica economica e previdenziale personale Dipendente e convenzionato. ALPI	Dott. Remigio Magnelli
	Dirigenti / Dirigenti cessati	U.O.C. Gestione Valorizzazione Sviluppo e Formazione Risorse Umane	a) atto di conferimento incarico, con indicazione della durata dell'incarico b) curriculum; c) compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico; importi di viaggi e missioni pagati con fondi pubblici; d) dati di altre cariche, presso enti pubblici o privati, ed i relativi compensi; e) altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e i compensi; f) dichiarazioni patrimoniali e reddituali g) ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica h)ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	U.O. Gestione giuridica economica e previdenziale personale Dipendente e convenzionato. ALPI	Dott. Remigio Magnelli
		U.O.C. Gestione Valorizzazione Sviluppo e Formazione Risorse Umane	Prestazioni professionali svolte in regime intramurario	U.O. Gestione giuridica economica e previdenziale personale Dipendente e convenzionato. ALPI (Ufficio Alpi)	Dott. Pasquale Montilli

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	STRUTTURA RESPONSABILE	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI
Personale	Dirigenti	U.O.C. Gestione Valorizzazione Sviluppo e Formazione Risorse Umane	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta Ruolo dei dirigenti	U.O. Gestione giuridica economica e previdenziale personale Dipendente e convenzionato. ALPI	Dott. Remigio Magnelli
	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Ufficio Trasparenza e Anticorruzione	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonchè tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Ufficio Trasparenza e Anticorruzione	Dott. Francesco Laviola
	Posizioni organizzative	U.O.C. Gestione Valorizzazione Sviluppo e Formazione Risorse Umane	Curriculum (se trattasi di incarico con delega i dati da pubblicare sono gli stessi di quelli relativi ai come Dirigenti)	U.O. Gestione giuridica economica e previdenziale personale Dipendente e convenzionato. ALPI	Dott. Remigio Magnelli
	Dotazione organica		Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico.		Dott. Remigio Magnelli

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	STRUTTURA RESPONSABILE	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI
Personale	Personale non a tempo indeterminato	U.O.C. Gestione Valorizzazione Sviluppo e Formazione Risorse Umane	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico.	U.O. Gestione giuridica economica e previdenziale personale Dipendente e convenzionato. ALPI	Dott. Remigio Magnelli
	Tassi di assenza		Tassi di assenza su base trimestrale	Presenze del personale	Dott.ssa Fabiola Rizzuto
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti	Anagrafe delle Prestazioni	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico.	Anagrafe delle prestazioni	Dott. Francesco Laviola
	Contrattazione collettiva	U.O.C. Gestione Valorizzazione Sviluppo e Formazione Risorse Umane	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche.	Relazioni sindacali	Dott.ssa Fabiola Rizzuto
	Contrattazione integrativa		Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica.	Relazioni sindacali	Dott.ssa Fabiola Rizzuto

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	STRUTTURA RESPONSABILE	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI
OIV	OIV	U.O.C. Gestione Valorizzazione Sviluppo e Formazione Risorse Umane	Nominativi	U.O. Gestione giuridica economica e previdenziale personale Dipendente e convenzionato. ALPI	Dott. Remigio Magnelli
			Curricula		
			Compensi		
Bandi di concorso	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)		a)Bandi di concorso b) Criteri di valutazione delle Commissioni c)Tracce delle prove scritte		Dott. Remigio Magnelli
Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	U.O.C. Struttura Tecnica Permanente di Supporto all'OIV	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	U.O.C. Struttura Tecnica Permanente di Supporto all'OIV	Dott. Antonio Gianni
	Piano della Performance	U.O.C. Programmazione e controllo di Gestione	Piano della Performance	U.O.C. Programmazione e controllo di Gestione	Dott. Francesco Laviola
	Relazione sulla Performance	U.O.C. Programmazione e controllo di Gestione	Relazione sulla Performance	U.O.C. Programmazione e controllo di Gestione	Dott. Francesco Laviola
	Ammontare complessivo dei premi	U.O.C. Gestione Valorizzazione Sviluppo e Formazione Risorse Umane	a) Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati b)Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	U.O. Gestione giuridica economica e previdenziale personale Dipendente e convenzionato. ALPI	Sig. Antonio Marsiglia
	Dati relativi ai premi		a)Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio b)Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi c) Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti		Sig. Antonio Marsiglia

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	STRUTTURA RESPONSABILE	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI
Enti pubblici vigilati	Enti pubblici vigilati	U.O.C. Affari Generali e Assicurativi	Elenco degli Enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'Amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	U.O.C. Affari Generali e Assicurativi	Direttore U.O.C. Affari Generali e Assicurativi
Società partecipate	Società partecipate	U.O.C. Affari Generali e Assicurativi	Elenco delle società do cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società partecipate da amministrazioni pubbliche, quotate in mercati regolamentati e loro controllate (ex art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/13)	U.O.C. Affari Generali e Assicurativi	Direttore U.O.C. Affari Generali e Assicurativi
Enti di diritto privato controllati	Enti di diritto privato controllati	U.O.C. Affari Generali e Assicurativi	Elenco degli Enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	U.O.C. Affari Generali e Assicurativi	Direttore U.O.C. Affari Generali e Assicurativi
Rappresentazione grafica	Rappresentazione grafica	U.O.C. Affari Generali e Assicurativi	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	U.O.C. Affari Generali e Assicurativi	Direttore U.O.C. Affari Generali e Assicurativi

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	STRUTTURA RESPONSABILE	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	U.O.C. Affari Generali e Assicurativi	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	Tutti gli Uffici	Direttore U.O.C. Affari Generali e Assicurativi
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati		Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	U.O.C. Affari Generali e Assicurativi	Direttore U.O.C. Affari Generali e Assicurativi
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	U.O.C. Affari Legali e Contenzioso	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	Tutti gli Uffici	Avv. Giovanni Lauricella
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati		Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	U.O.C. Affari Legali e Contenzioso	Avv. Giovanni Lauricella

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	STRUTTURA RESPONSABILE	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	U.O.C. Provveditorato Economato Gestione Logistica	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	Tutti gli Uffici	Direttore U.O.C. Provveditorato Economato Gestione Logistica
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati		Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	U.O.C. Provveditorato Economato Gestione Logistica	Direttore U.O.C. Provveditorato Economato Gestione Logistica
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	Tutti gli Uffici	Direttore U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati		Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Direttore U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	STRUTTURA RESPONSABILE	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	U.O.C. Gestione Valorizzazione Sviluppo e Formazione Risorse Umane	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	Tutti gli Uffici	Direttore U.O.C. Dott. Remigio Magnelli
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati		Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	U.O.C. Gestione Valorizzazione Sviluppo e Formazione Risorse Umane	Direttore U.O.C. Dott. Remigio Magnelli
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	U.O.C. Gestione risorse economiche e finanziarie	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	Tutti gli Uffici	Direttore U.O.C. Dott.ssa Aurora De Ciancio
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati		Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	U.O.C. Gestione risorse economiche e finanziarie	Direttore U.O.C. Dott.ssa Aurora De Ciancio

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	STRUTTURA RESPONSABILE	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	Tutti gli Uffici	Direttore U.O.C. Dott.ssa Virginia Stefano
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati		Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	Direttore U.O.C. Dott.ssa Virginia Stefano
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	U.O.S.D. Gestione Funzioni Amm.ve Spoke/Distretti Dir. Territoriali	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	Tutti gli Uffici	Direttore U.O.S.D
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati		Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	U.O.S.D. Gestione Funzioni Amm.ve Spoke/Distretti Dir. Territoriali	Direttore U.O.S.D
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	U.O.C. Governo della rete e degli Erogatori	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	U.O.C. Governo della rete e degli Erogatori	Responsabile U.O.C.
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati		Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	U.O.C. Governo della rete e degli Erogatori	Responsabile U.O.C.

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	STRUTTURA RESPONSABILE	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	U.O.C. Gestione Valorizzazione Sviluppo e Formazione Risorse Umane (UO Formazione Cs)	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	U.O. Valorizzazione Sviluppo e Formazione del personale (UO Formazione Cs)	Responsabile Ufficio del procedimento
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati		Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	U.O. Valorizzazione Sviluppo e Formazione del personale (UO Formazione Cs)	Responsabile Ufficio del procedimento
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	U.O.C. Programmazione e controllo di Gestione	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	U.O.C. Programmazione e controllo di Gestione	Responsabile S.O.C. Dott. Francesco Laviola
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati		Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	U.O.C. Programmazione e controllo di Gestione	Responsabile S.O.C. Dott. Francesco Laviola

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	STRUTTURA RESPONSABILE	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	U.O.C. Gestione Valorizzazione Sviluppo e Formazione Risorse Umane (UO ALPI)	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	U.O. Valorizzazione Sviluppo e Formazione del personale (UO ALPI)	Responsabile Dott. Pasquale Montilli
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati		Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	U.O. Valorizzazione Sviluppo e Formazione del personale (UO ALPI)	Responsabile Dott. Pasquale Montilli
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	U.O.C. Sviluppo e Governo PDTA	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	U.O. Cup Integrato	Responsabile Dott. Vincenzo Licciardi
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati		Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	U.O. Cup Integrato	Responsabile Dott. Vincenzo Licciardi

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	STRUTTURA RESPONSABILE	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	UOSD Risk management Governo Clinico	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	UOSD Risk management Governo Clinico	Responsabile U.O.
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati		Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	UOSD Risk management Governo Clinico	Responsabile U.O.
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Dipartimento Farmaceutico	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	Dipartimento Farmaceutico	Direttore Dipartimento
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati		Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Dipartimento Farmaceutico	Direttore Dipartimento

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	STRUTTURA RESPONSABILE	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	U.O.C. Farmacia Territoriale	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	U.O.C. Farmaceutica area territoriale Cosenza – Savuto Ionio nord/sud	Direttore U.O.C.
				U.O.C. Farmaceutica area territoriale Tirreno, Esaro/ Pollino	Direttore U.O.C. Dott.ssa Luciana Florio
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati		Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	U.O.C. Farmaceutica area territoriale Cosenza – Savuto Ionio nord/sud	Direttore U.O.C.
				U.O.C. Farmaceutica area territoriale Tirreno, Esaro/ Pollino	Direttore U.O.C. Dott.ssa Luciana Florio
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	U.O.C. Farmacia Ospedaliera	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	U.O.C. Farmaceutica Spoke Castrovillari	Direttore U.O.C. Dott.ssa Erminia Sansone
				U.O.C. Farmaceutica Spoke Paola/Cetraro	Direttore U.O.C.
				U.O.C. Farmaceutica Spoke Rossano/ Corigliano	Direttore U.O.C.
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati		Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	U.O.C. Farmaceutica Spoke Castrovillari	Direttore U.O.C. Dott.ssa Erminia Sansone
				U.O.C. Farmaceutica Spoke Paola/Cetraro	Direttore U.O.C.
				U.O.C. Farmaceutica Spoke Rossano/ Corigliano	Direttore U.O.C.

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	STRUTTURA RESPONSABILE	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	U.O.C Consultorio Familiare Coordinamento	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	U.O.C. Consultorio Familiare Coordinamento	Direttore U.O.C. Dott. Nicola D'Angelo
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati		Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	U.O.C. Consult. Familiare Coordinamento	Direttore U.O.C. Dott. Nicola D'Angelo
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	UOSD Screening oncologici e registro tumori	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	Area Funzionale Screening oncologici e registro tumori	Responsabile Dott. ssa Anna Giorno
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati		Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Area Funzionale Screening oncologici e registro tumori	Responsabile Dott. ssa Anna Giorno

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	STRUTTURA RESPONSABILE	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Dipartimento di salute mentale - Dipendenze	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	Dipartimento di salute mentale - Dipendenze	Direttore Dipartimento
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati		Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Dipartimento di salute mentale - Dipendenze	Direttore Dipartimento
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Dipartimento di salute mentale - Dipendenze	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	U.O.C. Assistenza Psichiatrica e Dip.Territoriali (Distrettuale)	Direttore Dipartimento
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati		Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	U.O.C. Assistenza Psichiatrica e Dip.Territoriali (Distrettuale)	Direttore Dipartimento

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	STRUTTURA RESPONSABILE	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Dipartimento di salute mentale - Dipendenze	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	U.O.S.D. Psicologia	Direttore UOSD
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati		Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	U.O.S.D. Psicologia	Direttore UOSD
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Dipartimento di salute mentale - Dipendenze	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	U.O.C. SER.D.	Direttore Dipartimento
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati		Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	U.O.C. SER.D.	Direttore Dipartimento

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	STRUTTURA RESPONSABILE	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Dipartimento di salute mentale - Dipendenze	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	U.O. Alcologia	Direttore Dipartimento
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati		Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	U.O. Alcologia	Direttore Dipartimento
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Dipartimento di salute mentale - Dipendenze	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	U.O. Psichiatria Forense	Direttore Dipartimento
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati		Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	U.O. Psichiatria Forense	Direttore Dipartimento

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	STRUTTURA RESPONSABILE	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Dipartimento di Prevenzione	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	Dipartimento di Prevenzione Unità Operative Semplici Dipartimentali Unità operative Complesse	Responsabili strutture
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati		Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Dipartimento di Prevenzione Unità Operative Semplici Dipartimentali Unità operative Complesse	Responsabili strutture

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	STRUTTURA RESPONSABILE	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	U.O.C. Centrale Operativa 118	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	U.O.C. Centrale Operativa 118	Direttore Responsabile U.O.C. Dott. Riccardo Borselli
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati		Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	U.O.C. Centrale Operativa 118	Direttore Responsabile U.O.C. Dott. Riccardo Borselli
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Direzioni Mediche Spoke	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	Direzioni Mediche Spoke	Responsabile ufficio del procedimento
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati		Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Direzioni Mediche Spoke	Responsabile ufficio del procedimento

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	STRUTTURA RESPONSABILE	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI
Provvedimenti	Provvedimenti organi di indirizzo politico (Delibere)	U.O.C. Provveditorato Economato Gestione Logistica U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di:scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alle modalità di selezione prescelta (link alla sotto sezione "bandi di gara e contratti")	U.O.C. Provveditorato Economato Gestione Logistica	Direttore U.O.C.
				U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Direttore U.O.C.
				U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	Direttore U.O.C. Dott.ssa Stefano Virginia
	Provvedimenti organi di indirizzo politico (Delibere)	U.O.C. Affari Generali e Assicurativi	Accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con amministrazioni pubbliche	U.O.C. Affari Generali e Assicurativi	Direttore U.O.C.
	Provvedimenti Dirigenti Amministrativi (Determine)	U.O.C. Provveditorato Economato Gestione Logistica U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di:scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alle modalità di selezione prescelta (link alla sotto sezione "bandi di gara e contratti")	U.O.C. Provveditorato Economato Gestione Logistica	Direttore U.O.C.
				U.O. Patrimonio	Direttore U.O.C.
				U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	Direttore U.O.C. Dott.ssa Stefano Virginia
	Provvedimenti Dirigenti Amministrativi (Determine)	U.O.C. Affari Generali e Assicurativi	Accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con amministrazioni pubbliche	U.O.C. Affari Generali e Assicurativi	Direttore U.O.C.

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	STRUTTURA RESPONSABILE	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI
Bandi di gara e contratti	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190 Informazioni sulle singole procedure (da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016).	U.O.C. Provveditorato Economato Gestione Logistica U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	a) Codice Identificativo di gara (Cig) b)Struttura proponente, Oggetto del bando, Procedura di scelta del contraente, Elenco degli operatori invitati a presentare offerte/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, Aggiudicatario, Importo di aggiudicazione, Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, Importo delle somme liquidate c)Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (riportanti i precedenti dati)	U.O.C. Provveditorato Economato Gestione Logistica U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	RUP/RP
	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	U.O.C. Provveditorato Economato Gestione Logistica U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, aggiornamenti annuali	U.O.C. Provveditorato Economato Gestione Logistica U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	Direttore U.O.C. Direttore U.O.C Direttore U.O.C. Dott.ssa Stefano Virginia

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	STRUTTURA RESPONSABILE	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI
Bandi di gara e contratti	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	U.O.C. Provveditorato Economato Gestione Logistica U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	**Avvisi di preinformazione** - Avvisi di preinformazione (art. 70, c. 1, 2 e 3, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi di preinformazioni (art. 141, dlgs n. 50/2016)	U.O.C. Provveditorato Economato Gestione Logistica U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	RUP/RP
			Delibera a contrarre, nell'ipotesi di procedura negoziata senza previa pubblicazione di un bando di gara		
			Avvisi e bandi - Avviso (art. 19, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Avviso di formazione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1, e 4, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 127, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso relativo all'esito della procedura; Pubblicazione a livello nazionale di bandi e avvisi; Bando di concorso (art. 153, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di aggiudicazione (art. 153, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concessione, invito a presentare offerta, documenti di gara (art. 171, c. 1 e 5, dlgs n. 50/2016); Avviso in merito alla modifica dell'ordine di importanza dei criteri, Bando di concessione (art. 173, c. 3, dlgs n. 50/2016);Bando di gara (art. 183, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso costituzione del privilegio (art. 186, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 188, c. 3, dlgs n. 50/2016).		

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	STRUTTURA RESPONSABILE	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI
Bandi di gara e contratti	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	U.O.C. Provveditorato Economato Gestione Logistica U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	**Avviso sui risultati della procedura di affidamento** - Avviso sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concorso e avviso sui risultati del concorso (art. 141, dlgs n. 50/2016); Avvisi relativi l'esito della procedura, possono essere raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3, dlgs n. 50/2016); Verbali di gara	U.O.C.Provveditorato Economato Gestione Logistica U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	RUP/RP
			Avvisi sistema di qualificazione - Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione, di cui all'Allegato XIV, parte II, lettera H; Bandi, avviso periodico indicativo; avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione; Avviso di aggiudicazione (art. 140, c. 1, 3 e 4, dlgs n. 50/2016)		
			Affidamenti - Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10, dlgs n. 50/2016); tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti (art. 192 c. 3, dlgs n. 50/2016)		
			Informazioni ulteriori - Contributi e resoconti degli incontri con portatori di interessi unitamente ai progetti di fattibilità di grandi opere e ai documenti predisposti dalla stazione appaltante (art. 22, c. 1, dlgs n. 50/2016); Informazioni ulteriori, complementari o aggiuntive rispetto a quelle previste dal Codice; Elenco ufficiali operatori economici (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016		

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	STRUTTURA RESPONSABILE	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI
Bandi di gara e contratti	Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali.	U.O.C. Provveditorato Economato Gestione Logistica U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	Provvedimenti di esclusione e di ammissione (entro 2 giorni dalla loro adozione)	U.O.C.Provveditorato Economato Gestione Logistica U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	RUP/RP
	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	U.O.C. Provveditorato Economato Gestione Logistica U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	U.O.C.Provveditorato Economato Gestione Logistica U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	Direttore U.O.C. Direttore U.O.C Direttore U.O.C. Dott.ssa Stefano Virginia
	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	U.O.C. Provveditorato Economato Gestione Logistica U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	U.O.C.Provveditorato Economato Gestione Logistica U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	RUP/RP

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	STRUTTURA RESPONSABILE	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI
Sovvenzioni, contributi sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	U.O.C. Servizi Sociali	Criteri e modalità di concessione per ogni beneficio	U.O.C. Servizi Sociali	Dott.ssa Carmen Maria Pellegrini
	Atti di concessione		Atto di concessione (comunque denominato)	U.O.C. Servizi Sociali	
	Criteri e modalità	Distretto Sanitario Cosenza - Savuto	Criteri e modalità di concessione per ogni beneficio	U.O.C. Cure Primarie	Direttore U.O.C.
	Atti di concessione		Atto di concessione (comunque denominato)	U.O.C. Cure Primarie	Direttore U.O.C.
	Criteri e modalità	Distretto Sanitario Esaro Pollino	Criteri e modalità di concessione per ogni beneficio	Ufficio Amministrativo Ambito Castrovillari	Dirigente Medico sovraordinato
				Ufficio Amministrativo Ambito San Marco Argentano	Dirigente Medico sovraordinato
	Atti di concessione		Atto di concessione (comunque denominato)	Ufficio Amministrativo Ambito Castrovillari	Dirigente Medico sovraordinato
				Ufficio Amministrativo Ambito San Marco Argentano	Dirigente Medico sovraordinato
	Criteri e modalità	Distretto Sanitario Ionio Sud	Criteri e modalità di concessione per ogni beneficio	Distretto Sanitario Ionio Sud	Direttore Distretto
	Atti di concessione		Atto di concessione (comunque denominato)	Distretto Sanitario Ionio Sud	
	Criteri e modalità	Distretto Sanitario Vallecrati	Criteri e modalità di concessione per ogni beneficio	U.O.C. Cure Primarie	Direttore U.O.C. Cure primarie
	Atti di concessione		Atto di concessione (comunque denominato)	U.O.C. Cure Primarie	Direttore U.O.C. Cure primarie

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	STRUTTURA RESPONSABILE	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI
Sovvenzioni, contributi sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Distretto Sanitario Ionio nord	Criteri e modalità di concessione per ogni beneficio	Cure primarie Ufficio rimborsi prodotti celiaci Trebisacce	Sig. Ramundo Antonio
	Atti di concessione		Atto di concessione: buoni per acquisto prodotti celiaci		
			Criteri e modalità di concessione per ogni beneficio	Ufficio rimborsi Trebisacce	Sig.ra Chidichimo Lucia
			Atto di concessione: rimborso spese viaggi uremici per trasferimento presso centri di Nefrologia e Dialisi - mezzo pubblico - privato -ambulanza. Spese di viaggio e soggiorno connesse a prestazioni autorizzate per cure non fruibili nella Regione		
			Criteri e modalità di concessione per ogni beneficio	Servizio Sociale Corigliano Calabro	Dott.ssa Liguori Marisa Lidiana
			Atto di concessione: Rimborso spese per prestazioni fuori regione a soggetti afferri da particolari patologie; Interventi a favore di persone affette da disabilità gravissima		

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	STRUTTURA RESPONSABILE	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI
Sovvenzioni, contributi sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Distretto Sanitario Ionio nord	Criteri e modalità di concessione per ogni beneficio	U.O.C. Cure Primarie Ufficio Mobilità Trebisacce	Sig.ra Francesca Santagata
	Atti di concessione		Atto di concessione: rimborsi spese sanitari all'estero		
Sovvenzioni, contributi sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Distretto Sanitario Tirreno U.O.C. Cure Primarie	Criteri e modalità di concessione per ogni beneficio	Ufficio Amantea	Dott.ssa Fortunata Briglio
	Atti di concessione		Atto di concessione: 1)Legge regionale 8/99 2) Ricoveri all'estero 3) Rimborso spese viaggi e soggiorno per cure climatiche, soggiorni terapeutici, cure idrotermali agli invalidi per cause di guerra (ex militari e civili per servizio)		
Sovvenzioni, contributi sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Distretto Sanitario Tirreno U.O.C. Cure Primarie	Criteri e modalità di concessione per ogni beneficio	Ambito Praia/Scalea	Dott.ssa Concetta Fulco
	Atti di concessione		Atto di concessione: Rimborso spese di viaggio ai dializzati Legge Regione Calabria 36/86 con integrazioni e modifiche	Ambito Paola/Cetraro/Amantea	Dott.ssa Fortunata Briglio

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	STRUTTURA RESPONSABILE	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI
Sovvenzioni, contributi sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Distretto Sanitario Tirreno U.O.C. Cure Primarie	Criteri e modalità di concessione per ogni beneficio	Ufficio Praia a Mare	Dott.ssa Teresa Droghini
	Atti di concessione		Atto di concessione: Liquidazione fatture ai fornitori di prodotti per celiaci		
Sovvenzioni, contributi sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Dipartimento di Salute Mentale - Dipendenze	Criteri e modalità di concessione per ogni beneficio	Dipartimento di Salute Mentale - Dipendenze	Direttore Dipartimento
			Atto di concessione (comunque denominato)		
Sovvenzioni, contributi sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	U.O.C. Centrale Operativa 118	Criteri e modalità di concessione per ogni beneficio	U.O.C.Centrale Operativa 118	Direttore U.O.C. Dott. Riccardo Borselli
			Atto di concessione (comunque denominato)		
Bilancio preventivo e consuntivo	Bilancio preventivo	U.O.C. Gestione Risorse Economiche e finanziarie	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	U.O. Bilancio e contabilità	Responsabile U.O. Dott. Nicola Mastrota

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	STRUTTURA RESPONSABILE	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI
Bilancio preventivo e consuntivo	Bilancio consuntivo	U.O.C. Gestione Risorse Economiche e finanziarie	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno **in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche al fine di assicurare la piena accessibilità e comprensibilità**	U.O. Bilancio e contabilità	Responsabile U.O. Dott. Nicola Mastrota
			Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi **in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione**, il trattamento e il riutilizzo.		
Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio Adempimento Non previsto	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Pubblicazione non prevista per gli Enti del Servizio sanitario nazionale (art.1 comma 1 alinea a) del Decreto Legislativo nr. 91/2011)			
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Direttor UOC. Ing. Gabriele Linori
	Canoni di locazione o affitto		Canoni di locazione o affitto versati o percepiti		Ing. Gabriele Linori

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	STRUTTURA RESPONSABILE	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	O.I.V.	Attestazione dell'OIV dell'assolvimento dell'obblighi di pubblicazione	O.I.V.	S.T.P.S./O.I.V.
			Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art.14, c. 4, lett. C) d.lgs. n. 150/2009)		
			Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art.14, c. 4 lett. a) d.lgs.150/2009)		
	Organi di revisione Amministrativa e contabile	Collegio Sindacale	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Collegio Sindacale	Segreteria Collegio Sindacale
	Rilievi Corte dei Conti	Direzione Generale	Tutti i rilievi della Corte ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Direzione Generale	Segreteria Direzione Generale

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	STRUTTURA RESPONSABILE	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI
Servizi erogati	Carta dei servizi	Distretti sanitari	Carta dei servizi	U.R.P.	Responsabili U.R.P.
	Class Action	Direzione Generale	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Segreteria Direzione Generale	Segreteria Direzione Generale
			Sentenza di definizione del giudizio		
			Misure adottate in ottemperanza alla sentenza		
	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi ed il relativo andamento nel tempo	U.O.C. Programmazione e controllo di Gestione	Direttore U.O.C. Dott. Francesco Laviola
	Liste di attesa (da pubblicare in tabelle)	U.O.C. Sviluppo e Governo PDTA	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	U.O. CUP Integrato	Responsabile Dott. Vincenzo Licciardi
	Servizi in rete	U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete	U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	Direttore U.O.C. Dott.ssa Virginia Stefano

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	STRUTTURA RESPONSABILE	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI
Pagamenti dell'Amministrazione	Dati sui pagamenti	U.O.C. Gestione Risorse Economiche e finanziarie	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	U.O.C. Gestione Risorse Economiche e finanziarie	Direttore UOC Dott.ssa Aurora De Ciancio
	Indicatore di tempestività dei pagamenti		Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, **prestazioni professionali** e forniture (indicatore trimestrale/annuale di tempestività dei pagamenti)	U.O.C. Gestione Risorse Economiche e finanziarie	Direttore UOC Dott.ssa Aurora De Ciancio
	Ammontare complessivo dei debiti		Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	U.O.C. Gestione Risorse Economiche e finanziarie	Direttore UOC Dott.ssa Aurora De Ciancio
	IBAN e pagamenti informatici		Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonchè i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	U.O.C. Gestione Risorse Economiche e finanziarie	Direttore UOC Dott.ssa Aurora De Ciancio

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	STRUTTURA RESPONSABILE	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI
Opere pubbliche	Nucleo di valutazione opera pubbliche	Non pertinente			
	Atti di programmazione delle Opere pubbliche	U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Atti di programmazione delle opere pubbliche (*link* alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonchè i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n 50/2016)	U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Direttore U.O.C.
	Tempi, costi e indicatori di realizzazione delle Opere pubbliche		Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate		
			Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate		
Pianificazione e governo del territorio	Pianificazione e governo del territorio	Non pertinente			
Informazioni ambientali	Informazioni ambientali	Non di competenza delle Aziende sanitarie provinciali			

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	STRUTTURA RESPONSABILE	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI
Strutture sanitarie private accreditate	Strutture sanitarie private accreditate - Case di cura - Centri specialistici ambulatoriali	U.O.C. Governo della rete e degli Erogatori	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	U.O.C. Governo della rete e degli Erogatori	Direttore U.O.C.
			Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	U.O.C. Governo della rete e degli Erogatori	Direttore U.O.C.
Strutture sanitarie private accreditate	Strutture sanitarie private accreditate - RSA - CP	U.O.C. Tutela Anziani e Disabili	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	U.O.C. Tutela Anziani e Disabili	Direttore U.O.C. Dott. Pietro Filippo
				U.O.C. Tutela Anziani e Disabili	Direttore U.O.C. Dott. Pietro Filippo
			Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	U.O.C. Tutela Anziani e Disabili	Direttore U.O.C. Dott. Pietro Filippo
				U.O.C. Tutela Anziani e Disabili	Direttore U.O.C. Dott. Pietro Filippo
Strutture sanitarie private accreditate	Strutture sanitarie private accreditate - Salute Mentale - Dipendenze	Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze	Direttore Dipartimento
			Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze	Direttore Dipartimento
Strutture sanitarie private accreditate	Strutture sanitarie private accreditate	Distretto Sanitario Vallecrati	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate - Hospice	Distretto Sanitario Vallecrati	Direttore Distretto Dott. Ottorino Zuccarelli
		Distretto Sanitario Vallecrati	Accordi intercorsi con le strutture sanitarie accreditate - Hospice	Distretto Sanitario Vallecrati	Direttore Distretto Dott. Ottorino Zuccarelli

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	STRUTTURA RESPONSABILE	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI
Interventi straordinari e di emergenza	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Direzione Sanitaria	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Direzione Sanitaria	Segreteria Direzione Sanitaria
			Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari		
			Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione		

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	STRUTTURA RESPONSABILE	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI
Altri contenuti Prevenzione della corruzione	Prevenzione della Corruzione	Ufficio Trasparenza e Anticorruzione	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1,comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	Ufficio Trasparenza e Anticorruzione	Dott. Francesco Laviola
	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Ufficio Trasparenza e Anticorruzione	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Ufficio Trasparenza e Anticorruzione	Dott. Francesco Laviola
	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Ufficio Trasparenza e Anticorruzione	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Ufficio Trasparenza e Anticorruzione	Dott. Francesco Laviola
	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Ufficio Trasparenza e Anticorruzione	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Ufficio Trasparenza e Anticorruzione	Dott. Francesco Laviola
	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Ufficio Trasparenza e Anticorruzione	Provvedimenti adottati dall'A.N.A.C. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Ufficio Trasparenza e Anticorruzione	Dott. Francesco Laviola
	Atti di accertamento delle violazioni	Ufficio Trasparenza e Anticorruzione	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Ufficio Trasparenza e Anticorruzione	Dott. Francesco Laviola

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	STRUTTURA RESPONSABILE	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI
Altri contenuti Accesso Civico	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Ufficio Trasparenza e Anticorruzione	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonchè modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Ufficio Trasparenza e Anticorruzione	Dott. Francesco Laviola
	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Ufficio Trasparenza e Anticorruzione	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonchè modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Ufficio Trasparenza e Anticorruzione	Dott. Francesco Laviola
	Registro degli accessi	Ufficio Trasparenza e Anticorruzione	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Ufficio Trasparenza e Anticorruzione	Dott. Francesco Laviola

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	STRUTTURA RESPONSABILE	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI
Altri contenuti Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Regolamenti	U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati	U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	Direttore U.O.C. Dott.ssa Virginia Stefano
	Catalogo di dati, metadati e banche dati		Catalogo di dati, metadati e banche dati in possesso dell'amministrazione	U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	Direttore U.O.C. Dott.ssa Virginia Stefano
	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 61/2013)		Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno)	U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	Direttore U.O.C. Dott.ssa Virginia Stefano
Altri contenuti Dati ulteriori	Dati ulteriori	Ufficio Trasparenza e Anticorruzione	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate	Ufficio Trasparenza e Anticorruzione	Dott. Francesco Laviola

TERMINI DI ADEMPIMENTO/AGGIORNAMENTO GENERALI E SPECIFICI

I termini di adempimento/aggiornamento relativi alla pubblicazione dei dati sono quelli riportati dall'allegato 1) della Delibera 1310 del 28 dicembre 2016 "*Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni contenute nel d.lgs. 33/13 come modificato dal d.lgs. 97/2916*", che si richiama integralmente, per i contenuti dell'obbligo e per ogni riferimento di legge, anche ulteriore rispetto al d.lgs. 33/13.

A fine di coordinare le attività di trasmissione dei dati con quella di pubblicazione si stabilisce che, salvo motivate ragioni legate a scadenze inderogabili relative ad atti del RPCT o a scadenze straordinarie, i dati, documenti e informazioni da pubblicare dovranno essere trasmesse all'indirizzo di posta elettronica pubblicazioni.trasparenza@aspcs.gov.it , almeno tre giorni lavorativi precedenti alla data prevista per la pubblicazione.

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE COSENZA

REGIONE CALABRIA

ALLEGATO 4

PROSPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS 33/13

STATO DEGLI ADEMPIMENTI RELATIVI ALLE PUBBLICAZIONI OBBLIGATORIE - ANNO 2019

RILEVAZIONE AL 31 12 2019

PROSPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS 33/13 – **TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE** –

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Disposizioni Generali	Piano Triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano Triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suo allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'art. , comma 2 bis della Legge n. 190 del 2012 (link alla sottosezione Altri contenuti/ corruzione)	Trasparenza e Anticorruzione	Dott. Francesco Laviola	Dato presente
	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi link alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Trasparenza e Anticorruzione	Dott. Francesco Laviola	Dato presente
	Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni ed ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Trasparenza e Anticorruzione	Dott. Francesco Laviola	Dato presente
	Documenti di programmazione strategico - gestionale	Direttive ministri/assessori, obiettivi strategici in materia di prevenzione corruzione e trasparenza	Trasparenza e Anticorruzione	Dott. Francesco Laviola	Dato presente

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Disposizioni Generali	Statuti e Leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionale che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento elle attività di competenza dell'amministrazione	Trasparenza e Anticorruzione	Dott. Francesco Laviola	Dato presente
	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni	Trasparenza e Anticorruzione	Dott. Francesco Laviola	Dato presente
Organizzazione	Articolazione degli Uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Trasparenza e Anticorruzione	Dott. Francesco Laviola Responsabili Unità Operative	Dato presente
	Organigramma (da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Trasparenza e Anticorruzione	Dott. Francesco Laviola	In corso di pubblicazione (work in progress)
		Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici			In corso di pubblicazione (work in progress)
	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Trasparenza e Anticorruzione	Dott. Francesco Laviola	Dato presente

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Altri contenuti Prevenzione della corruzione	Prevenzione della Corruzione	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1,comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231)	**Trasparenza e Anticorruzione**	Dott. Francesco Laviola	Dato presente
	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Trasparenza e Anticorruzione	Dott. Francesco Laviola	Dato presente
	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Trasparenza e Anticorruzione	Dott. Francesco Laviola	Dato presente
	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Trasparenza e Anticorruzione	Dott. Francesco Laviola	Dato presente
	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.A.C. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Trasparenza e Anticorruzione	Dott. Francesco Laviola	Dato assente Non sono stati emessi provvedimenti
	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Trasparenza e Anticorruzione	Dott. Francesco Laviola	Dato assente Non sono stati emessi atti di accertamento

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Altri contenuti Accesso Civico	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonchè modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	**Trasparenza e Anticorruzione**	Dott. Francesco Laviola	Dato presente
	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonchè modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Trasparenza e Anticorruzione	Dott. Francesco Laviola	Dato presente
	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Trasparenza e Anticorruzione	Dott. Francesco Laviola	Dato presente

PROSPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS 33/13 - **U.O.C. GEST. VALORIZZ. SVILUPPO E FORM. RISORSE UMANE**

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Organizzazione	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tutti gli uffici	Dott. Remigio Magnelli	Mancano le indicazioni delle competenze di ciascun ufficio
	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tutti gli uffici	Dott. Remigio Magnelli	Dato presente
Personale	Incarichi amministrativi di vertice: Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario	a) atto di nomina; b) curriculum; c) compensi di qualsiasi natura e c1) gli importi di viaggi e missioni pagati con fondi pubblici d) dati di altre cariche, presso enti pubblici o privati, ed i relativi compensi; e) altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e i compensi;	Gestione Giuridica Economica e Previdenziale Personale Dip. e Convenzionato; Alpi	Dott. Remigio Magnelli	Dati incompleti e non aggiornati
OIV	OIV	Nominativi	Gest. Giuridica Economica e Previdenziale Personale Dip. e Convenzionato; Alpi	Dott. Remigio Magnelli	Dato presente
		Curricula			Dato presente
		Compensi			Dato assente
Personale	Dirigenti	a) atto di nomina; b) curriculum; c) compensi di qualsiasi natura e c1) gli importi di viaggi e missioni pagati con fondi pubblici d) dati di altre cariche, presso enti pubblici o privati, ed i relativi compensi;	Gest. Giuridica Economica e Previdenziale Personale Dip. e Convenzionato; Alpi	Dott. Remigio Magnelli	Dato parzialmente presente e non aggiornato

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Personale	Dirigenti	e) altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e i compensi; g) emolumenti complessivi a carico della finanza pubblica	Gest. Giuridica Economica e Previdenziale Personale Dip. e Convenzionato; Alpi	Dott. Remigio Magnelli	Dato assente
		Prestazioni professionali svolte in regime intramurario	Gest. Giuridica Economica e Previdenziale Personale Dip. e Convenzionato; Alpi (Ufficio Alpi - Intramoenia)	Dott. Pasquale Montilli	Dato assente
	Dirigenti cessati	a) atto di nomina; b) curriculum; c) compensi di qualsiasi natura e c1) gli importi di viaggi e missioni pagati con fondi pubblici d) dati di altre cariche, presso enti pubblici o privati, ed i relativi compensi; e) altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e i compensi;	Gest. Giuridica Economica e Previdenziale Personale Dip. e Convenzionato; Alpi	Dott. Remigio Magnelli	Dato parzialmente presente e non aggiornato
		Prestazioni professionali svolte in regime intramurario	Gest. Giuridica Economica e Previdenziale Personale Dip. e Convenzionato; Alpi (Ufficio Alpi - Intramoenia)	Dott. Pasquale Montilli	Dato assente
	Posizioni organizzative	Curriculum (se con delega , stessi adempimenti area Dirigenti)	Gest. Giuridica Economica e Previdenziale Personale Dip. e Convenzionato; Alpi	Dott. Remigio Magnelli	Dato presente, manca aggiornamento.
	Dotazione organica	Conto annuale del personale	Gest. Giuridica Economica e Previdenziale Personale Dip. e Convenzionato; Alpi	Dott. Remigio Magnelli	Dato presente
		Costo annuale personale tempo indeterminato			Dato assente

Personale	**SECONDO LIVELLO**	**DATO DA PUBBLICARE**	**UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO**	**RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI**	**DATO**
	Personale non a tempo indeterminato	Personale non a tempo indeterminato	Gest. Giuridica Economica e Previdenziale Personale Dip. e Convenzionato; Alpi	Dott. Remigio Magnelli	Dato non aggiornato
		Costo Personale non a tempo indeterminato			Dato assente
	Tassi di assenza	Tassi di assenza su base trimestrale	Gest. Giuridica Economica e Prev.le Personale Dip. e Convenzionato; Alpi	Dott.ssa Fabiola Rizzuto	Dato non aggiornato Dall'anno 2015
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico.	Ufficio Anagrafe della prestazioni	Dott. Francesco Laviola	Dato presente Link PerlaPA
	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche.	Gest. Giuridica Economica e Previdenziale Personale Dip. e Convenzionato; Alpi	Dott.ssa Fabiola Rizzuto	Dato presente Link ARAN
	Contrattazione integrativa	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti). Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Gest. Giuridica Economica e Previdenziale Personale Dip. e Convenzionato; Alpi	Dott.ssa Fabiola Rizzuto	Dato presente Contrattazione integrativa anno 2013
		Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica.	Gest. Giuridica Economica e Previdenziale Personale Dip. e Convenzionato; Alpi	Dott.ssa Fabiola Rizzuto	Dato assente

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Bandi di concorso		a) Bandi di concorso	Gest. Giuridica Economica e Previdenziale Personale Dip. e Convenzionato; Alpi	Dott. Remigio Magnelli	Dato presente
		b) Criteri di valutazione delle Commissioni			Dato presente
		c)Tracce delle prove scritte			Dato presente
Consulenti e collaboratori	Collaboratori (Co.co.co, Co.co.pro, altri atipici) Membri di Commissioni concorsuali	a) atto di nomina; b) curriculum; c) dati di altri incarichi e altre cariche, presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali; d) compensi, comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato; e) Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali di conflitto d'interesse	Gest. Giuridica Economica e Previdenziale Personale Dip. e Convenzionato; Alpi	Dott. Remigio Magnelli	Dato presente
	Docenti	Vedi sopra	U.O. Valorizzazione Sviluppo e Formazione Personale (U.O. Formazione)	Responsabile procedimento Segreteria organizzativa	Dato presente
	Consulenti	Tabelle elenchi consulenti Con indicazione oggetto, durata e compenso (comunicate alla F.P.)	Ufficio Anagrafe della prestazioni	Dott. Francesco Laviola	Dato presente Link PerlaPA

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Performance	Ammontare complessivo dei premi	a) Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati b)Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Gest. Giuridica Economica e Previdenziale Personale Dip. e Convenzionato; Alpi	Sig. Antonio Marsiglia	Dato non aggiornato
	Dati relativi ai premi	a)Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio b)Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi c) Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Gest. Giuridica Economica e Previdenziale Personale Dip. e Convenzionato; Alpi	Sig. Antonio Marsiglia	Dato non aggiornato

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	Tutti gli Uffici	Dott. Remigio Magnelli	Dato incompleto
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive		Responsabili del Procedimento Segreteria organizzativa	Dato incompleto

PROSPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS 33/13 - **U.O.C. AFFARI GENERALI E ASSICURATIVI–**

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Organizzazione	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tutti gli uffici	Responsabile U.O./Ufficio	Da completare e aggiornare
	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tutti gli uffici	Responsabile U.O./Ufficio	Dato presente
Enti pubblici vigilati	Enti pubblici vigilati	Elenco degli Enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'Amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	U.O.C. Affari Generali e Assicurativi	Direttore U.O.C.	Dato assente
Società partecipate	Società partecipate	Elenco delle società do cui l'amministrazione detine direttamente quote di partecipazione anche minoritaria,con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società partecipate da amministrazioni pubbliche, quotate in mercati regolamentati e loro controllate (ex art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/13	U.O.C. Affari Generali e Assicurativi	Direttore U.O.C.	Dato assente

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Enti di diritto privato controllati	Enti di diritto privato controllati	Elenco degli Enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	U.O.C. Affari Generali e Assicurativi	Direttore U.O.C.	Dato assente
Rappresentazione grafica	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	U.O.C. Affari Generali e Assicurativi	Direttore U.O.C.	Dato assente
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organi di revisione Amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	U.O.C. Affari Generali e Assicurativi	Segreteria Collegio Revisori	Dato presente
	Rilievi Corte dei Conti	Tutti i rilievi della Corte ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	U.O.C. Affari Generali e Assicurativi	Direttore U.O.C.	Presente Delibera n. 408/2017
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	U.O.C. Affari Generali e Assicurativi	Direttore U.O.C.	Dato assente
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive.		Responsabile Ufficio del procedimento	Dato assente

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Consulenti e collaboratori	Consulenti e Collaboratori (per Collegio Sindacale ....)	a) atto di nomina; b) curriculum; c) dati di altri incarichi e altre cariche, presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali; d) compensi, comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato; e) Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali di conflitto d'interesse	Collegio Sindacale	Segreteria Collegio sindacale	Dato presente in altra sezione del sito, da integrare con dati mancanti.
Provvedimenti	Provvedimenti Organi indirizzo politico e Dirigenti Amministrativi	Accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con amministrazioni pubbliche		Direttore U.O.C.	Dato assente

PROSPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS 33/13 – **U.O.C. AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO –**

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Organizzazione	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.C. Avv. Giovanni Lauricella	Manca l'indicazione delle competenze di ciascun ufficio e l'indicazione dei Responsabili
	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.C. Avv. Giovanni Lauricella	Dato presente
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.C. Avv. Giovanni Lauricella	Dato assente
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive.		Responsabile U.O.C. Avv. Giovanni Lauricella	Dato assente

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Consulenti e collaboratori	Consulenti e Collaboratori (legali)	a) atto di nomina; b) curriculum; c) dati di altri incarichi e altre cariche, presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali; d) compensi, comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato; e) Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali di conflitto d'interesse	Direzione U.O.C.	Responsabile U.O.C. Avv. Giovanni Lauricella	Dato assente

PROSPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS 33/13 – **U.O.C. GESTIONE RISORSE ECONOMICHE E FINANZARIE –**

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Organizzazione	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tutti gli Uffici	Dott.ssa Aurora De Ciancio	Mancano le competenze di ciascun ufficio. Non sono aggiornati i nominativi dei Dirigenti responsabili
	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tutti gli Uffici	Dott.ssa Aurora De Ciancio	Dato presente
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	Tutti gli Uffici	Dott.ssa Aurora De Ciancio	Dato assente
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive.		Dott.ssa Aurora De Ciancio	Dato assente

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Bilancio preventivo e consuntivo	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	U.O. Bilancio e Contabilità	Responsabile U.O. Dott. Nicola Mastrota	Dato assente
		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.		Responsabile U.O. Dott. Nicola Mastrota	Dato assente
Bilancio preventivo e consuntivo	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche al fine di assicurare la piena accessibilità e comprensibilità	U.O. Bilancio e Contabilità	Responsabile U.O. Dott. Nicola Mastrota	Dato assente
		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.		Responsabile U.O. Dott. Nicola Mastrota	Dato assente

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Pagamenti dell'Amministrazione	Dati sui pagamenti	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	U.O.C. Gestione Risorse Economiche e finanziarie	Dott.ssa Aurora De Ciancio	Dato assente
	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	U.O.C. Gestione Risorse Economiche e finanziarie	Dott.ssa Aurora De Ciancio	Dato assente
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, **prestazioni professionali** e forniture (indicatore trimestrale/annuale di tempestività dei pagamenti)	U.O.C. Gestione Risorse Economiche e finanziarie	Dott.ssa Aurora De Ciancio	Dato presente
	Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	U.O.C. Gestione Risorse Economiche e finanziarie	Dott.ssa Aurora De Ciancio	Dato assente
	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonchè i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	U.O.C. Gestione Risorse Economiche e finanziarie	Dott.ssa Aurora De Ciancio	Dato presente

PROSPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS 33/13 – U.O.C. PROVVEDITORATO ECONOMATO GESTIONE LOGISTICA –

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Organizzazione	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	U.O.C. Provveditorato Economato Gestione Logistica	Direttore U.O.C.	Non sono indicate le competenze degli uffici
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	U.O.C. Provveditorato Economato Gestione Logistica	Direttore U.O.C.	Dato assente
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive.		Direttore U.O.C.	Dato assente
Provvedimenti	Provvedimenti Organi indirizzo politico e Dirigenti Amministrativi	Elenco dei provvedimenti, in particolare provvedimenti finali dei procedimenti di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture, servizi, anche con riferimento alla modalità di soluzione prescelta	U.O.C. Provveditorato Economato Gestione Logistica	Direttore U.O.C.	Dato assente

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Bandi di gara e contratti	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190 Informazioni sulle singole procedure (da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016).	a) Codice Identificativo di gara (Cig) b)Struttura proponente, Oggetto del bando, Procedura di scelta del contraente, Elenco degli operatori invitati a presentare offerte/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, Aggiudicatario, Importo di aggiudicazione, Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, Importo delle somme liquidate c)Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (riportanti i precedenti dati)	U.O.C. Provveditorato Economato Gestione Logistica	RUP/RP	Dato assente
Bandi di gara e contratti	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, aggiornamenti annuali	U.O.C. Provveditorato Economato Gestione Logistica	Avv. Maria Acquaviva	Dato assente

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Bandi di gara e contratti	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	**Avvisi di preinformazione** - Avvisi di preinformazione (art. 70, c. 1, 2 e 3, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi di preinformazioni (art. 141, dlgs n. 50/2016)	U.O.C. Provveditorato Economato Gestione Logistica	RUP/RP	Dato assente
		Delibera a contrarre, nell'ipotesi di procedura negoziata senza previa pubblicazione di un bando di gara	U.O.C. Provveditorato Economato Gestione Logistica	RUP/RP	Dato assente
		Avvisi e bandi - Avviso (art. 19, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Avviso di formazione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1, e 4, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 127, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso relativo all'esito della procedura; Pubblicazione a livello nazionale di bandi e avvisi; Bando di concorso (art. 153, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di aggiudicazione (art. 153, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concessione, invito a presentare offerta, documenti di gara (art. 171, c. 1 e 5, dlgs n. 50/2016); Avviso in merito alla modifica dell'ordine di importanza dei criteri, Bando di concessione (art. 173, c. 3, dlgs n. 50/2016);Bando di gara (art. 183, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso costituzione del privilegio (art. 186, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 188, c. 3, dlgs n. 50/2016).	U.O.C. Provveditorato Economato Gestione Logistica	RUP/RP	Dato presente

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Bandi di gara e contratti	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	**Avviso sui risultati della procedura di affidamento** - Avviso sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concorso e avviso sui risultati del concorso (art. 141, dlgs n. 50/2016); Avvisi relativi l'esito della procedura, possono essere raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3, dlgs n. 50/2016); Verbali di gara	U.O.C. Provveditorato Economato Gestione Logistica	RUP/RP	Dato presente
		Avvisi sistema di qualificazione - Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione, di cui all'Allegato XIV, parte II, lettera H; Bandi, avviso periodico indicativo; avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione; Avviso di aggiudicazione (art. 140, c. 1, 3 e 4, dlgs n. 50/2016)	U.O.C. Provveditorato Economato Gestione Logistica	RUP/RP	Dato assente
		Affidamenti - Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10, dlgs n. 50/2016); tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti (art. 192 c. 3, dlgs n. 50/2016)	U.O.C. Provveditorato Economato Gestione Logistica	RUP/RP	Dato assente
		Informazioni ulteriori - Contributi e resoconti degli incontri con portatori di interessi unitamente ai progetti di fattibilità di grandi opere e ai documenti predisposti dalla stazione appaltante (art. 22, c. 1, dlgs n. 50/2016); Informazioni ulteriori, complementari o aggiuntive rispetto a quelle previste dal Codice; Elenco ufficiali operatori economici (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)	U.O.C. Provveditorato Economato Gestione Logistica	RUP/RP	Dato assente

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Bandi di gara e contratti	Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali.	Provvedimenti di esclusione e di ammissione (entro 2 giorni dalla loro adozione)	U.O.C. Provveditorato Economato Gestione Logistica	RUP/RP	Dato presente
	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	U.O.C. Provveditorato Economato Gestione Logistica	RUP/RP	Dato assente
	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	U.O.C. Provveditorato Economato Gestione Logistica	RUP/RP	Dato assente

PROSPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS 33/13 – **U.O.C. GESTIONE TECNICO PATRIMONIALE–**

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Organizzazione	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Direttore U.O.C.	Manca indicazione competenze di ciascun ufficio
		Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Direttore U.O.C.	Dato presente
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Direttore U.O.C.	Dato presente
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive.	U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Direttore U.O.C.	Dato rilevato
Provvedimenti	Provvedimenti Organi indirizzo politico e Dirigenti Amministrativi	Elenco dei provvedimenti, in particolare provvedimenti finali dei procedimenti di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture, servizi, anche con riferimento alla modalità di soluzione prescelta	U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Direttore U.O.C.	Dato assente

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Bandi di gara e contratti	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190 Informazioni sulle singole procedure (da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016).	a) Codice Identificativo di gara (Cig) b)Struttura proponente, Oggetto del bando, Procedura di scelta del contraente, Elenco degli operatori invitati a presentare offerte/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, Aggiudicatario, Importo di aggiudicazione, Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, Importo delle somme liquidate c)Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (riportanti i precedenti dati)	U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	RUP	Dato presente
	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti	U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Direttore U.O.C.	Dato assente

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Bandi di gara e contratti	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	**Avvisi di preinformazione** - Avvisi di preinformazione (art. 70, c. 1, 2 e 3, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi di preinformazioni (art. 141, dlgs n. 50/2016)	U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	RUP	Dato assente
		Delibera a contrarre, nell'ipotesi di procedura negoziata senza previa pubblicazione di un bando di gara	U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	RUP	Dato assente
		Avvisi e bandi - Avviso (art. 19, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Avviso di formazione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1, e 4, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 127, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso relativo all'esito della procedura; Pubblicazione a livello nazionale di bandi e avvisi; Bando di concorso (art. 153, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di aggiudicazione (art. 153, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concessione, invito a presentare offerta, documenti di gara (art. 171, c. 1 e 5, dlgs n. 50/2016); Avviso in merito alla modifica dell'ordine di importanza dei criteri, Bando di concessione (art. 173, c. 3, dlgs n. 50/2016);Bando di gara (art. 183, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso costituzione del privilegio (art. 186, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 188, c. 3, dlgs n. 50/2016).	U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	RUP	Dato presente

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Bandi di gara e contratti	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	**Avviso sui risultati della procedura di affidamento** - Avviso sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concorso e avviso sui risultati del concorso (art. 141, dlgs n. 50/2016); Avvisi relativi l'esito della procedura, possono essere raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3, dlgs n. 50/2016); Verbali di gara	U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	RUP	Dato assente
		Avvisi sistema di qualificazione - Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione, di cui all'Allegato XIV, parte II, lettera H; Bandi, avviso periodico indicativo; avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione; Avviso di aggiudicazione (art. 140, c. 1, 3 e 4, dlgs n. 50/2016)	U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	RUP	Dato assente
		Affidamenti - Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10, dlgs n. 50/2016); tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti (art. 192 c. 3, dlgs n. 50/2016)	U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	RUP	Dato assente
		Informazioni ulteriori - Contributi e resoconti degli incontri con portatori di interessi unitamente ai progetti di fattibilità di grandi opere e ai documenti predisposti dalla stazione appaltante (art. 22, c. 1, dlgs n. 50/2016); Informazioni ulteriori, complementari o aggiuntive rispetto a quelle previste dal Codice; Elenco ufficiali operatori economici (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)	U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	RUP	Dato assente

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Bandi di gara e contratti	Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali.	Provvedimenti di esclusione e di ammissione (entro 2 giorni dalla loro adozione)	U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	RUP	Dato assente
	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Direttore U.O.C.	Dato assente
	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	RUP	Dato assente
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Dott. Luigi Pignanelli Ing. Gabriele Linori	Dato presente
	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o affitto versati o percepiti	U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Ing. Gabriele Linori	Dato presente

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Consulenti e collaboratori	Consulenti e Collaboratori (per attività di progettazione, direzione lavori, collaudi....)	a) atto di nomina; b) curriculum; c) dati di altri incarichi e altre cariche, presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali; d) compensi, comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato; e) Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali di conflitto d'interesse	U.O.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Direttore U.O.C.	Dato presente ma incompleto

PROSPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS 33/13 **U.O.C. SISTEMI INFORMATIVI AZIENDALI–**

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Organizzazione	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	Direttore U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali Dott.ssa Virginia Stefano	Manca indicazione competenze dell'ufficio
	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	Direttore U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali Dott.ssa Virginia Stefano	Dato presente
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	Direttore U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali Dott.ssa Virginia Stefano	Dato presente
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive.	U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	Direttore U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali Dott.ssa Virginia Stefano	Dato presente
Provvedimenti	Provvedimenti Organi indirizzo politico e Dirigenti Amministrativi	Elenco dei provvedimenti, in particolare provvedimenti finali dei procedimenti di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture, servizi, anche con riferimento alla modalità di soluzione prescelta	U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	Direttore U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali Dott.ssa Virginia Stefano	Nel corso dell'anno 2019 non sono state espletate gare

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Bandi di gara e contratti	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190 Informazioni sulle singole procedure (da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016).	a) Codice Identificativo di gara (Cig) b)Struttura proponente, Oggetto del bando, Procedura di scelta del contraente, Elenco degli operatori invitati a presentare offerte/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, Aggiudicatario, Importo di aggiudicazione, Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, Importo delle somme liquidate c)Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (riportanti i precedenti dati)	U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	RUP	Dato assente
	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, aggiornamenti annuali	U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	Direttore U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali Dott.ssa Virginia Stefano	Dato assente

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Bandi di gara e contratti	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	**Avvisi di preinformazione** - Avvisi di preinformazione (art. 70, c. 1, 2 e 3, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi di preinformazioni (art. 141, dlgs n. 50/2016)	U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	RUP	Nel corso dell'anno 2019 non sono state espletate gare
		Delibera a contrarre, nell'ipotesi di procedura negoziata senza previa pubblicazione di un bando di gara	U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	RUP	Nel corso dell'anno 2019 non sono state espletate gare
		Avvisi e bandi - Avviso (art. 19, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Avviso di formazione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1, e 4, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 127, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso relativo all'esito della procedura; Pubblicazione a livello nazionale di bandi e avvisi; Bando di concorso (art. 153, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di aggiudicazione (art. 153, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concessione, invito a presentare offerta, documenti di gara (art. 171, c. 1 e 5, dlgs n. 50/2016); Avviso in merito alla modifica dell'ordine di importanza dei criteri, Bando di concessione (art. 173, c. 3, dlgs n. 50/2016);Bando di gara (art. 183, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso costituzione del privilegio (art. 186, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 188, c. 3, dlgs n. 50/2016).	U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	RUP	Nel corso dell'anno 2019 non sono state espletate gare

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Bandi di gara e contratti	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	**Avviso sui risultati della procedura di affidamento** - Avviso sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concorso e avviso sui risultati del concorso (art. 141, dlgs n. 50/2016); Avvisi relativi l'esito della procedura, possono essere raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3, dlgs n. 50/2016); Verbali di gara	U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	RUP	Nel corso dell'anno 2019 non sono state espletate gare
		Avvisi sistema di qualificazione - Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione, di cui all'Allegato XIV, parte II, lettera H; Bandi, avviso periodico indicativo; avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione; Avviso di aggiudicazione (art. 140, c. 1, 3 e 4, dlgs n. 50/2016)	U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	RUP	Nel corso dell'anno 2019 non sono state espletate gare
		Affidamenti - Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10, dlgs n. 50/2016); tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti (art. 192 c. 3, dlgs n. 50/2016)	U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	RUP	Nel corso dell'anno 2019 non sono state espletate gare
		Informazioni ulteriori - Contributi e resoconti degli incontri con portatori di interessi unitamente ai progetti di fattibilità di grandi opere e ai documenti predisposti dalla stazione appaltante (art. 22, c. 1, dlgs n. 50/2016); Informazioni ulteriori, complementari o aggiuntive rispetto a quelle previste dal Codice; Elenco ufficiali operatori economici (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)	U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	RUP	Nel corso dell'anno 2019 non sono state espletate gare

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Bandi di gara e contratti	Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali.	Provvedimenti di esclusione e di ammissione (entro 2 giorni dalla loro adozione)	U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	RUP	Nel corso dell'anno 2019 non sono state espletate gare
	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	Direttore U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali Dott.ssa Virginia Stefano	Nel corso dell'anno 2019 non sono state espletate gare
	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	RUP	Nel corso dell'anno 2019 non sono state espletate gare
Servizi erogati	Servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete	U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	Direttore U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali Dott.ssa Virginia Stefano	Dato presente, incompleto e non aggiornato

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Altri contenuti	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati	U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	Direttore U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali Dott.ssa Virginia Stefano	Proposto atto deliberativo di adozione (Proposta n. 1657 del 23.09.2019)
	Catalogo di dati, metadati e banche dati	Catalogo di dati, metadati e banche dati in possesso dell'amministrazione	U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	Direttore U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali Dott.ssa Virginia Stefano	Dato presente
	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 61/2013)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno)	U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali	Direttore U.O.C. Sistemi Informativi Aziendali Dott.ssa Virginia Stefano	Dato assente

PROSPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS 33/13 –**U.O.S.D. URP E COMUNICAZIONE ISTITUZIONALE**

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Organizzazione	Articolazione degli Uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	U.O.S.D. U.R.P. e Comunicazione Istituzionale	Responsabile U.O.S.D. Dott.ssa Raffaella D'Alba	Dato presente
	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	U.O.S.D. U.R.P. e Comunicazione Istituzionale	Responsabile U.O.S.D. Dott.ssa Raffaella D'Alba	Dato presente
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	U.O.S.D. U.R.P. e Comunicazione Istituzionale	Responsabile U.O.S.D. Dott.ssa Raffaella D'Alba	Dato assente
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	U.O.S.D. U.R.P. e Comunicazione Istituzionale	Responsabile U.O.S.D. Dott.ssa Raffaella D'Alba	Dato assente
Servizi erogati	Carta dei servizi	Carta dei servizi	U.O.S.D. U.R.P. e Comunicazione Istituzionale	Responsabile U.O.S.D. Dott.ssa Raffaella D'Alba	Dato presente, da aggiornare in base al nuovo atto aziendale

PROSPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS 33/13 –**U.O.C. PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE –**

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Organizzazione	Articolazione degli Uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione	Responsabile U.O.C. Dott. Francesco Laviola	Dato presente
	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione	Responsabile U.O.C. Dott. Francesco Laviola	Dato presente
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione	Responsabile U.O.C. Dott. Francesco Laviola	Dato presente
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive		Responsabile U.O.C. Dott. Francesco Laviola	Dato presente

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Performance	Piano della Performance	Piano della Performance	U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione	Dott. Francesco Laviola	Dato presente
	Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance	U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione	Dott. Francesco Laviola	Dato presente
Servizi erogati	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi ed il relativo andamento nel tempo	U.O.C. Programmazione e Controllo di Gestione	Dott. Francesco Laviola	Dato presente

PROSPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS 33/13 – **DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE -**

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Organizzazione	Articolazione degli Uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tutti gli Uffici	Responsabile Dipartimento	Dato presente
	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tutti gli Uffici	Responsabile Dipartimento	Dato presente
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	Tutti gli Uffici	Responsabile Dipartimento	Dato presente
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostituti		Responsabile Dipartimento	Dato presente

PROSPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS 33/13 – **DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE – IGIENE E SANITA' PUBBLICA -**

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Organizzazione	Articolazione degli Uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.C.	Dato presente
	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.C.	Dato presente
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.C.	Dato presente
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostituti		Responsabile U.O.C.	Dato rilevato

PROSPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS 33/13 – **DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE – TUTELA SALUTE DELLE ATTIVITA' SPORTIVE –**

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Organizzazione	Articolazione degli Uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.S.D.	Dato presente
	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.S.D.	Dato presente
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.S.D.	Dato presente
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostituti		Responsabile U.O.S.D.	Dato rilevato

PROSPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS 33/13 – **DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE – EPIDEMIOLOGIA E SORVEGLIANZA POPOLAZIONE**

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Organizzazione	Articolazione degli Uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.S.D.	Manca descrizione competenze della U.O.S.D.
	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.S.D.	Dato presente
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.S.D.	Dato presente
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostituti		Responsabile U.O.S.D.	Dato presente

PROSPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS 33/13 – **DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE – IGIENE ALIMENTI NUTRIZIONE-**

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Organizzazione	Articolazione degli Uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.C.	Dato presente
	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.C.	Dato presente
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.C.	Da riportare su schede di nuova adozione
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostituti		Responsabile U.O.C.	Dato assente

PROSPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS 33/13 – **DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE – PREVENZIONE IGIENE E SIC. AMBIENTI LAV.-**

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Organizzazione	Articolazione degli Uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.C.	Dato presente
	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.C.	Dato presente
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.C.	Dato presente
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostituti		Responsabile U.O.C.	Dato presente

PROSPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS 33/13 – **DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE – MEDICINA LEGALE -**

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Organizzazione	Articolazione degli Uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.S.D.	Dato presente
	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.S.D.	Dato presente
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.S.D.	Dato presente
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostituti		Responsabile U.O.S.D.	Dato presente

PROSPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS 33/13 – **DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE – SANITA' ANIMALE -**

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Organizzazione	Articolazione degli Uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.C.	Dato presente
	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.C.	Dato presente
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.C.	Dato presente
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostituti		Responsabile U.O.C.	Dato rilevato

PROSPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS 33/13 – **DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE – IGIENE ALIMENTI ORIG. ANIMALE E DERIVATI**

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Organizzazione	Articolazione degli Uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.C.	Dato presente
	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.C.	Dato presente
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.C.	Dato presente
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostituti		Responsabile U.O.C.	Dato rilevato

PROSPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS 33/13 – **DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE – IGIENE ALLEV. E PRODUZIONI ZOOTECNICHE-**

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Organizzazione	Articolazione degli Uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.C.	Dato presente
	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.C.	Dato presente
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.C.	Dato presente
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostituti		Responsabile U.O.C.	Dato presente

PROSPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS 33/13 – **DISTRETTO SANITARIO COSENZA/SAVUTO –**

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Organizzazione	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tutti gli Uffici	Responsabile Unità Operativa	In corso di completamento pubblicazione
	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tutti gli Uffici	Responsabile Unità Operativa	Dato presente
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	Tutti gli Uffici	Responsabile Ufficio del procedimento	Dato presente
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive.	Tutti gli Uffici	Responsabile Ufficio del procedimento	Dato presente

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Sovvenzioni, contributi sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Criteri e modalità di concessione per ogni beneficio	Distretto Sanitario	Dott. Elio Bozzo	Presenti criteri e modalità di concessione contributo Associazioni di Volontariato per trasporto in ambulanza uremici non deambulanti; Contributo spese uremici; Rimborso spese di viaggio per ricovero in Centri Alta specializzazione
			U.O.C. Servizi Sociali	Dott.ssa Maria Carmen Pellegrini	
	Atti di concessione	Atto di concessione (comunque denominato)	Distretto Sanitario	Dott. Elio Bozzo	Presente tabella di liquidazioni contributo uremici e contributo Associazioni di Volontariato per trasporto in ambulanza uremici non deambulanti
			U.O.C. Servizi Sociali	Dott.ssa Maria Carmen Pellegrini	

PROSPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS 33/13 – **DISTRETTO SANITARIO VALLE CRATI –**

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Organizzazione	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tutti gli Uffici	Responsabile Unità Operativa	In corso di completamento pubblicazione
	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tutti gli Uffici	Responsabile Unità Operativa	Dato presente
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	Tutti gli Uffici	Responsabile Ufficio del procedimento	Dato presente
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tutti gli Uffici	Responsabile Ufficio del procedimento	Dato presente

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Sovvenzioni, contributi sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Criteri e modalità di concessione per ogni beneficio	U.O.C. Cure Primarie Distretto Sanitario	Dott. Mario Vetere Sig.ra Maria Aiello	Presenti criteri e modalità di concessione contributo Associazioni di Volontariato per trasporto in ambulanza uremici non deambulanti; Contributo spese uremici; Rimborso spese di viaggio per ricovero in Centri Alta specializzazione
			U.O.C. Servizi Sociali	Dott.ssa Maria Carmen Pellegrini	
	Atti di concessione	Atto di concessione (comunque denominato)	U.O.C. Cure Primarie Distretto Sanitario	Dott. Mario Vetere Sig.ra Maria Aiello	Presente tabella di liquidazioni contributo uremici; liquidazione rimborso spese di viaggio per ricovero in Centri Alta specializzazione. Contributo Associazioni di Volontariato per trasporto in ambulanza uremici non deambulanti
			U.O.C. Servizi Sociali	Dott.ssa Maria Carmen Pellegrini	
Strutture sanitarie private accreditate	Strutture sanitarie private accreditate	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate - Hospice	Direzione U.O.C.	Dott. Ottorino Zuccarelli	Dato presente
		Accordi intercorsi con le strutture sanitarie accreditate - Hospice	Direzione U.O.C.	Dott. Ottorino Zuccarelli	Dato presente

PROSPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS 33/13 – **DISTRETTO SANITARIO TIRRENO –**

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Organizzazione	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tutti gli Uffici	Responsabile Unità Operativa	In corso di completamento pubblicazione
	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tutti gli Uffici	Responsabile Unità Operativa	Dato presente
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	Tutti gli Uffici	Responsabile Ufficio del procedimento	Dato presente
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive.	Tutti gli Uffici	Responsabile Ufficio del procedimento	Dato presente

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Sovvenzioni, contributi sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Criteri e modalità di concessione per ogni beneficio	U.O.C. Cure Primarie Distretto Sanitario	Dott.ssa Concetta Fulco Dott.ssa Fortunata Briglio Dott.ssa Teresa Droghini	Presenti criteri e modalità di concessione contributo Associazioni di Volontariato per trasporto in ambulanza uremici non deambulanti; Contributo spese uremici; Rimborso spese di viaggio per ricovero in Centri Alta specializzazione
			U.O.C. Servizi Sociali	Dott.ssa Maria Carmen Pellegrini	
	Atti di concessione	Atto di concessione (comunque denominato)	U.O.C. Cure Primarie Distretto Sanitario	Dott.ssa Concetta Fulco Dott.ssa Fortunata Briglio Dott.ssa Teresa Droghini	Presente tabella di liquidazioni contributo uremici. Contributo Associazioni di Volontariato per trasporto in ambulanza uremici non deambulanti
			U.O.C. Servizi Sociali	Dott.ssa Maria Carmen Pellegrini	

PROSPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS 33/13 – **DISTRETTO ESARO/POLLINO –**

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Organizzazione	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tutti gli Uffici	Responsabile Unità Operativa	In corso di completamento pubblicazione
	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tutti gli Uffici	Responsabile Unità Operativa	Dato presente
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	Tutti gli Uffici	Responsabile Ufficio del procedimento	Dato presente
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive.	Tutti gli Uffici	Responsabile Ufficio del procedimento	Dato presente

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Sovvenzioni, contributi sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Criteri e modalità di concessione per ogni beneficio	Distretto Sanitario	Dott. Francesco Di Leone	Presenti criteri e modalità di concessione contributo Associazioni di Volontariato per trasporto in ambulanza uremici non deambulanti; Contributo spese uremici; Rimborso spese di viaggio per ricovero in Centri Alta specializzazione
	Atti di concessione	Atto di concessione (comunque denominato)	Distretto Sanitario	Dott. Francesco Di Leone	Presente tabella di liquidazioni contributo uremici. Contributo Associazioni di Volontariato per trasporto in ambulanza uremici non deambulanti

PROSPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS 33/13 – **DISTRETTO SANITARIO IONIO NORD –**

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Organizzazione	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tutti gli Uffici	Responsabile Unità Operativa	In corso di completamento pubblicazione
	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tutti gli Uffici	Responsabile Unità Operativa	Dato presente
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	Tutti gli Uffici	Responsabile Ufficio del procedimento	Dato presente
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive.	Tutti gli Uffici	Responsabile Ufficio del procedimento	Dato presente

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Sovvenzioni, contributi sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Criteri e modalità di concessione per ogni beneficio	Distretto Sanitario	Sig. Ramundo Antonio Sig.ra Chidichimo Lucia Dott.ssa Liguori Marisa Lidiana Sig.ra Francesca Santagata	Presenti criteri e modalità di concessione contributo Associazioni di Volontariato per trasporto in ambulanza uremici non deambulanti; Contributo spese uremici; Rimborso spese di viaggio per ricovero in Centri Alta specializzazione
	Atti di concessione	Atto di concessione (comunque denominato)	Distretto Sanitario	Sig. Ramundo Antonio Sig.ra Chidichimo Lucia Dott.ssa Liguori Marisa Lidiana Sig.ra Francesca Santagata	Dato assente

PROSPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS 33/13 – **DISTRETTO IONIO SUD –**

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Organizzazione	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tutti gli Uffici	Responsabile Unità Operativa	In corso di completamento pubblicazione
	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tutti gli Uffici	Responsabile Unità Operativa	Dato presente
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	Tutti gli Uffici	Responsabile Ufficio del procedimento	Dato presente
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive.	Tutti gli Uffici	Responsabile Ufficio del procedimento	Dato presente

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Sovvenzioni, contributi sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Criteri e modalità di concessione per ogni beneficio	Distretto Sanitario	Dott. Antonio Graziano	Presenti criteri e modalità di concessione contributo Associazioni di Volontariato per trasporto in ambulanza uremici non deambulanti; Contributo spese uremici; Rimborso spese di viaggio per ricovero in Centri Alta specializzazione
	Atti di concessione	Atto di concessione (comunque denominato)	Distretto Sanitario	Dott. Antonio Graziano	Mancano aggiornamenti

PROSPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS 33/13 – **U.O.C. TUTELA ANZIANI E DISABILI –**

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Organizzazione	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tutti gli Uffici	Responsabile Unità Operativa	Dato presente
	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tutti gli Uffici	Responsabile Unità Operativa	Dato presente
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	Tutti gli Uffici	Responsabile Ufficio del procedimento	Dato presente
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive.	Tutti gli Uffici	Responsabile Ufficio del procedimento	Dato presente
Strutture sanitarie private accreditate	Strutture sanitarie private accreditate	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Direzione U.O.C.	Dott. Pietro Filippo	Dato presente
		Accordi intercorsi con le strutture sanitarie accreditate	Direzione U.O.C.	Dott. Pietro Filippo	Dato presente

PROSPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS 33/13 – **U.O.C. SERVIZI SOCIALI –**

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Organizzazione	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tutti gli Uffici	Direttore U.O.C. Dott.ssa Erminia Pellegrini	Dato presente
	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tutti gli Uffici	Direttore U.O.C. Dott.ssa Erminia Pellegrini	Dato presente
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	Tutti gli Uffici	Dott.ssa Maria Carmen Pellegrini	Dato presente
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive.		Dott.ssa Maria Carmen Pellegrini	Dato presente

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	STRUTTURA RESPONSABILE	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI
Sovvenzioni, contributi sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	U.O.C. Servizi Sociali	Criteri e modalità di concessione per ogni beneficio	Dott.ssa Maria Carmen Pellegrini	Presenti criteri e modalità di concessione contributo Associazioni di Volontariato per trasporto in ambulanza uremici non deambulanti
	Atti di concessione		Atto di concessione (comunque denominato)	Dott.ssa Maria Carmen Pellegrini	Liquidazioni contributo uremici. Contributo Associazioni di Volontariato per trasporto in ambulanza uremici non deambulanti Distrettoi Cosenza/Savuto, Vallecrati, Tirreno

PROSPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS 33/13 - **U.O.C. CONSULT. FAMILIARE COORDINAMENTO –**

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Organizzazione	Articolazione degli Uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.C. Dott. Nicola D'Angelo	Dato presente
	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.C. Dott. Nicola D'Angelo	Dato presente
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.C. Dott. Nicola D'Angelo	Dato assente
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostituti		Responsabile U.O.C. Dott. Nicola D'Angelo	Dato assente

PROSPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS 33/13 - **DIPARTIMENTO FARMACEUTICO – FARMACIA TERRITORIALE -**

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Organizzazione	Articolazione degli Uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.C.	Da completare descrizione delle competenze di ciascun ufficio
	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.C.	Dato presente
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.C.	Dato presente
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostituti		Responsabile U.O.C.	Dato presente

PROSPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS 33/13 - **DIPARTIMENTO FARMACEUTICO – SPOKE -**

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Organizzazione	Articolazione degli Uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.C.	Da completare descrizione delle competenze di ciascun ufficio
	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.C.	Dato presente
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.C.	Dato assente
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostituti		Responsabile U.O.C.	Dato assente

PROSPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS 33/13 – **UOSD RISK MANAGEMENT GOVERNO CLINICO –**

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Organizzazione	Articolazione degli Uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.S.D.	Dato presente
	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.S.D.	Dato presente
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.S.D.	Dato assente
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostituti		Responsabile U.O.S.D.	Dato assente

PROSPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS 33/13 **UOSD SCREENING ONCOLOGICI E REGISTRO TUMORI –**

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Organizzazione	Articolazione degli Uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.S.D.	Dato presente
	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.S.D.	Dato presente
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.S.D.	Dato presente
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostituti		Responsabile U.O.S.D.	Dato presente

PROSPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS 33/13 – **U.O.C. GOVERNO DELLA RETE E DEGLI EROGATORI –**

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Organizzazione	Articolazione degli Uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.C.	Dato presente
	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.C.	Dato presente
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	Tutti gli Uffici	Responsabile U.O.C.	Dato assente
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive		Responsabile U.O.C.	Dato assente
Strutture sanitarie private accreditate	Strutture sanitarie private accreditate	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Direzione U.O.C.	Responsabile U.O.C.	Dato presente
		Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Direzione U.O.C.	Responsabile U.O.C.	Dato assente

PROSPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS 33/13 – **RETE OSPEDALIERA – DIREZIONE MEDICA –**

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Organizzazione	Articolazione degli Uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tutti gli Uffici	Direttore Medico	Dato presente
	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tutti gli Uffici	Direttore Medico	Dato presente
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	Tutti gli Uffici	Direttore Medico	Dato presente
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostituti		Direttore Medico	Dato presente

PROSPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS 33/13 – **RETE OSPEDALIERA – STRUTTURE –**

PRIMO LIVELLO	**SECONDO LIVELLO**	**DATO DA PUBBLICARE**	**UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO**	**RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI**	**DATO**
Organizzazione	Articolazione degli Uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tutti gli Uffici	Direttore Reparto	Dato non presente in modo omogeneo ed organizzato
	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tutti gli Uffici	Direttore Reparto	Dato non presente in modo omogeneo ed organizzato

PROSPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS 33/13 **–U.O.C. CENTRALE OPERATIVA 118 –**

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Organizzazione	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tutti gli Uffici	Direttore U.O.C. Dott. Riccardo Borselli	Daro presente
	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tutti gli Uffici	Direttore U.O.C. Dott. Riccardo Borselli	Dato presente
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	Tutti gli Uffici	Direttore U.O.C. Dott. Riccardo Borselli	Dato assente
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive.	Tutti gli Uffici	Direttore U.O.C. Dott. Riccardo Borselli	Dato assente
Sovvenzioni, contributi sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Criteri e modalità di concessione per ogni beneficio	Direzione Dipartimento	Direttore U.O.C. Dott. Riccardo Borselli	Dato presente
	Atti di concessione	Atto di concessione (comunque denominato)	Direzione Dipartimento	Direttore U.O.C. Dott. Riccardo Borselli	Dato presente

PROSPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS 33/13 – **U.O. CUP INTEGRATO –**

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Organizzazione	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	U.O. CUP Integrato	Responsabile U.O.	Dato presente
	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	U.O. CUP Integrato	Responsabile U.O.	Dato presente
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	U.O. CUP Integrato	Responsabile U.O.	Dato assente
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive.	U.O. CUP Integrato	Responsabile U.O.	Dato assente
Servizi erogati	Liste di attesa (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	U.O. CUP Integrato	Responsabile U.O.	Dato presente

PROSPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS 33/13 – **DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE -- SALUTE MENTALE**

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Organizzazione	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tutti gli Uffici	Direttore Dipartimento	Dato presente
	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tutti gli Uffici	Direttore Dipartimento	Dato presente
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	Tutti gli Uffici	Direttore Dipartimento	Dato presente
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive.		Direttore Dipartimento	Dato presente

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Sovvenzioni, contributi sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Criteri e modalità di concessione per ogni beneficio	Direzione Dipartimento	Direttore Dipartimento	Dato non rilevato
	Atti di concessione	Atto di concessione (comunque denominato)	Direzione Dipartimento	Direttore Dipartimento	Dato non rilevato
Strutture sanitarie private accreditate	Strutture sanitarie private accreditate	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Direzione Dipartimento	Direttore Dipartimento	Dato presente
		Accordi intercorsi con le strutture sanitarie accreditate	Direzione Dipartimento	Direttore Dipartimento	Dato presente

PROSPETTO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE DI CUI AL D.LGS 33/13 – **DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE – SERD –**

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Organizzazione	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tutti gli Uffici	Direttore Dipartimento	Dato presente
	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tutti gli Uffici	Direttore Dipartimento	Dato presente
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Dati indicati all'art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013 distinti per iniziativa d'ufficio ed istanza di parte	Tutti gli Uffici	Direttore Dipartimento	Dato presente
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive.		Direttore Dipartimento	Dato presente

PRIMO LIVELLO	SECONDO LIVELLO	DATO DA PUBBLICARE	UFFICIO IN POSSESSO DEL DATO	RESPONSABILE TRASMISSIONE E AGGIORNAMENTO DEI DATI	DATO
Sovvenzioni, contributi sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Criteri e modalità di concessione per ogni beneficio	Direzione Dipartimento	Direttore Dipartimento	Dato non rilevato
	Atti di concessione	Atto di concessione (comunque denominato)	Direzione Dipartimento	Direttore Dipartimento	Dato parzialmente rilevato
Strutture sanitarie private accreditate	Strutture sanitarie private accreditate	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Direzione Dipartimento	Direttore Dipartimento	Dato presente
		Accordi intercorsi con le strutture sanitarie accreditate	Direzione Dipartimento	Direttore Dipartimento	Dato assente